



**UNIVERSIDADE CHRISTUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE E TECNOLOGIAS
EDUCACIONAIS**

MARINA COSTA CAMPOS

**CONHECIMENTO, DESAFIOS E PRÁTICAS DE PEDIATRAS SOBRE
CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS DE LONGA DURAÇÃO (LARC) PARA
ADOLESCENTES: SUBSÍDIOS PARA UM MANUAL PRÁTICO**

**FORTALEZA
2026**

MARINA COSTA CAMPOS

CONHECIMENTO, DESAFIOS E PRÁTICAS DE PEDIATRAS SOBRE
CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS DE LONGA DURAÇÃO (LARC) PARA
ADOLESCENTES: SUBSÍDIOS PARA UM MANUAL PRÁTICO

Dissertação apresentada à Universidade
Christus de Fortaleza para obtenção do
título de Mestrado em Ensino na Saúde e
Tecnologias Educacionais. Área de
concentração: Ensino em saúde. Linha de
pesquisa: Avaliação do ensino e
aprendizagem em saúde

Orientador: Prof.^a Dr.^a Jocileide Sales
Campos

FORTALEZA

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica da
Universidade Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C198c Campos, Marina Costa.
Conhecimento, desafios e práticas de pediatras sobre
Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração (LARC) para
adolescentes : Subsídios para um Manual Prático / Marina Costa
Campos. - 2026.
80 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Christus - Unichristus,
Mestrado em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais,
Fortaleza, 2026.

Orientação: Profa. Dra. Jocileide Sales Campos.

Área de concentração: Ensino em Saúde.

1. adolescente. 2. contracepção. 3. métodos contraceptivos
reversíveis de longa duração. 4. educação médica. 5. pediatria. I.
Título.

CDD 610.7

MARINA COSTA CAMPOS

CONHECIMENTO, DESAFIOS E PRÁTICAS DE PEDIATRAS SOBRE
CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS DE LONGA DURAÇÃO (LARC) PARA
ADOLESCENTES: SUBSÍDIOS PARA UM MANUAL PRÁTICO

Dissertação apresentada à Universidade Christus de Fortaleza para obtenção do título de Mestrado em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais. Área de concentração: Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais. Linha de pesquisa: Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais.

Aprovado em: 17 / 09 / 2026

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Jocileide Sales Campos (Orientadora)
Universidade Christus (UNICHRISTUS)

Prof.^a Dr.^a Deborah Pedrosa Moreira (Membro)
Universidade Christus (UNICHRISTUS)

Prof.^a Dr.^a Raquel Autran Coelho Peixoto (Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Luciano Lima Correia (Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À minha família, por todo amor, apoio e presença ao longo desta caminhada, por acreditar em mim, compreendendo os esforços, as renúncias e os desafios que fizeram parte dessa trajetória. Essa conquista é nossa.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo amor, apoio incondicional e compreensão ao longo de toda essa caminhada. Agradeço por todos estarem presentes em cada etapa, por compreenderem minhas ausências, acolherem minhas dificuldades e celebrarem comigo cada conquista. Sem vocês, eu jamais teria conseguido.

À minha avó e orientadora, Prof.^a Dr.^a Jocileide Sales Campos, por ter me incentivado e caminhado comigo nessa etapa tão importante da minha formação. Agradeço a orientação, a paciência, a confiança e, sobretudo, por todos os ensinamentos que têm compartilhado comigo ao longo de toda a minha vida, sendo uma referência não apenas na minha formação profissional, mas também enquanto pessoa. Poder contar com sua experiência, seu conhecimento e seu apoio durante toda a minha caminhada na Medicina é um privilégio sem tamanho.

À Universidade Christus e ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais, pelas oportunidades de aprendizado e crescimento ao longo da minha formação. À Prof.^a Dr.^a Cláudia Oliveira, pela disponibilidade e apoio durante essa caminhada.

Aos Professores Dr.^a Raquel Autran, Dr. Hermano Rocha, Dr.^a Anamaria Cavalcante, Dr.^a Deborah Pedrosa e Dr. Luciano Correia, pelos ensinamentos, contribuições, disponibilidade e apoio ao longo desta trajetória, especialmente àqueles que aceitaram participar das bancas de qualificação e de defesa, contribuindo de forma valiosa para a construção e o aprimoramento deste trabalho.

Aos colegas médicos que participaram desta pesquisa, pela disponibilidade e colaboração, essenciais para a realização deste estudo e construção do produto educacional.

Aos meus amigos, que estiveram ao meu lado ao longo dessa caminhada, oferecendo apoio, carinho e incentivo, mesmo quando minha ausência se tornou frequente. Agradeço por não desistirem de mim nos períodos em que estive mais distante, por acreditarem em mim e por me lembrarem que as melhores amizades resistem até aos períodos mais difíceis. Ter vocês ao meu lado tornou esse percurso mais leve e possível.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, meu sincero agradecimento.

RESUMO

A contracepção na adolescência constitui importante componente da atenção integral à saúde, destacando-se os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC), por sua elevada eficácia e segurança. Apesar disso, persistem barreiras relacionadas ao conhecimento, à formação e à incorporação desses métodos à prática pediátrica. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento, as atitudes e as práticas clínicas, a percepção sobre a formação na residência médica e os fatores relacionados ao aconselhamento e a prescrição de contraceptivos para adolescentes, com ênfase nos LARC, entre pediatras e residentes de Pediatria, além de desenvolver um produto educacional voltado à prática clínica. Trata-se de estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, realizado com 70 profissionais pediatras e residentes de Pediatria em Fortaleza, Ceará. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário eletrônico estruturado, elaborado para avaliar conhecimentos sobre métodos contraceptivos, práticas clínicas, experiência e segurança na indicação e acompanhamento dos LARC, barreiras à prescrição ou recomendação, necessidades educacionais e percepção sobre o papel do pediatra na contracepção de adolescentes. Os dados quantitativos foram submetidos à análise descritiva e exploratória, incluindo frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão, testes de associação e comparação entre grupos, enquanto as respostas às questões abertas foram submetidas à análise qualitativa de conteúdo, segundo Bardin (2011). Apenas 37,1% dos participantes classificaram corretamente os métodos LARC, embora, aproximadamente 90% tenham reconhecido individualmente os três métodos. Observou-se baixa exposição aos LARC durante a formação em Pediatria: 71% relataram não ter tido contato com esses métodos durante a residência e 90% não consideraram ter adquirido conhecimento adequado sobre o tema. Apesar de atitudes favoráveis à atuação do pediatra na contracepção, 71,4% raramente ou nunca prescreviam ou recomendavam contraceptivos, e apenas 11,4% se sentiam seguros para indicar LARC. O escore de Atitude apresentou mediana de 75,0, enquanto o escore de Comportamento foi de 33,3, evidenciando um distanciamento entre atitudes favoráveis e sua incorporação à prática clínica. Entre pediatras e residentes, o escore de Comportamento foi maior entre os residentes, com diferença estatisticamente significativa. A análise qualitativa evidenciou percepção favorável sobre o papel do

pediatra na contracepção, destacando seu vínculo com o adolescente e a família, mas também evidenciou lacunas formativas e demanda por capacitação. Como produto educacional, foi desenvolvido um manual prático de contracepção na adolescência, com foco nos LARC, destinado a pediatras e residentes de Pediatria, visando apoiar a tomada de decisão clínica e a educação médica permanente.

Palavras-chave: adolescente; contracepção; métodos contraceptivos reversíveis de longa duração; educação médica; pediatria.

ABSTRACT

Adolescent contraception is an important component of comprehensive health care, with long-acting reversible contraceptive (LARC) methods standing out for their high efficacy and safety. Nevertheless, barriers related to knowledge, training, and the integration of these methods into pediatric practice persist. This study aimed to assess knowledge, attitudes, clinical practices, perceptions of residency training, and factors associated with contraceptive counseling and prescribing for adolescents, with an emphasis on LARC, among pediatricians and pediatric residents, and to develop an educational resource for clinical practice. This cross-sectional, descriptive study used quantitative and qualitative approaches and included 70 pediatricians and pediatric residents in Fortaleza, Ceará, Brazil. Data were collected using a structured electronic questionnaire designed to assess knowledge of contraceptive methods, clinical practices, experience and confidence in recommending and monitoring LARC use, barriers to prescribing or recommending contraception, educational needs, and perceptions of the pediatrician's role in adolescent contraception. Quantitative data underwent descriptive and exploratory analyses, including absolute and relative frequencies, measures of central tendency and dispersion, tests of association, and between-group comparisons. Responses to open-ended questions underwent qualitative content analysis following Bardin (2011). Only 37.1% of participants correctly classified LARC methods, although approximately 90% recognized each of the three methods individually. Exposure to LARC during pediatric training was limited: 71% reported no exposure to these methods during residency, and 90% felt they had not acquired adequate knowledge of the subject. Despite favorable attitudes toward pediatricians' involvement in contraception, 71.4% rarely or never prescribed or recommended contraceptives, and only 11.4% felt confident recommending LARC. The median Attitude score was 75.0, whereas the median Behavior score was 33.3, indicating a gap between favorable attitudes and their implementation in clinical practice. Behavior scores were significantly higher among residents than among pediatricians. Qualitative analysis revealed favorable perceptions of the pediatrician's role in contraception, highlighting their relationship with adolescents and their families, while also identifying gaps in training and a need for further education. As an educational resource, a practical manual on adolescent contraception, with a focus on

LARC, was developed for pediatricians and pediatric residents to support clinical decision-making and continuing medical education.

Keywords: adolescent; contraception; long-acting reversible contraceptive methods; medical education; pediatrics.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos participantes	36
Tabela 2 – Conhecimento sobre os LARC	38
Tabela 3 – Percepções dos participantes sobre a residência	39
Tabela 4 – Atitudes e critérios de decisão	41
Tabela 5 – Comportamentos clínicos, barreiras e autoeficácia	43
Tabela 6 – Escores dos domínios e indicadores principais, segundo a experiência de residência em Pediatria	44
Tabela 7 – Escores dos domínios, segundo a idade dos participantes	46
Tabela 8 – Percepção sobre o impacto de um guia prático	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	American Academy of Pediatrics
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AMB	Associação Médica Brasileira
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DIU	Dispositivos intrauterinos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LARC	Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração
OMS	Organização Mundial da Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	Adolescência, sexualidade e saúde reprodutiva	17
3.2	Gravidez na adolescência e implicações biopsicossociais	19
3.3	Educação sexual na adolescência	20
3.4	Métodos contraceptivos na adolescência	21
3.5	Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC)	22
3.6	O papel do pediatra na contracepção do adolescente	23
3.7	Lacunas na formação médica e impactos na prática	25
3.8	Manuais práticos como ferramentas pedagógicas na formação médica	22
4	METODOLOGIA	29
4.1	Aspectos éticos	29
4.2	Tipo de estudo	29
4.3	Cenário e período do estudo	30
4.4	Sujeitos da pesquisa	30
4.5	Instrumentos de pesquisa	30
4.6	Procedimento de coleta de dados	31
4.7	Análise de dados	31
4.8	Desenvolvimento do produto educacional	34
5	RESULTADOS	36
6	DISCUSSÃO	51
7	CONCLUSÃO	60
	REFERÊNCIAS	62
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO	69
	APÊNDICE C – MANUAL PRÁTICO	76
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	77

1 INTRODUÇÃO

A adolescência constitui um período de intensas transformações biológicas, psicológicas e sociais, caracterizando-se como uma fase de transição entre a infância e a vida adulta. No Brasil, adota-se majoritariamente a classificação da World Health Organization (WHO) (2017) – Organização Mundial da Saúde (OMS) –, que delimita a adolescência entre 10 e 19 anos, subdividida em adolescentes mais jovens (10 a 14 anos) e aqueles mais velhos (15 a 19 anos).

Nesse cenário, a gravidez não planejada na adolescência permanece como um relevante problema de saúde pública, com repercussões biológicas, sociais e econômicas. Nas últimas décadas, no contexto brasileiro, apesar de observada uma redução nas taxas de fecundidade entre adolescentes de 15 a 19 anos, esse comportamento não se reproduz entre adolescentes mais jovens, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (Borges *et al.*, 2016).

Assim, a educação sexual e o acesso à contracepção são elementos centrais para a promoção da saúde sexual e reprodutiva. Apesar da ampla disponibilidade de métodos contraceptivos, observa-se que adolescentes tendem a utilizar meios de curta duração, enquanto aqueles de maior eficácia, como os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração¹ (LARC), permanecem subutilizados, em desacordo com recomendações nacionais e internacionais que os indicam como métodos de primeira linha para adolescentes.

Estudos, como o CHOICE, demonstram que, quando barreiras como custo e desconhecimento são reduzidas e os métodos LARC são apresentados de forma estruturada, há elevada aceitação desses métodos, indicando que sua baixa utilização está mais relacionada a desafios de acesso e orientação do que à rejeição pelos adolescentes (Secura *et al.*, 2010).

Nesse âmbito, os profissionais de saúde exercem papel central na promoção da saúde sexual e reprodutiva na adolescência, sendo a educação em saúde e a capacitação profissional fundamentais para qualificar o cuidado prestado. Nesse contexto, o pediatra ocupa posição estratégica, uma vez que acompanha o adolescente desde a infância, estabelecendo vínculo longitudinal, inclusive com a família. Com isso, frequentemente, constitui uma das principais fontes de orientação

¹ Do inglês, Long-Acting Reversible Contraception.

em saúde. Diretrizes nacionais, como as da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), e internacionais, como as da American Academy of Pediatrics (AAP), reconhecem que esses profissionais devem estar aptos a orientar, indicar e, quando possível, prescrever métodos contraceptivos adequados, respeitando princípios éticos, legais e o direito à autonomia do adolescente.

Apesar desse reconhecimento, persistem dificuldades na incorporação da contracepção na prática pediátrica, sobretudo no que se refere aos LARC. Lacunas na formação médica, insegurança técnica, limitada exposição prática durante a residência e a persistência de mitos relacionados à elegibilidade contraceptiva podem contribuir para a baixa utilização desses métodos. Ademais, estudos indicam que pediatras e residentes frequentemente apresentam baixa exposição ao treinamento em LARC e níveis reduzidos de confiança para aconselhamento, evidenciando importantes fragilidades formativas.

A motivação para este estudo surgiu da experiência profissional da pesquisadora como médica ginecologista e obstetra, especialmente a partir da vivência no atendimento de adolescentes. Na prática clínica, é frequente que o primeiro contato de adolescentes com o serviço de Ginecologia e Obstetrícia ocorra já durante uma gestação, muitas vezes não planejada.

Essa realidade suscita uma reflexão sobre as oportunidades de aconselhamento que podem não ter ocorrido anteriormente e sobre a importância de que a abordagem da sexualidade, do planejamento reprodutivo e da contracepção seja iniciada antes da ocorrência de uma gestação. Logo, considerando o acompanhamento longitudinal proporcionado pelo pediatra e a possibilidade de estabelecimento de vínculo com o adolescente antes ou no início da vida sexual, torna-se relevante compreender como esses profissionais abordam a contracepção e quais lacunas formativas podem interferir nessa prática.

Esse cenário descortina a necessidade do fortalecimento de estratégias educativas voltadas aos pediatras, com o objetivo de qualificar o cuidado em saúde reprodutiva e ampliar o acesso de adolescentes a métodos contraceptivos seguros e eficazes, com potenciais benefícios para a melhoria da qualidade de vida e a redução das taxas de gravidez na adolescência, reconhecendo-se a contracepção como um direito relacionado à saúde e ao futuro dessa população.

Diante desse contexto, torna-se relevante avaliar o conhecimento, as práticas clínicas, a percepção sobre a formação na residência médica e os fatores

relacionados ao aconselhamento e à prescrição de métodos contraceptivos para adolescentes, com ênfase nos LARC, entre pediatras e residentes de Pediatria. A identificação dessas lacunas pode subsidiar estratégias de capacitação profissional e o desenvolvimento de materiais educativos baseados em evidências, direcionados à prática pediátrica, contribuindo para a qualificação do cuidado, o aumento da segurança dos profissionais e a ampliação do acesso à contracepção.

