



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

KARINA COSTA DE OLIVEIRA

**SABERES E PRÁTICAS SOBRE ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ENTRE
JOVENS MULHERES USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

RIO DE JANEIRO

2019

KARINA COSTA DE OLIVEIRA

**SABERES E PRÁTICAS SOBRE ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ENTRE JOVENS
MULHERES USUÁRIAS DA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentado à Banca Examinadora de Defesa do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, estando vinculada ao Laboratório de Estudo de Gênero, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, integrada à linha de pesquisa: Saúde Sexual e Reprodutiva como Direito da Mulher e Homem na Atenção Básica em Saúde.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Adriana Lemos

RIO DE JANEIRO

2019

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

O48 Oliveira, Karina Costa

Saberes e práticas sobre a anticoncepção de emergência entre jovens mulheres usuárias da estratégia saúde da família / Karina Costa Oliveira. - - Rio de Janeiro, 2019.

100 f

Orientadora: Adriana Lemos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

1. Anticoncepção. 2. Jovens. 3. Saúde da mulher. 4. Direitos sexuais e Reprodutivos. 5. serviço de planejamento familiar. I. Lemos, Adriana , orient. II. Título

KARINA COSTA DE OLIVEIRA

**SABERES E PRÁTICAS SOBRE ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ENTRE JOVENS
MULHERES USUÁRIAS DA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Linha de Pesquisa: Saúde Sexual e Reprodutiva como direito de mulheres e homens na Atenção Primária em Saúde.

Aprovada em 09 de Abril de 2019

Orientadora:

Profª Drª Adriana Lemos - Presidente
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Daniel Eslava - Membro Titular externo
(Fundación Universidade del Area Andina)

Profª Drª Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa - Membro Titular interno
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

Profª. Drª. Leila Adesse - Suplente externo
(Universidade Estadual do Rio de Janeiro)

Profª Drª Florence Tocantins – Suplente interno
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

AGRADECIMENTOS

Eu agradeço, primeiramente, como em toda a minha vida a Deus, pela sustentação sempre em que esmoreço, pelo Seu amor que me fortalece e me faz ser maior do que realmente sou.

Ao Programa de Pós Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) por esta oportunidade única de aprendizado e pelo compromisso com a educação de qualidade gratuita e contínua. Ao Núcleo de Estudo do Laboratório de Estudos de Gênero e Sexualidade (LEGS), onde aprofundamos temáticas que me ajudaram em muitas reflexões do dia a dia.

À Instituição UNIRIO e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Aos meus pais, Maria das Graças e Ítalo de Oliveira (*in memória*). À minha amada mãe a mulher mais corajosa e guerreira que conheço, com sua infinita paixão e dedicação aos seus filhos, meu braço direito em tudo. Meu alento, meu descanso, meu porto seguro. Ao meu pai, por incentivar a “sua criança” a crescer e me amar como se eu fosse uma eterna criança. Meu amor será sempre de vocês.

Meu parceiro de vida, companheiro, amigo, meu marido Jorge Luís, obrigada por aturar minhas crises e acreditar que eu seria capaz. Obrigada pelo seu amor e parceria. Juntos nós somos mais fortes, meu grande amor.

Às joias da minha vida, meus filhos: meu primogênito, Matheus, meu anjo desafiador que me tornou mãe, é tanto amor que transcende minha alma. À minha dengosinha Manuela, flor mais linda do meu jardim de emoções, amor que transborda meu ser. Obrigada por mesmo sem entenderem direito, que a mamãe precisava ficar ausente, respeitavam esse momento em meio a choros e carinhas tristes. Amor inigualável, amor maior do mundo.

Meu mano, Alessandro meu protetor, amigo. Por sempre me mostrar que não devemos desistir de nada nessa vida. Amo você muito.

Minha tia Nilvlete (*in memória*) e meu padrinho Valdair (*in memória*). D. Nilvlete por apresentar o valor de uma mulher com discursos tímidos de autonomia e empoderamento feminino e a enfermagem, que era sua labuta, realizando suas funções com dedicação e carinho. Meu padrinho Valdair, pelo seu cuidado comigo, sua caçulinha. Meu coração transborda de amor ao lembrar de vocês.

À minha Orientadora, Prof^ª Dr^ª Adriana Lemos, por ter acreditado no meu projeto e ter me propiciado um mergulho no universo feminino, nunca antes experimentado por mim. Foi uma viagem emocionante. Muito grata.

Aos Professores da Pós-graduação Mestrado em Enfermagem, que tornaram esta empreitada um caminho cheio de descobertas, aprendizado e trocas incríveis que me trouxeram amadurecimento como pessoa e enquanto enfermeira.

Aos amigos que o Mestrado me deu, vocês foram ótimos companheiros foi imenso o prazer de ter realizado essa jornada ao lado de vocês.

À equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Gramacho (RJ), que me ajudaram na captação das participantes. O empenho de cada um de vocês foi de grande importância para a realização desta pesquisa.

E por fim, a todos os amigos e familiares que, de alguma forma, contribuíram para essa conquista profissional, o meu muito obrigada.

EPÍGRAFE

*“Se não puder voar, corra,
se não puder correr, ande,
se não puder andar, rasteje.*

Mas continue em frente de qualquer jeito”

Martin Luther King

OLIVEIRA, Karina Costa. Saberes e práticas de sobre anticoncepção de emergência entre jovens mulheres usuárias da Estratégia Saúde da Família. 2019. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. UNIRIO, 2018.

Resumo

Objeto: Saberes e práticas das jovens mulheres usuárias da Estratégia Saúde da Família sobre AE. **Objetivos:** Conhecer os saberes das jovens mulheres sobre o AE, identificar as práticas entre jovens mulheres sobre o AE e evidenciar possíveis lacunas dos saberes entre jovens mulheres sobre esse método contraceptivo. **Método:** Abordagem qualitativa e descritiva. Participaram 10 jovens entre 18 e 24 anos, que já haviam utilizado o AE, sendo selecionadas através da técnica *snowball*. A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2018 na ESF de Duque de Caxias. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo originando três categorias. A organização dos dados se deu por análise categorial temática. **Resultados:** As categorias extraídas foram: Os saberes frente à contracepção de emergência, Prática da anticoncepção de emergência entre jovens usuárias da ESF e Expressões das jovens mulheres após o uso do AE. Evidenciou-se que as jovens mulheres possuem alguns conhecimentos e práticas sobre AE, de acordo com o Manual do Ministério da Saúde. Porém, existem lacunas de informações que podem influenciar no comportamento contraceptivo, além de sentimentos como vergonha e constrangimento ao comprar o AE em farmácias comerciais, que podem prejudicar a busca pelo AE e seu uso. **Conclusão:** Identificou-se a necessidade de revisão das ações educativas na área de saúde sexual e reprodutiva na ESF, desenvolvidas no Planejamento Reprodutivo pelos enfermeiros e outros membros da equipe multiprofissional, para que corrobore na diminuição da vulnerabilidade gestacional dessas jovens mulheres, ampliando seus saberes e viabilizando mais escolhas contraceptivas.

Palavras-chave: Anticoncepção, Jovens, Saúde da Mulher, Direito Sexuais e Reprodutivos, Serviços de Planejamento Familiar.

OLIVEIRA, Karina Costa. Knowledge and practices of emergency contraception among young women using the Family Health Strategy. 2019. 100f. Dissertation (Master in Nursing), Graduate Program in Nursing. Center for Biological and Health Sciences. Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. UNIRIO, 2018.

Abstract

Object: Young women using the Family Health Strategy. **Objectives:** To know the knowledge and to identify the practices of the young women on the AE to show possible gaps in the knowledge of young women about this contraceptive method. **Method:** Qualitative and descriptive approach was carried out by 10 youngsters between 18 and 24 years of age, who had already used the AE, selected using the snowball technique. Data collection took place between August and November of 2018 in the ESF of Duque de Caxias. The data collected were submitted content analysis, giving rise to three

categories. The organization of the data was by categorical thematic analysis. **Results:** The categories extracted were: The knowledge about emergency contraception and Emergency contraception practice among young female users of FHS and Expressions of young women after the use of EC. It has been shown that young women have some knowledge and practices, according to Ministry of Health manuals on EC. However, there are information gaps that may influence contraceptive behavior. In addition to feelings such as shame and embarrassment when buying the AE me pharmacies trades that can harm to seek by AE and its use. **Conclusion:** It was identified a need to review the educational actions in the area of sexual and reproductive health in the ESF developed in the PR by nurses and other members of the multiprofessional team to corroborate in reducing the gestational vulnerability of these young women, increasing their knowledge and enabling more contraceptive choices.

Keywords: Contraception, Youth, Women's Health, Sexual and Reproductive Rights, Family Planning Services.

LISTA DE QUADROS

I	INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES	51
II	DESENVOLVIMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO DAS PARTICIPANTES	53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACO	Anticoncepcional Oral
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Anticoncepção de Emergência
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CE	Contraceção de Emergência
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLAE	Consórcio Internacional de Anticoncepção de Emergência
DIU	Dispositivo intrauterino
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
<i>HERA</i>	<i>Health Empowerment Rights and Accountability</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICEC	Consórcio Internacional sobre Contraceção de Emergência
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
<i>LARC</i>	<i>Long Acting Reversible Contraceptive</i>
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNE	Plano Nacional de Educação
PR	Planejamento Reprodutivo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World health organization
UBS	Unidade básica de saúde
UPA	Ulipristal Acetato

USP

Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

I	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1.1	INTERESSE NA TEMÁTICA	12
1.2	QUESTÕES NORTEADORAS	13
1.3	OBJETO DE ESTUDO	14
1.4	OBJETIVOS	14
1.5	JUSTIFICATIVA	14
II	REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	17
2.1	ENTENDENDO O PAPEL SOCIAL DA SEXUALIDADE	18
2.2	OS JOVENS E A SEXUALIDADE	19
2.3	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COMO DIREITOS HUMANOS	21
2.4	FALANDO DE GÊNERO	26
2.5	CONTRACEPÇÃO DO DIA A DIA DAS JOVENS MULHERES	30
2.6	ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	33
III	METODOLOGIA	40
3.1	TIPO DE ESTUDO	40
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO	40
3.3	SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES	42
3.4	CAPTAÇÃO DOS DADOS	44
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	45
IV	RESULTADOS	46
4.1	CAMINHO PERCORRIDO PARA FALAR DO AE	48
4.2	PERFIL DAS PARTICIPANTES	49
V	DISCUSSÃO	54
❖	PRIMEIRA CATEGORIA – OS SABERES FRENTE À CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	54
➤	SABERES POPULARES DAS JOVENS	58
❖	SEGUNDA CATEGORIA – PRÁTICAS ENTRE JOVENS USUÁRIAS DA <i>ESF</i> NO USO DO AE	61

(continua)

(continua)

❖ TERCEIRA CATEGORIA – EXPRESSÕES DAS JOVENS APÓS O USO DO AE	65
VI CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	
A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	85
B – TERMO DE CONHECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	87
C – QUADROS DE SATURAÇÃO TEÓRICA	88
D – QUADRO SÍNTESE DE UNIDADES DE REGISTRO	91
E – QUADRO DE CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS	93
ANEXOS	
A – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COLABORADORA SECRETARIA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS	95
B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UNIRIO)	97

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 O INTERESSE NA TEMÁTICA

A inquietude sobre este tema emergiu da prática profissional enquanto enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma unidade do Município de Duque de Caxias, onde atuo há nove anos.

Dentro da minha prática, além do desenvolvimento dos atendimentos aos usuários nos programas estipulados pela ESF (Programa de Hipertensão, Diabetes, Puericultura, Saúde da Mulher e visitas domiciliares), ocorrem ainda ações educativas de promoção à saúde, como grupo de gestantes, grupo de tabagismo e grupo de Planejamento Reprodutivo (PR). E foi durante uma reunião desse grupo, quando foram apresentados os métodos contraceptivos disponíveis no Serviço de Saúde do município, que surgiu o interesse sobre o uso da Anticoncepção de Emergência (AE), após algumas jovens mulheres relatarem, individualmente, suas práticas com o AE.

Este estudo faz parte da linha de pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva como Direito da Mulher e Homem na Atenção Básica em Saúde, vinculado ao Laboratório de Estudo de Gênero, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, integrada à linha de pesquisa coordenada pela Professora Dr^a Adriana Lemos. Tal linha de pesquisa possui integração com o tema desta pesquisa, pois abarca postulados necessários ao seu desenvolvimento.

A Lei do Planejamento Familiar nº 9.263, de janeiro de 1996, em seu parágrafo único descreve que:

As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais.

Corroborando, assim, o acesso a direitos explicitados na Constituição Federal (CF) de 1988, no Artigo 226, § 7, ao declarar que “o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

Sob esta perspectiva, entende-se que o Planejamento Reprodutivo (PR) deve funcionar como um dispositivo agregador e facilitador para o exercício da saúde reprodutiva, incluindo a saúde sexual, já que o uso de anticoncepcionais entre as mulheres aparece de forma significativa, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PNDS (2006), onde 81% das mulheres, nesse período, usavam algum método contraceptivo.

Compreendendo essa dinâmica de possibilidades de métodos contraceptivos que, segundo o conceito de planejamento reprodutivo, devem estar disponíveis para mulheres e homens, fiquei a conjecturar a respeito dos saberes e do uso do AE entre as jovens mulheres que frequentam a ESF.

O AE é um insumo que pode ser usado para além da violência sexual, como já havia sido destacado na legislação (BRASIL, 1996):

- Relação sexual desprotegida;
- Uso inadequado do método contraceptivo de rotina;
- Falha anticoncepcional presumida (rompimento do preservativo ou sua retenção na vagina;
- Insegurança no uso do método adotado.

O uso do AE de forma excepcional, é apontado na Norma Técnica da Assistência ao Planejamento Familiar (1996, p.2): “A pílula de emergência (Pílula, Pós-Coital, Intercepção, Contragestão) é uma metodologia anticonceptiva de caráter excepcional, para utilização em situações de emergência”.

A pílula do dia seguinte é um método contraceptivo hormonal que necessita de compreensão devido à sua natureza “*emergencial*”, para ser utilizado de forma consciente e aproveitamento total de sua eficácia. E foi exatamente refletindo sobre esse caráter emergencial que percebi que os saberes e práticas em relação ao uso do AE, entre jovens mulheres que frequentavam a unidade da ESF, tinham algumas distorções que poderiam influenciar o comportamento sexual e contraceptivo dessas mulheres.

1.2 QUESTÕES NORTEADORAS

À luz dessas reflexões, foram concebidos alguns questionamentos que possibilitasse compreender melhor essa prática da AE relatada pelas jovens mulheres:

- ✓ Como as jovens mulheres usuárias da ESF utilizam o AE?
- ✓ Quais os seus saberes acerca do AE?
- ✓ Com que frequência fazem uso do AE?
- ✓ Em quais situações?

1.3 OBJETO DE ESTUDO

Dentro desta proposta, emergiu como **objeto de estudo**, os saberes e práticas das jovens mulheres usuárias da Estratégia Saúde da Família sobre AE.

1.4 OBJETIVOS

São os seguintes os **objetivos** deste estudo:

- Conhecer os saberes de jovens mulheres usuárias sobre AE;
- Identificar as práticas das jovens mulheres usuárias no uso do AE;
- Evidenciar possíveis lacunas no conhecimento e na prática das jovens mulheres usuárias da ESF sobre o AE.

1.5 JUSTIFICATIVA

Os relacionamentos entre os jovens apresentam comportamento contraceptivo variado (BORGES et al., 2010; ALMEIDA et al., 2015), fazendo com que adotem medidas de emergência para evitar que não surjam complicações posteriores, entre elas, uma gestação indesejada (ALMEIDA et al., 2015). Segundo Castro, Abramovay e Silva (2004), discorrendo sobre o comportamento sexual, além de ser iniciado precocemente; é necessário manter certa frequência de atividade sexual e a “naturalização” do fazer sexo. É como um estilo, sustentado por muitos jovens homens que acreditam que o ato sexual deve ser marcado por múltiplas parceiras/parceiros, num menor espaço de tempo possível. As autoras ainda refletem sobre a divisão do poder sexual, neste caso, um poder dos homens quanto a uma virilidade que lhes é imputada e de um capital erótico, em um exercício que legitima esse comportamento sexual pela sociedade e pela família. E, além disso, existe a importância da sociabilidade entre os pares, a pressão proveniente dos grupos dos quais fazem parte e de como se reproduzem os valores que corroboram os papéis tradicionais de gênero (CASTRO; ABRAMOMAY; SILVA, 2004).

Heilborn, Damasceno e Sousa (2014), ao falarem de gênero, evidenciaram que existem normas de gênero que norteiam os comportamentos: o gênero masculino deve ter muitas parceiras, um sinal de virilidade; já as mulheres enquadram-se em um estereótipo de modéstia sexual. Esses preceitos, segundo as autoras, exercem uma pressão social sobre as elaborações individuais de sua da sexualidade.

E neste contexto, ficou evidenciado que a atividade sexual dos jovens, principalmente

dos homens, é estimulada bem precocemente, o que pode acarretar problemas como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) para ambos e a gravidez indesejada para as mulheres. No contexto contraceptivo que pode ajudar as jovens mulheres a evitar uma gestação involuntária, encontra-se o AE.

No estudo realizado na Espanha por Simon e Azua (2014), os autores apontaram um crescente uso da AE entre os jovens, aparecendo em quarto lugar como método contraceptivo após o primeiro coito. Os primeiros que apareceram foram o preservativo masculino, com 91,4%; a pílula combinada, com 71,2%; o coito interrompido, com 68,2%; e o AE, com 56,3%.

O AE pode reduzir consideravelmente o número de gestações indesejadas e, conseqüentemente, atuar na diminuição do número de abortos realizados na ilegalidade, que elevam as taxas de morte materna. Neste sentido, a contracepção de emergência é uma das conquistas dos brasileiros no campo dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, podendo causar impacto positivo em diversos temas que vêm sendo discutidos com o fim de garantir o exercício saudável para a saúde reprodutiva de homens e mulheres (FIGUEIREDO, 2004).

Por isso, Brandão et al. (2016) ressaltam a necessidade urgente da ampliação da oferta do AE e das orientações quanto ao seu uso. Neste estudo, a pesquisadora inclui como de grande importância, o papel do farmacêutico como agente multiplicador de orientações desse anticoncepcional.

Já Binstock e Gogna (2014) dão ênfase à ampliação da cobertura de educação sexual integral como prioridade das políticas públicas, referindo-se à importância de se dialogar sobre os métodos contraceptivos, o que é endossado por Brandão (2018) que chama atenção para o fato da exclusão das categorias 'gênero' e 'orientação sexual' no Plano Nacional de Educação (PNE) e na Base Nacional Comum Curricular, recém-aprovada pelo Ministério da Educação, que comprovam as dificuldades enfrentadas para se falar de gênero e sexualidade no âmbito da educação pública.

Diante de tudo que foi exposto e das tentativas de avanços em relação ao acesso aos métodos contraceptivos, por parte do governo federal através de políticas voltadas para saúde sexual e reprodutiva, pode-se notar o destaque do papel das jovens mulheres, possibilitando maior autonomia como agente principal nas decisões sobre o planejamento reprodutivo, devido aos diversos métodos disponibilizados para uso exclusivo do sexo feminino, dentre eles a Anticoncepção de Emergência, conhecida popularmente como 'pílula do dia seguinte'.

Sendo assim, este estudo justifica-se pelo fato de o AE ser um dispositivo dentro do planejamento reprodutivo (PR), que possui capacidade de benefício em relação ao

abortamento inseguro, diminuindo os números desse procedimento e, conseqüentemente, de mortes maternas como foi dito, podendo ser acessível às jovens mulheres por ser um insumo distribuído gratuitamente na maioria das Unidades de Saúde públicas. Todavia, faz-se necessário disseminar ao máximo o acesso e a informação sobre o método para otimizar o uso desse contraceptivo, proporcionando capacidade de planejamento e de escolha.

Em relação à área de Enfermagem, principalmente a atuação dos enfermeiros, podemos destacá-los como os profissionais que aparecem como catalisadores da educação em saúde na área de saúde sexual e reprodutiva dentro da ESF, através do PR. Pois, a partir do conhecimento das demandas dos hábitos contraceptivos das jovens mulheres, poderá ocorrer o desenvolvimento de práticas educativas junto às jovens mulheres que sejam pautadas nas necessidades reais dessa população corroborando para ampliação de seus conhecimentos e dando suporte para o manejo correto dos métodos contraceptivos, incluindo o AE. Deste modo valorizando o seu uso e elevando o AE ao patamar de um método seguro e eficaz, entre as jovens mulheres, para evitar uma gestação indesejada.

Destaca-se que tais resultados poderão ser de grande valia para o meio acadêmico, pois além de serem alvo de fomento para novas pesquisas sobre as práticas contraceptivos das jovens mulheres, pode servir de base para implementação de políticas públicas de saúde que agreguem redefinições de prioridades, buscando maior efetividade de ações em saúde para um verdadeiro exercício de saúde sexual e reprodutiva com qualidade e plenitude, voltada para a assistência através da principal porta de entrada de acesso à saúde: a Atenção Básica.

II REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

A juventude compreende a faixa etária de 15 a 24 anos (PNDS/IBGE, 2006) e para Heilborn (2009), é apontada como a melhor fase da vida. Porém, juntamente a esse conceito, vem um período de exposição a grandes riscos. Magalhães et al. (2006) sustentam o argumento de que a juventude é uma fase marcada por descobertas intensas que podem culminar, em alguns casos, em conflitos também intensos. A experiência da juventude, não é uniforme para todos os indivíduos e sim, moldada pela percepção de referências e ideias de cada contexto social. É geralmente na juventude que ocorre a primeira relação sexual (HEILBORN, 2009) A sexualidade juvenil é marcada pelo processo de socialização e pelo acesso à educação, ao diálogo e aos cuidados que a sociedade oferece aos jovens e, portanto, não deve ser apenas sob uma perspectiva, sendo necessário compreender todo o movimento que ocorre nos diversos núcleos sociais nos quais os jovens estão inseridos e que os levam a desenvolver suas identidades.