Assim, este estudo propõe avaliar variáveis relacionadas à prescrição de LARC entre pediatras e residentes de Pediatria do município de Fortaleza, Ceará, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de capacitação e promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, de forma segura e qualificada.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o conhecimento, as práticas clínicas, a percepção sobre a formação na residência médica e os fatores relacionados ao aconselhamento e à prescrição de métodos contraceptivos para adolescentes, com ênfase nos LARC, entre pediatras e residentes de Pediatria, e desenvolver um produto educacional voltado à prática clínica.

2.2 Específicos

- I. Analisar o conhecimento e a segurança dos profissionais em relação ao aconselhamento e à prescrição de métodos contraceptivos, especialmente LARC;
- II. Identificar as práticas clínicas adotadas no aconselhamento e na prescrição de métodos contraceptivos para adolescentes;
- III. Analisar a associação entre a experiência de residência em Pediatria e a idade dos participantes e os escores de Conhecimento, Atitude e Comportamento relacionados à contracepção na adolescência;
- IV. Investigar os fatores considerados pelos profissionais na escolha de métodos contraceptivos e identificar barreiras percebidas para sua prescrição no atendimento a adolescentes;
- V. Analisar a percepção dos participantes sobre o papel do pediatra na contracepção durante a adolescência;
- VI. Avaliar a percepção dos residentes e pediatras sobre sua formação em contracepção, incluindo ensino durante a residência e oportunidades de capacitação;
- VII. Desenvolver um manual prático de contracepção na adolescência, com foco nos LARC, destinado a pediatras.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Adolescência, sexualidade e saúde reprodutiva

Os adolescentes constituem um grupo populacional numeroso e heterogêneo, cuja definição varia conforme a instituição e o contexto sociocultural. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2022a) considera adolescentes os indivíduos entre 10 e 20 anos incompletos, correspondendo a, aproximadamente, 14% da população brasileira.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por sua vez, delimita a adolescência entre 12 e 18 anos, enquanto a WHO define esse período como a transição da infância para a vida adulta, sendo delimitado entre 10 e 19 anos, subdividindo-se em “jovem adolescente” (10 - 14 anos) e “adolescente mais velho” (15 a 19 anos). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) adota essa última classificação (Brasil, 2005; World Health Organization, 2017; Brasil, 1990).

Embora tais marcos cronológicos sejam amplamente utilizados como referência normativa, eles não contemplam integralmente a diversidade das vivências individuais, sociais e culturais que caracterizam a adolescência. Nesse aspecto, trata-se de uma fase marcada por intensas transformações biológicas, psicológicas e sociais, incluindo o desenvolvimento da sexualidade, a construção da identidade e a ampliação da autonomia, fatores que tornam a saúde sexual e reprodutiva um eixo central do cuidado integral ao adolescente (World Health Organization, 2015b, 2017; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019; Brasil, 2005).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019, 2023a, 2023b), os adolescentes têm o direito de receber informações claras e abrangentes sobre todos os aspectos relacionados à sua sexualidade e saúde reprodutiva, bem como de participar ativamente das decisões relacionadas à escolha de métodos contraceptivos adequados para o exercício de uma vida sexual saudável e responsável. Ademais, durante as consultas, devem ser abordados aspectos relacionados aos comportamentos sexuais, gênero e orientação sexual, saúde reprodutiva, gestações não planejadas e infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Nesse cenário, a escolha contraceptiva deve ser orientada pela preferência do paciente, cabendo ao profissional de saúde apresentar todas as opções disponíveis, seguras e eficazes, incluindo dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes

subdérmicos, conforme recomendam o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2018) e a SBP.

No contexto da atenção à saúde do adolescente, a prescrição de métodos contraceptivos pode ser realizada independentemente da idade cronológica, inclusive para adolescentes menores de 14 anos, desde que respeitados os princípios éticos da autonomia progressiva, do sigilo profissional e do melhor interesse do paciente. A respeito disso, a legislação brasileira e as diretrizes das sociedades científicas reconhecem o direito do adolescente ao acesso à informação, ao aconselhamento e a métodos contraceptivos, resguardando o sigilo profissional sempre que o adolescente apresentar capacidade de compreensão e quando sua quebra não se justificar por risco relevante à sua saúde ou à de terceiros (Brasil, 1990; Brasil, 2005; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019; 2023b).

No caso dos LARC, como o DIU e o implante subdérmico, sua indicação segue os mesmos princípios clínicos aplicáveis aos demais métodos contraceptivos. Entretanto, por envolverem procedimentos invasivos, as sociedades médicas preconizam que, em menores de 18 anos, seja obtido o consentimento dos pais e/ou responsáveis. Essa recomendação deve ser interpretada à luz da avaliação individual de cada caso, considerando a capacidade de discernimento do adolescente, o contexto familiar, a existência de situações de vulnerabilidade e o direito ao acesso à saúde.

Especialmente nos adolescentes menores de 14 anos, recomenda-se uma avaliação criteriosa da maturidade, investigação de possíveis situações de violência ou coerção, incentivo à participação dos responsáveis, sempre que possível, e o registro detalhado, em prontuário, do processo de aconselhamento, do consentimento e da justificativa clínica e ética para a conduta adotada (Federação das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Associação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021).

Dessa forma, a assistência contraceptiva ao adolescente deve conciliar a autonomia progressiva, o direito à privacidade e à confidencialidade, a proteção integral e a observância das normas éticas e legais vigentes. O acesso a informações qualificadas, ao aconselhamento baseado em evidências e a serviços de saúde acolhedores é fundamental para promover a autonomia reprodutiva, ampliar o acesso aos métodos contraceptivos e reduzir a ocorrência de IST, além de gestações não planejadas na adolescência (Brasil, 2005; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

3.2 Gravidez na adolescência e implicações biopsicossociais

Em âmbito global, a gestação na adolescência configura um desafio persistente para a saúde pública. Estima-se que, aproximadamente, 64% das gestações no mundo não sejam planejadas (Bearak *et al.*, 2020). No Brasil, esse percentual também se aproxima de dois terços das gestações (Nilson *et al.*, 2023) – contudo, entre adolescentes de até 19 anos, apenas cerca de 20% das gestações são intencionais (Costa; Oliveira; Alves, 2021).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) indicam que, entre 2009 e 2015, nas escolas públicas, houve redução das orientações escolares sobre saúde sexual e prevenção da gravidez, acompanhada de diminuição do uso de preservativo entre adolescentes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022b). Paralelamente, no Brasil, a taxa de fecundidade desse público, definida como o número de nascimentos entre mulheres de 15 a 19 anos, apresentou queda progressiva entre 2000 e 2012, porém, quando se leva em consideração adolescentes muito jovens (10 a 14 anos), essa queda não ocorreu, sendo mantida estável a taxa de fecundidade nesse período, apresentando, inclusive, um aumento nas regiões Norte e Nordeste (Borges *et al.*, 2016).

A gravidez na adolescência está associada a diversas consequências negativas para a saúde da adolescente e do recém-nascido, com riscos acrescidos à mãe e ao feto, durante a gestação (Nilson *et al.*, 2023). Do ponto de vista biológico, adolescentes, especialmente as mais jovens, apresentam maior risco de complicações maternas e perinatais. Quando comparadas às adultas jovens, as adolescentes apresentam maior risco de hemorragia pós-parto, endometrite puerperal, parto vaginal instrumentalizado, episiotomia, recém-nascido de baixo peso ao nascer e parto prematuro.

Entre as menores de 15 anos, verifica-se ainda um risco aumentado de anemia materna, além de maiores taxas de morte materna e de óbito neonatal precoce (Conde-Agudelo; Belizán; Lammers, 2005). Sob a perspectiva social, a gestação precoce, frequentemente, resulta em evasão escolar, rejeição familiar, abandono social e maior exposição à violência. No âmbito econômico, observa-se um impacto direto na continuidade dos estudos, na inserção no mercado de trabalho e na ascensão profissional, contribuindo para a perpetuação de ciclos de vulnerabilidade social (Nilson *et al.*, 2023).

3.3 Educação sexual na adolescência

De um modo geral, esforços dedicados à educação sexual e à saúde reprodutiva são concentrados nos adolescentes mais velhos, podendo negligenciar os mais jovens. Como esse período marca a transição crítica entre a infância, a adolescência tardia e a vida adulta, é necessário também dar atenção a essa faixa etária mais precoce (Igras *et al.*, 2014). O desenvolvimento sexual ocorre nessa fase da vida, e a falta de conhecimento e de acesso a métodos contraceptivos e a informações adequadas sobre planejamento reprodutivo contribuem significativamente para a persistência de gestações não planejadas entre adolescentes, sendo crucial o apoio de profissionais de saúde nesse cenário (Nilson *et al.*, 2023).

A educação sexual constitui importante componente da promoção da saúde na adolescência, especialmente por possibilitar o acesso a informações adequadas sobre sexualidade, desenvolvimento corporal, relacionamentos, prevenção de IST, contracepção e gravidez, além de favorecer o desenvolvimento de habilidades para tomada de decisões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Assim, a educação sexual abrangente deve ser adequada à idade, cientificamente fundamentada, progressiva e sensível aos contextos socioculturais dos adolescentes.

Recomendações internacionais ressaltam que esse processo não deve se restringir à transmissão de informações sobre reprodução ou prevenção de doenças, mas incluir temas, como relações interpessoais, respeito, consentimento, autonomia corporal, gênero, direitos, contracepção e prevenção de IST. Dessa forma, busca-se não apenas ampliar o conhecimento, mas também desenvolver atitudes, habilidades e capacidade de tomada de decisão responsável (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2018).

Evidências científicas apontam que estratégias estruturadas de educação sexual podem produzir efeitos positivos sobre diferentes desfechos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Uma metanálise envolvendo 34 estudos identificou efeito global significativo das intervenções de educação sexual abrangente, especialmente sobre desfechos relacionados ao conhecimento, indicando seu potencial como estratégia educativa para crianças e adolescentes (Kim *et al.*, 2023). Ademais, revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados também identificou componentes comuns em intervenções de educação sexual consideradas bem-sucedidas,

destacando-se o uso de modelos teóricos de mudança comportamental, metodologias participativas e capacitação dos facilitadores (Torres-Cortés *et al.*, 2023).

No campo da contracepção, essas estratégias podem contribuir para ampliar o conhecimento sobre os diferentes métodos e favorecer escolhas reprodutivas mais informadas. Além disso, as evidências disponíveis não sustentam a hipótese de que a educação sexual abrangente aumente a atividade sexual ou estimule comportamentos sexuais mais precoces. Ao contrário, programas de boa qualidade podem contribuir para o adiamento da iniciação sexual em alguns contextos, redução de comportamentos de risco e aumento do uso de contraceptivos. Estratégias que combinam informações sobre prevenção da gravidez e uso de métodos contraceptivos tendem a ser mais efetivas do que abordagens baseadas exclusivamente na abstinência (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2018).

3.4 Métodos contraceptivos na adolescência

Em geral, adolescentes apresentam ampla elegibilidade para o uso de diferentes métodos contraceptivos, uma vez que costumam apresentar menos comorbidades, quando comparadas a mulheres adultas. Nesse sentido, a idade, por si só, não constitui contraindicação para nenhum método contraceptivo – ao contrário, as boas condições de saúde, geralmente observadas nessa fase da vida, possibilitam um leque ampliado de opções contraceptivas. Apesar dessa amplitude de opções, observa-se uma predominância do uso de métodos de curta duração, como preservativos e anticoncepcionais orais, os quais apresentam maior dependência da usuária e, conseqüentemente, maiores taxas de falha associadas ao uso inconsistente (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018).

Em contrapartida, os LARC permanecem pouco utilizados entre adolescentes brasileiras. Esse cenário é influenciado, em parte, por mitos ainda presentes entre uma parcela dos profissionais de saúde, que podem considerar, de forma equivocada, alguns desses métodos inadequados para essa faixa etária, seja em função da idade em si, seja por situações que acreditam ser impeditivas, como a nuliparidade ou a presença de comorbidades, o que acaba por restringir sua oferta e dificultar o acesso das adolescentes às opções contraceptivas mais eficazes (Borges *et al.*, 2021).

Dessa forma, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (2017) recomenda que os profissionais de saúde envolvidos no aconselhamento contraceptivo priorizem a orientação qualificada e a oferta dos métodos mais adequados para cada adolescente, respeitando aspectos éticos, culturais e individuais. Nesse processo, a escolha do método deve considerar as preferências do adolescente, o contexto sociocultural, o perfil clínico, bem como critérios de eficácia, segurança e facilidade de uso.

3.5 Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC)

Os LARC incluem, no Brasil, os DIU hormonais e não hormonais e o implante subdérmico. Esses métodos apresentam elevada eficácia, longa duração, rápida reversibilidade e independência da adesão diária da usuária. Entre as adolescentes, eles apresentam maiores taxas de eficácia, continuidade de uso e satisfação, quando comparados aos métodos contraceptivos de curta duração. Assim, são recomendados como métodos de primeira linha para essa população, por diversas sociedades científicas (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2022).

Afecções ginecológicas comuns na adolescência – como dismenorreia, fluxo menstrual aumentado, síndrome dos ovários policísticos e sangramento uterino anormal – são frequentemente manejadas com contracepção hormonal, incluindo os LARC hormonais, mas nem sempre são adequadamente abordadas durante consultas pediátricas, o que pode limitar a identificação de oportunidades para o uso desses métodos (Braverman *et al.*, 2014).

De acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists (2017, 2018), os LARC constituem os métodos contraceptivos reversíveis mais eficazes disponíveis atualmente, devendo ser oferecidos rotineiramente a adolescentes como opções seguras e de alta eficácia. De forma semelhante, a AAP e o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) também recomendam e incentivam o uso desses métodos para essa faixa etária (Braverman *et al.*, 2014).

Complicações associadas ao uso dos LARC, como perfuração uterina e infecções pélvicas, são raras e apresentam incidência semelhante entre adolescentes e mulheres adultas. Ressalta-se ainda que o uso concomitante de métodos de barreira deve ser incentivado como estratégia de proteção dupla, com o objetivo de reduzir o

risco de transmissão de IST (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018).

Apesar das evidências favoráveis, persistem mitos e barreiras relacionados à elegibilidade, ao manejo de efeitos adversos e à inserção dos LARC, tanto entre profissionais de saúde quanto entre familiares e usuários. Além disso, diversos outros fatores podem dificultar a adoção desses métodos na adolescência, como baixa familiaridade com as opções disponíveis, dificuldades de acesso, possível custo elevado, falta de apoio familiar e lacunas no conhecimento teórico e prático entre profissionais que atuam no cuidado com adolescentes (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018).

Nesse sentido, estudos demonstram que, quando essas barreiras são minimizadas – especialmente por meio de aconselhamento adequado e eliminação de custos –, a maioria das mulheres e adolescentes opta por métodos LARC, reforçando que sua baixa utilização não decorre de falta de aceitação, mas de limitações estruturais e formativas (Secura *et al.*, 2010).

3.6 O papel do pediatra na contracepção do adolescente

Os adolescentes, frequentemente, reconhecem o pediatra como fonte confiável de informação sobre sexualidade e contracepção. A relação de longo prazo, estabelecida entre esse profissional, o adolescente e a sua família, favorece a abordagem de temas sensíveis, como relacionamentos, sexualidade e planejamento reprodutivo, além de estimular a tomada de decisões seguras em relação ao cuidado sexual.

Esse vínculo confere ao pediatra uma posição estratégica na promoção da saúde sexual e reprodutiva, tanto para adolescentes que ainda não iniciaram a vida sexual quanto para aqueles que já apresentam essa atividade (Braverman *et al.*, 2014). Nesse sentido, diretrizes nacionais e internacionais reconhecem que o pediatra deve estar capacitado para orientar, indicar e, quando possível, prescrever métodos contraceptivos apropriados para adolescentes, conforme recomendam a Sociedade Brasileira de Pediatria (2023a) e a American Academy of Pediatrics (2025).

Dessa forma, torna-se essencial que os pediatras estejam adequadamente capacitados para oferecer orientação contraceptiva individualizada, respeitando as particularidades clínicas, éticas e socioculturais dessa população. No Brasil, a

legislação e as diretrizes relacionadas à formação médica reforçam a importância desse cuidado. Em 2002, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), vinculada ao Ministério da Educação, por meio da Resolução nº 01/2002, passou a exigir a inclusão obrigatória da disciplina “Medicina do Adolescente” nos programas credenciados de residência em Pediatria.