Heilborn (2009) afirma que o exercício da sexualidade é diretamente submetido à cultura e à sociedade, visto ser um processo de amadurecimento físico, mental e/ou social, não podendo ser ignorado o quanto tais mudanças trazem significados diferentes e únicos na vida de cada sujeito e suas implicações na coletividade.

E talvez, pensando dessa forma, seja possível buscar meios de intervenção para minimizar os conflitos dessa população. Já Brêtas et al. (2011, p.2) fazem a seguinte reflexão: “a sexualidade é algo que se constrói e aprende, sendo parte integrante do desenvolvimento da personalidade, capaz de interferir no processo de aprendizagem na saúde mental e física do indivíduo”.

Essas reflexões remetem ao sujeito e à coletividade, com todos os acontecimentos que se sucedem com esse indivíduo (amadurecimento físico, aceitação, conflitos novos grupos sociais, identidade) e talvez façam-nos entender que a sexualidade requer atenção, principalmente na juventude, quando eclodem grandes mudanças na vida desse indivíduo que podem ser carreadas ao longo da vida, começando pela iniciação sexual que ocorre, muitas vezes, nesse período.

Gagnon (2006) em seu estudo intitulado *Roteiros Sexuais Rudimentares*, percebeu que a iniciativa explicitamente sexual, embora acompanhada de romantismo, ocorria em meados da adolescência. Antes disso, sua pesquisa (1973) revelou que os episódios de masturbação aconteciam com maior frequência em homens do que em mulheres. Infere-se que a sexualidade não tem um início definido, formando-se com o acúmulo de sensações

prazerosas; ou seja, a sexualidade é física, vivida no corpo e depois, amplia-se para as emoções (FIGUEIREDO, 2008).

Borges (2004) escreveu em seu estudo, que a primeira relação é um evento na vida do indivíduo, mesmo não estando mais atrelada ao matrimônio ou à reprodução. Seguiu dizendo que muitos autores descrevem as práticas sexuais como dinâmicas devido às suas constantes transformações, podendo causar impactos importantes na vida dos jovens.

A sexualidade é um assunto que permeia e se entrelaça em diversos momentos da trajetória de vida de um indivíduo, como na construção da identidade, na vida reprodutiva, na vida amorosa, nas relações sociais e nas políticas públicas de saúde, sendo um fator que desperta o interesse do Estado e da coletividade.

2.1 ENTENDENDO O PAPEL SOCIAL DA SEXUALIDADE

A sexualidade vem sendo debatida desde o século XVIII, quando começou-se a perceber que muitos dos contatos corporais tinham a intenção somente de produzir prazer. Assim, abriu-se um novo campo de conhecimento específico (FOCAULT, 1984).

Para Gagnon (2006), as pesquisas e os estudiosos da sexualidade tem desempenhado um papel importante no sentido de forçar pontos de referência sobre as práticas sexuais, esclarecer a compreensão e suprir os conteúdos de debates ideológicos sobre o certo e o errado da sexualidade na sociedade. O filósofo discorre sobre como a sexualidade deve ser observada, uma vez que ela não pode ser resumida à vivência de um prazer, porque implica em uma avaliação moral de um valor que é denotado pela sociedade dentro de padrões já sedimentados. Ele ainda completa: “a vida sexual se assemelha a toda vida social: é uma atividade provocada pelas circunstâncias sociais e culturais, é uma atividade que difere de uma época histórica para outra ou de uma cultura para outra” (GAGNON, 2006, p. 215). Segundo o estudioso, esse papel social de destaque foi-lhe atribuído devido ao seu forte significado dentro do contexto da formação da família. A sexualidade não era vista somente como um aparato pessoal e íntimo, mas de cunho político também.

O comportamento sexual de um indivíduo ou da coletividade é diversificado, de acordo com sua cultura e época, variando com os atributos sociais das pessoas implicadas e suas relações sociais (GAGNON, 2006). No tocante ao papel social atribuído a homens e mulheres na sexualidade, é possível reconhecer diferenças. Na pesquisa realizada por Gagnon e Simon (1973) intitulada *Condutas Sexuais*, realizada entre os anos 60 e 70 nos Estados Unidos da América (EUA), os autores perceberam que as iniciativas sexuais eram tomadas pelos

homens, enquanto as mulheres só respondiam de acordo com os acontecimentos. Os jovens apresentavam inabilidades para realizar o ato sexual e o coito era cercado de dificuldades, deixando claro que havia diferenças no desenvolvimento sexual de homens e mulheres.

Um estudo realizado por Roza, Vonk, Bonan e Silva (2013) evidenciou que existem ainda diferenças entre gêneros que se refletem na iniciação sexual, em que os meninos têm sua primeira experiência sexual mais precocemente do que as meninas, corroborando a idéia do estereótipo de gênero.

Rubin (1984) em suas proposições, já apontava a estratificação social como um catalisador que alimentava mudanças nas desigualdades de classe, gênero, raça e etnias, tornando real a impossibilidade de não ter seus direitos reconhecidos, inclusive os direitos sexuais.

Importante salientar que nos estudos acima, o papel da sexualidade antes vinculada ao privado, assume o papel de elemento no contexto social e político, porém, esse novo cenário não acarreta mudanças porque segue o perfil do patriarcado e do androcentrismo, também neste contexto.

No que se refere ao desenvolvimento sexual imputado a homens e mulheres, as diferenças entre os dois sexos acabam por interferir, retomando como referencia as colocações de Rubin, 1984, podemos inferir que muitas vezes as mulheres são cerceadas no acesso à saúde, incluindo a sexual e reprodutiva, de forma integral, pois, a partir do momento em que não possuem o mesmo valor de um homem em idade reprodutiva, a atenção dada às suas necessidades sejam elas de ordem econômica, educacional, social, política e de saúde, ficam em segundo plano quando comparadas à dos homens, não recebendo investimentos para melhorias de acesso e desenvolvimento de ações nesses campos, com isso comprometendo a vivência plena nesses setores, deixando ainda mais marginalizado o interesse em relação à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

2.2 OS JOVENS E A SEXUALIDADE

A sexualidade imprime-se, com destaque, como um campo onde existe uma busca por autonomia de projetos e a sua prática é exercida de forma singular (ABRAMOVAY; COSTA; SILVA, 2004). Essa nova fase que alavanca a autonomia, pode ser percebida em várias áreas da vida desse sujeito em seus projetos pessoais na educação, na decisão de uma profissão, no autoconhecimento do corpo e na sua identificação social e sexual no grupo ao qual pertence

ou do qual pretende participar. É uma autonomia vinculada ao poder de decidir sobre fazer isso ou aquilo, talvez ainda sem uma maturidade sexual.

Quanto à Giddens (1993), o autor discorre acerca do exercício da sexualidade que permeia os horizontes das possibilidades, realizando-se dentro de um marco cultural delimitado por processos e rituais. Ou seja, para esse estudioso, a sexualidade expressa um viés dinâmico, porém, único para cada sujeito dentro de sua realidade cultural e sem negar sua essência do experimentar diante das possibilidades.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a p.39) considera a sexualidade como “um conjunto de características humanas que se traduz nas diferentes formas de expressar a energia vital, chamado por Freud de libido” e ainda, que “as dimensões sobre sexualidade vão além do corpo, dos sentimentos, da história de vida, das relações afetivas, sendo uma parte fundamental que abarca aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais”.

Pode-se entender, diante do exposto, que a sexualidade está presente na vida desses sujeitos, ajudando-os a se reconhecerem como pessoas através das diversas relações que conduzirão em sua vida, a exemplo da relação com o outro, com a sociedade, com sua família e consigo mesmo identificando, a partir dessas relações, os comportamentos e posturas que melhor traduzem quem são e como querem ter reconhecimento no meio em que vivem.

Um dos momentos na vida dos jovens que merecem atenção é quando eles começam a se relacionar sexualmente, o que geralmente ocorre na juventude. Compreender qual é o movimento executado pelos jovens que culmina na iniciação sexual, amplia nossa capacidade de assisti-los adequadamente para que possam viver sua sexualidade com mais liberdade de escolha.

Para Magalhães et al. (2007), são variados os motivos que levam o jovem a decidir a hora de começar sua vida sexual, podendo ser constituídos de um relacionamento afetivo, por atração pelo corpo do outro ou para satisfazer um desejo de amor. E continuam relatando a respeito do tema, que é comum os meninos começarem a vida sexual por uma questão de atributo de masculinidade, enquanto as meninas fazem-no com uma visão mais romantizada. A propósito, Brandão (2000, p. 66) fala sobre a iniciação sexual e afetiva, destacando que

A iniciação sexual não é entendida apenas como ocorrência de uma primeira relação completa. Trata-se de um longo percurso que os jovens atravessam em parceria com alguém do outro sexo permeado por carícias íntimas, desvelamento gradativo do próprio corpo e do corpo do outro, conversas, dúvidas, medos, experimentação de sensações e sentimentos novos, o preparo que a primeira relação exige. Também é vivida de modo distinto pelos jovens.

Segundo a autora, os jovens atravessam um processo que lhes exige preparação e os caminhos e razões que os levam para a prática sexual, são diferentes. Para Viana (1992), a iniciação sexual encaixa-se em um perfil mais normativo, de acordo com os parâmetros que se julgam ser parte da juventude. É influenciada pelas relações de consumo, círculo de amizades e valorização corporal associada à ideia de uma saúde perfeita, o que pode ser subentendido, ainda que sutilmente, como um controle sobre a sexualidade e o corpo (FOUCAULT, 1984).

Dentro desse contexto, pode-se observar que a sexualidade não se limita a um processo estático e sem desdobramentos em outras áreas da vida do indivíduo, por se tratar de um processo dinâmico que atinge a sociedade com um papel multifacetado dentro dos cenários familiar, social, econômico, cultural, político.

Com várias áreas de atuação na vida do indivíduo, principalmente no início de seu desenvolvimento na juventude, a sexualidade precisa de atenção dado o seu contexto ampliado em nossa cultura, necessitando ser entendida, respeitada e orientada a ser vivida de modo pleno, com saúde e direitos assegurados pela Constituição Federal, em pleno exercício de um Estado Democrático de Direito.

2.3 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COMO DIREITOS HUMANOS

As Conferências do Cairo (Egito) e de Pequim (China) realizadas, respectivamente, em 1994 e 1995, conceituaram a saúde sexual como:

A habilidade de mulheres e homens de desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestação indesejada, coerções, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada agradável e segura, baseada na autoestima, que implica uma abordagem positiva sobre a sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. (HERA, 1995, p.19)

A saúde sexual e reprodutiva é parte integrante das Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 2010b). E quando se fala em saúde, referimo-nos diretamente a direitos garantidos na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), cujo texto declara que a saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis para seu pleno exercício.

O primeiro marco legal internacional em relação à saúde do adolescente, foi a Convenção Internacional do Direito da Criança, promulgada em Assembleia Geral das Nações Unidas, no ano de 1989. Nessa Convenção, foram destacados dois pontos: a

superação da visão de que a criança é um objeto passivo de intervenção por parte da família, da sociedade e do Estado e o reconhecimento de que a criança e o adolescente são sujeitos sociais de direito. Na Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em 1993 em Viena (Áustria), os direitos das mulheres e das meninas foram reconhecidos pela primeira vez como parte integrante e indivisível dos direitos humanos (BRASIL, 2006a).

Na Conferência Mundial da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre Populações e Desenvolvimento, realizada em 1994 no Cairo (Egito), foram consolidadas as noções de saúde sexual e saúde reprodutiva. O Brasil faz parte do rol de países signatários e, como tal, foi orientado a realizar a implementação de políticas públicas pautadas nas reivindicações políticas do movimento de mulheres, na nova concepção de saúde na qual as decisões sobre a saúde sexual e reprodutiva e o exercício da liberdade sexual e reprodutiva, sejam garantidos como direito fundamental assegurado pelo Estado (BRASIL, 2006a).

Os direitos sexuais e reprodutivos de homens e mulheres foram definidos pela Plataforma de Ação do Cairo como: a) o direito de decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos, o espaçamento entre um filho e outro e a oportunidade de ter filhos, b) o direito de ter acesso à informação e os meios para decidir, c) o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de qualquer tipo de coerção, discriminação ou violência (BRASIL, 2006a).

Dentro dessa Plataforma de Ação do Cairo, ainda há recomendação sobre a participação responsável do homem quanto ao comportamento sexual e reprodutivo, porém, como não é feita de forma explícita, dificulta a sua assimilação e entendimento para jovens e adolescentes (BRASIL, 2006a).

O grande avanço na definição de direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, ocorreu na IV Conferência Internacional sobre a Mulher, realizada em Pequim (China) em 1995, ocasião em que o destaque foi à visibilidade dada aos direitos sexuais, galgando o patamar dos direitos reprodutivos e, enfim, dando condições para a igualdade de gêneros (BRASIL, 2006a). Nessa Conferência, foram definidos os direitos sexuais e reprodutivos:

Direito de controle e decisão de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade incluindo-se a saúde sexual e saúde reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre homens e mulheres no que diz respeito à relação sexual reprodução incluindo-se o respeito e a integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidade pelos comportamentos sexuais e suas consequências. (PEQUIM, 1995, p.33)

As Conferências do Cairo e de Pequim consideraram que o enfrentamento das desigualdades existentes entre homens e mulheres e o reconhecimento dos direitos dos

direitos sexuais e reprodutivos, são importantes para o desenvolvimento dos países e para o desenvolvimento humano (BRASIL, 2006a).

Voltando à realidade brasileira, quando se fala em direitos dos jovens e adolescentes, temos um marco nacional foi o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que assegurou direitos universais e integrais à crianças e adolescentes que alcançaram o *status* de sujeito e não somente objeto de intervenção de pais, responsáveis e do Estado (REDE FEMININA, 2003).

Segundo o ECA, as crianças e os adolescentes têm direito à liberdade e ao respeito à dignidade como pessoa humana em processo de desenvolvimento como sujeito de direitos civis, humanos e sociais, garantidos pela Constituição.

Não existe na letra da Lei, inciso ou artigo que disserte sobre a saúde sexual e reprodutiva, porém, Ventura (2003) vislumbrou alguns pressupostos fundamentais que criam mecanismos para o desenvolvimento do direito reprodutivo, tanto assim que em 2009 a autora relacionou esses pressupostos com os artigos do ECA, descrevendo que:

- No plano individual, o ECA reconhece como direitos fundamentais da criança e do adolescente a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado destes segmentos de forma geral.
- No plano social, o ECA estabelece a prioridade do atendimento médico do adolescente (Art.11), o direito à autonomia (Art. 17) e sua absoluta proteção à vida e à saúde, de forma que permita seu desenvolvimento sadio e harmonioso.

Para a autora, inexistente a prerrogativa que submeta o acesso aos serviços ou a outros direitos somente com a permissão dos pais ou responsáveis. Mas a Lei é clara no sentido de garantir que toda criança e adolescente que tenha condições de expressar-se, seja ela ouvida e sua opinião considerada, na perspectiva de seu melhor interesse, no momento de se decidir sobre qualquer condição de saúde de sua vida. Portanto, deve-se entender que “os direitos de adolescentes à atenção à saúde sexual e reprodutiva consiste em direitos garantidos pelo ECA e podem ser exercidos independente da autorização da família ou responsável” (VENTURA, 2009, p. 273). Finaliza a autora dizendo que não se deve utilizar limitações legais para usurpar ou limitar direitos garantidos.

Os jovens e os adolescentes são considerados uma população estigmatizada pela pressuposição de um não adoecimento (higidez), que acarreta uma procura pouco frequente às Unidades Básicas de Saúde (UBS) (SOUZA, 2004). Segundo Ayres (1990), isto acontece porque os jovens consideram que não lhes são ofertados serviços que reflitam as suas necessidades. Deste modo, essa população acaba por causar danos à própria saúde, levando a

Infecções Sexuais Transmissíveis (IST), gravidez na adolescência, violência e abusos sexuais (OLIVEIRA; LYRA, 2008) tanto assim que nesta pesquisa, as jovens demonstraram não procurar o serviço por não haver um especialista em Ginecologia no local.

Identificando esta situação e por abarcar características das questões de saúde pública, em 2006 o Ministério da Saúde publicou o Marco Teórico e Referencial da Saúde Sexual de Adolescente e Jovens, que compilou diversas informações da realidade dessa parcela da população, identificando várias necessidades na saúde sexual e reprodutiva desses sujeitos (OLIVEIRA; LYRA, 2008). Porém, o grande avanço em forma de documento ampliado, foi a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, implantada em 2007, que teve como princípio promover a saúde de adolescentes e jovens, compreendendo que os comportamentos iniciados nessa idade são cruciais para o restante da vida, porque repercutem no desenvolvimento integral da pessoa. A saúde, nestas faixas etárias, está diretamente relacionada à promoção da participação juvenil no exercício da cidadania, em especial no fortalecimento dos seus vínculos familiares, comunitários e por meio de ações de educação em saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2006a).

De maneira geral, à medida que rapazes e moças crescem, os adultos vão ensinando ativamente, através da cultura diferenciada e normas instituídas para cada sexo, que tipo de comportamento eles devem desenvolver. Essas diferenças de expectativas e papéis sociais são incorporadas e internalizadas por crianças e adolescentes, refletindo-se em seus comportamentos atuais e futuros, principalmente no que diz respeito à sexualidade, às relações pessoais com namorados e cônjuges, bem como ao acesso às informações e serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL, 2007).

No que se refere à saúde reprodutiva, existe um papel de destaque para as mulheres que vem se desenhando há algum tempo. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tendo como principal característica a ruptura com os norteadores de Programas de Saúde da Mulher, que eram: assistência ao pré-natal, gestação e puerpério de caráter reducionista em relação à mulher (atenção somente à reprodução), passando a elencar critérios de prioridades em outros campos de atuação para a sua saúde.

Paralelamente, o Movimento Sanitário concebia o arcabouço conceitual que embasou a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram incorporados no contexto da concepção do SUS, princípios e diretrizes de propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção (BRASIL, 1990), incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação,

englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, nas IST, nos cânceres de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984). O Manual sofreu influências guiadas a partir desses novos parâmetros culminando, em 2004, na elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde acatando como princípio, o direito básico de cidadania previsto na Constituição Federal, qual seja, o direito de ter ou não ter filhos/as, implementou a Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1996), garantindo a assistência à concepção e à contracepção como integrante das ações de assistência à saúde. Além disso, disponibilizou para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), diversos métodos contraceptivos, tais como métodos de barreira, dispositivos intrauterinos, hormonais, incluindo a Anticoncepção de Emergência (AE) e métodos definitivos. Através do Programa de Planejamento Reprodutivo (PR), tais iniciativas visam ampliar a oferta e o acesso a esses métodos para homens e mulheres (BRASIL, 2009).

A Lei do Planejamento Familiar veio agregar mais acesso e informação a homens e mulheres no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, tornando-se um instrumento do Estado para facilitar o livre exercício da sexualidade e da reprodução com responsabilidade, acesso à insumos contraceptivos e à informação.

Tais políticas, na prática, nem sempre funcionam como se expressam. Na Unidade em que trabalho, são ofertados todos os métodos protocolados pelo PR, porém, o contraceptivo oral e injetável é somente fornecido em farmácias específicas e regionais do município de Duque de Caxias, que se divide em quatro distritos. Em cada um, há uma farmácia central para distribuição dos contraceptivos que necessitam da receita carimbada e assinada pelo médico da rede municipal (ou transcrição pelos Enfermeiros) e de receituário com o *Logo* da prefeitura de Duque de Caxias o que, muitas vezes, acarreta na descontinuação do uso devido às exigências citadas e ainda, porque a mulher não consegue dispor de meios para buscar o anticoncepcional prescrito.

Assim, talvez as escolhas das jovens mulheres em relação aos métodos sejam guiadas pela oferta, e não pela demanda, o que pode estabelecer uma relação desfavorável com a Unidade de Saúde, já que elas percebem que suas escolhas e/ou necessidades não são acolhidas acarretando, possivelmente, em diminuição da procura pela ESF, resultando em desassistência em outras áreas de atenção à saúde devido à falta de estímulo para procurar a Unidade de Saúde.

O que leva a inferir através dessa perspectiva é que, com uma política e uma lei voltadas para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e homens, frente à realidade da população que integrou este estudo, faz-se necessário um avanço para que, de fato, essas políticas de saúde sejam estruturadas e instrumentalizadas, a fim de que se obtenha maior êxito em relação ao acesso e cobertura na distribuição dos insumos, em relação ao que se tem hoje, isto porque as estratégias traçadas parecem não abarcar as demandas reais das mulheres em idade reprodutiva, que buscam acesso aos métodos contraceptivos no município de Duque de Caxias.

2.4 FALANDO DE GÊNERO

O termo gênero foi incluído, no campo do Direito, de forma indireta quando se refere, a impossibilidade de negligenciar os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil que busca, no Artigo 3º da Constituição Federal de 1988, a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação e principalmente o Artigo 5º, que se refere aos direitos individuais e coletivos ao declarar que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos dessa Constituição.

Segundo prevê a Carta Magna, homens e mulheres são iguais em acesso aos seus direitos, porém, a realidade é que o gênero feminino atribuído às mulheres pela denominação biológica vem carregado de preceitos normativos ditados pela cultura, sociedade e políticas em que estão inseridas e tentam perfilar o comportamento feminino, seja sobre seus corpos ou na sua atuação na economia (através do mercado formal e informal), na sociedade e na política.

Para Judith Butler (2003), o gênero não é biológico, mas se expressa de tal forma na sociedade repetida vezes, numa prótese performática que lhe é imputada como a natureza da espécie.

Helborn (1997, p. 101) define *gênero* como um:

Conceito de Ciências Humanas e Sociais que, em suas formulações mais recorrentes, refere-se à construção social do sexo e pousa suas reflexões sobre os comportamentos, atividades, simbologia e expressões, que são configuradas como binárias (homem/ mulher).

Scott (1989) discorre sobre o tema dizendo que o gênero é como um elemento constitutivo das relações sociais. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que designam o que é próprio do masculino e do feminino, como um modelo

aceitável de comportamento para homens e mulheres. A definição de gênero é dividida por Scott em duas partes: a primeira, conceitua gênero como um elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos; e a segunda, como uma forma primeira de significar as relações de poder (SCOTT, 1995).

As significações de gênero e as relações de poder foram construídas reciprocamente. O patriarcado, uma forma de organização social na qual as mulheres estão hierarquicamente subordinadas aos homens, enquanto os jovens, aos homens mais velhos que se constituem um forte exemplo do poder conferido ao homem na sociedade, tendo a garantia do controle sobre a sexualidade, o corpo e a autonomia feminina, além das decisões familiares (SCOTT, 1995).

A respeito das relações de gênero, outra estudiosa discorre que a matriz das relações de gênero são fronteiras rígidas, arquitetadas sob um perfil normativo e incansavelmente repetidas para ser arraigado no seio da sociedade civil (BUTLER, 2008). A visão de Butler refere-se a um corpo performático, ou seja, um corpo com postura e estilo comportamentais previamente definidos.

Seguindo este contexto e ampliando suas implicações, HERA (1995, p. 10) reflete sobre o padrão de relacionamento entre os gêneros ao dizer o seguinte:

As relações de gênero, dentro de uma sociedade, não são equilibradas. Esse desequilíbrio de gênero impacta diretamente nas leis, política e práticas sociais. A desigualdade de gênero interfere e intensifica outras desigualdades, como de raça, cor, etnia, orientação sexual e religiosa.

Todo esse padrão pré-determinado emite um único consenso: o de que homens e mulheres são apresentados à sociedade de formas diferentes e que essas formas perpetuam comportamentos intimamente ligados à herança do patriarcado, que se inicia desde o nascimento, passando pela adolescência, juventude e deixando no cerne desses sujeitos, a falta de entendimento do que é igualdade de direitos e de como ela se reflete na falta de acesso a direitos das mulheres, de tal forma que alimenta uma rede de desinformação e subutilização de meios (leis, políticas) que, por sua vez, acarretam um prejuízo no campo da vida social, econômica e da saúde dessas mulheres, inclusive na saúde sexual e reprodutiva. A desigualdade de gênero, portanto, é um fator considerado determinante na saúde da mulher.

Joan Scott (1989, p.17) já vislumbrava esse pensamento, no que concerne ao gênero, dizendo que “o gênero limita o campo de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e sua forma de aplicação”. Em documento do Ministério da Saúde, de 2007, a ideia de disparidade entre os sexos foi reforçada com os apontamentos sobre a relação entre homens e mulheres ser ainda caracterizada pelas desigualdades e opressões.

Esse padrão foi historicamente construído pertencendo ao âmbito da cultura, dos valores sociais e não meramente com a visão biologicista. Esse distanciamento com o biológico ou o natural, já havia sido citado por Beauvoir (1980) em seu livro intitulado *O Segundo Sexo*.

Para a estudiosa, o caráter social e cultural sedimenta as diferenças entre homens e mulheres, deliberando que o destino da mulher não é definido pela biologia e sim, por construções sociais pautadas no androcentrismo, provocando uma ruptura com a argumentação da naturalização do gênero como diferença sexual e do seu potencial reprodutivo. A propósito, há na literatura uma frase que representa o seu pensamento: “não se nasce mulher, torna-se mulher” (BEAUVOIR, 1980, p. 9).

A história tem descrito esses processos como se essas posições normativas fossem produtos de consensos e não de um conflito na sociedade. No sistema de valores que fundamenta a cultura sexista, o masculino representa a supremacia e o poder, enquanto o feminino é associado à fraqueza e à dependência (BRASIL, 2007).

A diferença sexual entre homens e mulheres deixa de constituir um fator unicamente biológico, passando a integrar uma forma de diferenciação política e social, fazendo com que a mulher seja inserida em um grupo despossuído de cidadania, assim como os negros e os pobres (SCOTT, 2005). É uma sociedade fortemente marcada pela cultura androcêntrica e patriarcal.

Isso reflete na tomada de responsabilização contraceptiva masculina. A propósito, Brandão (2018) relata como os comportamentos morais e sexuais já pré-determinados e a diferenciação evidente no tratamento entre homens e mulheres (sobre a vivência de sua sexualidade), acentua a falta de participação dos homens nas decisões sobre métodos contraceptivos.

Assim, as relações de gênero, especialmente no que se refere à desigualdade, constituem-se em importantes possíveis fatores determinantes das condições de saúde de uma população. De acordo com a construção sociocultural dos gêneros, que prevalece na tradição ocidental, a reprodução seria um assunto feminino por causa da natureza da mulher, sendo o campo da sexualidade essencialmente masculino em decorrência da natureza do homem (BRASIL, 2007).

Para Cararrano et al. (2003), o discurso de virilidade imprime-se como marco na atividade sexual, sendo utilizado como um dispositivo de aceitação do homem/macho na cultura brasileira. Nesse sentido, Helborn (2009) reforça que os meninos são incentivados precocemente a experimentar a iniciação sexual, como prova de sua masculinidade, enquanto as meninas, ao contrário, são estimuladas a se conter e seguir as regras sociais que

determinam o recato como comportamento ideal, o que pode vir a acarretar problemas na negociação do uso de contraceptivo no momento da relação sexual.

Em nossa sociedade, é facultada à mulher a responsabilidade da contracepção (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004). Para Cabral (2011), a tarefa da contracepção tornou-se um campo de domínio e responsabilidade da mulher, a partir da ausência efetiva dos homens nessa área. Brandão (2018) afirma que não existem locais de fala sobre esse comportamento masculino, nem ocorrem debates sobre o assunto. O tema é sempre tratado com subsídios reais das diferenças entre os gêneros.

Já para Olsen et al. (2018, p. 2),

(...) o assunto sobre responsabilidade masculina na contracepção vem ganhando espaço e discorre dizendo que as mudanças nos padrões de anticoncepção com maior acesso à informação decorrente da ampliação dos meios digitais e a crescente participação da mulher nos espaços públicos, novas demandas para o enfrentamento das desigualdades nas relações de gênero, acabaram gerando ampliações das discussões sobre a responsabilidade dos homens na reprodução.

Nesse estudo de Olsen et al. (2018) em relação ao de Brandão (2018), ocorre a inserção de um elemento novo: uma ampliação das discussões sobre responsabilidade masculina na reprodução. Ou seja, mesmo que pontualmente, observou-se um movimento de trazer a responsabilização do homem para o campo dos debates que, ganhando notoriedade, pode caminhar para diálogos mais profundos que possam culminar em estratégias de saúde sexual e reprodutivas mais igualitárias, em relação às que temos nos dias de hoje, que é puro reflexo do androcentrismo vivido por nós (mulheres) ainda na atualidade.

Pode-se inferir que a responsabilidade delegada à mulher sobre a contracepção, parece ter sido indiretamente imposta por manobras sociais/culturais que imputam determinados comportamentos ou, ainda, por estratégias políticas que limitam o campo da atuação da mulher à família, à criação dos filhos ou à contracepção. E por fim, a ausência da presença masculina como responsável junto à sua parceira quanto à pauta da contracepção.

Diante disso, restou às mulheres assumir, quase que integralmente, a responsabilidade sobre a contracepção. Até porque, em sua maioria, os métodos são voltados para intervenção contraceptiva nos corpos femininos.

As Redes Básicas de Saúde, através do Programa de Planejamento Familiar, buscam disponibilizar para as mulheres, infelizmente não em todas as suas Unidades, métodos contraceptivos de barreira comportamentais, hormonais, dispositivos intrauterinos e cirúrgicos, o que lhes confere certo empoderamento de viver a sua sexualidade e a

reprodutividade sexual de forma mais plena, com mais qualidade e controle, se assim o desejar.

Porém, ainda caminhamos devagar no que refere à igualdade gêneros, visto que a desigualdade se faz presente nas práticas sexuais, na responsabilização por essas práticas (a mulher é quem deve se prevenir) ou na falta de responsabilidade sexual do gênero masculino amparado por uma isenção “moralmente” concedida pela sociedade.

2.5 CONTRACEPÇÃO NO DIA A DIA DAS JOVENS MULHERES

A ideia de olhar holístico que busca compreender os fenômenos na sua globalidade, voltou-se para as mulheres no Brasil tendo como marco o PAISM (BRASIL, 1984), quando as políticas públicas de saúde começaram a se ampliar, a fim de alcançar maiores cuidados na saúde da mulher, não se restringindo ao conteúdo do ciclo gravídico-puerperal e sim, em uma linha de cuidado ampliada em todas as fases da sua vida incluindo, também, ações de saúde sexual e reprodutiva.

Nesse sentido, a pauta de contracepção moderna está inserida como uma das políticas públicas de saúde voltada para jovens mulheres sexualmente ativas em fase de vida reprodutiva e também para os homens, fazendo-se presente por meio da Lei do Planejamento Familiar que garante direitos ao planejamento reprodutivo com total autonomia de ambos. Entende-se que esse exercício de cidadania está vinculado à escolha do método contraceptivo, que dever ser inerente a mulheres e homens. Inicialmente, a assistência à concepção e à contracepção faz-se presente mediante disponibilização de métodos anticoncepcionais gratuitamente, abrangendo métodos comportamentais, de barreira, hormonais orais e injetáveis, DIU de cobre e esterilizações dando, enfim, à Lei do Planejamento Familiar, estrutura, insumos e fluxos de ação para facilitar o acesso a todos.

Cabe ressaltar, porém, que o acesso aos contraceptivos não é igualitário para homens e mulheres porque, na maioria das Unidades de Saúde de Caxias, existem potes ofertando os preservativos masculinos no balcão de atendimento e o usuário pode levar quantos desejar, enquanto o mesmo não ocorre com o preservativo feminino, que não fica disponível no balcão. Em relação à quantidade de insumo recebidos, a de “camisinha” feminina é menor do que o códon. Os acessos aos métodos hormonais são designados a determinadas Unidades de Saúde e ainda há necessidade de “autorização” das mulheres unidas, no caso da laqueadura, reforçando as desigualdades de gênero.

A atenção à saúde sexual e reprodutiva é uma das ações prioritárias da Atenção Básica (BRASIL, 2010). A Política Nacional de Atenção Básica através da portaria 2.436 de setembro de 2017 tem suas ações definidas no seu Artigo 2º como:

conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

E dentro nessa nova perspectiva, integra-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se tornou a principal porta de entrada para o acesso a diversos serviços de saúde (GIOVANELLA et al., 2009; CUNHA; GIOVANELLA, 2011). A ESF visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, tendo como estratégia a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2011):

- ✓ Através do favorecimento a uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial,
- ✓ Por aprofundar os princípios e diretrizes e fundamentos da atenção básica,
- ✓ E a ampliação da resolutividade sobre o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades,
- ✓ Além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Para a implantação das equipes da ESF é necessária a seguinte composição multiprofissional, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde (ACS). Podem ser acrescentados a essa composição, os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

A ESF trabalha com área adscrita da população regional, estabelecimento de vínculo com os usuários, prioridades, reconhecimento das demandas de saúde da área cadastrada, promoção da saúde, prevenção, além de um processo de responsabilização do cidadão na promoção de sua saúde e da coletividade. Não é um processo vertical hierarquizado, mas de fluxos transversos, dependendo das necessidades de saúde daquela população. Uma das ferramentas que dão sustentação a esse trabalho e melhora o desenvolvimento do vínculo, consiste no trabalho dos ACS por serem moradores da área.

Sendo assim, a ESF mostra-se uma tentativa dos gestores municipais, estaduais e federais no sentido de trazer maior resolutividade para os problemas de saúde da população tornando-se, desde então, a principal porta de entrada do sistema público de saúde para a população.

Dentro da ESF trabalha-se com promoção da saúde, sendo um dos canais o Programa Saúde na Escola (PSE) que, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, tornam as escolas locais de promoção da saúde de interesse individual ou da coletividade.

Dentro desse circuito de educação em saúde, são empregados também o PR, visando a saúde sexual e reprodutiva desses sujeitos. A esse respeito, Luiz, Nakano e Bonan (2015, p.672) declaram que “dentro desta perspectiva, a oferta deve ser orientada pelo princípio da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, seguindo a ordem das políticas que vem sendo desenvolvidas pelo Estado Brasileiro”.

Destaca-se que o PR oferece às mulheres os métodos que são contemplados pelo Planejamento Familiar (BRASIL, 1996), porém, o Ministério da Saúde ainda não disponibiliza os métodos denominados *LARC (long acting reversible contraceptive)*, nos quais estão incluídos os adesivos (*patches*), o anel vaginal e o implante intradérmico, apesar de já terem chegado ao Brasil (SITRUCK-WARE et al., 2013; BAHAMONDE; BAHAMONDE, 2014).

Em relação à prática do uso da contracepção por mulheres em idade reprodutiva, a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, revelou que 81% das brasileiras usavam contracepção. Existe, portanto, uma linha ascendente no uso, se considerarmos que os dados de 1986 eram de 66,2% (AMORIN; BONIFÁCIO, 2010) e os de 1996 pairavam em 76,7% (SOCIEDADE CIVIL DE BEM-ESTAR, 1997). O PNDS (2006) destacou ainda, que o método mais utilizado era a esterilização feminina, entre mulheres unidas, seguido da pílula.

Já o estudo realizado por Olsen et al. (2018) no município de São Paulo, com jovens mulheres de 15 a 44 anos, num total de 633 mulheres, focando nas 312 que já haviam iniciado a atividade sexual durante 2015, apontou que o uso do preservativo masculino (28,2%) e a pílula (23%) foram os métodos contraceptivos mais frequentes nessa população. Ainda foi relatado o uso do AE na amostra da pesquisa. Evidenciou também, uma alta prevalência do uso de contraceptivo moderno, como o injetável, além da falta de citação de métodos como DIU, vasectomia, laqueadura, anel vaginal, adesivos, implantes ou diafragma.

Percebe-se que a sexualidade das mulheres saiu do perfil de procriação para o patamar que envolve a sexualidade ampla discutida anteriormente.

É percebido que vem ocorrendo, ao longo dos anos, um trabalho de ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, principalmente no quesito distribuição, abrangendo os hormonais orais (ACO), adicionando nessa classificação a Anticoncepção de Emergência e os injetáveis, sendo possível sua aquisição na Farmácia Popular e não somente nas redes públicas de saúde, porém, condicionadas à apresentação de receita (BRASIL, 2013).

A Anticoncepção de Emergência (AE) é uma pílula com ação preventiva para gestação usada pós-coito, também conhecida pelas jovens como a ‘pílula do dia seguinte’ (BRASIL, 2011). A propósito, nos estudos realizados por Naves et al. (2010) e Domingues et al. (2015), constatou-se proporção significativa de adultas que realizam automedicação, o que configura uma prática entre as jovens também.

O AE incorpora-se no rol da automedicação e talvez por isso, seja necessário mobilizar gestores profissionais de saúde e educadores sobre a importância de se debater acerca do método, suas contribuições para a saúde reprodutiva da mulher, sua eficácia, suas limitações, efeitos colaterais e contra-indicações. O AE aparece como um dispositivo tecnológico que pode contribuir para escolhas conscientes, individuais sobre a maternidade entre jovens mulheres.

2.6 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (AE)

É um método contraceptivo que começou a ser estudado por Albert Yuzpe como resposta médica às consequências sofridas pelas vítimas de violência sexual (MARTIN, 2004; DIDES CASTILLO, 2006). Hoje temos disponíveis quatro gerações de AE, na forma de comprimidos: Dietbestroc, os métodos Yuzpe, o Levonorgestrel e Antiprogestinas (FOSTER; WYNN, 2012; PRESSCOTT, 2012; TRUSSEZ, 2012).

No ano de 1995, mesmo ano da IV Conferência Mundial sobre Mulheres realizada em Pequim, a Fundação Rockefeller convocou uma reunião com grupos interessados em promover o AE como alternativa para o aborto inseguro (PRESCOTT, 2011). Após a Conferência, foi criada a “Declaração de Consenso sobre o Contracepção de Emergência” (WHO, 1995) que consistia, basicamente, em reafirmar o papel de dever dos governos, agências e organizações não governamentais como atores, para assegurar que o AE fosse incluído nas políticas de planejamento reprodutivo e nas listas de medicamentos essenciais. E assim nascia o Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência (ICEC) junto com a OMS, formado por membros do setor privado, representantes de laboratórios farmacêuticos e do setor público (BASTOS; VENTURA; BRANDÃO, 2018).

Nesse mesmo estudo, Bastos, Ventura e Brandão (2018) discorrem objetivamente sobre os argumentos do ICEC para ampliação do AE e sua maior aceitação social, divididos em três pilares: o primeiro, relacionado à saúde pública, que consiste no acesso ao AE, de grande importância devido aos riscos de uma gravidez indesejada para a saúde da mulher e, principalmente, das adolescentes e suas implicações relacionadas ao abortamento inseguro; o segundo, apoia-se no perfil farmacológico que enfatiza a segurança, a eficácia e o mecanismo de ação, sua facilidade de uso, dando destaque ao fato de que não é abortivo; e o terceiro, pautado na área de direitos, em especial os direitos das mulheres e adolescentes, no que tange ao controle da fecundidade e acesso aos contraceptivos, incluindo os de emergência, como meios de garantir seus direitos reprodutivos. Esses são os três argumentos que dão as diretrizes para as ações do ICEC.

Membros de Instituições brasileiras pertencentes como signatários desse Consórcio, mobilizaram-se para discussão e inclusão da AE no Manual de Assistência ao Planejamento Familiar divulgado em 1996 (COSTA et al., 2008), o que acabou ocorrendo em 1998, quando o Ministério da Saúde lançou a Norma Técnica *Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes da Violência contra Mulheres e Adolescentes*, regulamentada em 1999 (BRASIL, 2005).

Em 2005, foi divulgada pelo mesmo Órgão governamental, a cartilha *Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de Saúde*, tendo como objetivo responder as dúvidas mais frequentes desses profissionais. Uma Nota Técnica sobre o AE foi também editada, legitimando a contracepção pós-coito e trazendo informações sobre a indicação de uso, prescrição e outros esclarecimentos (BRASIL, 2006b). No mesmo ano, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução nº 1.811 a fim de estabelecer normas técnicas para o uso do AE (CFM, 2007), ratificando as responsabilidades dos médicos para sua prescrição como medida de prevenção, visando minimizar os impactos da gravidez não planejada e suas consequências na Saúde Pública. Essa Resolução ainda ressaltou que o AE não causa danos, não interrompe gestações em curso e pode ser utilizada em todas as etapas da vida reprodutiva.

Para Saito e Leal (2007), a citada Resolução foi produto do Fórum que aconteceu em 2005 sobre *Adolescente e Contracepção*, realizado na cidade de São Paulo. O evento foi organizado pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança, do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), quando foram discutidas estratégias para facilitar o e ampliar o acesso das adolescentes ao AE.

Considerando que a introdução do AE sofreu muita resistência de Instituições religiosas e da ala de políticos conservadores, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) só aprovou sua comercialização a partir de 1999, todavia, o seu fornecimento aos municípios, oriundo do Ministério da Saúde, foi irregular até 2004. A partir de então, ocorre a ampliação da distribuição e sua dispensação para as UBS e a mobilização para difusão de informações aos profissionais do setor Saúde (BRASIL, 2005).

O AE é um medicamento que gera embates muito acirrados e a respeito disso, Bastos, Ventura e Brandão (2018, p.3) declaram que:

Só o fato de existir um consórcio para discutir seu uso, fomenta um a discussão dialética permanente que transpassa a sexualidade, o corpo os prazeres e a reprodução e nos remete a discussão da biopolítica e do gerenciamento moral, social e político do corpo, especialmente o feminino, no âmbito da Saúde Pública, da Medicina e do Direito.

Uma das questões que não se pode deixar de esclarecer, já que inflamam as discussões dos conservadores, diz respeito à possível ação abortiva do anticoncepcivo de emergência (AE), defendida por diversos grupos (principalmente os de cunho religioso). Os grandes protagonistas desse debate são as Igrejas e o Estado: as primeiras alegam que a ação da pílula é abortiva e o segundo defende o seu uso (SOUZA, 2010). Esse ativismo das Instituições religiosas em torno do AE, também é evidenciado por Bastos, Ventura e Brandão (2018), que relatam ser a pauta desses grupos centrada no mecanismo de ação do AE e nos debates morais.

Dentro desta perspectiva abortiva, encontramos também estudiosos que compartilham desse mesmo pensamento. Para Sgreccia (2006), o AE é abortivo, já que atua em alguns casos com efeito pós-natalítico, não permitindo a implantação no endométrio (nidação). Tal pensamento também já foi apontado por Castelol-Branco e Figueiredo (2005), que afirmam que se ocorre a nidação, houve a fecundação; então, qualquer evento que ocasione a perda do material fecundado, deve ser considerado abortivo e não um simples contracepcivo oral. Drezett et al. (2011) relatam que o mecanismo de ação da pílula tem controvérsias, pois, não são verificados efeitos sobre a morfologia e a parte bioquímica do endométrio, fazendo com que se justifique ausência de efeito inibitório ou deletério para a nidação.

Para Braga e Souza (2016) ainda é necessária uma ampliação de estudos que definam o assunto, de forma a não pairar dúvidas acerca do mecanismo de ação do AE elucidando, assim, quaisquer suspeitas de danos que possam causar nos corpos das mulheres.

O Ministério da Saúde refuta essa afirmação em documento (BRASIL, 2011), assegurando que não há sustentação científica para afirmar que o AE provoque aborto e, ainda, que só isso deveria ser o suficiente para estabelecer a ausência desse efeito. Subsidiado por estudos nessa área, esse Órgão governamental reafirma não haver evidências de alteração do endométrio que interfiram na implantação (nidação), logo não atuaria após a fecundação, deste modo evidenciando que esse medicamento não é abortivo (BRASIL, 2011).

Este debate a respeito do uso e acesso ao AE, apresenta-se com teor social e político que ocorre sob a alegação de que se trata de um método abortivo, persistindo até o momento por ser a anticoncepção de emergência realizada após o coito e, portanto, sendo agravado pela questão moral que lhe confere um caráter de promiscuidade. Há também uma representação mais ampla do AE como uma “bomba hormonal”, classificando-a como danosa à saúde da mulher (SOUZA; BRANDÃO, 2012). Porém, tais afirmações não são sustentadas pelas evidências científicas disponíveis (WESTLEY; GLASIER, 2010; TRUSSEL, 2012; CLELAND et al., 2014).