Posteriormente, em 2003, a Comissão Mista de Especialidades, composta por representantes da Associação Médica Brasileira (AMB), do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da própria CNRM, em conjunto com a SBP, estabeleceu que a especialidade de Pediatria abrange o atendimento de crianças (0 a 9 anos) e adolescentes (10 a 20 anos incompletos). Esse enquadramento normativo reforça a legitimidade e a responsabilidade do pediatra no cuidado integral à saúde do adolescente, incluindo a abordagem da saúde sexual e reprodutiva e a orientação contraceptiva, afastando a compreensão de que esse cuidado seja atribuição exclusiva de outras especialidades médicas (Brasil, 2002; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019, 2023a).

A atuação do pediatra na contracepção contribui não apenas para a prevenção da gravidez não planejada, mas também para o manejo de condições ginecológicas comuns nessa faixa etária. No entanto, apesar do respaldo normativo e do reconhecimento do seu papel, muitos pediatras relatam insegurança técnica e tendência ao encaminhamento precoce ao ginecologista, especialmente no que se refere à prescrição dos LARC, o que pode limitar o acesso dos adolescentes a opções mais eficazes de contracepção (Norris; Pritt; Berlan, 2019; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023a; American Academy of Pediatrics, 2025).

No atendimento ao adolescente, uma vez identificada a demanda por contracepção, o início do método não deve ser postergado, sob risco de perda de uma oportunidade relevante de prevenção. A procura espontânea por contracepção, muitas vezes, indica exposição prévia ao risco gestacional, reforçando a importância da intervenção oportuna do pediatra. Assim, a escolha do método deve considerar, de forma integrada, acessibilidade e aceitação, fatores determinantes para a adesão e o uso adequado do contraceptivo. Quando o método considerado ideal não estiver prontamente disponível – como pode ocorrer com os LARC, cuja inserção pode depender de outro profissional ou serviço –, a prescrição de um método provisório constitui estratégia recomendável para garantir proteção imediata e evitar a perda dessa janela de cuidado (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023a).

3.7 Lacunas na formação médica e impactos na prática

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina², no Brasil, estabelecem que o egresso deve apresentar formação generalista, com competências voltadas à atenção integral à saúde, incluindo a promoção da saúde sexual e reprodutiva, além da atuação em diferentes ciclos da vida, como a adolescência (Brasil, 2014).

Nesse contexto, espera-se que o médico esteja apto a realizar aconselhamento em saúde, incluindo orientação contraceptiva, desde a graduação. No entanto, evidências apontam que a abordagem da contracepção na adolescência ainda é insuficientemente explorada durante a formação médica, o que pode repercutir em lacunas que se estendem à residência e à prática profissional (Paula; Brunelli; Marcellini, 2023).

O conhecimento sobre contracepção é fundamental para médicos que atendem adolescentes, em especial os pediatras, tanto na promoção da saúde quanto no manejo de condições ginecológicas. Nesse sentido, a AAP recomenda que pediatras desenvolvam conhecimento atualizado sobre contracepção, visando indicar o uso de contraceptivos, apoiar sua continuidade, manejar efeitos adversos e contribuir para a redução das consequências negativas relacionadas à gestação não planejada (Braverman *et al.*, 2014).

Ademais, conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018), baseado em recomendações do CDC, um número maior de adolescentes utilizaria métodos contraceptivos mais adequados caso os médicos estivessem adequadamente informados sobre sua efetividade e segurança. A qualificação da força de trabalho em saúde para o cuidado ao adolescente é, portanto, reconhecida como elemento central para a efetividade das ações em saúde sexual e reprodutiva, exigindo o desenvolvimento de competências específicas por parte dos profissionais (World Health Organization, 2015a).

Apesar dos avanços nas estratégias de enfrentamento da gravidez precoce e não planejada na adolescência, ainda persistem, entre profissionais de saúde, dúvidas e inseguranças e, em alguns casos, vieses relacionados à contracepção nessa faixa etária. Essas barreiras refletem não apenas lacunas na formação técnica,

² A Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina.

mas também influências socioculturais e percepções pessoais, que podem dificultar a incorporação, na prática pediátrica, das recomendações nacionais e internacionais que reconhecem a elegibilidade dos adolescentes para os diferentes métodos contraceptivos. Como consequência, observam-se fragilidades no aconselhamento e na prescrição contraceptiva por pediatras, particularmente no que se refere aos LARC (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023a).

Esse cenário evidencia a necessidade de fortalecimento das estratégias educacionais ao longo de toda a formação médica, desde a graduação até a educação permanente em saúde, incluindo a ampliação de políticas públicas, programas educativos e ações de capacitação voltadas aos profissionais de saúde. A baixa exposição ao tema durante a formação, associada à insegurança relatada pelos profissionais, sugere que os modelos tradicionais de ensino não têm sido suficientes para o desenvolvimento de competências clínicas essenciais nessa área.

Nesse sentido, torna-se fundamental a incorporação de abordagens pedagógicas mais ativas, com ênfase na aprendizagem baseada em problemas, simulações clínicas e treinamento prático supervisionado, favorecendo a integração entre conhecimento teórico e prática assistencial (World Health Organization, 2015a, Krass *et al.*, 2023).

Além disso, a educação permanente em saúde assume papel central na qualificação dos profissionais já inseridos na prática clínica, sobretudo diante de lacunas que persistem após a formação inicial. Estratégias, como materiais educativos, protocolos clínicos e ferramentas de apoio à decisão, mostram-se relevantes para reduzir inseguranças, padronizar condutas e qualificar o cuidado ofertado aos adolescentes, contribuindo para a ampliação do acesso à contracepção segura e eficaz, um direito relacionado à saúde, à vida e ao futuro dessa população (World Health Organization, 2015a; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018).

Nesse contexto, é fundamental também a sensibilização de pediatras e supervisores dos programas de residência em Pediatria, aliada à capacitação técnica contínua, de modo a possibilitar uma atuação mais segura, resolutiva e alinhada às recomendações baseadas em evidências. Estudos nacionais e internacionais corroboram essa necessidade, apontando deficiências na formação médica do pediatra, no que se refere à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, especialmente no ensino relacionado aos LARC, com impacto direto na segurança

para o aconselhamento e na prática clínica (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018; Krass *et al.*, 2023; Norris; Pritt; Berlan, 2019).

Pesquisas realizadas com residentes e pediatras demonstram que, durante a residência em Pediatria, a exposição ao treinamento em LARC é limitada, resultando em baixos níveis de confiança para aconselhamento e prescrição desses métodos (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023a; American Academy of Pediatrics, 2025; Gram *et al.*, 2025).

Norris, Pritt e Berlan (2019), em estudo qualitativo com pediatras da atenção primária nos Estados Unidos, apontaram que a falta de treinamento específico, a baixa familiaridade com procedimentos relacionados à saúde reprodutiva e limitações estruturais foram identificadas como barreiras importantes para a oferta de LARC na prática pediátrica.

De forma semelhante, Krass *et al.* (2023), em estudo transversal com residentes de Pediatria, evidenciaram que, embora muitos reconheçam a importância desses métodos para adolescentes, poucos recebem treinamento adequado durante a formação, o que contribui para a insegurança na prática clínica. Nesse estudo, apenas uma pequena proporção de residentes relatou se sentir confortável para realizar a inserção de implantes ou DIU, embora a maioria considerasse desejável maior treinamento nessa área.

3.8 Manuais práticos como ferramentas pedagógicas na formação médica

A formação médica contemporânea demanda estratégias educacionais que favoreçam a integração entre o conhecimento teórico e a prática clínica, especialmente em áreas que envolvem tomada de decisão, aplicação de diretrizes e manejo de situações complexas. Nesse contexto, organismos internacionais têm enfatizado a necessidade de qualificação e fortalecimento da educação dos profissionais de saúde, com foco no desenvolvimento de competências e na utilização de ferramentas educativas que apoiem a prática assistencial (World Health Organization, 2013).

No cuidado à saúde do adolescente, essa demanda se torna ainda mais evidente, devido à vulnerabilidade desse grupo etário. Recomendações internacionais destacam que a qualificação da força de trabalho em saúde deve considerar as especificidades dessa população, incluindo aspectos clínicos, éticos e

comunicacionais, de modo a garantir um cuidado integral, acessível e baseado em evidências (World Health Organization, 2015a).

No contexto brasileiro, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde reforça a importância de estratégias educativas que partam das necessidades do cotidiano de trabalho, promovendo a reflexão crítica sobre a prática e a incorporação de conhecimentos relevantes para a qualificação da assistência. Nessa perspectiva, materiais educativos estruturados, como manuais práticos e guias clínicos, configuram-se como ferramentas pedagógicas que facilitam o acesso à informação qualificada, contribuindo para a padronização de condutas e favorecendo a educação permanente dos profissionais de saúde (Brasil, 2009).

Além disso, destaca-se a relevância de manuais com caráter eminentemente prático, voltados à realidade do atendimento cotidiano, com linguagem direta, organização objetiva e foco na tomada de decisão clínica. Diferentemente de documentos extensos e predominantemente teóricos, esses materiais têm como finalidade apoiar o profissional no momento do cuidado, facilitando a aplicação imediata das recomendações e a resolução de dúvidas frequentes na prática diária.

Assim, ao privilegiar conteúdos sintéticos, fluxos de conduta e orientações claras, os manuais dessa natureza se tornam ferramentas acessíveis e funcionais, sobretudo em contextos de atenção primária e no cuidado a populações com demandas específicas, como os adolescentes, contribuindo para a qualificação da prática assistencial e o fortalecimento da educação em saúde (World Health Organization, 2013; Brasil, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Christus de Fortaleza, sob Parecer nº 7.112.032 (Anexo A), em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos de coleta de dados, os possíveis riscos e benefícios, bem como sobre o caráter voluntário da participação. A coleta de dados ocorreu somente após a concordância expressa dos participantes, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado em formato eletrônico (Apêndice A).

Foram garantidos o anonimato, a confidencialidade das informações e o direito de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante. Os riscos do estudo foram considerados mínimos, restritos à possibilidade de desconforto, constrangimento ou cansaço durante o preenchimento do questionário, bem como à eventual reflexão crítica sobre a própria prática profissional.

4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado por meio da aplicação de questionário eletrônico, estruturado para coleta de dados (Apêndice B). O delineamento transversal permitiu avaliar, em um determinado momento, o conhecimento, as práticas clínicas e as barreiras relacionadas à prescrição de LARC por pediatras e residentes de Pediatria. A abordagem quantitativa, por sua vez, possibilitou a análise objetiva dos dados obtidos, enquanto a qualitativa contribuiu para a compreensão das percepções e necessidades formativas expressas pelos participantes.

4.3 Cenário e período do estudo

O estudo foi realizado no município de Fortaleza, Ceará, envolvendo pediatras e residentes de Pediatria atuantes em instituições públicas e privadas. A coleta de dados ocorreu no período de março a outubro de 2025, através de questionário eletrônico disponibilizado em plataforma digital.

4.4 Sujeitos da pesquisa

A população-alvo do estudo foi composta por médicos pediatras e residentes de Pediatria em exercício profissional na cidade de Fortaleza, Ceará. Foram elegíveis médicos que haviam concluído residência em Pediatria, que estavam atualmente matriculados nessa residência ou que trabalhavam em Pediatria sem formação formal em residência, desde que concordassem voluntariamente em participar. Foram excluídos os profissionais que não aceitaram o TCLE ou que optaram por não responder ao questionário.

Foi utilizada uma estratégia de amostragem não probabilística por conveniência. A amostra final foi composta por todos os profissionais elegíveis que concordaram em participar e enviaram suas respostas durante o período de coleta de dados.

4.5 Instrumentos de pesquisa

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário eletrônico estruturado, criado especificamente para este estudo. O instrumento foi elaborado de acordo com os objetivos da pesquisa e fundamentado em uma revisão da literatura sobre contracepção na adolescência, métodos LARC e o papel dos pediatras na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. O questionário não foi submetido à validação psicométrica formal e foi utilizado como ferramenta exploratória para caracterizar os conhecimentos, percepções, confiança e práticas autorreferidas dos participantes.

O questionário incluía seções temáticas que abordavam características sociodemográficas e profissionais; conhecimento teórico sobre métodos contraceptivos, com ênfase no reconhecimento, elegibilidade, indicações,

contraindicações e eficácia dos LARC; prática clínica relacionada à contracepção na adolescência; experiência prévia com aconselhamento ou prescrição de LARC; confiança percebida para recomendar e acompanhar adolescentes em uso de LARC; barreiras à prescrição ou recomendação de métodos contraceptivos; necessidades educacionais percebidas; e uma pergunta aberta, explorando as opiniões dos participantes sobre o papel dos pediatras no aconselhamento e na prescrição de contraceptivos para adolescentes.

Vários itens permitiam múltiplas respostas, particularmente aqueles que avaliavam os métodos percebidos como LARC, os fatores considerados ao recomendar contracepção, os métodos tidos como apropriados para adolescentes saudáveis e sexualmente ativos, os motivos para não prescrever ou recomendar contraceptivos, os desafios encontrados na prática clínica e as oportunidades de aprendizagem durante a residência.

4.6 Procedimento de coleta de dados

O *link* do questionário foi divulgado eletronicamente aos potenciais participantes, principalmente por meio de aplicativos de mensagens, incluindo grupos de *WhatsApp*, compostos por pediatras e residentes de Pediatria atuantes em Fortaleza. O *link* também foi distribuído por *e-mail*, quando havia informações de contato disponíveis. O acesso ao questionário era concedido somente após os participantes terem lido e aceitado o TCLE eletrônico.

O preenchimento do questionário foi voluntário, individual, anônimo e confidencial. Cada participante pôde preencher o instrumento apenas uma vez. A coleta de dados permaneceu aberta de março a outubro de 2025 e, após esse período, as respostas foram exportadas para limpeza, codificação e análise.

4.7 Análise de dados

As variáveis contínuas foram resumidas por média e desvio-padrão e por mediana com intervalo interquartil, enquanto as variáveis categóricas foram resumidas por frequências absolutas e relativas. Para questões de múltiplas respostas, cada participante com resposta válida ao item correspondente foi utilizado como denominador, com isso, as porcentagens poderiam somar mais de 100%. A

experiência de residência em Pediatria foi dicotomizada em residência em Pediatria concluída/em andamento *versus* ausência de residência em Pediatria.

Foram construídos três escores exploratórios de domínio, variando de 0 a 100, destinados a representar Conhecimento, Atitude e Comportamento. A codificação dos itens foi realizada de acordo com a natureza de cada questão, utilizando-se escores padronizados para as respostas ordinais, dicotômicas e de frequência. Respostas ausentes ou não aplicáveis foram consideradas ausentes no cálculo do respectivo domínio.

O escore de Conhecimento foi calculado a partir de três componentes: classificação dos métodos considerados LARC, conhecimento autorreferido sobre LARC e capacidade autorreferida de explicar, em termos simples, a inserção e a remoção desses métodos. O escore correspondeu à média dos itens válidos, multiplicada por 100, sendo calculado quando pelo menos dois dos três componentes apresentavam respostas válidas.

O escore de Atitude foi composto por quatro itens, relacionados ao conforto para discutir sexualidade com adolescentes, à percepção da importância da atuação do pediatra na prescrição ou recomendação de métodos contraceptivos, à percepção dos LARC como opções adequadas para adolescentes saudáveis e à percepção de que o maior conhecimento sobre LARC aumentaria sua indicação na prática clínica. O escore correspondeu à média dos itens válidos, multiplicada por 100, sendo calculado quando pelo menos dois dos quatro componentes apresentavam respostas válidas.

O escore de Comportamento foi composto por seis itens, relacionados à frequência de abordagem da sexualidade e contracepção, frequência de prescrição ou recomendação de métodos contraceptivos, conduta diante de adolescentes que procuram atendimento contraceptivo, segurança para prescrever ou recomendar contraceptivos para adolescentes saudáveis, segurança para indicar LARC e segurança para acompanhar adolescentes em uso desses métodos. O escore correspondeu à média dos itens válidos, multiplicada por 100, sendo calculado quando pelo menos três dos seis componentes apresentavam respostas válidas.

Para as comparações segundo a experiência de residência em Pediatria, foram utilizados o teste U de Mann-Whitney para os escores contínuos de domínio e o teste exato bilateral de Fisher para os indicadores binários. Foram relatadas correlações bisseriais por postos para as comparações dos escores contínuos. Já

para os indicadores binários, foram calculadas razões de prevalência brutas e intervalos de confiança de 95%, definidas como a prevalência entre os participantes com residência em Pediatria concluída/em andamento, dividida pela prevalência entre aqueles sem residência em Pediatria, o grupo de referência. Os intervalos de confiança foram obtidos utilizando intervalos baseados em escore para a razão de duas proporções binomiais independentes. As razões de prevalência foram apresentadas somente quando estimáveis. Respostas ausentes foram excluídas dos denominadores específicos dos indicadores.

As associações com a idade foram avaliadas por correlação de postos de Spearman, e as distribuições dos escores entre os grupos etários foram comparadas pelos testes de Kruskal-Wallis. A consistência interna de cada escore de domínio foi avaliada pelo alfa de Cronbach, com base nos escores numéricos dos itens utilizados para construir os compósitos. Também foram calculados o alfa de Cronbach padronizado e as correlações médias entre os itens. Essas análises utilizaram casos completos com respostas válidas para todos os itens componentes de cada domínio. Todos os testes foram bilaterais, considerando-se estatisticamente significativo $p < 0,05$. As análises foram descritivas e exploratórias, sem aplicação de correção para comparações múltiplas.

Conforme Bardin (2011), as respostas obtidas nas questões abertas foram submetidas à análise qualitativa de conteúdo, com categorização temática e identificação de núcleos de sentido. Inicialmente, foi realizada leitura flutuante das respostas, com o objetivo de familiarização com o material. Em seguida, procedeu-se com a identificação de unidades de significado e construção de categorias temáticas relacionadas à percepção dos participantes sobre o papel do pediatra na contracepção de adolescentes e às necessidades de capacitação profissional.

Ademais, as categorias foram organizadas de forma iterativa, buscando identificar recorrências e convergências de sentido nas respostas – as falas selecionadas foram utilizadas como exemplos ilustrativos das categorias identificadas. A análise foi conduzida pela pesquisadora responsável, com revisões sucessivas do material.

Durante a elaboração deste estudo e de seu produto educacional, foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial generativa de forma pontual, exclusivamente como recurso auxiliar na revisão e no aprimoramento da redação. A utilização dessas ferramentas não interferiu na análise dos dados, na interpretação

dos resultados ou nas decisões metodológicas da pesquisa. Todo o conteúdo foi revisado e validado pela pesquisadora, responsável integralmente pelo conteúdo científico apresentado nesta dissertação e no produto educacional.

4.8 Desenvolvimento do produto educacional

Com base nos achados do estudo, foi desenvolvido um manual prático para apoiar o aconselhamento, indicação e prescrição de LARC em adolescentes, destinado a pediatras e residentes de Pediatria (Apêndice C). O conteúdo do manual foi estruturado a partir das necessidades formativas identificadas na análise dos questionários, considerando as lacunas de conhecimento, a insegurança relatada pelos participantes e as dificuldades relacionadas ao aconselhamento e à indicação desses métodos na prática clínica, priorizando temas, como indicações e contraindicações, eficácia, manejo clínico de efeitos adversos, aspectos éticos e legais e mitos frequentes relacionados aos LARC. O produto educacional foi elaborado com linguagem objetiva e foco na aplicabilidade clínica, visando facilitar sua utilização no cotidiano assistencial.

Quadro 1 – Relação entre os achados do estudo e os conteúdos do produto educacional

ACHADOS DO ESTUDO	RESPOSTA INCORPORADA AO MANUAL
Conhecimento insuficiente sobre LARC	<i>Conteúdo conceitual objetivo</i>
Insegurança para indicação, prescrição e acompanhamento	<i>Orientações práticas para indicação e manejo</i>
Baixa exposição aos LARC durante a formação	<i>Apresentação sistematizada dos métodos e de suas características clínicas</i>
Dúvidas sobre critérios de indicação e contraindicações	<i>Crítérios de elegibilidade</i>
Barreiras no aconselhamento contraceptivo	<i>Orientações para aconselhamento e abordagem das particularidades da contracepção na adolescência</i>
Necessidade de apoio à tomada de decisão	<i>Fluxogramas e tabelas de consulta rápida</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 1 evidencia a correspondência entre as principais necessidades formativas identificadas no estudo e as estratégias incorporadas ao produto educacional. A organização do manual em conteúdos objetivos, critérios de

elegibilidade, orientações para aconselhamento, tabelas e fluxogramas, buscando facilitar a consulta e apoiar a tomada de decisão no atendimento de adolescentes.

A elaboração do manual também foi fundamentada em diretrizes nacionais e internacionais atualizadas sobre contracepção na adolescência, incluindo recomendações da WHO, da AAP, do ACOG, da SBP e da FEBRASGO. Além disso, foram considerados estudos científicos recentes sobre LARC, barreiras à sua utilização e estratégias de aconselhamento contraceptivo, de modo a garantir que o conteúdo do material estivesse alinhado às melhores evidências disponíveis e às necessidades da prática clínica pediátrica. A seleção das referências priorizou documentos com alto nível de evidência, diretrizes clínicas reconhecidas e estudos relevantes na área de saúde do adolescente e contracepção, com o objetivo de conferir consistência científica e aplicabilidade ao material.

5 RESULTADOS

A Tabela 1 resume as características demográficas e profissionais dos 70 participantes incluídos no estudo. Como o questionário foi divulgado por meio de grupos profissionais de comunicação entre pediatras e residentes, não foi possível determinar com precisão o número total de profissionais que tiveram acesso ao convite para participação.

A média de idade dos participantes foi de 42,6 anos (DP $\pm$ 14,6), com mediana de 37,0 anos e intervalo interquartil de 32,2 a 53,8 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (77,1%), e 87,1% havia concluído ou estava matriculada em residência de Pediatria. Formação em subespecialidade pediátrica foi relatada por 51,4% dos participantes, enquanto 25,7% relataram formação médica adicional fora da Pediatria.

Tabela 1 – Características dos participantes³

CARACTERÍSTICA / CATEGORIA	TOTAL (N=70)
Idade, anos	N (%)
Média (DP)	42.6 (14.6)
Mediana [IIQ]	37.0 [32.2 - 53.8]
Variação	24 - 83
Faixa etária	
≤ 34 anos	26 (37.1)
35-44 anos	20 (28.6)
≥ 45 anos	24 (34.3)
Sexo	
Feminino	54 (77.1)
Masculino	16 (22.9)
Experiência em residência de Pediatria	
Pediatra (residência concluída)	51 (72.9)
Residente de pediatria	10 (14.3)
Sem residência de pediatria	9 (12.9)
Residência em pediatria concluída/em andamento	
Sim	61 (87.1)
Não	9 (12.9)
Formação em subespecialidade pediátrica	
Sim	36 (51.4)

³ Os valores são n (%) salvo indicação em contrário.

Não	34 (48.6)
Outra formação médica fora da pediatria	
Sim	18 (25.7)
Não	52 (74.3)

Fonte: Elaborado pela autora.

Na Tabela 2, os achados relacionados ao conhecimento mostram que 37,1% dos participantes classificaram corretamente os métodos LARC, enquanto 52,9% foram classificados como incorretos e 10,0% como incompletos. Os métodos LARC verdadeiros mais frequentemente reconhecidos foram o dispositivo intrauterino hormonal (91,4%), o dispositivo intrauterino não hormonal (90,0%) e o implante contraceptivo subdérmico (90,0%).

Observou-se, entretanto, a inclusão de métodos que não pertencem à categoria LARC, sobretudo os contraceptivos injetáveis (31,4%) e os adesivos contraceptivos (27,1%). Bom nível de conhecimento sobre LARC foi autorreferido por 24,3% dos participantes, e 38,6% concordaram que poderiam explicar a inserção e a remoção de LARC, em termos simples. A média do escore de Conhecimento foi 45,7 (DP $\pm$ 31,8), com mediana de 50,0 [IIQ 16,7 - 66,7].

Para fins de análise e apresentação dos dados, as respostas obtidas por meio da escala Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), foram agrupadas em três categorias: discorda (escores 1 e 2), não concorda nem discorda (escore 3) e concorda (escores 4 e 5).

Para a análise exploratória, foi construído um escore de Conhecimento, variando de 0 a 100, que integrou três componentes: a classificação dos métodos LARC, a autopercepção do nível de conhecimento sobre esses métodos e a capacidade percebida de explicar sua inserção e remoção. Escores mais elevados indicaram maior conhecimento objetivo e autorreferido sobre LARC.

Tabela 2 – Conhecimento sobre os LARC⁴

CARACTERÍSTICA / CATEGORIA	TOTAL (N=70)
Classificação dos métodos LARC pelo participante	N (%)
Correto	26 (37.1)
Incompleto	7 (10.0)
Incorreto	37 (52.9)
Métodos detalhados considerados LARC	N=70
Pílulas anticoncepcionais (Não-LARC)	10 (14.3)
Adesivos anticoncepcionais (Não-LARC)	19 (27.1)
Anel vaginal (Não-LARC)	5 (7.1)
Injeções anticoncepcionais (Não-LARC)	22 (31.4)
Dispositivo intrauterino não hormonal (LARC)	63 (90.0)
Dispositivo intrauterino hormonal (LARC)	64 (91.4)
Implante contraceptivo subdérmico (LARC)	63 (90.0)
Preservativo masculino (Não-LARC)	5 (7.1)
Preservativo feminino (Não-LARC)	6 (8.6)
Outros métodos de barreira (Não-LARC)	6 (8.6)
Métodos de abstinência/comportamentais (Não-LARC)	5 (7.1)
Esterilização cirúrgica (Não-LARC)	8 (11.4)
Possui bom conhecimento autorreferido sobre os LARC	
Concorda	17 (24.3)
Não concorda nem discorda	32 (45.7)
Discorda	21 (30.0)
Consegue explicar a inserção/remoção de LARC em termos simples	
Concorda	27 (38.6)
Não concorda nem discorda	13 (18.6)
Discorda	30 (42.9)
Escore de Conhecimento (0 - 100)	
Média (DP)	45.7 (31.8)
Mediana [IIQ]	50.0 [16.7 - 66.7]

Nota: LARC: contracepção reversível de longa duração. As porcentagens de questões com múltiplas respostas podem exceder 100%.

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à formação em Pediatria, 81,4% relataram não ter tido exposição suficiente a ambulatórios voltados ao atendimento de adolescentes; 71,4% não tiveram contato com LARC durante a residência; apenas 7,1% tiveram contato com pediatras que prescreviam ou indicavam esses métodos; por fim, 90% não consideraram ter adquirido conhecimento adequado sobre o tema. Oportunidades de

⁴ Os valores são n (%) salvo indicação em contrário.

aprendizagem sobre o tema durante a residência também estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Percepções dos participantes sobre a residência⁵

CARACTERÍSTICA / CATEGORIA	TOTAL (N=70)
Residência proporcionou suficiente contato com ambulatórios voltados a adolescentes	N (%)
Concorda	6 (8.6)
Não concorda nem discorda	6 (8.6)
Discorda	57 (81.4)
Não respondeu	1 (1.4)
Teve contato com profissionais que prescreviam LARC durante a residência	
Concorda	5 (7.2)
Não concorda nem discorda	4 (5.8)
Discorda	60 (85.7)
Não respondeu	1 (1.4)
A residência contribuiu para uma boa aquisição de conhecimento sobre os LARC	
Concorda	2 (2.9)
Não concorda nem discorda	4 (5.8)
Discorda	63 (90)
Não respondeu	1 (1.4)
Oportunidades de aprendizagem sobre os LARC durante a residência	N=70
Aula ou seminário	2 (2.9)
Prática ambulatorial	9 (13.0)
Vivência hospitalar	4 (5.8)
Discussão clínica	5 (7.2)
Estudo individual	10 (14.5)
Sem contato com LARC durante a residência	49 (71.0)
Sem residência	1 (1.4)
Outra resposta de texto livre/não mapeada	3 (4.3)

Nota: LARC: contracepção reversível de longa duração. As porcentagens de questões com múltiplas respostas podem exceder 100%.

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 4 apresenta os resultados relacionados às atitudes sobre sexualidade na adolescência, contracepção e LARC. Metade dos participantes relatou abordar raramente ou nunca sobre sexualidade e contracepção com pacientes

⁵ Os valores são n (%) salvo indicação em contrário.

adolescentes, enquanto 24,3% relataram fazê-lo sempre que possível, e 25,7% demarcou como ocasionalmente.

A maioria dos participantes relatou se sentir confortável para discutir sexualidade com adolescentes (71,0%) e acreditava que os pediatras deveriam saber prescrever ou recomendar métodos contraceptivos para adolescentes (74,3%). Além disso, 82,9% concordaram que o maior conhecimento sobre LARC aumentaria a recomendação desses métodos.

A concordância de que os LARC estão entre os melhores métodos contraceptivos para adolescentes saudáveis foi relatada por 58,6%, enquanto 21,4% permaneceram neutros e 20,0% discordaram. Entre os métodos considerados adequados para adolescentes saudáveis e sexualmente ativos, os mais frequentemente selecionados foram o preservativo masculino (57,1%), o implante contraceptivo subdérmico (54,3%), os contraceptivos injetáveis (51,4%) e o DIU hormonal (47,1%) – o DIU não hormonal foi selecionado por 41,4% e as pílulas contraceptivas por 41,4% dos participantes.

Na avaliação dos fatores considerados na recomendação de um método contraceptivo para adolescentes, destacaram-se a acessibilidade (54,3%), as preferências do paciente (52,9%), a história clínica (48,6%), a facilidade de uso (48,6%) e a eficácia do método (45,7%). A idade do paciente foi considerada por 44,3% dos participantes, enquanto o custo foi mencionado por 41,4%, e os efeitos adversos por 28,6%. Ademais, 30% relataram que não prescrevem contraceptivos para adolescentes.

Para a análise exploratória, foi construído o escore de Atitude, variando de 0 a 100, composto por quatro itens relacionados ao conforto, visando discutir sexualidade, a percepção sobre o papel do pediatra na contracepção e a respeito dos LARC – como métodos adequados para adolescentes saudáveis – e a influência do conhecimento sobre a recomendação desses métodos. O escore apresentou média de 75,9 (DP = 24,7) e mediana de 75,0 (IIQ = 62,5 - 100,0), sendo que valores mais elevados representam atitudes mais favoráveis em relação ao aconselhamento contraceptivo e à recomendação de LARC. Um resumo completo dos achados relacionados às atitudes é apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Atitudes e critérios de decisão

CARACTERÍSTICA / CATEGORIA	TOTAL (N=70)
Abordagem de sexualidade e contracepção	N (%)
Sempre que possível	17 (24.3)
Ocasionalmente	18 (25.7)
Raramente ou nunca	35 (50.0)
Sente confortável em conversar sobre sexualidade	
Sim	49 (71.0)
Não	20 (29.0)
Não respondeu	1 (1.4)
Acredita que pediatras devem saber prescrever/indicar métodos contraceptivos	
Sim	52 (74.3)
Não	18 (25.7)
Acredita que os LARC são os melhores métodos para adolescentes saudáveis	
Concorda	41 (58.6)
Não concorda nem discorda	15 (21.4)
Discorda	14 (20.0)
Maior conhecimento aumentaria a indicação de LARC	
Concorda	58 (82.9)
Não concorda nem discorda	8 (11.4)
Discorda	4 (5.7)
Fatores importantes ao indicar contracepção	N=70
Idade da paciente	31 (44.3)
Histórico médico da paciente	34 (48.6)
Preferências da paciente	37 (52.9)
Custo	29 (41.4)
Acessibilidade	38 (54.3)
Eficácia do método	32 (45.7)
Facilidade de uso	34 (48.6)
Efeitos colaterais	20 (28.6)
Não prescrevo contraceptivos para adolescentes	21 (30.0)
Outra resposta de texto livre/não mapeada	2 (2.9)
Métodos considerados mais adequados para adolescentes saudáveis com vida sexual ativa	N=70
Pílulas anticoncepcionais (Não-LARC)	29 (41.4)
Adesivos anticoncepcionais (Non-LARC)	14 (20.0)
Anel vaginal (Não-LARC)	2 (2.9)
Injeções anticoncepcionais (Não-LARC)	36 (51.4)
Dispositivo intrauterino não hormonal (LARC)	29 (41.4)
Dispositivo intrauterino hormonal (LARC)	33 (47.1)

Implante contraceptivo subdérmico (LARC)	38 (54.3)
Preservativo masculino (Não-LARC)	40 (57.1)
Preservativo feminino (Não-LARC)	20 (28.6)
Outros métodos de barreira (Não-LARC)	3 (4.3)
Outra resposta de texto livre/não mapeada	1 (1.4)
Escore de Atitude (0 - 100)	
Média (DP)	75.9 (24.7)
Mediana [IIQ]	75.0 [62.5 - 100.0]

Nota: As porcentagens de questões com múltiplas respostas podem exceder 100%. Os escores dos domínios variam de 0 a 100, sendo que escores mais elevados indicam atitudes mais favoráveis.

Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme apresentado na Tabela 5, a prescrição ou recomendação de contraceptivos para adolescentes era incomum na prática clínica de rotina, com 10,0% dos participantes relatando que prescreviam ou recomendavam métodos contraceptivos sempre ou frequentemente, enquanto 18,6% o faziam ocasionalmente e 71,4% raramente ou nunca. Quando diante de um adolescente solicitando contracepção, 83,8% relataram que discutiriam a questão com segurança.

A confiança foi menor quando avaliadas situações específicas relacionadas à prescrição e aos LARC: 40,0% dos participantes se sentiam confiantes para prescrever ou recomendar contracepção para adolescentes saudáveis, 11,4% se sentiam confiantes para indicar LARC a adolescentes e 8,6% estavam confiantes para acompanhar adolescentes em uso de LARC.

Entre os principais motivos relatados para não prescrever ou recomendar contraceptivos estavam a falta de oportunidade (55,7%) e de confiança sobre qual método prescrever (38,6%). Ademais, os principais desafios identificados pelos participantes foram a falta de conhecimento atualizado (47,8%), a resistência dos pais ou responsáveis (33,3%), o fato de não prescreverem contraceptivos (30,4%), questões culturais ou religiosas (21,7%) e a falta de tempo durante as consultas (20,3%). A resistência da própria paciente foi relatada por 10,1% dos participantes.

Para a análise exploratória, foi construído o escore de Comportamento, variando de 0 a 100, incorporando a frequência de abordagem da sexualidade e contracepção, a frequência de prescrição ou recomendação de contraceptivos, a conduta diante da demanda contraceptiva de um adolescente e a confiança percebida para prescrever, indicar e acompanhar adolescentes em uso de LARC. O escore apresentou média de 40,0 (DP = 24,1) e mediana de 33,3 (IIQ = 25,0 - 58,3), indicando

desempenho inferior ao observado no domínio de Atitude. Esses achados de comportamento e autoeficácia estão resumidos na Tabela 5.

Tabela 5 – Comportamentos clínicos, barreiras e autoeficácia

CARACTERÍSTICA / CATEGORIA	TOTAL (N=70)
Prescreve/indica métodos contraceptivos na prática clínica	N (%)
Sempre/frequentemente	7 (10.0)
Ocasionalmente	13 (18.6)
Raramente/nunca	50 (71.4)
Quando uma adolescente solicita contracepção	
Converso sobre o assunto com segurança	57 (83.8)
Converso sobre o assunto, mas não sinto segurança em aprofundar	8 (11.8)
Evito o assunto	3 (4.4)
Não respondeu	2 (2.9)
Tem segurança para prescrever/indicar contracepção para adolescentes saudáveis	
Concorda	28 (40.0)
Não concorda nem discorda	19 (27.1)
Discorda	23 (32.9)
Tem segurança para prescrever/indicar contracepção para qualquer adolescente, mesmo com patologias complexas	
Concorda	2 (2.9)
Não concorda nem discorda	9 (12.9)
Discorda	59 (84.3)
Tem segurança para indicar LARC para adolescentes	
Concorda	8 (11.4)
Não concorda nem discorda	16 (22.9)
Discorda	46 (65.7)
Tem segurança para realizar seguimento de adolescentes em uso de LARC	
Concorda	6 (8.6)
Não concorda nem discorda	15 (21.4)
Discorda	49 (70.0)
Motivos para não prescrever/indicar contracepção	N=70
Não me sinto seguro sobre qual método prescrever	27 (38.6)
Não acho que seja necessário / relevante para a minha prática clínica	5 (7.1)
Não me sinto à vontade para conversar com adolescentes sobre sexualidade	6 (8.6)
Acredito que apenas os ginecologistas devem prescrever	6 (8.6)
Não concordo com a prescrição de contraceptivos para adolescentes	2 (2.9)
Não tenho a oportunidade de prescrever ou indicar	39 (55.7)
Não tenho dificuldade em prescrever ou indicar	14 (20.0)

Outra resposta de texto livre/não mapeada	3 (4.3)
Desafios ao prescrever/indicar contracepção	N=70
Falta de conhecimento atualizado	33 (47.8)
Falta de tempo durante as consultas	14 (20.3)
Resistência dos pais ou responsáveis	23 (33.3)
Resistência da paciente	7 (10.1)
Questões culturais ou religiosas	15 (21.7)
Não prescrevo contraceptivos	21 (30.4)
Outra resposta de texto livre/não mapeada	4 (5.8)
Escore de Comportamento (0 - 100)	
Média (DP)	40.0 (24.1)
Mediana [IIQ]	33.3 [25.0 - 58.3]

Nota: As porcentagens de questões com múltiplas respostas podem exceder 100%. Os escores dos domínios variam de 0 a 100, sendo que escores mais elevados indicam comportamento clínico mais frequente ou maior confiança.

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 6 compara os escores dos domínios e indicadores selecionados de acordo com a experiência de residência em Pediatria. Os participantes com residência em Pediatria concluída ou em andamento apresentaram mediana do escore de Conhecimento de 50,0 [IIQ 16,7 - 66,7], em comparação com 33,3 [IIQ 16,7 - 50,0] entre aqueles sem residência. As medianas dos escores de Atitude foram iguais nos dois grupos, em 75,0, enquanto a mediana do escore de Comportamento foi 33,3 [IIQ 25,0 - 58,3] no grupo com residência concluída/em andamento e 41,7 [IIQ 25,0 - 75,0] no grupo sem residência.

Conhecimento correto sobre LARC foi observado em 39,3% dos participantes com residência concluída/em andamento e em 22,2% daqueles sem residência. Nenhuma das comparações, segundo a experiência de residência em Pediatria, apresentou valor de p inferior a 0,05.

Tabela 6 – Escores dos domínios e indicadores principais, segundo a experiência de residência em Pediatria

DOMÍNIO/ INDICADOR	SEM RESIDÊNCIA (N=9)	RESIDÊNCIA CONCLUÍDA OU EM ANDAMENTO (N=61)	VALOR DE p	EFEITO ESTIMADO
Escore de Conhecimento	33.3 [16.7 - 50.0]	50.0 [16.7 - 66.7]	0.682	rank-biserial r=0.09
Escore de Atitude	75.0 [62.5 - 87.5]	75.0 [62.5 - 100.0]	0.309	rank-biserial r=0.21
Escore de Comportamento	41.7 [25.0 - 75.0]	33.3 [25.0 - 58.3]	0.602	rank-biserial r=- 0.11

Conhecimento correto sobre LARC	2 (22.2)	24 (39.3)	0.468	RP=1.77 (95% IC 0.66 - 6.46)
Autopercepção de bom conhecimento sobre LARC	3 (33.3)	14 (23.0)	0.678	RP=0.69 (95% IC 0.29 - 2.08)
Conforto discutindo sexualidade	6 (66.7)	43 (71.7)	0.712	RP=1.08 (95% IC 0.76 - 2.07)
Prescreve/indica contracepção frequentemente	2 (22.2)	5 (8.2)	0.219	RP=0.37 (95% IC 0.10 - 1.58)
Acredita que o papel do pediatra é fundamental	6 (66.7)	46 (75.4)	0.685	RP=1.13 (95% IC 0.80 - 2.17)
Confiança em indicar LARC	2 (22.2)	6 (9.8)	0.272	RP=0.44 (95% IC 0.13 - 1.84)

Nota: Os escores contínuos são apresentados como mediana [intervalo interquartil – IQR] e os indicadores binários como n (%). Para os desfechos contínuos, são apresentadas correlações bisseriais de postos (rank-biserial). Para os indicadores binários, as razões de prevalência (RP) comparam os participantes com residência de Pediatria concluída/em andamento àqueles sem residência de Pediatria (grupo de referência). Os intervalos de confiança de 95% são baseados nos escores para a razão entre 2 proporções binomiais independentes. Os valores de p foram obtidos por meio dos testes U de Mann-Whitney bicaudal ou exato de Fisher, conforme apropriado. As porcentagens dos indicadores binários utilizam como denominador as respostas não ausentes e, portanto, podem apresentar denominadores menores que o N da coluna.

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 7 descreve a distribuição dos escores dos domínios entre os grupos etários e suas correlações com a idade. Os escores de Conhecimento diferiram entre os grupos etários, com medianas de 50,0 [IIQ 33,3 - 79,2] entre os participantes com idade ≤ 34 anos, 66,7 [IIQ 50,0 - 66,7] entre aqueles de 35 - 44 anos e 25,0 [IIQ 0,0 - 50,0] entre aqueles com idade ≥ 45 anos; o valor de p do teste de Kruskal-Wallis foi 0,012, e a correlação de Spearman com a idade foi -0,27 ($p=0,026$).

Os escores de Comportamento também variaram segundo o grupo etário, com medianas de 41,7 [IIQ 33,3 - 64,6], 37,5 [IIQ 25,0 - 60,4] e 25,0 [IIQ 16,7 - 41,7], respectivamente. O valor de p do teste de Kruskal-Wallis foi 0,048 e a correlação de Spearman com a idade foi -0,26 ($p=0,029$). Os escores de Atitude apresentaram medianas de 81,2, 81,2 e 75,0 nos mesmos grupos etários, com valor de p de 0,156 no teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 7 – Escores dos domínios, segundo a idade dos participantes

ESCORE DO DOMÍNIO	≤ 34 ANOS	35 - 44 ANOS	≥ 45 ANOS	VALOR DE p DE KRUSKAL-WALLIS	p DE SPEARMAN COM A IDADE	VALOR DE p DE SPEARMAN
Escore de Conhecimento	50.0 [33.3 - 79.2]	66.7 [50.0 - 66.7]	25.0 [0.0 - 50.0]	0.012	-0.27	0.026
Escore de Atitude	81.2 [75.0 - 100.0]	81.2 [75.0 - 100.0]	75.0 [50.0 - 90.6]	0.156	-0.21	0.081
Escore de Comportamento	41.7 [33.3 - 64.6]	37.5 [25.0 - 60.4]	25.0 [16.7 - 41.7]	0.048	-0.26	0.029

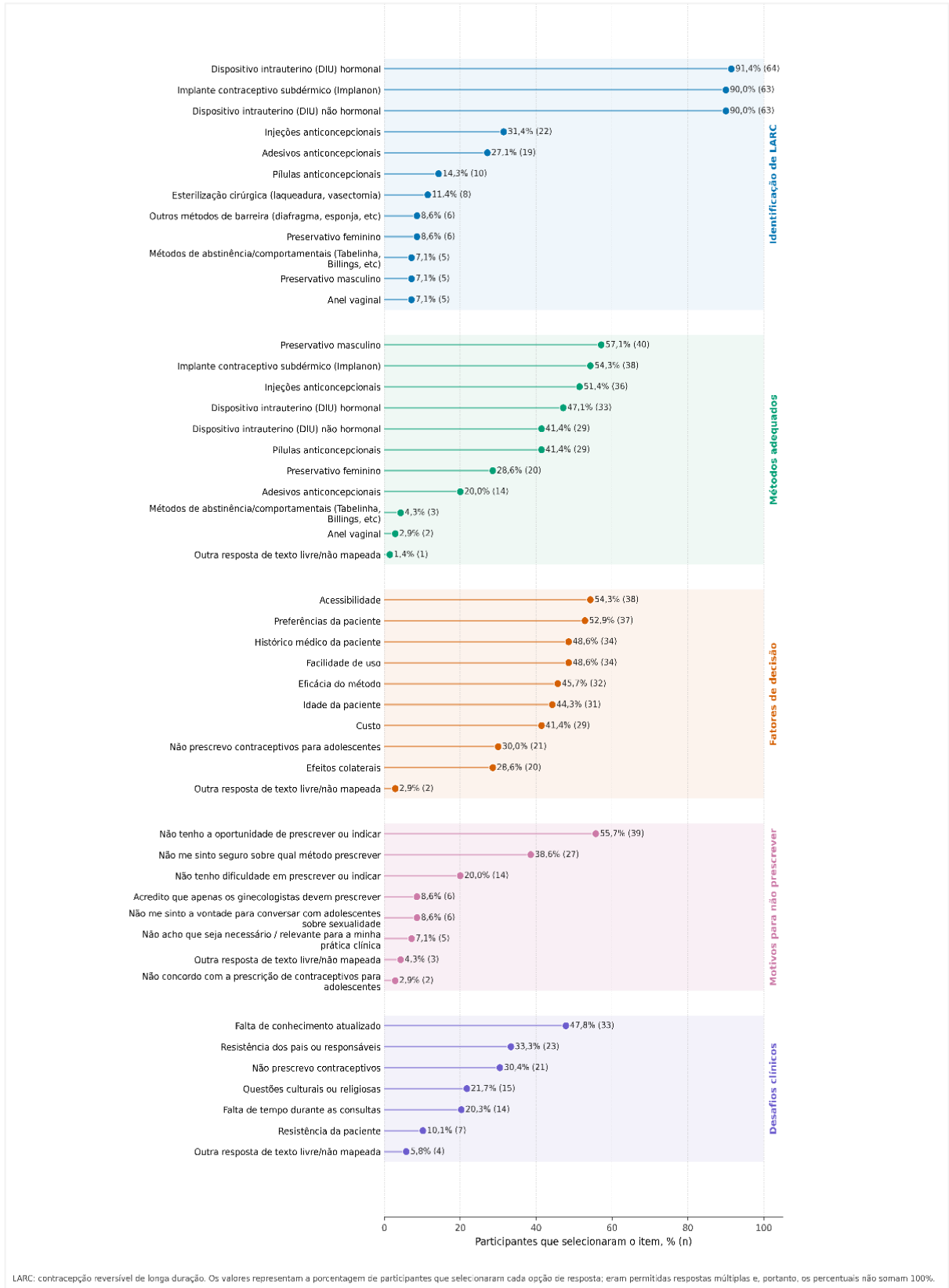
Nota: Os escores são apresentados como mediana [IQR] por grupo etário. As correlações utilizam a idade como variável contínua.

Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 1 apresenta os padrões de respostas múltiplas para identificação de LARC, métodos contraceptivos considerados adequados para adolescentes, fatores considerados ao recomendar contracepção, motivos para não prescrever ou recomendar contracepção e desafios encontrados no cuidado contraceptivo. A ilustração mostra que os três métodos verdadeiramente classificados como LARC foram selecionados por, aproximadamente, 90% dos participantes, enquanto os contraceptivos injetáveis e os adesivos contraceptivos foram os métodos não LARC mais frequentemente selecionados no item de identificação de LARC.

Para adolescentes saudáveis e sexualmente ativos, preservativos masculinos (57,1%), implantes subdérmicos (54,3%), contraceptivos injetáveis (51,4%) e dispositivos intrauterinos hormonais (47,1%) estiveram entre os métodos mais frequentemente selecionados. Acessibilidade, preferências da paciente, história clínica, facilidade de uso e eficácia foram os principais fatores considerados ao recomendar contracepção. As barreiras e desafios mais frequentes foram: a falta de oportunidade para prescrever ou recomendar contracepção, a ausência de confiança sobre qual método prescrever, a falta de conhecimento atualizado, a resistência dos pais ou responsáveis e a não prescrição de contraceptivos na prática clínica.