No Brasil, o cenário recente reflete retrocessos políticos em relação ao direito sexual e reprodutivo, principalmente em relação ao AE, pois há controvérsias sustentadas pela Igreja Católica que sugerem ser a sua ingestão, uma prática abortiva (SOUZA; BRANDÃO, 2012). Esse retrocesso é evidenciado com a apresentação do Projeto de Lei nº 5069/2013, de autoria do deputado federal Eduardo Cunha, aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, que altera a Lei de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (Lei 12.845/2013), cujo teor proíbe a venda de métodos ou substâncias abortivas.

Segundo estabelece o referido Projeto, o profissional poderá recusar-se a realizar o aborto ou a aplicação da medicação, se considerá-la abortiva; também o Farmacêutico poderá recusar-se a dispensar o AE, se achar que isso ‘viola sua consciência’ (BASTOS; VENTURA; BRANDÃO, 2017).

Todo esse cenário, entre outras vertentes, pode contribuir para uma visão negativa do AE. Ocorre uma marginalização do uso do AE, segundo Brandão, (2018, p.772), em que “o método é utilizado após uma ‘negligência’ da mulher que não se preveniu antes com um contraceptivo rotineiro para evitar a gravidez, desconsiderando o cuidado que a mulher dedica ao próprio corpo”. A pesquisadora ainda salienta nesse estudo “a presença do constrangimento de gênero, nessa sociedade hierarquicamente estruturada em favor do masculino, refletindo uma censura moral à mulher que supostamente pratica sexo fora do casamento, sem a devida prevenção” (BRANDÃO, 2018, p.773).

Pesquisa anterior de Paiva e Brandão (2017) já tinha como pauta o sentimento de constrangimento e vergonha que se abate sobre as jovens no momento da compra do AE já que, muitas vezes, a aquisição em farmácias e drogarias era feita com a ajuda de funcionárias do sexo feminino, que faziam a intermediação para a venda. Muitas também optam pela aquisição via *call Center* garantindo, assim, o anonimato, evidenciando um mecanismo de defesa à exposição, pois ocorre “um julgamento moral daquelas que não demonstram vergonha ou constrangimento no ato da compra, a demonstração desses sentimentos implica na adesão ao moralmente correto na sociedade e ao controle sobre a sexualidade feminina” (PAIVA; BRANDÃO, 2017, p.626).

O AE é considerado um método contraceptivo importante para a prevenção de gestação inoportuna ou indesejada, decorrente de violência sexual, relação sexual eventualmente desprotegida ou falha na anticoncepção de rotina (BRASIL, 2011). Drezett et al. (2011) refletem que o abortamento tem sido considerado um evento grave de saúde pública e a pílula do dia seguinte seria uma estratégia política, com o intuito de evitar uma gestação involuntária que, muitas vezes, leva ao risco de vida de várias mulheres. No Brasil, totaliza-se 68,2% de mortes maternas por 100.000 mil nascidos vivos (IBGE, 2013) mas, se considerarmos os percentuais de subnotificação em 20%, esse número sobe para 81,2% (LAURENTI, 2004).

É baseado nesse contexto de vulnerabilidade que o AE está sendo disponibilizado com a intenção de reduzir a ocorrência de gestações involuntárias e de abortos provocados, com isso procurando restringir a ocorrência de morbimortalidade materna, sustentado pelo postulado de ser um método altamente eficaz e de fácil manuseio após as relações sexuais desprotegidas (BRASIL, 2011). Sendo assim, “trata-se de uma tecnologia segura, testada e aprovada para uso em seres humanos que reduz riscos decorrentes de abortamentos inseguros e de gestações não planejadas” (FIGUEIREDO, 2016, p.96).

Para Costa et al. (2008), o AE tem ainda um efeito de autonomia, pois é um método fundamental para que as mulheres tenham assegurado o direito de escolha e controle de sua fecundidade. Essa autonomia enquadra-se no campo da sexualidade de poder desfrutar de uma sexualidade vivida de forma mais plena, no sentido amplo do ser mulher e não somente uma procriadora, aliada ao efeito do poder de escolha. Uma autonomia despontada nos dois sentidos: no sexual e no empoderamento decisório.

O modo de usar o AE, conforme orientação do Ministério da Saúde, é consumir o primeiro comprimido de Levonorgestrel de 0,75mg em até cinco dias (ou 120 h) após o coito desprotegido e o segundo comprimido, 12 h após a ingestão da primeira dose, finalizando um total de 1,5mg do medicamento. O produto tem efetividade de 75% a 85% e sua ação é

potencializada tão logo ocorra seu consumo após a relação desprotegida, não se excluindo ainda nessa prática, o uso conjunto das duas pílulas como dose única (BRASIL, 2011).

Seu mecanismo de ação atua aumentando o pico de LH (Hormônio Luteizante), que é fundamental para que ocorra a ovulação. Outra forma de ação do AE é atuar na alteração do muco cervical reduzindo, assim, a capacidade de deslocamento do espermatozoide em direção à tuba uterina, diminuindo a chance do encontro dos gametas (BRASIL, 2002; DREZETT et al., 2011). No Brasil, além da apresentação do AE em duas pílulas, existe no mercado a apresentação do Levonorgestrel de 1,5mg, que deve ser tomado em dose única. Ele foi incluído pela ANVISA, desde 2010, como medicamento essencial (BRASIL, 2011).

Além do Levonorgestrel de 0,75mg e de 1,5mg, temos o Ulipristal Acetato (UPA) de 30mg, considerado um medicamento também essencial e mais eficaz que o Levonorgestrel. Porém, no Brasil, ainda não lhe foi conferido o título de ‘essencial’ e só recentemente foi registrado pela ANVISA (WHO, 2017)

Quanto à eficácia do método, segundo a OMS, o método Yuzpe apresenta falha de 2% entre 0 e 24hs, de 4,1% entre 25 e 48hs e de 4,7% entre 49 e 72hs, enquanto no Levonorgestrel esses índices caem vertiginosamente, nesses mesmos períodos respectivamente, para 0,4%, 1,2% e 2,7%. No quarto e no quinto dia após a relação desprotegida, o índice de falha do Levonorgestrel ainda é menor do que o método Yuzpe, cerca de 1,5% menor, porém, devemos salientar que o uso frequente do AE compromete sua eficácia ao longo do tempo e será sempre menor do que o método regular (BRASIL, 2011).

A respeito dos efeitos colaterais após a ingestão do AE, foram apontados: náuseas, entre 40% e 50% dos casos e vômitos, em torno de 15% a 20%. Ainda sobre esses efeitos, podem ocorrer alterações nos ciclos menstruais em cerca de 13% a 15% das mulheres mas, segundo a OMS, em torno de 57% das mulheres não tem o período menstrual alterado. Pesquisa realizada por Alano et al. (2012) com 360 mulheres, sendo que 272 já haviam utilizado o AE, também identificou ocorrência de efeitos colaterais: 44,8 % dessas usuárias apresentaram alteração do ciclo menstrual e 44,8%, náuseas.

A única contraindicação absoluta para administração do AE é a gravidez confirmada (BRASIL, 2011). Segundo ainda esse Manual, o AE é seguro por ter curto tempo de tratamento e baixa dose hormonal, possuir cerca de 30% a 40% mais de Levonorestel no AE do que a dose hormonal, se comparada aos métodos hormonais usados de forma regular.

No Brasil foi publicado o *Protocolo de utilização do Levonorgestrel na anticoncepção hormonal de emergência* (BRASIL, 2012), sistematizando o fluxo de dispensação do AE na Atenção Básica, que deve ser feita sob prescrição médica ou do enfermeiro, ampliando a

distribuição do medicamento na Atenção Básica, nas Unidades de Pronto-atendimento e na Estratégia Saúde da Família. Paiva e Brandão (2012) relatam que no Brasil existe uma convenção sobre a venda do AE que, apesar de possuir tarja vermelha, o que lhe confere a necessidade da apresentação de receita para aquisição nas farmácias, na prática esse critério não é obedecido e também porque geralmente, na hora da compra, as jovens não recebem necessariamente uma orientação prévia a respeito.

Em 2013, o Ministério da Saúde autorizou a dispensação do AE por qualquer funcionário do serviço ligado ao SUS, não estando mais condicionada à presença do médico ou do enfermeiro (BRASIL, 2013).

Pesquisa realizada em 2006 sobre o uso alguma vez, por mulheres, de métodos anticoncepcionais, permitiu observar que 55,3% (com idades entre 15 e 19 anos) já utilizavam algum método moderno. Entre jovens de 20 a 24 anos, esse percentual subia para 86,7%. Em relação ao uso do AE entre adolescentes, esse número era menor (10,4%) e os maiores índices estavam na faixa etária de 20 a 24 anos (18,5%). O AE é o método que ocupa o quinto lugar entre as mulheres unidas e terceiro lugar nas não unidas, como prática contraceptiva (BRASIL, 2008). Outro estudo realizado por Amenguai et al. (2016) corrobora os índices de usuárias mais alargado na faixa etária de 21 a 24 anos.

No estudo realizado por Olsen et al. (2018) sobre práticas contraceptivas, foi evidenciado que 60% das mulheres sexualmente ativas, já tinham feito uso do AE alguma vez na vida. Os principais motivos alegados foram: estarem sem camisinha, não confiarem no método contraceptivo em uso, camisinha ter estourado, furado ou ter ficado retida e ainda, o uso inadequado da anticoncepção de rotina. Houve ainda um aumento expressivo proporcional de mulheres jovens que usaram o AE, alguma vez na vida: cresceu seis vezes mais o uso do que o observado no Brasil em 2008, que foi de 10,4%, segundo as autoras.

Diante de tudo que foi exposto e dos avanços em relação ao acesso aos métodos contraceptivos, ocorreu um destaque no papel das mulheres, possibilitando maior autonomia como agentes principais nas decisões sobre o planejamento reprodutivo, devido aos diversos métodos disponibilizados para uso exclusivo do sexo feminino, dentre eles a Contracepção de Emergência, conhecida popularmente como ‘pílula do dia seguinte’.

Neste contexto, torna-se de grande valia a atenção à saúde contraceptiva de mulheres jovens, devido à necessidade evidente de acompanhar e conhecer a dinâmica da prática sexual dessa população, para que se possa atuar com intervenções e ações orientadoras e cuidadoras que visem proporcionar uma vida sexual ativa, saudável e planejada, que valorize a vontade de cada uma.

Não obstante, ainda é necessário fortalecer e fomentar pesquisas que ajudem a elucidar questões sobre o uso do AE e incentivar a criação de políticas públicas que legitimem seu mecanismo de ação, que contribuam para a desmistificação de crenças e ainda, que levem à reflexão de valores da sociedade no que diz respeito à ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo para evitar a gravidez indesejada.

III METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de pesquisa descritiva e exploratória, que têm como objetivos descrever as características de determinada população ou fenômeno e proporcionar maior familiaridade com o problema (GIL, 2008). Neste estudo, o fenômeno ocorrido foi identificar como ocorre o manejo do AE pelas jovens usuárias da ESF e seus saberes sobre esse método. Para Minayo (2010), nesse tipo de pesquisa trabalha-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variações.

O estudo teve abordagem qualitativa, método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

Sendo assim, esse processo exploratório sobre o uso do AE encaixa-se no perfil qualitativo, buscando compreender melhor um fenômeno através da elucidação dos saberes, percepções e práticas das jovens.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O *campus* de exploração para essa pesquisa foi um Unidade Básica de Saúde que integra a Estratégia Saúde da Família no município de Duque de Caxias, Baixada Fluminense, pertencente ao primeiro Distrito de Caxias, onde funcionam três equipes da ESF. O município possui 64 equipes da ESF.

É uma Unidade nova, pois, em termos de estrutura, data de quatro anos de funcionamento nesta sede, onde existem quatro salas de consultórios clínicos e de

enfermagem; uma sala de curativos e uma de coleta de preventivo com banheiro. Há, ainda, três salas para profissionais dentistas, uma sala de esterilização de material, sala de vacinas, sala de reunião, copa e sala de administrativos. Infelizmente, não há computadores para a implantação do prontuário eletrônico.

Todas as equipes são formadas por um médico generalista do Programa Mais Médico, um enfermeiro generalista/especialista em saúde da família, um cirurgião dentista para cada equipe. De nível médio de escolaridade existem três técnicas de enfermagem e duas ASB (Assistente de Saúde Bucal) e finalizando a composição da equipe temos os ACS (Agentes Comunitários de Saúde), sendo cinco ACS para cada equipe. A cobertura de assistência à saúde da população é delimitada por meio de ruas cadastradas para cada equipe. A equipe multiprofissional ainda possui o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que faz o matriciamento de consultas com outros profissionais (nutricionistas, psiquiatras, assistentes sociais, fisioterapeutas) outras especialidades seguem o fluxo de referência e cadastramento no Sistema de Regulação de Vagas (SISREG).

Como a Unidade não tem gerente de saúde, fica subordinada à Coordenação da Atenção Básica. Sendo assim, foi necessário solicitar autorização para realizar a pesquisa diretamente à Secretaria Municipal de Saúde, especificamente ao Diretor do Departamento de Atenção Básica, que foi concedida prontamente, assim, viabilizando o acesso às dependências da Unidade.

Nesta Unidade são ofertados grupos educativos de gestantes, tabagismo e Planejamento Reprodutivo. O município possui uma linha de cuidados para a Saúde da Mulher – Pré-natal que incluem busca ativa para gestante no primeiro trimestre por equipes de saúde, Planejamento Reprodutivo (PR), quando são ofertados os métodos contraceptivos preservativos masculinos e femininos, anticoncepcionais hormonais injetáveis e orais, inserção de DIU e procedimentos cirúrgicos de laqueadura e vasectomia.

Para terem acesso aos métodos contraceptivos, as mulheres precisam participar do grupo de PR, realizar a consulta individual com médico ou enfermeiro e, a partir do método escolhido, receberão a receita ou as solicitações de exames para os procedimentos cirúrgicos. A dispensação dos anticoncepcionais orais ou injetáveis só é feita a partir da apresentação da receita carimbada por profissional da rede de saúde do município, com validade de três meses. No caso das laqueaduras, o procedimento ocorre no hospital do município, após apresentação de documentos, exames e risco cirúrgico sendo realizada, geralmente, 45 dias após o parto. Já a vasectomia para os homens é realizada na policlínica da rede municipal.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde do município de Duque de Caxias, seguindo a linha de cuidado de eixo prioritário em consonância com o Pacto pela Vida, era previsto que até 2013 fosse oferecido 100% de métodos contraceptivos para as mulheres, (PORTAL DE TRANSPARÊNCIA, DUQUE DE CAXIAS, 2013), porém, esse objetivo ainda não foi alcançado no município.

Existem outras linhas de cuidados implantadas como, por exemplo, a ficha de notificação de violência doméstica com referências dentro do município e também aquelas voltadas para prevenção e diagnóstico de câncer de mama e de colo de útero, com referências para o Estado do Rio de Janeiro.

3.3 SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES

As participantes foram mulheres jovens na faixa etária de 18 a 24 anos, que já tinham experiência sexual, usuárias que frequentavam o serviço da ESF. Esta faixa etária foi escolhida devido a alguns estudos evidenciando ser esta parcela da população feminina a que mais utiliza o AE (BRASIL, 2006; AMENQUAI et al., 2016).

O trabalho de campo deu-se por meio de entrevista semiestruturada que, segundo Minayo (2010), é uma técnica que obedece a um roteiro utilizado pelo pesquisador para que seja facilitada a abordagem, assegurando-se de que a mesma considere as hipóteses e os pressupostos que foram orientados na conversa.

O roteiro de entrevista (APENDICE A) foi estruturado em quatro blocos, a saber:

- o primeiro contemplou uma caracterização geral das participantes, contemplando dados pessoais e socioeconômicos;
- o segundo relacionou-se ao exercício da sexualidade; desde a menarca até sua primeira relação sexual e reprodutividade;
- o terceiro teve como enfoque o conhecimento dos métodos contraceptivos em geral e o uso de algum método;
- e o quarto bloco abordou, especificamente, o AE e o conhecimento e prática sobre esse método.

Houve um primeiro contato da pesquisadora pessoalmente com as jovens que aceitaram participar da pesquisa e, na ocasião, todas foram informadas quanto aos objetivos e forma de participação. Naquele momento, também ocorreu à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

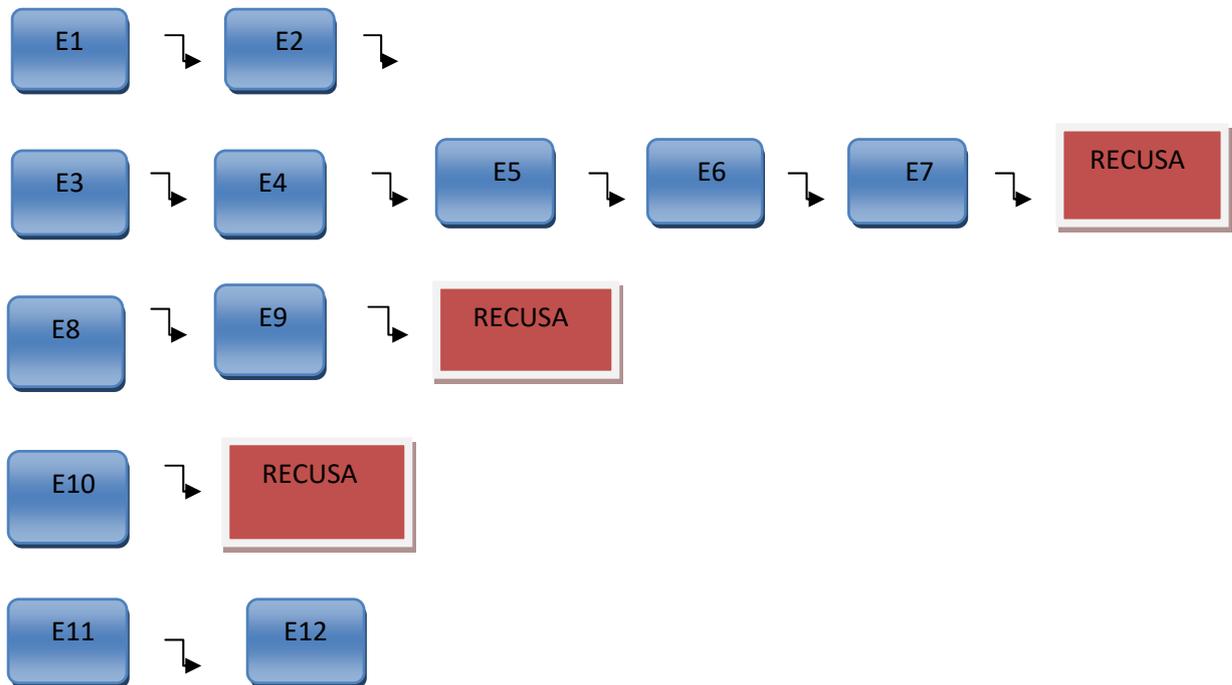
Por se tratar de um estudo que busca elucidar o fenômeno para melhor compreendê-lo, foi utilizada a técnica de amostragem em rede (bola de neve ou *snowball*). Trata-se de uma técnica que utiliza cadeias de referência, numa espécie de rede (BALDIN; MUNHOZ, 2011). Segundo Albuquerque (2009), a “bola de neve” é uma técnica considerada não probabilística por não determinar a quantidade de sujeitos participantes da amostra. Nela, os primeiros membros da amostra são captados por conveniência, sendo-lhes solicitado que, posteriormente, indiquem outras pessoas que atendam aos critérios de elegibilidade para participar do estudo, até se chegar ao número de entrevistados desejados (POLIT; HUNGLER, 1995; POLIT; BECK, 2011; GRAY, 2012).

Para garantir o anonimato denominamos a letra E de entrevista seguida de um numeral sequencial conforme foram acontecendo as entrevistas, selecionamos duas participantes como sementes (E1 e E2), sendo tais jovens selecionadas através da informação prestada pelos ACS de que elas já teriam feito uso do AE, eram primas e pertenciam à mesma família, porém, moravam longe uma da outra. O caminho percorrido para captação de participantes foi desenhado desta forma: E1 indicou E2, que não indicou ninguém, alegando não conhecer outras jovens que tivessem feito uso do AE. Frente a essa realidade, foi necessária a captação de uma nova semente (E3), que indicou E4, que indicou E5, depois E6 e E7. Esta última não indicou ninguém.

Como são realizados grupos educativos na Unidade por outras equipes, diferente da equipe da pesquisadora, existe a ocorrência de sala de espera, momento em que foi possível fazer a captação de outras sementes. Sendo assim, foi escolhida a semente E8 que, durante a sala de espera, relatou já ter feito uso do contraceptivo de emergência e indicou E9 que, por sua vez, não indicou outra participante. Voltamos à sala de espera para nova captação, sendo escolhida mais uma jovem (E10), que estava à espera de uma consulta para trocar de contraceptivo e não apontou outra participante.

Deste modo, foi realizada uma análise dos relatos já obtidos, ficando decidido realizar mais duas entrevistas para confirmar a saturação teórica. Foi selecionada nova semente (E11) durante evento na Unidade de Saúde (Outubro Rosa) que, por sua vez, indicou E12. Ao final, tivemos 12 entrevistas neste estudo, como descreve o esquema a seguir.

FLUXO DE SEMENTES



Fonte: elaborado pela autora

3.4 CAPTAÇÃO DE DADOS

As entrevistas ocorreram entre os meses de agosto e outubro de 2018, foram gravadas digitalmente com autorização prévia das participantes e após o seu encerramento, transcritas pela pesquisadora na íntegra a fim de garantir o sigilo e a fidedignidade do material coletado, tiveram duração média de 10 a 15min, resultando em 66 transcrições. Os cenários onde ocorreram as entrevistas foram a Unidade de Saúde, as residências das participantes e locais públicos, de acordo com as respectivas escolhas, para que pudessem descrever com liberdade suas experiências relacionadas com o objeto investigado.

Para definição do número de participantes e encerramento do trabalho de campo, foi utilizada a técnica de saturação teórica de Fontanella et al. (2011) que descreve quando não é mais necessário fazer entrevistas, a partir do momento em que a coleta de dados não elenca novos elementos ou achados que alterem a compreensão do fenômeno. Cherques (2009) afirma que saturação é um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de observações; ou seja, é um a ferramenta que ajuda na validação dos dados obtidos na pesquisa. Para Turato (2003, p. 367), geralmente isso “ocorre entre 6 e 15

amostras, podendo ser para mais ou para menos”. A saturação teórica, para esta pesquisa, foi direcionada para os “saberes e práticas sobre o AE” e, desta forma, foi identificada saturação em relação aos “saberes” na entrevista E7 e quanto às “práticas”, na entrevista E6.

Após uma releitura e revisão de todo o *corpus* das entrevistas, foram excluídas duas que não se enquadravam nos critérios preestabelecidos. Na entrevista E6, ao conferirmos os dados pessoais, verificamos que a participante encontrava-se fora da faixa etária de 18 a 24 anos (tinha 25 anos) e que a entrevistada E10 havia realizado a entrevista com o parceiro presente. Não houve restrição à sua presença, porém, ele interferiu de modo constante nas respostas da entrevistada que, por vezes, pediu-lhe auxílio para responder algumas perguntas do roteiro, o que nos levou a desconsiderar suas respostas para fins desta pesquisa, por entendermos que foram influenciadas pela presença dele. Sendo utilizadas então 10 entrevistas par análise de conteúdo para essa pesquisa.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento de dados, utilizamos a análise de conteúdo de Bardin (2011, p. 38), definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. A elucidação dos conteúdos dos relatos são relacionados com os objetivos da pesquisa, ajudando a respondê-los. Este mesmo autor esclarece que a análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção da mensagem. Toulmim (2001, p. 175) descreve que a “inferência é um mecanismo no qual a verdade de uma proposição é aceita não diretamente, mas em virtude da sua ligação em outras proposições” e termina dizendo que “uma inferência é válida se a conclusão que ela produz é dedutível das suas premissas.”

Utilizamos a técnica de categorização temática proposta por Oliveira (2008) para organizar os dados. A sistematização a partir da análise de conteúdo, segundo Oliveira (2008), consiste em três etapas: a primeira é a pré-análise, em que ocorre a escolha dos documentos (o *corpus* de análise) e sua leitura flutuante; formulação das hipóteses e dos objetivos da análise. Sequencialmente, entramos na segunda etapa, a de exploração do material, que compreende ao processo pelo qual os dados obtidos são traduzidos e agregados em Unidades de Registro (UR), que são recortes de frases e parágrafos no texto, os quais permitem identificar familiaridades de significados que gerarão as Unidades de Significação (US)/temas. E finalmente, a terceira etapa, quando ocorre o tratamento dos resultados, as inferências e a interpretação dos dados, que se dá através da análise temática categorial.

A análise categorial advém dos temas que são determinados a partir da frequência em

que aparecem (OLIVEIRA, 2008) e sua relevância para o objetivos de estudo. Sendo assim, foram evidenciadas nesta pesquisa 270 UR (unidades de registro), que resultaram em 22 US (unidades de significação), de onde foram extraídas três categorias: *Os saberes frente à contracepção de emergência* e uma subcategoria dentro desta, intitulada “*Saberes Populares sobre AE*”. A segunda categoria foi definida como “*Prática entre jovens usuárias da ESF com uso do AE*” e a terceira categoria: “*Expressões das jovens após o uso do AE*”.

Este estudo está vinculado ao Grupo de Pesquisa Diretório CNPQ –“Laboratório de Estudo em Gênero, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (LEGS)” e integrados à linha de pesquisa Institucional intitulada: "Saúde sexual e reprodutiva como direito de mulheres e homens na atenção primária à saúde" e seguiu o que prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde, a qual estabelece normas para a pesquisa com animais e seres humanos (BRASIL, 2012).

Seguindo este critério, foi realizada a assinatura do Termo de Anuência da Instituição Colaboradora, a Secretaria Municipal de Saúde do Município, com assinatura da Diretora da Atenção Básica do Município de Duque de Caxias (ANEXO A) e ainda, seguindo orientação da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) e assegurando o cumprimento das questões éticas, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sendo aprovado sob Parecer nº 2.806.151 (ANEXO B).

Todas as despesas demandadas nesta pesquisa (lápiz, canetas, papel, impressões, fotocópias), foram custeadas pela pesquisadora não havendo, assim, a necessidade de elaboração de relatório de custos, já que a pesquisa não contou com patrocínio.

IV RESULTADOS

Iniciou-se a pesquisa junto às jovens selecionadas perguntando: “Quais eram os conhecimentos que elas possuíam sobre a anticoncepção de emergência?”

As respostas: “hum... que seja desprotegida tem que tomar ele em 72h”, “agente vai lá e toma, pra não deixar vir o neném”, “não usou camisinha, não toma anticoncepcional”, levaram-nos a separar essas UR, que geraram os seguintes temas: *saberes divergentes dos preconizados pelos Manuais do Ministério da Saúde e Saberes de acordo com os preconizados pelo Ministério da Saúde*.

Consciente dos saberes das jovens em relação ao AE, questionamos de onde vieram essas informações sobre esse método. As UR que surgiram foram: “do meio que se vive”, “da escola”, “das amigas”, “das mídias digitais” e por fim, “li na bula”. Estas UR geraram,

respectivamente, os temas: *origem da informação*: amigos; *origem da informação*: internet e *origem da informação*: bula.

Completando esse bloco, foi perguntado ainda “Como se sentiram após o uso do AE?” e as respostas em UR foram: “tontura”, “dor de cabeça” e “adiantamento da menstruação” definindo o tema *efeitos colaterais*.

Não obstante, alguns saberes das jovens emergiram de conhecimentos difundidos sobre o AE no meio em que vivem. Após serem perguntadas se achavam/ou ouviram falar se o método era abortivo, revelaram as seguintes UR: “é abortivo sim”, “alta taxa hormonal” e “bomba hormonal”, definindo o tema *crenças sobre o AE*, que foi classificado como uma subcategoria como “*Saberes Populares sobre o AE*”. A composição desses temas formou a **primeira categoria** para análise: “*Os saberes frente à contracepção de emergência*”.

Dando seguimento à nossa busca, foi solicitado às jovens que discorressem a respeito das práticas com o AE, através da pergunta: “Como usaram o AE?”. Surgiram as UR “no dia seguinte”, “menos de 24h”, “só sabia que tinha que tomar outro 12h”, “o de dois”, “prefiro de um”. Essas UR resultaram nos temas: “*uso precoce*” e “*apresentação do AE usada*”. Perguntamos também “Quantas vezes fez uso?”: “ah! umas cinco vezes”, “só duas”, “tinha relação três vezes na semana, aí eu tomava três vezes na semana”, respostas que, aglutinadas, levaram aos temas: *frequência de uso mais de uma vez na vida*, *frequência de uso mais de uma vez no mês*.

Quando usamos um remédio devemos adquiri-lo em algum lugar. Questionamos as jovens “Onde conseguiram o AE?” e todas responderam com a seguinte UR: “*Farmácia*” o que nos levou ao tema “*local de aquisição do AE – farmácia*”.

Partindo da premissa de que a decisão do uso de algo deve vir de alguém, perguntamos “de quem foi a decisão de usar/comprar o AE, após a relação desprotegida?”. As UR foram: “minha” e “foi minha”, assim emergindo o tema *decisão da mulher do uso e da compra*.

Agrupando esses temas, construímos a **segunda categoria**, denominada “*Prática entre jovens usuárias da ESF no uso do AE*”.

Os locais de aquisição do AE foram as farmácias comerciais. Perguntamos como foi a compra do AE (“Como conseguiu o AE?”), já que pela caderno de atenção de *Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas*, de 2011, há exigência de apresentação de receita para sua compra. do AE. As UR demandadas pelas as jovens foram: “Eu liguei pra farmácia” e “só comprei”, porém, algumas relataram outras UR complementares, apontando como se sentiram durante a compra: “me senti constrangida”, “ falei logo que era pra minha prima” e “senti um receiozinho”. Tais UR geraram o tema *constrangimento/ vergonha*. Não houve exigência de

receita e a orientação relatada foi “tá tudo na bula” quanto ao uso no momento da compra. Como as jovens custearam a aquisição do AE, foi-lhes perguntado sobre “O que achavam do valor/preço do método?”. Responderam com as seguintes UR: “acho bom o preço”, “o preço é acessível” e “acho que é 10 reais”. Deste modo, definimos como tema *preço acessível*.

Ressaltaram também, quando questionadas, “se recomendariam o método ou não a outras mulheres”, obtendo as seguintes respostas: “sim, recomendaria”, “não recomendaria”, “acho ele muito bom” e “não recomendo, recomendo usar camisinha e se proteger”. Essas UR configuraram os temas: *expressões negativas sobre o AE* e *expressões positivas sobre o AE*. Agrupando os quatro temas, foi confeccionada a **terceira categoria**, intitulada “*Expressões das jovens após uso do AE*”.

Ao final das entrevistas, as jovens relataram algumas questões sobre a ampliação da disponibilidade dos métodos e a presença de um ginecologista na ESF para sanar problemas/queixas específicas da área da ginecologia.

4.1 CAMINHO PERCORRIDO PARA FALAR DO AE

Para que fosse possível iniciar um diálogo sobre práticas do uso de anticoncepcional de emergência com jovens mulheres, tornou-se necessário a abordagem de um assunto de interesse coletivo. Para isso, buscou-se uma aproximação do universo de conhecimento que elas detinham sobre os contraceptivos em geral. Sendo assim, quando questionadas a respeito de quais métodos conheciam, as jovens citaram como contraceptivos a camisinha, a pílula combinada e a injeção. Em menor escala referiram o DIU e a pílula do dia seguinte. Todas as jovens apontaram a camisinha masculina como o método mais disponível e acessível nas Unidades Básicas de Saúde.

Não foram citadas a laqueadura nem a vasectomia, talvez por serem métodos que não abarcam as necessidades desse grupo, ainda muito jovem.

As dez jovens entrevistadas já tinham utilizado, alguma vez na vida, um método hormonal de rotina, sendo que três adquiriram-no nas Unidades de Saúde e as outras sete, em farmácias comerciais.

Durante as entrevistas, as escolhas por um método pareceram ter influência familiar pela praticidade e pela oferta (pois duas jovens alegaram ter adquirido o método pílula e injeção nas UBS) ou por limites pessoais (dor ou esquecimento). Sendo assim, algumas jovens escolheram a injeção mensal ou trimestral pela praticidade, por serem “esquecidas” e outras, por acharem dolorida a injeção, escolheram a pílula combinada ou por terem disciplina

para usar a pílula. Não houve relatos de escolha por terem se adaptado melhor a um determinado método que tenha causado menos efeitos colaterais. Na verdade, as escolhas sem orientação levaram ao abandono do método por dúvidas sobre sua ação, o que nos faz pensar que talvez os métodos sejam escolhidos devido à oferta nas Unidades de Saúde, mesmo que não abarquem as demandas dessas jovens.

A partir do momento em que reconheceram o AE como um contraceptivo, o que foi imediatamente identificado em suas falas, foi possível mergulhar de fato no cerne da pesquisa, que era a abordagem sobre os conhecimentos e o uso do AE entre as jovens usuárias na ESF.

4.2 PERFIL DAS PARTICIPANTES

Para a composição deste estudo, delimitou-se como público alvo, mulheres jovens de 18 a 24 anos, usuárias de Unidade de Saúde dentro da Estratégia Saúde da Família, na cidade de Duque de Caxias, no Estado do Rio de Janeiro. Como critérios para fazer parte da pesquisa, era necessário que a jovem tivesse usado uma vez na vida o AE e estar na faixa etária entre 18 e 24 anos.

Nesta pesquisa, só uma participante não tinha nascido no Estado do Rio de Janeiro, sendo uma participante natural da Bahia. Em Duque de Caxias é comum imigrantes de outros Estados do Brasil, com conhecimentos e culturas diferenciadas.

A idade média das jovens ficou em torno de 23 anos, no momento das entrevistas, que foram iniciadas abrangendo informações que caracterizassem os aspectos sociodemográficos e econômicos dessa população. No contexto da religiosidade, contabilizamos uma umbandista, uma espírita, duas cristãs, duas agnósticas e quatro católicas, sendo que somente duas eram praticantes. Essa informação foi pertinente, pois, algumas religiões influenciam nas decisões dos comportamentos sexuais e reprodutivos de um casal.

Em relação ao nível escolar, sete jovens tinham o ensino fundamental II completo e três, o ensino fundamental II incompleto. Nenhuma das jovens entrevistadas possuía escolaridade de nível superior. Sabidamente, a educação é uma grande porta de entrada para a informação, ampliando os conhecimentos em diversas áreas de formação de um indivíduo, sobretudo ajudando na formação da cidadania, na consciência de seus direitos e nas suas escolhas. Sendo um fator determinante para saúde.

Oito entre as dez participantes possuíam residência própria e duas jovens moravam de aluguel junto aos seus parceiros. Em relação à ocupação, duas jovens tinham emprego formal, sendo uma atendente/balconista de uma padaria e uma gerente de vendas; duas trabalhavam

de forma autônoma como vendedoras/distribuidoras de roupas; duas eram estudantes, sendo uma de nível técnico de enfermagem e outra de técnico de radiologia. As demais (quatro) declararam-se “do lar”. A participação da jovem mulher no mercado do trabalho, configura um comportamento mais planejado na sua vida reprodutiva, a busca de outros interesses além da maternidade, alcança maior autonomia e liberdade com mais poder aquisitivo para fazer valer suas escolhas.

A respeito da renda familiar, duas jovens declararam renda de um salário mínimo, cinco tinham renda de dois a três salários mínimos e três referiram cerca de quatro a cinco salários mínimos. O principal responsável financeiro apontado pelas entrevistadas foram os parceiros (cinco jovens), três indicaram o casal e duas, os familiares (pais), o que ainda caracteriza uma dependência financeira da mulher em relação ao homem, fato que poderá influenciar em suas escolhas e no seu comportamento sexual e reprodutivo.

Quanto à natureza do relacionamento, sete eram unidas sem certidões formais (de casamento ou de união estável), duas eram solteiras sem parceiros fixos e uma estava noiva. A “pílula do dia seguinte” aparece como o terceiro método usado entre as mulheres não unidas e o quinto entre as mulheres unidas; ou seja, está presente nos dois tipos de relação entre as mulheres jovens. Significa dizer que, independente da condição relacional do casal, o AE é usado.

Quadro I- Informações Sociodemográficas das Participantes

Participante	Idade	Natural	Situação conjugal	Escolaridade	Renda Familiar	Composição familiar	Ocupação	Religião	Tipo de residência
E1	22	Rio de Janeiro	Solteira	Ens. Fundamental II Completo	3 salários mínimos	4 pessoas	Estudante	Cristã	Própria
E2	24	Rio de Janeiro	Solteira	Ens. Fundamental II Completo	3 salários mínimos	2 pessoas	Estudante	Católica	Própria
E3	24	Bahia	Unida	Ens. Fundamental II Incompleto	5 salários mínimos	5 pessoas	Balconista	Católica	Própria
E4	23	Rio de Janeiro	Unida	Ens. Fundamental II Completo	1 salário mínimo	3 pessoas	Do lar	Católica	Própria
E5	21	Rio de Janeiro	Unida	Ens. Fundamental II Completo	3 salários mínimos	3 pessoas	Do lar	Católica	Própria
E6	19	Rio de Janeiro	Unida	Ens. Fundamental II incompleto	5 salários mínimos	7 pessoas	Do lar	Cristã	Própria
E7	22	Rio de Janeiro	Unida	Ens. Fundamental II Completo	5 salários mínimos	3 pessoas	Distribuidora	Agnóstica	Própria
E8	21	Rio de Janeiro	Unida	Ens. Fundamental II Incompleto	1 salário mínimo	5 pessoas	Do lar	Espírita	Alugada
E9	23	Rio de Janeiro	Solteira	Ens. Fundamental II Completo	5 salários mínimos	3 pessoas	Vendedora Informal	Umbandista	Própria
E10	21	Rio de Janeiro	Unida	Ens. Fundamental II Completo	3 salários mínimos	4 pessoas	Gerente	Agnóstica	Alugada

Fonte: Dados da pesquisa, OLIVEIRA, K. (2018)

Dando seguimento às entrevistas, foram abordados aspectos sobre o desenvolvimento sexual e reprodutivo. Nesse contexto, formularam-se questões ligadas à menarca, que resultaram na informação de que quatro jovens tiveram sua primeira menstruação com treze anos, duas com doze, duas com quatorze, uma com onze e uma com quinze anos. A sexarca foi iniciada por duas jovens com quatorze anos, duas com quinze, duas com dezesseis, duas com dezessete e duas com dezoito anos.

A busca pelo relato sobre como transcorreu a primeira relação sexual não evoluiu como gostaríamos, devido ao fato de as jovens (quatro) não desenvolverem as respostas, limitando-se a definir como “boa”, “prazerosa”, “dolorosa”, “incomodativa” e “estranha”, enquanto as outras seis alegaram “ter sido prazerosa” a primeira experiência sexual. Cinco informaram ter sido um relação planejada e as outras cinco, uma relação não planejada. Sete entre dez jovens utilizaram proteção na primeira relação sexual, uma não se recordava e somente duas não a utilizaram. É preocupante esse relato de dispensar o preservativo na primeira relação sexual, pelo aumento dos riscos de IST e gravidez precoce.

A respeito da vida reprodutiva que acarretou em filhos, nove já tinham ficado grávidas, uma sofreu um aborto espontâneo aos quinze anos, mas depois engravidou de novo, enquanto outra perdeu gêmeas prematuras por morte neonatal. Somente uma relatou que nunca havia ficado grávida. No total de dez jovens, oito possuíam filhos vivos, quatro tinham um filho, três tinham dois e uma tinha três filhos. A idade da primeira gestação variou de 15 a 21 anos.

Quanto aos seus conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos, todas as dez jovens conheciam dois ou mais métodos de anticoncepção e já tinham feito uso de algum. No momento da pesquisa, quatro participantes utilizavam algum método contraceptivo regularmente. Esses dados estão expostos na tabela a seguir.

Quadro II- Desenvolvimento Sexual e Reprodutivo das Participantes

Participantes	Menarca	Sexarcação	Relação Sexual protegida	Relação sexual planejada	1ªGestação com que idade	Nº Filhos	Uso de contraceptivo regular alguma vez	Contracepção regular atual	Aborto
E1	13	15	Não	não	15	0	sim	não	0
E2	12	18	Sim.	sim	não	0	sim	não	0
E3	15	15	N/l.	não	15	2	sim	pílula	1
E4	14	17	Sim.	não	19	1	sim	não	0
E5	14	17	Sim.	sim	17	1	sim	injetável	0
E6	13	16	Sim.	sim	17	2	sim	injetável	0
E7	11	18	Sim.	sim	20	1	sim	injetável	0
E8	12	14	Sim.	não	18	3	sim	não	0
E9	13	16	Não.	sim	21	1	sim	não	0
E10	13	14	Sim	não	18	2	sim	grávida	0

Fonte: dados da pesquisadora, OLIVEIRA, K. (2018)

V DISCUSSÃO

❖ PRIMEIRA CATEGORIA: OS SABERES FRENTE À CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A presente categoria possui em sua composição 55,04% sendo 5,5% pertencentes a subcategoria *Saberes Populares sobre o AE*, com 15 UR ao final dessa categoria obtivemos um total de 148 UR, sendo formada pelos temas: *saberes divergentes dos preconizados pelos manuais do Ministério da saúde, saberes em consonância com os preconizados pelos manuais do Ministério da Saúde origem da informação: amigos, origem da informação: internet, origem da informação: bula, efeitos colaterais e 'crenças' sobre o AE.*

O AE faz parte dos métodos contraceptivos modernos usados pelas mulheres em idade reprodutiva, que estejam em atividade sexual. Está presente, principalmente, entre as jovens de 20 a 24 anos, que aparecem como maiores usuárias dessa prática contraceptiva (PNDS, 2006; AMENGUAI et al., 2016).

Para Bastos, Ventura e Brandão (2017), a anticoncepção de emergência (AE) é tecnologia catalisadora, permitindo viver a sexualidade de homens e mulheres de forma plena. Ter acesso a uma variedade de métodos contribui positivamente para a autonomia e liberdade de escolha para a mulher (WHO, 2014).

O AE está muito próximo das jovens e, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), é um método seguro, eficaz de 75% a 85%, distribuído de modo gratuito por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Pronto Atendimento e Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2012). Com tanta proximidade, seria oportuno conhecer os saberes das jovens sobre o AE e todo o contexto que recai sobre sua existência e seu uso.

Em relação ao tema “Saberes em consonância com os preconizados pelos Manuais do Ministério da Saúde” respondendo a pergunta “O que você sabe sobre o AE?”, as jovens responderam, na sua totalidade, que tinham conhecimento do AE, corroborando os dados do IBGE (2009) segundo os quais 71,85% já tinham ouvido falar. Resultados do estudo de Alano et al. (2012) evidenciaram que dentre 360 mulheres, 99% conheciam o método.

Desenvolvendo o tema sobre os saberes, as jovens relataram quando faziam o uso do AE e as principais indicações para uso do método. As principais causas para o uso foram a relação desprotegida e a falta de confiança no método, o que já havia sido apontado por Alano et al. (2012) e Olsen et al. (2018). Outra indicação que aparece na fala das jovens, foi a ausência de método regular. Talvez esse comportamento esteja diretamente ligado à falta de

informação, de onde encontrar ofertas de contraceptivos e ter acesso. O uso do termo “vaciladinha” refere-se ao sexo sem proteção:

Assim, o que eu já ouvi falar que, tipo assim, a gente né?, dá uma “vaciladinha”, acho que fica meio na dúvida né?, a gente vai lá, toma ela pra não deixar vir o neném né?... sei lá, engravidar (risos). (E4)

Que não deixa engravidar... eu tomei, não usava proteção nenhuma. (E5)

Toda vez que eu “vacilava”, tomava ela (E7)

Depois de uma transa... não, depois que se acontecer de ...ejacular dentro da ... mulher né? aí sim, você toma ... É mais assim, tipo e mais naquele momento que você não tá tomando anticoncepcional ou tá insegura com o anticoncepcional. (E9)

Em contrapartida, em relação à ação do medicamento, nenhuma participante soube informar como funcionava o AE no corpo feminino e como ele agia, o que acompanha o estudo de Chofiakan et al. (2016) em que as autoras apontaram que as jovens pouco sabiam do seu mecanismo de ação. É importante ressaltar que ter conhecimento sobre o mecanismo de ação do contraceptivo de emergência, ajuda a reconhecer sinais que não são compatíveis após uso, servindo de alerta para a procura de uma Unidade de Saúde em caso de reação adversa, proporcionando um uso consciente do método e minimizando possíveis intercorrências.