Figura 1 – Achados de respostas múltiplas sobre conhecimento de LARC e aconselhamento contraceptivo na adolescência

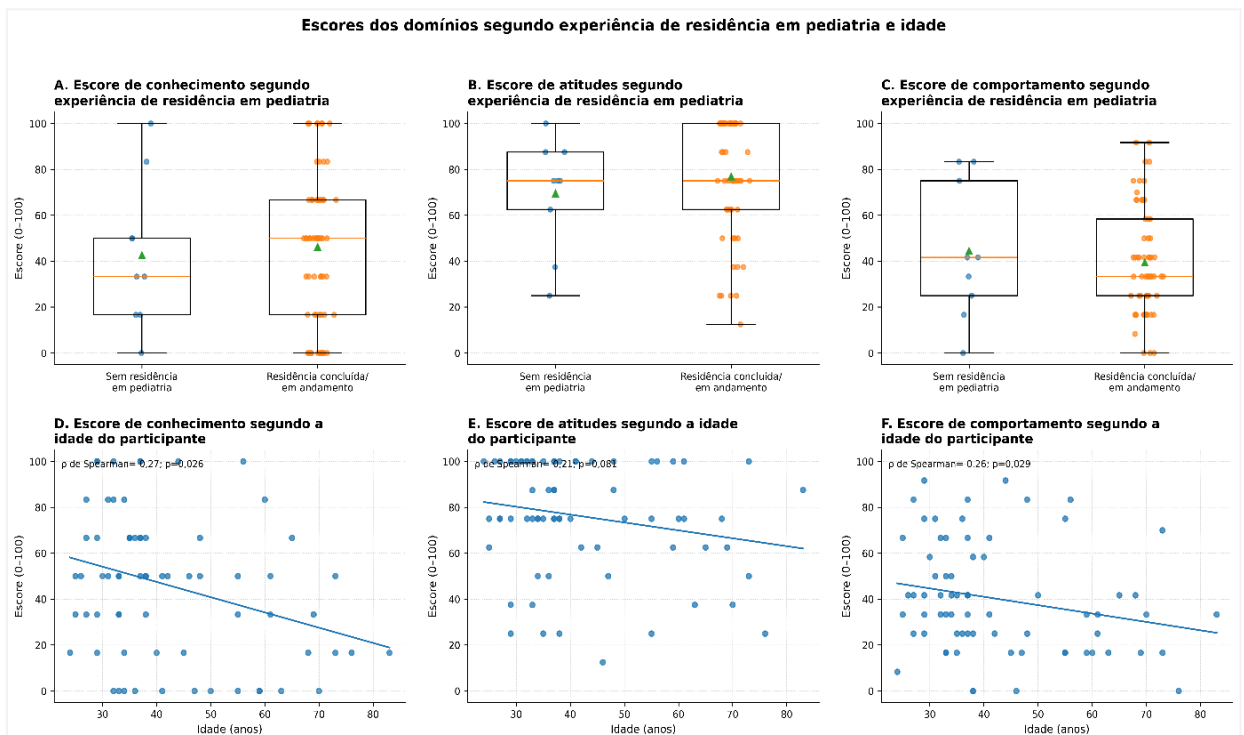


Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 2 combina as comparações dos escores, segundo a experiência de residência em Pediatria e a idade. Os painéis referentes à residência mostram distribuições sobrepostas dos escores de Conhecimento, Atitude e Comportamento entre participantes com e sem residência em pediatria concluída/em andamento, correspondendo às comparações não significativas apresentadas na Tabela 5.

Os painéis referentes à idade mostram escores mais baixos de Conhecimento e Comportamento entre os participantes com idade ≥ 45 anos, em comparação com os grupos etários mais jovens, enquanto os escores de Atitude foram mais semelhantes entre as categorias de idade. O painel também corresponde às correlações negativas de Spearman entre a idade e os escores de Conhecimento e Comportamento, bem como à ausência de diferença estatisticamente significativa relacionada à idade no escore de Atitude.

Figura 2 – Distribuição dos escores de Conhecimento, Atitude e Comportamento segundo a experiência de residência em Pediatria e a faixa etária



Fonte: Elaborado pela autora.

As comparações entre pediatras que haviam concluído a residência em Pediatria e residentes de Pediatria em atividade incluíram 61 participantes, dos quais 51 eram pediatras e 10 eram residentes. Os escores de Conhecimento não diferiram

entre os grupos, com mediana de 50,0 [IIQ 16,7 - 66,7] entre os pediatras e 50,0 [IIQ 37,5 - 50,0] entre os residentes ($p=0,671$). Os escores de Atitude foram maiores entre os residentes, embora a diferença não tenha atingido significância estatística, com medianas de 100,0 [IIQ 78,1 - 100,0] entre os residentes e 75,0 [IIQ 62,5 - 100,0] entre os pediatras ($p=0,074$).

Os escores de Comportamento foram significativamente maiores entre os residentes do que entre os pediatras, com medianas de 58,3 [IIQ 43,8 - 72,9] e 33,3 [IIQ 16,7 - 41,7], respectivamente ($p=0,018$). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para os indicadores binários, incluindo conhecimento correto sobre LARC, conhecimento bom autorreferido sobre LARC, conforto para discutir sexualidade, prescrição ou recomendação frequente de contraceptivos, crença de que o papel do pediatra é fundamental e confiança para indicar LARC. Por fim, observou-se elevada concordância quanto ao impacto potencial de um guia prático sobre contracepção na formação durante a residência médica, com 85,7% dos participantes concordando parcial ou totalmente com a afirmação. Apenas 5,7% discordaram, enquanto 8,6% mantiveram posição neutra (Tabela 8).

Tabela 8 – Percepção sobre o impacto de um guia prático

CARACTERÍSTICA / CATEGORIA	TOTAL (N=70)
Percepção da influência positiva de um guia prático de contracepção na formação e prática profissional durante a residência	N (%)
Concorda	60 (85.7)
Não concorda nem discorda	6 (8.6)
Discorda	4 (5.8)

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise qualitativa da questão que abordou as perspectivas dos participantes sobre o papel do pediatra na contracepção revelou predominância de percepções favoráveis ao envolvimento do pediatra na prescrição contraceptiva. Os relatos destacaram o vínculo estabelecido entre o pediatra, o adolescente e sua família, bem como o fato de ser, frequentemente, o primeiro profissional de saúde a abordar questões relacionadas à sexualidade. Expressões como “fundamental”, “essencial” e “importantíssimo” foram recorrentes nas respostas.

As falas apresentadas no Quadro 1 foram selecionadas por representarem exemplos ilustrativos das categorias temáticas identificadas na análise de conteúdo. Parte dos participantes relatou, entretanto, que costuma realizar o encaminhamento

ao ginecologista, principalmente em razão de limitações percebidas na própria formação ou da compreensão de que esse especialista detém maior domínio técnico sobre o tema. Além disso, foram mencionadas a necessidade de maior capacitação, a atualização profissional e a disponibilidade de infraestrutura adequada, para que o pediatra possa atuar de forma mais segura e resolutiva na prescrição contraceptiva.

Quadro 2 – Percepções e reflexões dos participantes sobre a atuação do pediatra na contracepção e sua formação em Pediatria

CATEGORIA TEMÁTICA	EXEMPLOS DE RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES
Vínculo, confiança e acesso do pediatra ao adolescente e à família	<i>“O pediatra é o médico da criança e do adolescente, tem vínculo com a família e conquista sua confiança”.</i> <i>“Na maioria das vezes, é o profissional que tem mais acesso ao paciente e a confiança da família”.</i>
Pediatra como porta de entrada e orientador inicial em saúde sexual	<i>“O pediatra geralmente é o primeiro profissional a abordar a adolescente e iniciar a conversa sobre contracepção”.</i> <i>“Funciona como porta de entrada e facilitador na quebra de paradigmas entre os pais do adolescente”.</i>
Atuação compartilhada e encaminhamento ao ginecologista	<i>“O pediatra pode orientar inicialmente, prescrever quando possível ou encaminhar ao ginecologista”.</i> <i>“Na prática, muitas vezes acabo encaminhando ao ginecologista”.</i>
Lacunas na formação e limitações para a prescrição de contraceptivos	<i>“Durante a residência não tive disciplinas, ambulatorios ou discussões com foco na saúde do adolescente”.</i> <i>“É um tema pouco discutido nas residências de Pediatria, o que gera insegurança para prescrever”.</i>
Reconhecimento da relevância do tema e demanda por capacitação	<i>“O tema é extremamente relevante e precisa ser mais abordado na formação do pediatra”.</i> <i>“Responder ao questionário me fez refletir sobre a necessidade de atualização para prevenir gravidez precoce e IST”.</i> <i>“Fico ansiosa por materiais educativos e aulas voltadas aos residentes de Pediatria”.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados obtidos na análise qualitativa evidenciaram um contraste entre a percepção dos profissionais acerca do papel do pediatra na contracepção de adolescentes e as lacunas identificadas em sua formação e prática profissional. Esses achados reforçam a necessidade de ampliar os conhecimentos e a segurança dos pediatras e residentes de Pediatria para a abordagem contraceptiva na adolescência, fundamentando a elaboração de um manual prático destinado à qualificação de suas práticas relacionadas à contracepção de adolescentes.

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelam que, embora exista conhecimento conceitual sobre métodos contraceptivos, incluindo os LARC, persistem limitações que se refletem na segurança para sua indicação e na incorporação desses métodos à prática clínica entre pediatras e residentes de Pediatria. Observou-se, portanto, um distanciamento entre conhecimento, atitudes e comportamento clínico, aspecto já descrito na literatura como uma das barreiras para garantir o acesso de adolescentes a métodos contraceptivos eficazes (Gram *et al.*, 2025).

Embora os três métodos verdadeiramente classificados como LARC – DIU hormonal, DIU não hormonal e implante contraceptivo subdérmico – tenham sido reconhecidos individualmente por aproximadamente 90% dos participantes, apenas 37,1% deles realizaram a classificação integralmente correta. Em contrapartida, 52,9% incluíram pelo menos um método que não pertence à categoria LARC, principalmente contraceptivos injetáveis e adesivos.

Esses achados sugerem que, embora exista familiaridade inicial com o conceito de LARC, persistem dificuldades na compreensão mais abrangente da categoria e na distinção entre eles e outros métodos contraceptivos. A identificação de um método isoladamente pode refletir conhecimento factual, enquanto a classificação correta de um conjunto de métodos exige integração e aplicação desse conhecimento.

Essa lacuna também é compatível com a baixa autopercepção de conhecimento observada, indicando que os próprios profissionais reconhecem limitações em sua formação sobre o tema: apenas 24,3% deles consideraram como bom seu nível de conhecimento sobre os LARC e 38,6%, relataram segurança para explicar, em termos simples, a inserção e a remoção desses métodos. O escore de Conhecimento apresentou mediana de 50,0 [IIQ 16,7 - 66,7], reforçando a presença de limitações tanto no conhecimento objetivo quanto na percepção de domínio do tema.

As lacunas de formação durante a residência emergem como ponto central. Mais de 70% dos participantes relataram não ter tido contato com os LARC durante sua formação; mais de 80% discordaram que a residência tenha proporcionado contato suficiente com ambulatorios voltados ao atendimento de adolescentes e com

profissionais que prescreviam ou indicavam esses métodos; cerca de 90% não consideraram ter adquirido conhecimento adequado sobre o tema.

A baixa exposição a ambulatórios voltados ao atendimento de adolescentes pode dificultar o desenvolvimento de competências clínicas em saúde sexual e reprodutiva, diretamente relacionadas à habilidade de aconselhar e prescrever métodos contraceptivos (Krass *et al.*, 2023; Norris; Pritt; Berlan, 2019). Esses resultados são reforçados pela análise qualitativa, na qual os participantes reconheceram a função do pediatra na abordagem da contracepção na adolescência, mas também evidenciaram que esse papel nem sempre consegue ser plenamente exercido na prática, diante das lacunas de conhecimento e formação.

Relatórios e pesquisas internacionais indicam que a formação em saúde do adolescente permanece insuficientemente estruturada em diferentes contextos, com pouca integração curricular e limitada exposição prática durante a formação, sobretudo no campo da saúde sexual e reprodutiva. Como consequência, essas lacunas podem contribuir para *déficits* de conhecimento e insegurança profissional no aconselhamento e na prescrição de métodos contraceptivos (World Health Organization, 2015a; Krass *et al.*, 2023; Norris; Pritt; Berlan, 2019). Estudos nacionais corroboram esse cenário, evidenciando elevado percentual de desconforto entre pediatras para prescrição de métodos contraceptivos para adolescentes, associado principalmente à inexperience (Amorim, 2019).

As barreiras relatadas no presente estudo reforçam essa interpretação: a falta de oportunidade, a insegurança técnica e a ausência de conhecimento atualizado estiveram entre os principais obstáculos mencionados. Elementos culturais, resistência familiar e questões religiosas também apareceram com frequência considerável, refletindo os desafios socioculturais envolvidos na abordagem da saúde sexual e reprodutiva na adolescência no Brasil.

Por outro lado, poucos participantes atribuíram a não prescrição a crenças pessoais, à discordância com a contracepção na adolescência ou ao desconforto em conversar sobre sexualidade. Esse conjunto de achados sugere que as dificuldades para a incorporação da contracepção à prática pediátrica estão mais relacionadas a aspectos estruturais, formativos e do contexto assistencial do que a uma postura negativa dos profissionais em relação ao tema.

Assim, apesar das lacunas identificadas no conhecimento e na formação, as atitudes dos participantes em relação à contracepção na adolescência foram, de

modo geral, favoráveis, com reconhecimento da importância da atuação do pediatra nesse campo, conforto para abordar questões relacionadas à sexualidade e percepção de que um maior nível de conhecimento sobre os LARC poderia aumentar sua indicação na prática clínica.

Evidências demonstram que intervenções no próprio ambiente da prática pediátrica, incluindo a oferta dos LARC e a reorganização do cuidado, estão associadas ao aumento do uso desses métodos entre adolescentes, destacando o papel da estrutura dos serviços e da capacitação profissional na ampliação do acesso à contracepção eficaz (Schiavoni *et al.*, 2021).

Essa percepção é corroborada pelo escore de Atitude, que apresentou mediana de 75,0 [IIQ 62,5 - 100,0], superior à observada para o escore de Comportamento, de 33,3 [IIQ 25,0 - 58,3]. A diferença entre esses domínios sugere um distanciamento entre a disposição favorável para abordar a contracepção e sua efetiva incorporação à prática clínica. Embora 71% dos participantes tenham relatado se sentir confortáveis para discutir sexualidade com adolescentes e 74,3% considerem essencial que pediatras saibam prescrever ou recomendar métodos contraceptivos, apenas 10,0% relataram prescrever ou recomendar contraceptivos sempre ou frequentemente. Da mesma forma, somente 11,4% se sentiram seguros para indicar os LARC e 8,6% para acompanhar adolescentes em uso desses métodos.

Esse padrão pode ser compreendido como uma possível lacuna percebida entre atitude e competência. O profissional pode reconhecer a importância da atuação do pediatra no aconselhamento contraceptivo e estar disposto a discutir sexualidade com o adolescente, mas ainda assim não se sentir suficientemente preparado para transformar essa disposição em uma conduta clínica efetiva. As lacunas de formação, a limitada exposição prática e a insegurança relatada pelos participantes podem contribuir para esse distanciamento.

Nesse sentido, o conhecimento técnico e a experiência prática podem constituir elementos importantes para que atitudes favoráveis sejam traduzidas em comportamento clínico. A literatura aponta que barreiras relacionadas às percepções e ao conhecimento dos profissionais podem interferir na oferta dos LARC, mesmo quando esses métodos apresentam elevada efetividade e constituem opções adequadas para adolescentes (Gram *et al.*, 2025).

Dentre os participantes que relataram prescrever ou recomendar contraceptivos, destacaram-se como critérios de escolha as preferências da paciente,

a acessibilidade, a facilidade de uso, a história clínica e a eficácia dos métodos. A valorização das preferências da adolescente e de suas características clínicas está alinhada aos princípios do cuidado centrado na pessoa e da tomada de decisão compartilhada, nos quais a escolha contraceptiva deve considerar as necessidades, valores e preferências da usuária (World Health Organization, 2015a; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017). Entretanto, a ausência de conhecimento e de segurança profissional pode limitar a capacidade de apresentar, de forma abrangente, todas as opções disponíveis e de apoiar uma escolha verdadeiramente informada.

Nesse contexto, a qualificação do aconselhamento contraceptivo se torna um elemento central, uma vez que a forma como os métodos são apresentados pode influenciar a compreensão e a escolha das usuárias. Diretrizes e revisões direcionadas à atenção primária destacam que os pediatras estão na linha de frente do cuidado ao adolescente e podem desempenhar papel importante na orientação contraceptiva, mesmo quando não realizam procedimentos, como a inserção de LARC. O aconselhamento adequado permite apresentar as diferentes opções, discutir benefícios, limitações e possíveis efeitos adversos e favorecer uma decisão contraceptiva informada e compartilhada (Allen; Barlow, 2017).