Lê ali rapidinho como modo de usar e acabou, não li o restante, não li. (E5)

Quanto à eficácia do AE, as jovens afirmaram dentro de seus conhecimentos, que o uso recorrente do AE fazia com que perdesse o efeito, assim como a demora da ingestão contribuía para a perda da eficácia da ação do AE para evitar a gestação.

Só que com tempo, ela perde o efeito né?... Quanto mais tempo, perde o efeito é isso que eu sei. (E2)

Que eu não podia tomar um atrás do outro, não podia tomar porque não faria efeito de jeito nenhum. (E7)

Porque acaba te prejudicando, seu ciclo menstrual, acaba que não faz mais efeito...acaba que ela perde o efeito. (E9)

Esses relatos estão de acordo com os preconizados pelo Manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) que aborda essa temática apontando, através de evidências, que o uso recorrente do AE diminui sua eficácia, assim como a postergação da ingestão do método.

Porém, em algumas experiências relatadas, evidenciamos alguns saberes divergentes sobre o AE, principalmente em relação ao tempo limite informado pelas jovens para usar a contracepção de emergência após a relação sexual. Através de um “consenso informal”, todas as jovens afirmaram que se deve usar o AE em até 72h após o coito desprotegido.

Que ele se não me engano, ele tem 72h né? Pra tomar, para fazer efeito, após essas horas não faz mais efeito. (E1)

Tem que tomar ele em 72h. (E2)

O Manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) sobre administração do AE, refere que o método pode ser usado até 120h (cinco dias) após a relação sexual e que o percentual de perda de eficácia no quinto dia com Levonorgestrel é menor, quando comparado ao método Yuzpe. Para Chofiakian et al. (2016), a falta de conhecimento suficiente em tomar o AE influencia na sua utilização correta o que, para as autoras, aponta uma lacuna na compreensão completa da relação entre conhecimento do AE e seu uso.

Esse tipo de desinformação entre as jovens pode acarretar em um comportamento contraceptivo com mais vulnerabilidade à uma gestação indesejada.

Outra informação que apareceu pontualmente por duas jovens somente, foi à contraindicação para o uso do AE suspeita de gravidez. Esta referência ao medicamento, todavia, é incompleta já que a única contraindicação absoluta existente é a de gravidez confirmada (BRASIL, 2011).

Eu vi a contraindicação para grávida né? Que não pode tomar é isso mesmo. (E1)

Não podia tomar mais, suspeitando. (E7)

Após conhecer todas as informações que as jovens detinham sobre o AE, foi-lhes indagado: “De onde vieram suas informações sobre o AE?”. As fontes de informação mais

citadas foram: amigas, internet e bula, respectivamente. O estudo de Cabral (2011) também revelou que a escolha de contraceptivos geralmente é mediada pela experiência de amigos e parentes.

Porque eu ouvia as pessoas falando né? As pessoas não as amigas, as amizades falando... na bula, na internet também peguei, é antes de eu comprar ele, eu pesquisei na internet (E1)

Ah! pelas amigas, internet, o povo sempre fala sei lá, não me lembro acho que foi isso (E2)

Em nenhum momento foi citada a Estratégia Saúde da Família ou outro serviço de saúde pública municipal do SUS, como origem da informação, permitindo-nos inferir que a rede de serviço está em déficit em relação à promoção da saúde nesse grupo, havendo uma necessidade iminente de revisão dessas práticas para atender as jovens também no campo de saúde sexual e reprodutiva, proporcionando-lhes opções de escolha para a contracepção.

A própria internet, uma ferramenta usada para adquirir qualquer tipo informação, aparece em segundo plano, enfatizando o núcleo social como maior difusor de informação sobre o AE.

A bula foi a menos citada, talvez por conter uma forma de informação mais técnica, dificultando a compreensão do texto e levando ao abandono da leitura.

Em nossa busca bibliográfica, embora não tivéssemos o objetivo de conhecer a origem da informação das jovens sobre o método, não encontramos dados sobre essa temática para que pudéssemos dialogar com os resultados desse estudo.

Sobre a temática dos efeitos colaterais mais comuns relatados pelo Ministério da Saúde, foram náuseas (em torno de 50%) e vômitos (em torno de 40%). Os atrasos na menstruação ocorreram em cerca de 15% e os relatos de adiantamento da menstruação, em uma escala menor (em torno de 13%) (BRASI, 2011).

Alano et al. (2012) verificaram na amostra de seus estudo, que 44,8% das mulheres entrevistadas relataram alteração no período menstrual e 44,8%, náuseas, após a ingestão do AE. Nesta pesquisa, também identificamos a ocorrência de irregularidade menstrual e enjoos (náuseas) como sintomas de efeitos colaterais do AE.

Você lembra de algum que você possa me dizer? Eu acho enjoo né... Pois que eu me lembre enjoo, até já fiquei com enjoo quando eu tomei ele, e a menstruação que atrasa. (E1)

A minha menstruação atrasava muito, muito mesmo, já não era muito regulada, aí conforme eu tomei e tomei muito era totalmente desregulada. (E5)

Constatou-se que os efeitos colaterais realmente acontecem em pequenas proporções, o que reforça o argumento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) quanto ao AE apresentar um bom nível de segurança e eficácia no seu uso, com efeitos colaterais inerentes a outros medicamentos já comercializados.

O conhecimento das jovens relativos ao AE, majoritariamente, está em conformidade com os contidos no Manual do Ministério da Saúde, porém, existem lacunas que precisam ser sanadas como: uso para além das 72h, conscientizar e informação sobre a contraindicação do método evitando, assim, intercorrências durante o uso, ressaltar a importância de conhecer o mecanismo de ação a fim atentar para algum sinal divergente após o uso contribuindo, assim, para o uso do AE com consciência e aproveitamento em 100% desse método contraceptivo.

➤ SABERES POPULARES DAS JOVENS

Essa foi uma subcategoria que obteve 15 UR com 5,5% da amostra, dentro da primeira categoria. Essa temática valorizou os conhecimentos dessa população de jovens mulheres inseridas no contexto de suas realidades. Desde 2013 existe a Política Nacional de Educação popular no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEP-SUS) que em seu Art. 2º reafirma:

o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.

(Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013)

O § 4º da citada lei em seu artigo 3º reforça a importância da construção compartilhada do conhecimento como um de seus princípios e discorre que “o compartilhamento do conhecimento entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas”.

Ciente deste contexto, não poderíamos nos furtar de explorar todo e qualquer conhecimento proveniente deste grupo de jovens mulheres nesta pesquisa sobre a anticoncepção de emergência.

A contracepção de emergência é um medicamento que vem acompanhado de algumas crenças, mitos e saberes sobre seu uso, entre as quais transpassa a ideia de ser abortivo. Para Paiva e Brandão (2011), esse tipo de pensamento está vinculado aos conceitos de moralidade e sexualidade, juntamente com a difusão das mídias de massa. Apesar de ter seu mecanismo de ação esclarecido no Manual de Anticoncepção de Emergência, com perguntas e respostas para profissionais de Saúde (BRASIL, 2011), rebatendo os argumentos das alas conservadoras como as Instituições Religiosas e Políticas, ainda assim essa ‘crença’ é difundida entre os jovens.

Existem estudiosos que engrossam esse grupo e fazem repercutir esse pensamento, apoiados na suposição de que, se ocorre a implantação do embrião e esse produto é descartado, há um abortamento (CASTELO-BRANCO E FIGUEIREDO, 2005). Porém, tais “teorias” são refutadas no Manual de Anticoncepção de Emergência (2011) ao enfatizar que na ausência de evidência científica para esse fato, por si é o suficiente para afirmar que o AE não é abortivo. Para Drezett et al. (2011), tais dúvidas persistem devido à falta de alguns conhecimentos sobre o mecanismo de ação do medicamento, no que se refere à ação na parede do endométrio.

Algumas jovens em nosso estudo, também absorveram sabedorias populares sobre o AE. Acreditando que o método tinha características abortivas, porque ‘ouviram falar’ por pessoas ou amigas.

Não, é sim abortivo, é se eu tomasse ele com suspeita é abortivo, não podia tomar mais, eu tava grávida quando tomei ele. (E7)

Acho que é, porque a minha vizinha toda vez que tava grávida, ela fala que desce, então é abortiva. (E8)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) esclarece que alguns poucos estudos realizados há duas ou três décadas, suspeitavam de um “terceiro mecanismo de ação” que impediria a implantação ou causaria a eliminação precoce do embrião (LING, 1979), porém, todos foram inconsistentes, com metodologia incompleta ou limitada, comprometendo a validação de seus resultados. De fato, o Levonorgestrel tem atuação no endométrio, porém, pouco significativa, somente se for utilizada doses três a seis vezes mais do que a contida no

AE (LING, 1979; YUZPE, 1982). O conhecimento das jovens ainda inclui outras “crenças”, além da suposta ação abortiva do AE, como ser danoso ao corpo através de declarações que designam o medicamento como “limpa útero” e “seca útero”.

Já, eu já ouvi falar que “seca útero” né? igual anticoncepcional né? quando você toma muito tempo. (E2)

É, faz mal, eu sei, mas que agora não me senti mal, mas lá na frente eu posso né? Pode me fazer mal, a gente nunca vê o resultado no primeiro dia, vê depois. (E3)

Porque dizem quando você toma, a tendência é “limpar seu útero” se tiver algum feto, alguma coisa no começo desceria, foi assim que eu soube. (E8)

Ou seja, apesar de não declararem que é abortivo, existe o pensamento de que seu uso possa acarretar danos à saúde da mulher. Isso também é retratado nas falas das participantes que declararam que o AE é uma “bomba hormonal” ou que possui uma “alta taxa hormonal”, o que poderia causar perigo à saúde dessa mulher. Essa linha de raciocínio não é exclusiva das jovens, pois, em estudo realizado por Brandão et al. (2016) com balconistas de farmácias que realizam a dispensação do AE, no Rio de Janeiro, os mesmos relataram que achavam “perigoso” o uso do AE para as mulheres jovens, porque prejudicava não somente a saúde reprodutiva como outras partes do corpo, por conter uma “dose muito alta” de hormônios. Porém, esse argumento não possui bases científicas (WESTLEYS, 2009; TRUSSEL, 2010;

CLELAND, 2012).

Eu sei que taxa de hormônio dele é super alta.
(E2)

Mas na verdade eu não sei nada, só sei que é uma “Bomba de hormônio, só”. (E3)

Como é uma pílula com uma carga muito alta, não faz mais efeito, acaba que ela perde o efeito. (E9)

Ao serem questionadas a respeito de onde veio à informação de “bomba hormonal”, E3 disse que era só jogar na internet que essa informação aparecia, ratificando as conclusões de Brandão (2011) sobre as mídias de massa que, às vezes, podem atuar na contramão dos efeitos benéficos do AE.

Talvez estejamos em um momento de utilizar as mídias digitais em prol da saúde de forma mais efetiva, não somente atuando em plataformas próprias do Ministério da Saúde mais em parceria com outras instituições, a fim de melhorar a divulgação de informações sobre saúde em diversos setores que são alvos de acessos diários das massas populacionais.

Esses saberes populares das jovens podem dificultar o acesso ao AE, principalmente no quesito abortivo. Em uma sociedade machista e marcada pelo viés conservador, usar um contraceptivo com ação “abortiva”, pode ser entendido pela comunidade que essa jovem cometeu um crime, já que o aborto não um procedimento legalizado no Brasil, podendo essa jovem mulher desenvolver uma culpabilização pelo uso do AE e preconceito em usar novamente, caso venha a precisar.

Partindo dessa premissa, é iminente que sejam disponibilizados investimentos para o desenvolvimento de ações visando à desconstrução dessa característica atribuída ao AE, principalmente no Programa Saúde na Escola e nas redes básica de saúde.

❖ SEGUNDA CATEGORIA PRÁTICAS ENTRE JOVENS USUÁRIAS DA ESF NO USO DO AE

Esta categoria foi formada por 83 UR com percentual de 30,04% do conteúdo analisado. Os temas destacados nesta categoria foram: uso precoce antes das 48h, frequência de uso mais de uma vez, frequência de uso mais de uma vez no mês, decisão de uso e compra, apresentação do AE 1 ou 2 comprimidos e local de aquisição - farmácia.

O uso do AE vem crescendo vertiginosamente, como mostram trabalhos de Olsen et al. (2018) ao revelarem que 60% da amostra já tinha usado pelo menos uma vez o AE. Resgatando os percentuais do PNDS (2006), a contracepção de emergência vem ocupando o terceiro lugar como método contraceptivo entre mulheres não unidas e o quinto lugar em meio às unidas, até porque neste mesmo ano, 71,85% tinham ouvido falar no AE e 12% já o haviam consumido (BRASIL, 2008), enquanto o estudo de Alano et al. (2012) apontou que 99% das mulheres já tinham ouvido falar do método. Nesse sentido, é válido destacar como as jovens vêm realizando a prática do consumo do AE no contexto de contraceptivo moderno.

Neste estudo, em relação à prática do AE, indagou-se às jovens sobre o uso do AE. Todas responderam terem usado o AE entre 24h e 48h após a relação desprotegida, realizando a compra do contraceptivo na manhã seguinte ao ato sexual.

Olha no outro dia, foi antes das 24h. (E1)

*Eu tive relação dormi acordei fui e comprei.
(E2)*

*Eu tenho que tomar a pílula até em 48h.
(E10)*

Essa prática assemelha-se aos resultados dos estudos de Bambrilla et al. (2016), Alano et al. (2012) e Costa et al. (2008), autores que também evidenciaram ingestão precoce do contraceptivo de emergência em até 24h.

Esse comportamento das jovens de uso precoce do AE, pode ser considerado uma boa prática já que tão logo o uso seja feito, há melhor eficácia do método e maior chance de evitar uma gestação.

Quanto à frequência do uso do AE, alguns estudos abordam essa temática. Cabral (2011) afirma que as pílulas de contracepção de emergência não se destinam a uma usuária qualquer, mas a uma mulher com disciplina, comprometida o bastante com o autocuidado para tomar de forma emergencial a “medicação”.

Teixeira et al. (2012) realizaram uma pesquisa no Oeste Africano com mulheres jovens, evidenciando que nem sempre o conceito de “emergência” é respeitado por elas e que seu uso acaba por se ampliar como contraceptivo regular.

Em pesquisa realizada por Brandão et al. (2017) com balconistas de farmácias que dispensavam o AE, foi-lhes solicitado que perfilassem as consumidores do AE. A representação dominante era de que 72,95% eram de mulheres, as jovens em torno de 97,6% com idades de 16 a 30 anos, que utilizavam a AE de modo regular (65,6%) e em situações

emergências (31,5%), o que evidencia que uma parcela significativa de jovens acaba por usar o AE de forma regular.

Nesta pesquisa, identificou-se que somente E8 tinha utilizado o AE uma única vez, enquanto as outras jovens tinham utilizado o produto entre duas vezes a 30 vezes ao longo da respectiva vida sexual e reprodutiva, incluindo nessa prática a frequência de uso do AE mais de uma vez no mês, como relatado nas falas abaixo.

Já teve uma vez... que eu usei duas vezes no mesmo mês. (E1)

Não, no mesmo mês uma vez, porque eu sabia que se eu tomasse outra não ia fazer efeito. (E7)

Olha, eu acho que já tomei umas 30 caixinhas, 30 caixinhas. É isso, é porque toda vez que eu tinha relação eu tomava, tinha relação três vezes na semana, aí eu tomava três vezes. Eu fazia sexta, sábado e domingo com medo. (E10)

Nos achados de Alano et al. (2012) houve uma ocorrência de 25% de uso no mesmo mês, dentro da amostra das jovens que já tinham usado o AE. Identifica-se, assim, que ainda persiste o uso do AE de forma regular por algumas jovens mulheres.

Esse comportamento também ocorreu neste estudo, visto que quatro jovens utilizaram o AE mais de uma vez no mês. Isso leva ao reconhecimento que existem falhas nas orientações sobre o uso do AE, o que pode ser reflexo da falta de oferta de contraceptivos que possibilite a escolha do contraceptivo pelas jovens mulheres para evitar uma gestação. A possível ocorrência de lacunas no seguimento de educação em saúde, presente na atenção básica e na ESF, nos remete a reflexão de uma nova abordagem em saúde coletiva. O custo disso pode ser a banalização do uso do método, levando talvez à menor disponibilidade e oferta do contraceptivo nas redes de saúde pública sendo algo a se pensar.

Foi possível observar uma autonomia entre as jovens, tanto na decisão como na iniciativa de comprar e tomar o AE, o que leva a crer que existe um cuidado consigo e a consciência de que a decisão pode partir dela, sem precisar necessariamente do aval do companheiro. Entre as 10 jovens, uma relatou decisão compartilhada e outra, que partiu do companheiro. Todas as outras que decidiram fazer uso do AE e partilharam a iniciativa com seus parceiros.

Foi minha decisão, minha. (E1)

Foi , compartilhei. (E3)

Essa atitude das mulheres demonstrou que mesmo as mais jovens reconhecem, talvez de forma ainda inconsciente, seu direito de escolha e de como fazer valer esse direito, um pleno exercício de empoderamento feminino, que não aparece somente na decisão mas, também, na iniciativa de comprar o AE, deixando claro que ela decide sobre seu corpo e quando irá conceber a maternidade.

E quando falamos de vida reprodutiva, é importante ressaltar que o papel da mulher nesse âmbito vem crescendo, angariando políticas de saúde voltadas à mulher que buscam ampliar a cobertura à sua saúde de forma integral, disponibilizando recursos e insumos também ligados à saúde sexual e reprodutiva, pautando essa demanda como um direito humano (BRASIL, 2006).

As mulheres têm conquistado mais espaços na economia, no cenário político e na sociedade como um todo, cabendo-lhes muitas vezes as decisões sobre sua família, assim distanciando-se do perfil de coadjuvante, conquistando espaços em todas as áreas (economia, trabalho, social, familiar), atuando de forma efetiva no campo sexual e reprodutivo, tendo mais autonomia, autoconfiança e liberdade de escolha. A contracepção deve ser vivida em parceria e talvez, de certa forma, isso ocorra na contracepção de emergência, ao compartilharem suas decisões sobre o uso.

A totalidade das usuárias adquiriu o AE diretamente em farmácias comerciais. Para Paiva e Brandão (2012), esse tipo de comportamento deve-se ao fato de que as farmácias permanecem abertas por mais tempo. Já Olsen et al. (2018) também discorrem sobre a temática, abordando a dificuldade de acessar no setor público a obtenção do AE, principalmente porque para manter uma eficácia maior, deve ser ingerido em até 120h. Assim, se a relação ocorrer no fim de semana, a opção de obtenção através das Unidades de Saúde é quase nula, já que estas se mantêm abertas somente no horário comercial, não sendo surpresa as jovens terem obtido o medicamento apenas nas farmácias comerciais.

Costa et al. (2008) discorrem sobre a desinformação sobre o AE e afirmam que o desconhecimento dessa oferta e a falta de praticidade para obtê-lo são as principais barreiras para a utilização do produto, o que suscita a compra nas drogarias privadas. Olsen et al. (2018) acrescentam não haver, por parte do Governo, a divulgação em mídias a respeito da possibilidade da aquisição do AE nas farmácias populares, como local alternativo de obtenção

do método, embora tal prática necessite da prescrição médica para ter seu custo subsidiado pelo governo (BRASI, 2013). A esse respeito, Brandão (2018) informa que o ICEC vem fazendo uma campanha ferrenha para que o AE seja vendido no modo OTC (*over-the-counter*), que é uma expressão utilizada pelas Agências Reguladoras para denominar medicamentos considerados seguros e eficazes, que sejam isentos de prescrição médica podendo, assim, serem vendidos em gôndolas.

Nenhuma jovem demonstrou conhecer a disponibilidade do AE na ESF.

[Onde você conseguiu o AE?] *Na farmácia.*
(E1)

[Onde você conseguiu a pílula?] *Comprei na farmácia.* (E4)

[Você fez uso dele e como você conseguiu?] *Comprando na farmácia.* (E5)

Esse fato evidenciou o quanto a promoção em saúde está deficitária no campo de direitos sexuais e reprodutivos dentro da atenção básica, na unidade da ESF, visto que as jovens não identificaram a ESF como local de aquisição do AE. Na Unidade, cenário desta pesquisa, o insumo é recebido, porém, como a sua procura é quase nula, torna-se necessário devolver o excedente à Coordenação da ESF, para garantir a outras usuárias a sua utilização dentro do prazo de validade. O recebimento de novas amostras desse insumo é condicionado ao envio do mapa mensal de distribuição do método contraceptivo.

A apresentação do AE em suas embalagens era conhecida pelas jovens mulheres, tanto em relação ao Levonorgestrel de 1 comprimido (oito jovens) ou de 2 comprimidos (10 jovens) e todas faziam uso aleatório de ambas as apresentações. O uso de Levonorgestrel de 2 comprimidos veio acompanhado do respeito ao intervalo de 12h entre o primeiro comprimido e a segunda dose.

Foi o de dois, eu acho ele mais certo. (E1)

Não, dois, mas já tomei de um também, prefiro de um. (E2)

Só sabia que tinha que tomar e daqui 12h tomar outro. (E5)

Verificou-se, através dos relatos das jovens, que o conhecimento foi aplicado à prática em relação ao uso do AE em dose dividida. Esse entendimento é importante para uma

utilização do método de forma segura e também na otimização da sua eficiência como agente na contracepção.

❖ TERCEIRA CATEGORIA
EXPRESSÕES DAS JOVENS APÓS O USO DO AE.

Essa categoria teve 32 UR e 14,32% de conteúdo analisado, apresentando os temas: *expressões positivas sobre o AE, expressões negativas sobre o AE, constrangimento e vergonha* e, por último, *preço acessível*.

Ao serem questionadas sobre suas expressões do método após o uso, quatro jovens julgaram-no um bom método e recomendariam a prática da contracepção de emergência; cinco jovens fizeram uma avaliação negativa sobre o método e não o recomendariam a outras pessoas. Uma jovem não opinou objetivamente sobre o método.

Sim, eu acho muito bom. (E1)

Não, porque acho que tem que tomar o remédio direitinho, o anticoncepcional né? Vai ficar se enchendo desse troço, o ACO já é uma porcaria faz uma mal do caramba. (E3)

Não, um bom método mesmo seria o normal mesmo, seria o anticoncepcional, preservativo pra não ter que tomar isso. (E4)

Sim. eu acho porque evita, se você tá tendo relação e você vai e toma, é porque você não quer ter filho... ah..então acho que é bom. (E5)

Essas percepções das jovens evidenciou que o AE ainda possui contradições de uso na população que mais demanda a sua utilização, gerando um contra-senso: “eu uso, porém não recomendo”, o que leva a acreditar que existem dúvidas não apresentadas pelas jovens sobre o manejo do AE e também a respeito do reconhecimento de sua função para contracepção como dispositivo emergencial – e não como um anticoncepcional de rotina.

Outro ponto explorado nessa pesquisa foi a percepção das jovens em relação à acessibilidade do AE nas farmácias privadas quanto ao valor do AE. As jovens informaram que o preço variou de R\$ 10,00 a R\$ 20,00, o que se assemelha ao mencionado por Cabral (2011) e também por Paiva e Brandão (2012), que relataram o valor do AE em torno de US\$ 6,00 (seis dólares), Neste estudo, as jovens também consideraram o preço acessível.

Não, foi acessível, nem tão caro nem tão barato.
(E6)

Vai à farmácia e pede lá a pílula do dia seguinte, aí você consegue, mesmo sem receita e o preço é acessível. (E7)

Esse é um ponto positivo para o método: ser um contraceptivo de custo acessível, principalmente entre jovens de camadas econômicas mais desfavorecidas que, em sua maioria, são moradoras da periferia do Estado do Rio de Janeiro, como a Baixada Fluminense.

Essa pesquisa trouxe à tona outra temática que não tinha sido vislumbrada, mas que apareceu nas falas das jovens, durante o percurso das entrevistas: um sentimento despertado no momento da compra do AE. Algumas jovens relataram desconforto no momento em que solicitaram o contraceptivo de emergência na farmácia.

Houve relatos de constrangimento, vergonha e receio de julgamentos na hora da compra do AE. Cinco usuárias revelaram sentir constrangimento para comprar e solicitaram ao parceiro a compra ou compraram por telefone evitando, assim, uma exposição menor para adquirir o AE.

Sim porque eu não gosto, se eu fosse pedir peça por telefone porque a pessoa não tá olhando pra mim. Se não me conhece, não sabe quem sou eu, só pedi e entregou na minha casa. (E5)

Claro com vergonha, por que. sei lá enganei que não era pra mim né.. Ainda mais que era conhecido na farmácia que eu fui, e aqui no meu quintal, falei que era pra minha prima.
(E6)

Porque eu tinha muita vergonha, porque todo mundo ia saber né. Pede a pílula do dia seguinte, todo mundo sabe que você tava despreparada, então eu nunca ia lá. Eu pedia pra ele ir. (E7)

Não, me senti mal, fui logo falando que era pra minha irmã RS. (E10)

Esse comportamento leva à pensar na perspectiva de gênero, no agenciamento do corpo feminismo, no perfil arraigado de nossa sociedade construído e sedimentado pelo machismo, moralismo e na discussão sobre a sexualidade da mulher. A esse respeito, Brandão et al. (2017, p.153) discorrem:

O debate sobre CE coloca em relevo questões relativas a moralidades sexuais e hierarquia de gênero, ao trazer para cena dimensões da agência feminina, bem como disputas políticas e institucionais em torno da capacidade reprodutiva e da sexualidade e da sexualidade feminina.

E há um desdobramento desses conceitos na prática no dia a dia durante a dispensação do AE. A jovem que se dirige à farmácia para comprar o AE, fica à mercê de julgamentos e pré-conceitos por parte dos profissionais que vendem o medicamento. Cabral (2011) relata em sua pesquisa, que ocorre uma verdadeira classificação sobre as consumidoras, tidas como imorais devido às suas práticas sexuais e um “pânico moral” direcionado, principalmente às mulheres jovens e mais pobres, refletindo um verdadeiro exercício de controle de corpos femininos. E finaliza dizendo que demonstrar “vergonha” ao comprar o AE, sugere que essa jovem mulher ao reconhecer seu ‘erro’, está sob a tutela das normas morais vigentes: não demonstrar vergonha resulta em receber o julgamento de ser imoral.

Brandão (2016) enfatiza que outros pontos dessa rede de cuidado ficam ainda mais desarticulados, como o acesso à informação e posturas morais e religiosas que muitas vezes integram o perfil (consciência) individual de profissionais de saúde e gestores em todas as esferas, comprometendo medidas eficazes no campo da saúde reprodutiva. Essas atitudes acabam por se constituírem barreiras de acesso ao uso do AE, além dos obstáculos já discutidos, como quantidades de insumos e sua disponibilidade.

As mulheres não precisam ser penalizadas quando tem atitudes que dizem respeito ao seu corpo e sim, parabenizadas por terem consciência do seu poder de escolha e decisão, visto que essa decisão implica em reflexos na vida dela, do outro (parceiro) e ainda, na vinda de outra vida, se decidir não se prevenir para tornar-se mãe.

IX CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que as jovens mulheres, majoritariamente, tinham conhecimentos sobre o AE, em concordância com as orientações discriminadas no Manual do Ministério da Saúde. Porém, existem alguns lapsos em seus saberes, que não dialogam com o manual do Ministério da Saúde que podem influenciar em seu comportamento sexual e reprodutivo, trazendo prejuízos para sua vida familiar, social e financeira, pois, a partir do momento em que acreditam que o AE só possui ação contra uma gestação, se for usado em até 72h, as chances de conceber uma gravidez involuntária aumentam, ampliando a

possibilidade de um aborto inseguro que, muitas vezes, leva ao óbito materno diminuindo, assim, a chance de escolha de não engravidar após uma relação sexual desprotegida.

O desconhecimento da disponibilidade do AE nas Unidades da ESF e na rede pública de saúde, com distribuição gratuita, foi outro ponto relatado nesta pesquisa, resultando no fato de que a aquisição do AE ocorreu somente em farmácias comerciais privadas. Será necessário um trabalho de intensificação nas mídias digitais e dos gestores locais dos profissionais para que a veiculação dessa informação chegue à esse grupo de mulheres, permitindo que possam usufruir desse benefício. Além disso, é preciso disseminar informações sobre o uso correto, eficácia, contra-indicação e mecanismo de ação, corroborando para um efeito cascata que agrupa: veiculação de informação, disponibilidade e distribuição ampliada do AE nas Unidades de Saúde públicas.

Ainda sobre os conhecimentos do AE, deparamo-nos com os saberes populares sobre esse método que incluíam relatos sobre o AE ser abortivo e danoso aos corpos femininos, devido a sua alta taxa hormonal. Esses tipos de conhecimento implicam diretamente nas ações de uso e nas práticas das jovens, criando uma perspectiva negativa sobre o método, uma barreira para seu uso, associada a uma cultura tradicional patriarcal levando essa jovem a um verdadeiro auto-julgamento das jovens mulheres que acreditam, algumas vezes, estarem fazendo algo que contradiga as normais vigentes de “bom comportamento” feminino ou do que se espera de uma mulher.

Outro resultado apontado nesta pesquisa, foi a prática do AE mais de uma vez no mesmo mês, pois, apesar de saberem que a eficácia do método diminui se for usado de forma recorrente, algumas jovens relataram essa prática. Não encontramos estudos que deem subsídios que sustentem o uso indiscriminado sobre o AE, porém acreditamos que seja necessário o incentivo a novas pesquisas, que suscitem mais criteriosamente essa prática, determinar seus impactos no seu organismo e na vida saúde sexual e reprodutiva das jovens. Além disso esse tipo de comportamento levou-nos a refletir como os profissionais da Atenção Básica em Saúde podem não estar abarcando as necessidades das jovens mulheres no que diz respeito à contracepção, pois, a partir do momento em que ela faz uso do AE mais de uma vez no mesmo mês, demonstra uma possível falta de opção, de informação ou de acesso para evitar uma gestação involuntária.

A autonomia das jovens mulheres foi outro destaque neste estudo. O poder de decisão foi elemento apropriado por elas, que acreditaram ser a melhor decisão o uso do AE após sexo desprotegido, fazendo valer essa escolha, o que permite vislumbrar que existe alguma consciência, talvez ainda imatura, de fazer valer seus direitos sexuais e reprodutivos.

Uma demanda que apareceu nesta pesquisa, foi o constrangimento que algumas jovens relataram ao comprar o AE na farmácia. Esse sentimento, embora não tenha impedido que realizassem a compra, fez aflorar um julgamento das jovens sobre si mesmas, levando a um sentimento de displicência por não terem se protegido antes da relação sexual. Sentiram-se envergonhadas, reflexo dessa sociedade machista que vivemos, deixando evidente que devemos nos libertar de preconceitos arraigados por anos em nosso íntimo e tratar de forma profissional as demandas de saúde das mulheres.

Como limitação deste estudo, menciona-se a dificuldade de discorrer sobre a temática com as usuárias. Apesar de serem mulheres que frequentavam a Unidade e possuírem vínculo, relatar suas práticas sexuais não foi tarefa fácil, sendo necessária muita habilidade por parte da pesquisadora, para que as participantes se sentissem confortáveis e respondessem perguntas a respeito do tema.

Os resultados deste estudo revelaram que é preciso repensar algumas práticas educativas no campo do PR dentro do contexto de promoção à saúde na Estratégia Saúde da Família. No que refere a este estudo, especialmente em relação ao conhecimento e ao uso do AE, a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnico de enfermagem) que gerencia e dirige essas ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva, na maioria das vezes, podem atuar como agentes multiplicadores de saberes, ajudando a facilitar o entendimento correto do uso do dispositivo (AE), entre os demais profissionais que integram a Estratégia Saúde da Família e usuárias, elevando-o ao patamar de método contraceptivo seguro e de alta eficácia, sabidamente pelas jovens mulheres.

Além disso, emergiu através desta pesquisa, uma necessidade de revisão das prioridades das políticas públicas de saúde no setor de direitos sexuais e reprodutivos e de fomento para novas pesquisas nesse campo, que possam evidenciar novas demandas de saúde e melhorar a compreensão das práticas contraceptivas e sexuais de homens e mulheres. Que essas novas evidências possam ser percebidas por gestores e profissionais como ferramenta para alavancar o cuidado no âmbito da sexualidade e da reprodutividade de homens e mulheres. Possibilitando assim uma vivência de seus direitos sexuais e reprodutivos de forma saudável e com minimização de riscos controláveis, como uma gestação indesejada.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M.G.; SILVA, L.B. Juventude e Sexualidade. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Secretaria Especial de Políticas para Mulher. Instituto Ayrton Senna. UNESCO. 2004.

AGÊNCIA Nacional de Vigilância Sanitária. O que devemos saber sobre medicamentos? Brasília, DF, ANVISA, 2010.

ALMEIDA, F.B.; SOUSA, N.M.M.; BARROS, G.L.; FARIAS P.A.M.; CABRAL, S.A.A.O. Avaliação do uso de anticoncepcionais de emergência em estudantes universitários. **REBES**; v.5, n. 3, p. 49-55, 2015.

ALANO, G. et al. Conhecimento, consumo e acesso a contracepção de emergência entre mulheres universitárias no Sul do Estado de Santa Catarina. **Ciência e Saúde Coletiva**, rio de Janeiro, v.17, n. 9, p.2397-2404, julho, 2012.

AMENGUAI, M.L.B.; CANTO, M.E.; BERENGUER, I.P.; POL, M.I. Revisão sistemática do perfil de usuárias de contracepção de emergência. **Rev. Latino-Americana de Enf.**, n. 24, p. 27-33, 2016.

AMORIM, F.A.; BONIFÁCIO, G.M.O. Tendências e diferenciais na prevalência dos métodos contraceptivos: uma análise a partis DHs realizado no Brasil. In: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. População e desenvolvimento: decifrando conexões. 2010. Disponível em http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro.2010/docs_pdf/tema_5/abep2010_2594_pdf

ARRAIS, P. S. D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997. [[Links](#)]

AYRES, J.R.C.M. Adolescência e saúde e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L.B. (org.). **Programação em São Paulo**: Hucitec, 1990.

BAHAMONDES, L.; BAHAMONDES, M.V. New and emergency contraceptive: a state-of-the-art-review. *Inst.J. Womens health*. 2014; 6: 221-34 [Link]

BALDIM, N; MUNHOZ, E.M.B. I Congresso Nacional de Educação. Educere. I Seminário Internacional de Representações Sociais. Subjetividades e educação – SIRSSE. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba. 2011

BAMBRILLA et al. Contracepção de emergência e universitárias da área da saúde. *Rev. De Educação e Saúde Sustinere*. vol.4, n.2 p.253-264 2016

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Trad. RETO, L.A.; PINHEIRO, A. São Paulo: Ed. 70, LDA, 2011.

BASTOS, L.L.; BRANDÃO, E.R.; VENTURA, M. Saúde Sexual e Reprodutiva conservadorismo religioso e acesso a medicamentos: um discurso sobre a estratégia global de *advocacy* do Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência. *Sexualidad, Salud Y Sociedad. Rev. Latino Americana*, n. 26, p.306-327, Agosto, 2017.

BASTOS, L.L.; VENTURA, M.; BRANDÃO, E.R. Entre a biomedicina, a saúde pública e os direitos: um estudo sobre os argumentos do Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência para promover o acesso ao contraceptivo de emergência em “países em desenvolvimento”. *Caderno Pagu* (53), 2018 e 185309. Issn 1809-4449.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1980 [(v.1-2)]

BINSTOCK, G.; GOGNA, M.. Em torno Del primer y segundo embarazo em la adolescência em Argentina. En: Caren: (Cavenaghi, Susan e Cabelha, Wanda, org). Comportamento reprodutivo y fecundidade. América Latina: uma agenda inconclusa, p. 167-185. Rio de Janeiro. ALAP. Série Investigaciones. nº 3. 2014

BORGES, A.L.V. **Adolescência e vida sexual: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo** [Tese de Doutorado] São Paulo (SP) Faculdade de Saúde Pública da USP, 2004.

BORGES, A.L.V. ; FUJIMORI, E. ; HOGA, L.A.K. ; CONTIN, M.V. Prática contraceptiva entre jovens universitárias: uso de contracepção de emergência. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.816-826, abril, 2010.

BRAGA, C.C.; SOUZA, A.C. **Efeito do uso da contracepção de emergência**: revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de curso (TCC).Curso de Biomedicina da Faculdade de Ciências de Educação e Saúde (FACES). Uniceub. Centro Universitário de Brasília. 2016

BRANDÃO, E.R. **Iniciação sexual e afetiva**: exercício da autonomia juvenil Rio de Janeiro. UERJ. 2000

BRANDÃO, E.R.; CABRAL, C.S.; VENTURA, M.; PAIVA, S.P.; BASTOS, L.L.; OLIVEIRA, N.V.B.V.;SZAL, I. Bomba hormonal: os riscos da contracepção de emergência na perspectiva dos balconistas de farmácia no Rio de Janeiro. Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 19,2016.

BRANDÃO, E.R. et al. Os perigos submidos na contracepção de emergência: moralidades e saberes em jogo. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 23, n. 47, p. 131-161, 2017.

BRANDÃO, E.R. Hormônios sexuais, moralidades de gênero e contracepção de emergência no Brasil. Comunicação, Saúde e Educação. **Interface** (Botucatu), v..22, n. 66, p. 769-776. Jul-set., 2018. EPUB. Abr-2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher** (PAISM) Brasília (DF); 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Coordenação de Saúde da Mulher Serviço de Assistência a Saúde da Mulher. Norma Técnica de Assistência ao Planejamento Familiar. Brasília. 1996. In Rede Brasileira de Promoção de Informação e Disponibilização de Contracepção de Emergência. **Política do Ministério da Saúde Brasileiro para Uso e Administração de Emergência**. Disponível em: <HTTP://www.redece.org/normace.htm>. Acessado em 27/01/2019.

BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Área de Saúde de Adolescentes e Jovens. **Saúde e Desenvolvimento da Juventude Brasileira**: construindo uma agenda nacional. Brasília (DF); 2000.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes, Série C - Projetos, Programas e Relatório. Brasília (DF); 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Reprodutivos e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do Governo. Brasil. DF. 2005. 24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Teórico Referencial**: saúde sexual e reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Versão preliminar. Brasília (DF): 2006a.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Ação direta de Inconstitucionalidade nº 124920.0/3-00 – SP (1065399). Requerente: prefeito do Município de Jacareí. Requerido: Presidente da Câmara de Jacareí. Relator Knutz, São Paulo. 2006b. Disponível em:<http://cjo.tj.sp.gov.br/juris/getArquivo.do?cdAcordao=1551542>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ação Programática Estratégica. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Jovens e Adolescentes**. Versão preliminar. Brasília (DF); 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. 2006. Brasília: 2008. 82p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Direitos sexuais e Reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília (DF): 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 300 p., 2010a (Caderno de Atenção Básica, n. 26).

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília – DF 2010b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégia. Secretaria de Direitos sexuais e Direitos reprodutivos Cad. nº 3. **Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde.** Brasília (DF); 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para utilização do levonorgestrel na anticoncepção hormonal de emergência. Brasília. D.F. Rede Cegonha, 2013a .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). 2013b. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRÊTAS, J.R.S.; RUA, D.V.; CINTRA, C.C.; FERREIRA, D.; CORREIA, D.S. Compreendendo o interesse de adolescentes do sexo masculino e feminino sobre o corpo e sexualidade. **Tema de Desenvolvimento**, v. 11, n. 64, p. 20-29, 2002.

BRÊTAS, J.R.S. A mudança corporal na adolescência: a grande metamorfose. **Tema de Desenvolvimento**, v. 12, n. 72, p. 29-38, 2004.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: do Feminismo à Subversão da Identidade** (R. Aguiar, tradução). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, J. O cuerpo que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo. Buenos Aires: Paidós [\[Links\]](#)

CABRAL, Cristiane Silva. **Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade: agência individual, contextos relacionais e gênero.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

CARRARANO et al. **Jovens Brasileiros: sexualidade, gravidez e AIDS.** Fev. 2003 (no Prelo).

CASTEL- BRANCO, M. ; FIGUEIREDO, I. V. Ainda sobre a pílula do dia seguinte. **Revista Mundo Farmacêutico**, Madri, a. 5, n. 29, p. 40-42, jul/ago, 2007.

CHOFIKIAN, C.B.N.; BORGES, A.L.V.; SATO, A.P.S.; ALANO, G.P.; SANTOS, A.O.; FUJIMORI, E. O conhecimento da contracepção de emergência afeta o uso entre adolescentes do ensino médio do Brasil?. **Cad. Saud. Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 729-742. 2016. Epub. 12- fev. 2016

COSTA, N.F.P et al. Acesso à anticoncepcional de emergência: velha barreira e novas questões. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 53-60, 2008.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando diversas variações para avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, p. 1029-1042, Marc., 2011.

ÇLELAND, K.; RAYMOND, E.G.; WESTLEY, E.; TRUSSELL, J. Emergency contraception review: evidence-based recommendations for clinicians. **Clin Obstet Gynecol.** v. 57, n. 4, p. 741-50, 2014. [\[Links\]](#)

DIDES, C.C. **Voces en emergency**: el discurso conservador y la piladora del día después. Santiago: FLASCO, 2006. 187p.

DOMINGUES, P. H. F. et al. Prevalência da automedicação na população adulta do Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 1-8, 2015. [Links]

DREZETT, J. et al. Mecanismo de ação da anticoncepção de emergência. **Reprodução & Climatério**, São Paulo, v.26, n.2, p. 44- 55, 2011.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA). Lei 8069 de 13 de julho de 1990. Disponível; http://planalto.gov.br/ccivil_3/Leis/e8060.htm

FAÚNDES, A.; BARZELATTO, J. **O drama do aborto em busca de um consenso**. Campinas: Komepi; 2004.

FIGUEIREDO, R. Contracepção de emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. **Rev. de Saúde Sexual e Reprodutiva**. IPAS Brasil, set. 2004.

FIGUEIREDO, R. Panorama da distribuição gratuita venda e uso da contracepção de emergência no Brasil. In: FIGUEIREDO, R.; BORGES, A.L.V.; PAULA, S.M.B. (organizadores). **Panorama da contracepção de emergência no Brasil**. São Paulo: Instituto de Saúde; 2016. P.83-101. [Link]

FIGUEIREDO, R.; FALCKMANMS, S.B. **Sexualidade**: prática sexual na adolescência e Prevenção de DST e AIDS e gravidez não planejada, incluindo a contracepção de emergência. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008

FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem em Pesquisa Qualitativa: proposta de procedimentos para constatação de saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n. 2, Feb. 2011.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade** [v.1]: a vontade do saber. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 1984 (tradução Albuquerque, M.)

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Pesquisa Nascido no Brasil**. Inquérito Nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2011. Disponível em http://www.s.ensp.fiocruz.br/biblioteca/lado/txt_943835885.pdf. Acessado em 3/11/18.

GAGNON, J.; SIMON, W. **Sexual conduct the social sources of human sexuality**. Chicago: Adine, 1973.