É notável também que, embora diferentes métodos contraceptivos tenham sido considerados adequados para adolescentes, apenas 58,6% dos participantes concordaram que os LARC estão entre os melhores para adolescentes saudáveis. Esse dado contrasta com recomendações da OMS, da ACOG e de outras sociedades nacionais e internacionais, que reconhecem os LARC como opções de primeira linha para adolescentes, devido à alta eficácia, segurança e menor dependência da usuária (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018; World Health Organization, 2015b; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018; American Academy of Pediatrics, 2025). Nessa discussão, a hesitação observada neste estudo reforça a necessidade de aproximar a prática pediátrica das evidências contemporâneas.

A análise segundo a experiência de residência em Pediatria não demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com residência concluída ou em andamento e aqueles sem residência quanto aos escores de Conhecimento, Atitude ou Comportamento. Esse resultado deve ser interpretado com cautela, especialmente considerando o pequeno número de participantes sem residência, não permitindo, assim, concluir que a realização de residência,

isoladamente, determine maior conhecimento, atitudes mais favoráveis ou melhor comportamento relacionado à contracepção.

Por outro lado, quando comparados especificamente os residentes de Pediatria em atividade aos pediatras que já haviam concluído a residência, observou-se diferença significativa no domínio de Comportamento, com escores mais elevados entre os residentes atuais ($p=0,018$). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos escores de Conhecimento e Atitude. Esse achado pode estar relacionado à maior proximidade dos residentes com o ambiente de formação e com conteúdos e práticas clínicas mais recentemente atualizados, hipótese compatível com estudos que destacam a importância da exposição formativa e prática para o desenvolvimento de competências relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (Krass *et al.*, 2023; Norris; Pritt; Berlan, 2019). Entretanto, essa interpretação deve ser discutida com cautela, uma vez que o delineamento transversal não permite estabelecer causalidade.

A análise da idade acrescenta outra perspectiva a esse achado. Observou-se correlação negativa entre idade e os escores de Conhecimento ($p = -0,27$; $p=0,026$) e Comportamento ($p = -0,26$; $p=0,029$), enquanto não houve associação significativa entre idade e Atitude. Os participantes mais jovens apresentaram maiores escores de Conhecimento e Comportamento, sem diferença correspondente no domínio de Atitude. Esse padrão pode estar relacionado à maior proximidade dos profissionais mais jovens com conteúdos curriculares e recomendações mais recentes sobre contracepção na adolescência, bem como à maior exposição a conceitos e estratégias de cuidado que atualmente ocupam maior espaço nas diretrizes de saúde sexual e reprodutiva. Entretanto, essa interpretação deve ser considerada como hipótese, uma vez que idade e tempo desde a formação podem estar associados a múltiplos fatores profissionais e educacionais que não foram avaliados diretamente neste estudo.

Em conjunto, a associação entre idade e os escores de Conhecimento e Comportamento, juntamente com o maior escore de Comportamento, observado entre os residentes atuais, pode sugerir uma influência da atualização da formação sobre a incorporação da contracepção à prática pediátrica. Profissionais em formação, ou com formação mais recente, podem estar mais próximos de conteúdos e recomendações contemporâneas. Essa possibilidade, contudo, deve ser interpretada como hipótese e investigada em estudos longitudinais ou comparativos, com amostras maiores,

capazes de distinguir os efeitos da idade, do tempo de formação, da experiência profissional e da educação continuada.

A análise qualitativa reforçou essa interpretação, evidenciando uma percepção amplamente positiva sobre a importância da atuação do pediatra na abordagem contraceptiva de adolescentes, embora essa atuação ainda seja pouco observada na prática. Os participantes enfatizaram recorrentemente a posição estratégica desse profissional que acompanha o indivíduo desde a infância e, por isso, pode estabelecer vínculo, continuidade do cuidado e confiança – fatores que podem ser reconhecidos como determinantes para a adesão a métodos contraceptivos e para a prevenção da gravidez não planejada, conforme também apontado pela literatura.

As respostas também indicaram que os pediatras se reconhecem como importante porta de entrada para a abordagem da sexualidade e para a orientação sobre escolhas contraceptivas seguras. Essa percepção converge com diretrizes internacionais que destacam a participação do pediatra no aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, considerando sua proximidade e continuidade no cuidado (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018; American Academy of Pediatrics, 2025).

Por outro lado, as mesmas respostas evidenciaram sentimentos de insegurança e relatos de encaminhamento sistemático ao ginecologista, motivados por lacunas de formação, desconhecimento técnico ou percepção de que determinados procedimentos ginecológicos exigiriam preparo estrutural ou instrumental específico. Esses relatos reforçam os achados quantitativos do estudo, que demonstraram baixa autoconfiança para a indicação e o acompanhamento de LARC e insuficiente exposição à saúde sexual e reprodutiva durante a formação em Pediatria. Dessa forma, o encaminhamento ao especialista pode representar uma estratégia adequada quando há necessidade de procedimentos ou situações que ultrapassem a competência do pediatra, mas não deveria constituir, por si só, uma barreira para o aconselhamento contraceptivo inicial e a oferta de informações baseadas em evidências.

Nesse sentido, o estudo CHOICE demonstrou elevada aceitação dos LARC, quando são adequadamente apresentados e disponibilizados às usuárias (Secura *et al.*, 2010). Esse achado reforça que a qualificação do aconselhamento e a redução de barreiras à oferta dos LARC podem favorecer uma escolha contraceptiva informada entre adolescentes. Esse achado, associado às lacunas identificadas no

presente estudo, ressalta a necessidade de capacitação, atualização e maior sistematização dos conteúdos relacionados à saúde sexual e reprodutiva na formação pediátrica.

É importante também distinguir a responsabilidade do pediatra na assistência contraceptiva da execução do procedimento técnico de inserção dos LARC. Embora a inserção e a retirada do DIU e do implante subdérmico demandem capacitação técnica específica, a atuação do pediatra não depende necessariamente da realização direta desses procedimentos. Sua participação inclui o aconselhamento contraceptivo, a apresentação das opções disponíveis, a avaliação da elegibilidade clínica, o apoio à escolha informada do método e a orientação sobre possíveis efeitos adversos.

Quando não estiver capacitado ou não dispuser de condições para realizar a inserção, o pediatra deve facilitar o encaminhamento para um profissional ou serviço habilitado, contribuindo para o acesso oportuno ao método escolhido e para a continuidade do acompanhamento. Dessa forma, a qualificação da formação pediátrica deve contemplar tanto as competências necessárias ao aconselhamento e à indicação dos LARC quanto o reconhecimento dos limites da própria atuação e dos fluxos de encaminhamento disponíveis (American Academy of Pediatrics, 2025).

Diante desse conjunto de achados, torna-se relevante considerar estratégias de educação continuada que contribuam para reduzir inseguranças e ampliar competências relacionadas à saúde sexual e reprodutiva na prática pediátrica. A integração de conteúdos sobre contracepção na formação em Pediatria, associada a oficinas práticas, atualização periódica e disponibilização de materiais de apoio padronizados, pode favorecer a aproximação entre conhecimento teórico e prática clínica. Nesse contexto, a educação permanente assume papel relevante, especialmente diante da necessidade de atualização contínua das recomendações e da diversidade de situações encontradas no atendimento de adolescentes.

A percepção de que um guia prático teria impacto positivo na formação, relatada por 85,7% dos participantes, reforça a receptividade ao produto educacional desenvolvido neste trabalho e sua pertinência como ferramenta de apoio à prática clínica. Embora não substitua o papel da residência em Pediatria na formação do pediatra quanto a esse tema, o manual prático foi elaborado como resposta direta às demandas identificadas na investigação, funcionando como ferramenta de capacitação e suporte à tomada de decisões clínicas.

As lacunas identificadas no conhecimento teórico sobre métodos contraceptivos – sobretudo os LARC –, a insegurança relatada pelos profissionais quanto ao aconselhamento e à prescrição contraceptiva e a baixa exposição prática durante a formação em Pediatria evidenciaram necessidades formativas específicas e orientaram a definição dos conteúdos do manual. Em resposta a essas demandas, o produto foi estruturado para abordar conteúdos essenciais, de forma objetiva e aplicada, incluindo indicações e contraindicações dos métodos contraceptivos, critérios de elegibilidade para adolescentes, manejo de efeitos adversos, aspectos éticos e legais relacionados ao atendimento do adolescente e esclarecimento de dúvidas e mitos frequentemente associados aos LARC.

A baixa segurança relatada pelos participantes para explicar o funcionamento dos LARC e acompanhar adolescentes em uso desses métodos também orientou a inclusão de explicações simplificadas sobre mecanismos de ação, orientações para o aconselhamento contraceptivo e fluxos de conduta que auxiliem o pediatra na tomada de decisão clínica.

Ao privilegiar uma abordagem objetiva e orientada para a prática, o material busca reduzir a distância entre conhecimento teórico e aplicação clínica, identificada neste estudo, oferecendo informações atualizadas, orientações sintéticas e aplicáveis e fluxos de conduta que possam contribuir para uma maior segurança e autonomia dos profissionais no manejo contraceptivo de adolescentes, sem substituir a formação especializada ou as diretrizes clínicas vigentes. Dessa forma, o material busca contribuir para um cuidado mais qualificado, seguro e alinhado às melhores evidências disponíveis, podendo, em última instância, favorecer a redução de gestações não planejadas e a promoção da autonomia reprodutiva dos adolescentes.

Ademais, o manual desenvolvido apresenta como diferencial sua organização direcionada às necessidades identificadas especificamente entre pediatras e residentes de Pediatria. Embora existam documentos e diretrizes elaborados por sociedades científicas, como a SBP e a FEBRASGO, esses materiais são, em geral, mais extensos e voltados a diferentes especialidades. Nesse sentido, o produto proposto pode se diferenciar por apresentar linguagem sintética, organização voltada à tomada de decisão clínica e foco nas dúvidas e barreiras relatadas pelos participantes. Assim, seu caráter aplicado constitui uma estratégia para aproximar recomendações baseadas em evidências da realidade cotidiana do atendimento pediátrico.

Além disso, o produto educacional apresenta potencial de aplicação em diferentes contextos educacionais e assistenciais. O material pode ser utilizado como recurso de apoio em programas de residência médica em Pediatria, contribuindo para fortalecer o ensino relacionado à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, podendo integrar também estratégias de educação permanente para profissionais envolvidos no cuidado dessa população, especialmente na atenção primária. Perspectivas futuras incluem a adaptação do conteúdo para formatos digitais ou plataformas de ensino híbrido, ampliando seu alcance e favorecendo a atualização contínua dos profissionais de saúde.

Apesar das contribuições deste estudo para a compreensão das lacunas na formação pediátrica e para o desenvolvimento de um produto educacional voltado à prática clínica, algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Trata-se de um estudo transversal, o que impede o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Além disso, os dados foram obtidos por meio de questionário autoaplicável, estando sujeitos a vieses de informação, como de memória e de desejabilidade social, uma vez que os participantes podem ter superestimado conhecimentos ou práticas consideradas socialmente desejáveis. Adicionalmente, o instrumento utilizado foi elaborado especificamente para esta pesquisa, não sendo submetido a processo formal de validação psicométrica, o que pode limitar a comparabilidade dos resultados com outros estudos.

A amostra foi composta por pediatras e residentes atuantes em um único município, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras realidades regionais ou contextos de formação médica. Além disso, foi utilizada amostragem não probabilística por conveniência, com participação voluntária, o que pode ter introduzido viés de seleção e favorecido a inclusão de profissionais com maior interesse ou envolvimento prévio com a temática da contracepção na adolescência. Dessa forma, os resultados devem ser interpretados com cautela quanto à sua generalização para a população de pediatras e residentes de Pediatria de Fortaleza. Ainda assim, tais limitações não invalidam os achados, mas reforçam a necessidade de cautela na extrapolação dos resultados e apontam caminhos para futuras investigações.

7 CONCLUSÃO

Os achados deste estudo destacam lacunas importantes no conhecimento, na formação e na prática de pediatras e residentes de Pediatria em relação à contracepção na adolescência, no que diz respeito aos LARC. Embora os participantes tenham apresentado, de modo geral, atitudes favoráveis à abordagem da contracepção na adolescência, observou-se importante distanciamento entre essa disposição e sua incorporação à prática clínica, caracterizado pela baixa frequência de prescrição e reduzida segurança para indicação e acompanhamento dos LARC.

A análise das características sociodemográficas e profissionais permitiu identificar possíveis tendências relacionadas ao conhecimento, à segurança e às práticas contraceptivas, contribuindo para uma compreensão mais abrangente dos fatores envolvidos. Residentes de Pediatria em atividade apresentaram maior escore de Comportamento, em comparação aos pediatras que já haviam concluído a residência, enquanto a idade apresentou correlação negativa com os escores de Conhecimento e Comportamento. Esses achados sugerem possível relação entre proximidade com a formação e incorporação das práticas contraceptivas, embora devam ser interpretados como hipóteses, logo, não se permitindo estabelecer relações de causalidade.

Os resultados também evidenciaram limitações na formação em Pediatria, com exposição insuficiente à saúde sexual e reprodutiva e aos métodos LARC durante a residência, além de insegurança para o aconselhamento, indicação e acompanhamento desses métodos. A análise qualitativa reforçou a percepção do pediatra como profissional estratégico para a abordagem da sexualidade e do aconselhamento contraceptivo de adolescentes, mas também revelou insegurança técnica e encaminhamento frequente ao especialista em contracepção. Esses dados reforçam a necessidade de fortalecer a formação pediátrica e a educação permanente em saúde, com maior integração entre conhecimento teórico, exposição prática e suporte à tomada de decisão clínica.

A divulgação e reflexão sobre os achados deste estudo junto à SBP podem contribuir para o fortalecimento da formação dos médicos residentes em Pediatria, particularmente no campo da contracepção na adolescência, temática relevante por seus potenciais benefícios sociais e psicológicos para os adolescentes e seus familiares. Da mesma forma, os resultados podem subsidiar discussões junto aos

gestores de saúde sobre a inclusão dessa temática nos processos de atualização e educação permanente dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde, especialmente daqueles envolvidos no cuidado com a saúde do adolescente.

Nesse contexto, o manual prático, desenvolvido como produto educacional do Mestrado em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais, foi elaborado como resposta direta às necessidades formativas identificadas. Ao oferecer informações atualizadas, orientações sintéticas e aplicáveis e suporte à tomada de decisão clínica, o material busca ampliar a segurança dos profissionais e aproximar a prática pediátrica das recomendações baseadas em evidências. Embora não substitua a formação em residência ou as diretrizes clínicas vigentes, o produto apresenta potencial para ser aplicado como ferramenta de apoio à formação e à educação permanente. Espera-se que sua utilização, associada a estratégias de formação, possa contribuir para a qualificação do aconselhamento contraceptivo, o fortalecimento do papel do pediatra e a promoção da autonomia reprodutiva dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, S.; BARLOW, E. Long-acting reversible contraception: an essential guide for pediatric primary care providers. **Pediatric Clinics of North America**, New York, v. 64, n. 2, p. 359-369, dez. 2017. Disponível em: <https://www.em-consulte.com/it/article/1189037/resume/long-acting-reversible-contraception-an-essential->. Acesso em: 20 jun. 2026.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Contraception for adolescents: policy statement. **Pediatrics**, Springfield, v. 156, n. 1, p. 1-10, jul. 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40518137/>. Acesso em: 20 jun. 2026.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. **Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 131, n. 5, p. 130-139, dez. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29683910/>. Acesso em: 20 jun. 2026.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. **Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 130, n. 5, p. 251-269, dez. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29064972/>. Acesso em: 20 jun. 2026.
- AMORIM, R. V. **Contracepção de emergência**: desconforto para a prescrição do método entre os médicos que atuam na área de pediatria no estado do Amazonas. 2019. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17144/tde-11022020-160241/publico/RENATAVIEIRAAMORIMco.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2026.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BEARAK, J. *et al.* Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. **The Lancet Global Health**, Londres, v. 8, n. 9, p. 52-61, set. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32710833/>. Acesso em: 20 jun. 2026.
- BORGES, A. L. V. *et al.* Fertility rates among very young adolescent women: temporal and spatial trends in Brazil, 2000–2012. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Londres, v. 16, n. 1, p. 1-10, mar. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26992396/>. Acesso em: 20 jun. 2026.
- BORGES, A. L. V. *et al.* Individual and context correlates of the oral pill and condom use among Brazilian female adolescents. **BMC Women's Health**, Londres, v. 21, n. 307, p. 1-9, ago. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34412604/>. Acesso em: 20 jun. 2026.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 20 jun. 2026.