GAGNON, J. **Uma interpretação do desejo**: ensaios sobre o estudo de sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond Universitário. [Coleção sexualidade, gênero e sociedade], 2006.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**: sexo, amor e erotismo na sociedade moderna. São Paulo: UNESP. 1993

GIL. A.C. **Como elaborar projeto de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRAY, D.E. **Pesquisa no mundo real**. Trad. COSTA, R.C. 2012. 2. ed. Porto Alegre: Penso

GIOVANELLA, L et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.14, n. 3, p.763-794, 2009.

HEILBORN, M.L. Gênero, sexualidade e Saúde. In:HEILBORN, M.L. **Saúde Sexualidade e Reprodução**: compartilhando responsabilidade. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 101-110, 1997.

HEILBORN, M.L.; CARRARO, S.; CABRAL, C. Gênero e diversidade na Escola. Formação de Professores/ In: **Gênero e sexualidade**. Orientação sexual: relação etnia-racial. Livro de Conteúdo. V.II. versão 2004.

HEILBORN, M.L.; FAY, A.; DAMASCENO,A.P.; SOUSA, J. Jovens, gênero, mídia e violência em contexto. Pacificação na cidade do Rio de Janeiro. **Diálogos Possíveis**, v. 13, n. 8, p. 156-182, 2014.

HEALTH EMPOWERMENT RIGHTS AND ACCOUNTABILITY (HERA). **Direitos sexuais e reprodutivos da mulher**: ideia para ação. [19]. 1995. Disponível em: www.iwhc.org/hera [Link]

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Crianças e da Mulher**, 2006: discussões do processo reprodutivo e de saúde da criança. Brasília. DF, 2009. 300p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/banco_de_dados.php

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE. **Síntese de indicadores sociais, 2013**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000015471710201317159343967.pdf>

LAURENTI, R. A mortalidade materna nas capitais brasileiras algumas características e estimativas de um fator de ajuste. **Rev. Bras. de Epidemiologia**. São Paulo, v.7, n. 4, p. 449-460, 2004

LEI DE ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL. **Lei nº 12.845** de 1993. Disponível em: [Links]

LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR. **Lei nº 9263** de 12 de janeiro de 1996. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_3/leis/L92363.htm

LOAS. LEI ORGÂNICA DA SAÚDE 8.080 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

LING, W. Y. et al. Mode of action of dl.norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. **Fertil. Steril.**, [s.l.], v. 32, p. 297- 302, 1979. 44.

LING, W. Y. et al. Mode of action of dl.norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. III. Effect of postovulatory administration on ovarian function and endometrium. **Fertil. Steril.**, [s.l.], v. 39, p. 292-7, 1983.

LUIZ, M.S.; NAKANO, A.R.; BONAN, C. Planejamento reprodutivo na clínica de família de um TEIAS: condições facilitadoras e limites à assistência. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n.106, p. 671-682, jul-set.,2015

MAGALHÃES, A.P.R.; GABRIEL, L.C.; FREITAS, M.C.; BARREIROS, P.V.S. ; SILVA, R.G.; SANTOS, S.; PASCHOI, T.P. **Juventude e Sexualidade**: descobertas e riscos. Londrina: Ed. UB: 2007.

MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2010. 132p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO. 2006.

NAVES, J.O.S. et al. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1751-62, 2010. [[Links](#)]

OLIVEIRA, A.R.; LYRA, J. Direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes e as políticas públicas de Saúde: desafio à atenção básica. **Rev. Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder**, Florianópolis, agosto, 2008.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temática categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p.569-76, 2008.

OLSEN, J.M.; LAGO, T.G.; KALEMAN, S.; ALVES, M.C.G.; ESCUDER, M.M.L. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde.Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 1-17. EPUB. 19. Fev-2018

PAIVA, S.P.; BRANDÃO, E.R. Contracepção de emergência contesto das farmácias: revisão de literatura. **Phisys. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 1, p.17-34, 2012

PEQUIM. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, 1995.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED; 1995.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. Porto Alegre: ARTMED; 2012.

PORTAL DA SAÚDE. **Programa Farmácia Popular**. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/11-farmacia-popular/18008-programafarmacia-popular-do-brasil> (acessado em 15/11/2018).

PORTAL TRANSPARÊNCIA DE DUQUE DE CAXIAS
<http://transparencia.duquedecaxias.rj.gov.br/portal/index.php/component/content/article/65-saude/programa/299-plano-municipal-de-saude>

PRESCOTT, H.M. *The morning after: a history of emergency contraception in the United States*. Ney Jersey: Rutgers University Press, 2011.

REDE FEMININA DE SAÚDE. ADOLESCENTE, SAÚDE SEXUAL, SAÚDE REPRODUTIVA. Dossiê. Belo Horizonte: 2004. Disponível em :
<http://sistem.clam.org.br/biblioteca/?q=node/315>

RESOLUÇÃO nº 466, de Dezembro de 2012. Disponível em
<http://conselho.saude.gov.br/resolucao/2012/Reso466.pdf> [Links]

RESOLUÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA nº 1.811 de 14 de dezembro de 2006. Normas Técnicas para utilização da Contracepção de Emergência. **Diário Oficial da União**, 12. ed., p.116,2007.

ROZA, A.C.; VONK, P.; BONAN, C.;SILVA, K.S. Sexualidade, reprodução e saúde: experiência de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. **Rev.Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.18, n.6, pp.1795-1807. 2013.

RUBIN, G. Thinking sexy: notes for a radical theory of politics of sexuality. In: VANCE, Carole. (ed) **Pleasure and danger**. Exploring female sexuality. Boston. Routledge and Kegan Paul, 1984. p. 267-319.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação e Realidade. **Florianópolis** v. 20, n. 2. p.71-99, jul/dez. 1995

SCOTT, J. O enigma da igualdade. **Estudo feminista**, Florianópolis (SC), v.13, n. 1, p.11-30 jan/mar, 2005.

SIMÓN, T.Y.; AZUA, C.T. Variables sociodemograficas relacionadas com embarazos no planificados em jóvenes de 13 a 24 años. **Rev. Esp. Salud Publica**, n. 88, p. 395-406, 2014.

SOARES, R. Jovem Contemporâneo – sexualidade, corpo e gênero na mídia. **Rev. Gênero**. Niterói, v.7, n. 2, p. 93-115. 1º sem., 2007.

SOCIEDADE CIVIL BEM ESTAR FAMÍLIA NO BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre demografia e saúde, 1996**. Rio de Janeiro. Sociedade Cível Bem estar Família no Brasil, 1997. [Link]

SOUZA, L.M.L. **Saúde de adolescente: atenção integral ainda no plano da utopia**. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. 2004. NESC- Instituto de Pesquisa Ageu Magalhães – FIOCRUZ. 2004.

SOUZA, R.; BRANDÃO, E.R. A sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de Emergência na mídia impressa. Brasília (2005-2009). **Interface**, v.16, n. 40, p. 161-75. Jan/mar, 2012.

SOUZA, V.J. O aborto no Brasil: um resgate das concepções morais católicas em contraposição aos grupos pró-abortos. Anais do II Encontro do GT das Religiões e das Religiosidades. **Rev. Brasileira de História das Religiões – ANPUH**. Maringá (PR) v.1, n. 3, 2009. p. 1-13

- SGRECCIA, E. **Aborto**: o ponto de vista da bioética. 4. ed. Milão: Pricipia, 2006.
- STRUCK-WARE, R, NATH, A; MISHALL, JR. Contraception technology: past, present e future. **Contraception**, v. 873, p. 319-30, 2013. [Link]
- TEIXEIRA, M. et al. Representations and uses of emergency contraception in West Africa. A social anthropological reading of a northern medicinal product. **Social Science & Medicine** v. 75, n. 1, p. 148-55, 2012.
- THIY-CHERQUES, H.R. **Saturação em pesquisa qualitativa**: estimativa empírica de dimensionamento. 2009. Disponível em:
www.revistapmkt.com.br/portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf. [Links]
- TOULMIM, S. **O uso do argumento**. Tradução de Reinaldo. Guarany. São Paulo: Martins Fortes, 2001.
- TRUSSELL, J. Emergency contraception: hopes and realities. In: FOSTER, A. M.; WYNN, L. L. (org.). **Emergency contraception**: the story of a global reproductive health technology. New York, Palgrave Macmillan, 2012, pp.19-35.
- TURATO, E. R. **Tratado de Metodologia da Pesquisa**: clínica-qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada a aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
- VENTURA, M. Direitos Reprodutivos no Brasil. 3. ed. FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA. Brasília-DF 2009
- VENTURA, M.; CHAVES, J.; ELIZEU, O. **O Direito da população jovem** – um marco para o desenvolvimento – UNFPA. Brasília, 2003.
- VIANA, L.C.R. **A idade média**: uma reflexão sobre o mito da juventude na cultura de massa. Brasília: UNB, 1992.
- WESTLEY, E.; GLASIER, A. Emergency contraception: dispelling the myths and misperceptions. **Bull World Health Organ**, v. 88, n. 4, p. 243-4, 2010 [Links]

WESTLEY, E.; SCHWARZ, E.B. Emergency contraception: global challenges, new opportunities. **Contraception**, v. 85, p. 429-31, 2012.

WILKS, J. O Impacto da Pílula nos Fatores de Implantação. Novas Descobertas da Pesquisa Científica. **Ethics & Medicine**, Tennessee, v. 16, n. 1, p. 15-22, jan., 2000

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health for the worlds adolescents: a second chance in the second decade**. Geneva: World Health Organi - zation; 2014. 22.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Model List of Essential Medicines**, 20th List, 2017 [goo.gl/Q3RAXg – acesso em set. 2017].

WYNN, L.L.; FOSTER, A.M. The birth of global Reproductive health technology: an introduction to the journey of Emergency Contraception. Lisa (Eds).. New York. Palgrave Macmillian, 2012. p.3-17.

YUZPE, A.; PERCIVAL-SMITH, R.; RADEMAKER, A. W. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dlnorgestrel as a postcoital contraceptive agent. **Fertility and Sterility**, [s.l.], 1982.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

I) IDENTIFICAÇÃO

Nº entrevista

II) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade

Naturalização:

Religião: _____ Praticante? Sim () Não ()

Escolaridade:

- () Sem instrução
- () Ensino Fundamental I Incompleto (antigo 1º grau)
- () Ensino Fundamental I Completo (antigo 1º grau)
- () Ensino Fundamental II Incompleto (Antigo 2º grau)
- () Ensino Fundamental II Incompleto (Antigo 2º grau)
- () Ensino Superior Incompleto
- () Ensino Superior Completo

Tipo de residência (próprio-alugada):

Quantos cômodos existem na casa?

Convive com quem?

Quem é o responsável financeiro da família?

Qual a renda total no domicílio? () até um salário mínimo () De 2 a 3 salários mínimos () De 4 a 5 salários mínimos () Mais de cinco salários mínimos

Situação conjugal: () Solteira () Casada () União Estável () Viúva () Divorciada

Trabalha: () Sim. Qual a profissão/ocupação?----- () Não

Moradia: () Pai/Mãe () Outro Familiar () Outro-----

Quantas pessoas moram na mesma casa que você? () 0 a 1 pessoas () 2 a 3 () 4 a 5 () mais de 5 pessoas

III) DESENVOLVIMENTO SEXUAL

Idade da menarca:

Início da atividade sexual com que idade:

Primeira relação sexual (foi planejada, de livre espontânea vontade?)

A primeira relação sexual foi protegida/prazerosa?

Gravidez: Sim () Não ()

Filhos: Sim () Não ()

Com que idade engravidou pela 1ª vez-?----- Quantos?--- Qual idade?-----

Abortos: Sim () Induzido () Espontâneo ()

IV) CONHECIMENTO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Métodos contraceptivos que você conhece?

De onde vieram suas informações sobre os métodos contraceptivos?

Quais métodos você acha que estão disponíveis para as mulheres de forma gratuita no Sistema Único de Saúde?

Você já fez ou faz uso de algum método contraceptivo?

Por que escolheu esse método?

V) CONHECIMENTO SOBRE ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (AE)

Conhecimento sobre AE:

Fonte de informação AE:

Uso AE:

O uso AE foi decisão sua?

Quando você utilizou AE ?

Quantas vezes já usou AE?

Já usou mais de 1 vez no mês ou na mesma semana?

Como conseguiu AE (Unidade de Saúde, Farmácia)

Informação sobre como usar após estar em posse AE?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: Anticoncepção de Emergência entre jovens em Unidade da Estratégia Saúde da Família.

OBJETIVO DO ESTUDO: É conhecer os saberes e práticas entre jovens sobre anticoncepção de emergência (AE).

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para pesquisa sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres em relação ao AE. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista semiestruturada individual que durará aproximadamente 1 hora.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim, serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para a coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas a incomodam, porque as informações que coletamos serão sobre suas experiências pessoais. Assim, você pode escolher não responder a quaisquer perguntas que a façam sentir-se incomodada.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará na obtenção de mais informação dos saberes e prática das mulheres jovens sobre o AE e conhecer suas formas de utilização, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo, você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para a própria Instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada na Unidade Saúde da Família do Município de Duque de Caxias, que possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Mestrado Acadêmico, sendo a aluna **Karina Costa de Oliveira** a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^a Dr^a Adriana Lemos. As investigadoras estarão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, faça contato telefone (21) 97239-9877, com o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO: (21) 2542-7796 ou por *e-mail* cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste Termo de Consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa entrar em contato com você, em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura da Participante:

 Data: _____
 Endereço _____
 Telefone de contato _____

Assinatura (Pesquisador):

 Nome: _____
 Data: _____

Quadro de saturação de práticas sobre AE. Fonte: Oliveira, K (2018) Modelo de quadro Fontanella, 2011

Tipo de enunciado	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E1 0	Total de referências
Decisão de tomar CE da mulher	X	x	x	x			x	x	x		07
Início de uso em diversos intervalos (24h, 48h, 72h,)	X	x		x	x	X		x	x		02
Parceiro compra						X	x	x		x	04
Uso mais de vez na vida	X	x	x	x	x	x	x		x	x	09
Tomou em até 24h	X	x	x	x	x	x		x	x		03
Uso mais de 1 vez no mês	X	x					x			x	04
Compra por telefone		X			x						01
Uso de 2 cp.	X	x	x	x	x	x	x	x		x	09
Comprou na farmácia	X		x	x					x		04
Teve orientação de uso	X	x									02
Tomou 2 cp. juntos		X	x							x	02
Decisão compartilhada	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Uso de 1 cp.		X							x		02
Existem CE de 1 cp e 2cp		X							x		02
S/ orientação na compra					X	x	x	x			04
Uso com outro método			X								01
Uso antes de 24h	X	x					x			x	04
Leu a bula	X	x		x			x		x		05
Não leu a bula					X	x		x			03
Compra s/receita					X				x		02
Usou 1 única vez								x			01

APÊNDICE D – QUADRO DE SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO

Código Tema	Unidades de registro	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E10	Total de UR	Total de Corpus
<i>a</i>	“e a pílula do dia seguinte”	2	2			3		2		4	1	13	6
<i>b</i>	“senão me engano, ele 72h”	2	2	2	2			2		3	3	16	7
<i>c</i>	“não usou camisinha, não toma anticoncepcional”	2	2	1	2	1	1	3	1	2	2	17	10
<i>d</i>	“só que com o tempo perde o efeito”	2	1			1		2		2		7	5
<i>e</i>	“já ouvi falar que seca o útero”		2	3		1	1		2	1		10	6
<i>f</i>	“não é abortivo sim,”							2	3			5	2
<i>g</i>	“não, tive ideia de pesquisar na internet”	2	2	2		3	2	2		4		17	7
<i>h</i>	“ouvira as pessoas falando as amigas”	4	4	3	2	4	2	2	2	2	3	28	10
<i>l</i>	“na bula também peguei”	1	2		2	1		2		2	1	11	8
<i>J</i>	“dava uma atrasadinha”	1			2			2		2	2	9	6
<i>K</i>	“não pode grávida”	2						2				2	2
<i>L</i>	“foi antes de 24h	2	1	1	1		1	2	1	1	2	12	9
<i>M</i>	“eu acho que eu me lembre umas 5x”	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	16	10
<i>N</i>	“já teve uma vez que usei duas vezes no mês”	2	1					1	2		4	8	5
<i>O</i>	“foi minha decisão”	2	2	1	2		2	1		1	1	12	8
<i>P</i>	“ farmácia”	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	16	10
<i>Q</i>	Uns doze reais”					1	1		1	1	1	5	5
<i>R</i>	“eu comprava”	2	2	2	2	1	2			2	2	9	8
<i>S</i>	“apresentação do AE”	1	2	1	1	2	1			1	1	10	8
<i>T</i>	“aquele receiozinho”	2			2	3		3	2		3	15	6
<i>U</i>	“sim eu acho ele muito bom”	3				3	3			1	3	13	5
<i>V</i>	“não porque eu acho que tem que tomar o remédio”			1	1			1	2	2		7	7
	Total de URS 270	36	29	20	22	28	21	34	17	33	30	270	10

Fonte: Dados da própria pesquisa, OLIVEIRA, K (2018) segundo modelo elaborado por OLIVEIRA, D.C. - Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização (2008).

APÊNDICE E – QUADRO DE CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS

Fonte: Da Pesquisa. Modelo elaborado por OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. *Rev Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008

TEMAS / UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº	%	CATEGORIAS	Nº	%
	UR/ TEMA	UR/ TEMA		UR/ CATEGORIA	UR/ CATEGORIA
Saberes divergente dos preconizados pelos manuais	35	13,3%	Subcategoria: saberes populares sobre AE (E, F) Os saberes frente à contracepção de emergência (A, B, C, D, G, H, I, J, K)	148	55,04%
Saberes em consonância com os preconizados pelos manuais	49	18,4%			
Origem da informação: amigos	28	10,37%			
Origem da informação: internet	17	6,29%			
Origem da informação: bula	11	4,12%			
Efeitos colaterais	8	2,96%			
Uso precoce antes das 24hs	12	4,44%	Práticas entre jovens usuárias da ESF com AE (L, M, N, O, P, R, S)	83	30,64%
Frequência de uso mais de uma vez vida	16	5,92%			
Frequência de uso: mais de uma vez no mês	8	2,96%			
Decisão do uso e compra da mulher	21	7,7%			
Apresentação do AE usada (1 ou 2cp)	10	3,7%			
Local de aquisição	16	5,92%			
Expressão positiva sobre o AE	15	5,5%			
Expressão negativa sobre o AE	7	2,59%			
Constrangimento/ vergonha	13	4,77%			
Preço acessível	4	1,46%			
Total de US= 22	270	100%		270	100%

ANEXOS

ANEXO -TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COLABORADORA**TERMO DE ANUÊNCIA**

A Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Duque de Caxias está de acordo com a execução do projeto: *Anticoncepção de Emergência entre jovens usuárias da Estratégia Saúde da Família*, coordenado pelo pesquisadora Karina Costa de Oliveira, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Outrossim, esta Instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes, em atendimento à Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Nome do responsável institucional ou setorial

Cargo do Responsável pelo consentimento

Carimbo com identificação ou CNPJ

ANEXO A -TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COLABORADORA**TERMO DE ANUÊNCIA**

A Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Duque de Caxias está de acordo com a execução do projeto: Anticoncepção de Emergência entre jovens usuárias da Estratégia Saúde da Família, coordenado pelo pesquisadora Karina Costa de Oliveira, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Outrossim, esta Instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes, em atendimento à Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____

Flávia Acosta

Nome do responsável institucional ou setorial

Cargo do Responsável pelo consentimento

Carimbo com identificação ou CNPJ

Dra. Flávia Alves da Costa
Diretora do Depto. Atenção Primária
RIBD-SMS - Inat. 21251-9
CRO RJ 2834

**ANEXO B- PARECER CONSUSBTANCIADO DO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIRIO**

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Anticoncepção de Emergência entre Jovens em uma Unidade da Estratégia de Saúde da Família

Pesquisador: KARINA COSTA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 92425418.3.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.806.151

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação de mestrado cuja população-alvo são mulheres entre 18 e 24 anos atendidas por uma clínica de saúde da família e que tenham feito uso de anticoncepcional de emergência. Serão entrevistadas pela pesquisadora principal e inseridas no estudo por meio do Snowball. O estudo é descritivo-exploratório e de abordagem qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer saberes e práticas sobre o anticoncepcional de emergência entre as jovens

Objetivo Secundário:

Identificar os saberes das jovens sobre os métodos contraceptivos disponíveis e Analisar as práticas das jovens em relação ao uso da AE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos e descritos como: "Os riscos são mínimos como a possibilidade de riscos psico-social, sendo minimizada com escolha do local de privacidade, respeito ao sigilo das informações e Garantia de se retirar da pesquisa em qualquer tempo sem prejuízo da pessoa e destruição de dados colhidos até o momento. E respeitando todos os direitos dos participantes contemplados na Lei 466/12 do Conselho Nacional de Saúde."

Os benefícios podem ser diretos e indiretos e são descritos como: "Compreender o comportamento das jovens frente ao uso de determinado método contraceptivo. Verificar o conhecimento dos

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.806.151

jovens sobre o AE. Identificar possíveis lacunas na veiculação da informação sobre o uso do AE. Facilitar o acesso à informação sobre o AE. Facilitar o acesso ao método. Promover orientação sexual e reprodutiva, através de esclarecimento de dúvidas. Evidenciar a necessidade de fomentos para novas pesquisas e políticas públicas de saúde voltadas para saúde sexual e reprodutiva. Contribuir de alguma forma para diminuição de mortes maternas por abortos ilegais, através do uso consciente e correto do AE como ferramenta pra evitar uma gravidez involuntária."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e com benefício social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta:

Folha de rosto adequada

Anuência da co-participante

Instrumento de coleta de dados

TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1145375.pdf	19/06/2018 09:34:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	19/06/2018 00:09:53	KARINA COSTA DE OLIVEIRA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	entrevista.docx	19/06/2018 00:06:34	KARINA COSTA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/06/2018 00:05:29	KARINA COSTA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	19/06/2018 00:04:39	KARINA COSTA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	rosto.docx	18/06/2018	KARINA COSTA DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.806.151

Folha de Rosto	rosto.docx	23:30:41	OLIVEIRA	Aceito
----------------	------------	----------	----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Agosto de 2018

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com