BRASIL. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/marco-legal-saude-um-direito-de-adolescentes/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/educacao-e-pesquisa/qualificacao-profissional-em-vigilancia-sanitaria/politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude.pdf/@display-file/file>. Acesso em: 20 jun. 2026.

BRASIL. Resolução CNRM nº 01, de 8 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a inclusão da disciplina Medicina do Adolescente nos programas de residência médica em Pediatria. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2002.

BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**. Brasília: CNE, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view. Acesso em: 20 jun. 2026.

BRAVERMAN, P. K. *et al.* Contraception for adolescents. **Pediatrics**, Springfield, v. 134, n. 4, p. 1244-1256, out. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25266430/>. Acesso em: 4 ago. 2026.

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZÁN, J. M.; LAMMERS, C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 192, n. 2, p. 342-349, fev. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15695970/>. Acesso em: 4 ago. 2026.

COSTA, A. C. M.; OLIVEIRA, B. L. C. A.; ALVES, M. T. S. S. B. Prevalência e fatores associados à gravidez não planejada em uma capital do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 2, p. 461-471, abr./jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/TykmnpktX3Y8LPCv7M349yf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 ago. 2026.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Anticoncepção para adolescentes**. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO. São Paulo: FEBRASGO, 2017.

FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Atendimento de adolescentes abaixo de 14 anos de idade: alerta de esclarecimento – Lei Federal nº 12.015/2009. **Femina**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 25-28, abr. 2021. Disponível em:

https://femina.org.br/wp-content/uploads/sites/12/articles_xml/0100-7254-femina-49-1-0025/0100-7254-femina-49-1-0025.pdf. Acesso em: 4 ago. 2026.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Contracepção reversível de longa ação**. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO. São Paulo: FEBRASGO, 2022.

GRAM, F. *et al.* Barriers and negative perceptions of long-acting reversible contraceptives: a qualitative systematic review and meta-study. **Discover Medicine**, New York, v. 2, n. 25, p. 1-11, jan. 2025. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s44337-025-00213-z>. Acesso em: 4 ago. 2026.

IGRAS, S. M. *et al.* Investing in very young adolescents' sexual and reproductive health. **Global Public Health**, Londres, v. 9, n. 5, p. 555-569, maio, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24824757/>. Acesso em: 4 ago. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022**: resultados preliminares. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 4 ago. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**: análise de indicadores comparáveis dos escolares do 9º ano do ensino fundamental – municípios das capitais: 2009/2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2022b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101955.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2026.

KIM, E. J. *et al.* A meta-analysis of the effects of comprehensive sexuality education programs on children and adolescents. **Healthcare**, Basileia, v. 11, n. 18, p. 1-17, set. 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/18/2511>. Acesso em: 4 ago. 2026.

KRASS, P. *et al.* Pediatric resident perspectives on long-acting reversible contraception training: a cross-sectional survey of Accreditation Council for Graduate Medical Education trainees. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 72, n. 6, p. 964-971, jun. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36907801/>. Acesso em: 4 ago. 2026.

NILSON, T. V. *et al.* Unplanned pregnancy in Brazil: national study in eight university hospitals. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, n. 35, p. 1-9, dez. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/rLNZV93NLzLDrDSzby7DRyn/?format=pdf&lang=pt&ilang=en>. Acesso em: 20 jun. 2026.

NORRIS, A. H.; PRITT, N. M.; BERLAN, E. D. Can pediatricians provide long-acting reversible contraception? **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, Filadélfia, v. 32, n. 1, p. 39-43, fev. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30278228/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach**. Revised edition. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/9789231002595>. Acesso em: 20 jun. 2026.

PAULA, B. M. R.; BRUNELLI, D. R. O.; MARCELLINI, C. O uso dos métodos anticoncepcionais por estudantes de Medicina: uma revisão narrativa. **Femina**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 190-192, dez. 2023. Disponível em: https://femina.org.br/wp-content/uploads/sites/12/articles_xml/0100-7254-femina-51-3-0190/0100-7254-femina-51-3-0190.pdf. Acesso em: 20 jun. 2026.

SCHIAVONI, K. H. *et al.* Pediatric practice transformation and long-acting reversible contraception (LARC) use in adolescents. **Academic Pediatrics**, New York, v. 22, n. 2, p. 296-304, mar. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34758402/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

SECURA, G. M. *et al.* The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 203, n. 2, p. 1-15, jun. 2010. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2910826/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Atualização sobre métodos efetivos de contracepção na adolescência**. Guia Prático de Atualização. Rio de Janeiro: SBP, 2023a. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/atualizacao-sobre-metodos-efetivos-de-contracepcao-na-adolescencia/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Consulta do adolescente**: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. Rio de Janeiro: SBP, 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21512c-MO_-_ConsultaAdolescente_-_abordClinica_orienteticas.pdf. Acesso em: 20 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia Prático de Atualização**: Anticoncepção na Adolescência. Rio de Janeiro: SBP, 2018. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/anticoncepcao-na-adolescencia/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Leis e normas que embasam o atendimento do adolescente nas unidades de saúde**. Rio de Janeiro: SBP, 2023b. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2026/08/23974c-NEsp_-_LeisNormas_q_embasam_atend_do_adl_nas_UnidSaude.pdf. Acesso em: 20 jun. 2026.

TORRES-CORTÉS, B. *et al.* Shared components of worldwide successful sexuality education interventions for adolescents: a systematic review of randomized trials. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basileia, v. 20, n. 5, p. 1-23, fev. 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/5/4170>. Acesso em: 20 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Building an adolescent competent workforce.** Geneva: WHO, 2015a. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/296e36ea-19e2-41a3-b3f1-cb181c53e5af/content>. Acesso em: 20 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!):** guidance to support country implementation. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512343>. Acesso em: 20 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global standards for quality health-care services for adolescents.** Geneva: WHO, 2015b. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ed1c0d2a-6153-4bc0-a71f-bff6d7babe81/content>. Acesso em: 20 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transforming and scaling up health professionals' education and training:** WHO education guidelines 2013. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/64d1ae96-1780-4cf8-a4cb-67fcbc2dbcf9/content>. Acesso em: 20 jun. 2026.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto “Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração (LARC) para Adolescentes: Guia Prático para Pediatras”.

Esta pesquisa é voltada para médicos pediatras e residentes em Pediatria. Nosso objetivo é avaliar a prática e o conhecimento deste grupo sobre a prescrição de métodos contraceptivos para adolescentes, com foco em LARC (métodos contraceptivos reversíveis de longa duração). Sua participação é fundamental para identificar desafios e melhorar a formação médica sobre esse tema. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Christus (Unichristus), conforme as diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Antes de iniciar, apresentaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde você encontrará mais informações sobre o estudo. Sua participação é voluntária e levará cerca de 07 minutos.

Agradecemos sua colaboração!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Sobre a pesquisa

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o conhecimento e a prática de médicos pediatras e residentes em Pediatria sobre a prescrição de métodos contraceptivos para adolescentes, com ênfase nos LARC.

A pesquisadora responsável pelo estudo é Marina Costa Campos, médica ginecologista e aluna do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde e Tecnologias Educacionais da Unichristus, sob orientação da Profª Jocileide Sales Campos, docente da Unichristus e doutora em Saúde Pública.

O que envolve sua participação?

Você responderá a um questionário eletrônico, com duração aproximada de 10 minutos, sobre sua prática e conhecimento na prescrição de contraceptivos para adolescentes. O questionário só será acessível após seu consentimento. Sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízos ou penalidades.

Riscos e benefícios

Os riscos desta pesquisa são mínimos. No entanto, caso alguma pergunta cause desconforto, você pode optar por não respondê-la ou interromper sua participação. Como benefício, sua contribuição ajudará no desenvolvimento de um guia prático para auxiliar pediatras na prescrição e orientação sobre métodos contraceptivos para adolescentes, impactando positivamente na prevenção da gravidez precoce.

Privacidade e confidencialidade

Seus dados serão mantidos em sigilo e anonimato, sendo utilizados exclusivamente para fins científicos e acadêmicos. Os resultados poderão ser divulgados em congressos, eventos e publicações científicas, sem qualquer identificação dos participantes.

Comitê de ética

Este estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Christus (Unichristus). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança de participantes de pesquisa. Se desejar informações sobre seus direitos como participante ou relatar qualquer problema, entre em contato com o CEP da Unichristus:

📍 **Endereço:** Rua João Adolfo Gurgel, 133, Bairro Cocó, Fortaleza – CE

☎ **Telefone:** (85) 3265-8100 (segunda a sexta, das 8h às 12h e das 13h às 17h)

Contato e esclarecimento de dúvidas

Caso tenha dúvidas sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável:

✉ **E-mail:** dramarinaccampos@hotmail.com

☎ **Telefone:** (85) 98874-0775

Consentimento e acesso ao questionário

Você pode baixar uma cópia deste TCLE para seus arquivos e, quando a pesquisa for concluída, ter acesso aos resultados [neste link](#).

Ao clicar em “Aceito participar da pesquisa”, você declara que leu e compreendeu as informações acima, concorda em participar voluntariamente e autoriza o uso dos seus dados para fins científicos e acadêmicos, garantindo-se o sigilo de sua identidade.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO

Conhecimentos e Práticas na Prescrição de Métodos Contraceptivos para Adolescentes

Aceita participar?

- () Sim, li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aceito participar da pesquisa.
- () Não, não desejo participar.

DADOS PESSOAIS

Idade (apenas números): _____

Gênero: () Masculino () Feminino () Prefiro não responder

Qual a sua experiência com a residência em Pediatria?

- () Estou no 1º ano da residência (R1)
- () Estou no 2º ano da residência (R2)
- () Estou no 3º ano da residência (R3)
- () Terminei residência há menos de 1 ano
- () Terminei residência entre 1 a 5 anos
- () Terminei residência há mais de 5 anos
- () Não realizei residência mas atuo na área

Possui especialização ou está em formação em alguma especialidade pediátrica? (Ex.: Pneumologia Pediátrica, Neurologia Pediátrica, etc.)

- () Sim () Não

Se sim, qual especialidade? _____

Possui outra formação médica fora da área de Pediatria? (Ex.: Clínica Médica, Medicina da Família e Comunidade, Ginecologia e Obstetrícia, etc.)

- () Sim () Não

Se sim, qual? _____

CONHECIMENTOS SOBRE CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

De acordo com seu conhecimento prévio, quais dos seguintes métodos são considerados contraceptivos reversíveis de longa duração – conhecidos como LARC (Long-Acting Reversible Contraception)? (Marque todas que se aplicam)

- () Pílulas anticoncepcionais
- () Adesivos anticoncepcionais
- () Injeções anticoncepcionais
- () Dispositivo intrauterino (DIU) não hormonal
- () Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal
- () Implante contraceptivo subdérmico (Implanon)

- ☐ Preservativo masculino
- ☐ Preservativo feminino
- ☐ Anel vaginal
- ☐ Outros métodos de barreira (diafragma, esponja, etc.)
- ☐ Métodos de abstinência/comportamentais (Tabelinha, Billings, etc.)
- ☐ Esterilização cirúrgica (laqueadura, vasectomia)
- ☐ Não sei
- ☐ Outro: _____

Quais dos seguintes métodos contraceptivos você considera ter um bom conhecimento? (Marque todas que se aplicam)

- ☐ Pílulas anticoncepcionais
- ☐ Adesivos anticoncepcionais
- ☐ Injeções anticoncepcionais
- ☐ Dispositivo intrauterino (DIU) não hormonal
- ☐ Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal
- ☐ Implante contraceptivo subdérmico (Implanon)
- ☐ Preservativo masculino
- ☐ Preservativo feminino
- ☐ Anel vaginal
- ☐ Outros métodos de barreira (diafragma, esponja, etc.)
- ☐ Métodos de abstinência/comportamentais (Tabelinha, Billings, etc.)
- ☐ Esterilização cirúrgica (laqueadura, vasectomia)
- ☐ Outro: _____

Considero bom o meu nível de conhecimento sobre LARC.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

PRÁTICAS NA PRESCRIÇÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PARA ADOLESCENTES

Com que frequência você aborda o tema sexualidade e contracepção com pacientes adolescentes?

- ☐ Sempre que possível
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não trabalho com pacientes adolescentes
- ☐ Não tenho oportunidade de abordar o assunto

Você se sente confortável em conversar sobre sexualidade com pacientes adolescentes?

- ☐ Sim, e prefiro que o responsável não esteja presente
- ☐ Sim, e faço questão que o responsável esteja presente
- ☐ Sim, e sou flexível sobre a presença do responsável
- ☐ Não

Com que frequência você prescreve ou indica métodos contraceptivos para adolescentes na sua prática clínica como pediatra?

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca prescrevi

Quais fatores você considera mais importantes ao indicar um método contraceptivo para uma adolescente?

- ☐ Idade da paciente
- ☐ Histórico médico da paciente
- ☐ Preferências da paciente
- ☐ Custo
- ☐ Acessibilidade
- ☐ Eficácia do método
- ☐ Facilidade de uso
- ☐ Efeitos colaterais
- ☐ Não prescrevo contraceptivos para adolescentes
- ☐ Outro: _____

Qual ou quais métodos você considera mais adequado(s) para contracepção em adolescentes saudáveis (sem patologias ou contraindicações) com vida sexual ativa? (Marque todas que se aplicam)

- ☐ Pílulas anticoncepcionais
- ☐ Adesivos anticoncepcionais
- ☐ Injeções anticoncepcionais
- ☐ Dispositivo intrauterino (DIU) não hormonal
- ☐ Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal
- ☐ Implante contraceptivo subdérmico (Implanon)
- ☐ Preservativo masculino
- ☐ Preservativo feminino
- ☐ Anel vaginal
- ☐ Outros métodos de barreira (diafragma, esponja, etc.)
- ☐ Métodos de abstinência/comportamentais (Tabelinha, Billings, etc.)
- ☐ Esterilização cirúrgica (laqueadura, vasectomia)
- ☐ Outro: _____

Quais os principais motivos que levam você a não prescrever ou não indicar um método contraceptivo a adolescentes? (Marque todas que se aplicam)

- ☐ Não me sinto seguro sobre qual método prescrever
- ☐ Não acho que seja necessário / relevante para a minha prática clínica
- ☐ Não me sinto à vontade para conversar com adolescentes sobre sexualidade
- ☐ Acredito que apenas os ginecologistas devem prescrever
- ☐ Não concordo com a prescrição de contraceptivos para adolescentes
- ☐ Não tenho a oportunidade de prescrever ou indicar
- ☐ Não tenho dificuldade em prescrever ou indicar
- ☐ Outro: _____

Quais desafios você enfrenta com mais frequência ao prescrever ou indicar contraceptivos para adolescentes? (Marque todas que se aplicam)

- ☐ Falta de conhecimento atualizado
- ☐ Falta de tempo durante as consultas
- ☐ Resistência dos pais ou responsáveis
- ☐ Resistência da paciente
- ☐ Questões culturais ou religiosas
- ☐ Não prescrevo contraceptivos
- ☐ Outro: _____

Você acredita que seja fundamental que o pediatra saiba prescrever ou indicar métodos contraceptivos para adolescentes?

- ☐ Sim, para a grande maioria dos casos
- ☐ Sim, mas apenas para adolescentes saudáveis, sem patologias ou contraindicações
- ☐ Sim, mas apenas para adolescentes com as patologias pediátricas mais simples ou prevalentes
- ☐ Não considero fundamental, mas traria benefícios à prática clínica
- ☐ Não considero fundamental e nem relevante à prática clínica pediátrica

Se uma adolescente me procura solicitando um método contraceptivo, eu:

- ☐ Converso sobre o assunto com segurança e prescrevo ou indico o melhor método
- ☐ Converso sobre o assunto com segurança, mas encaminho a outro profissional para decisão do método
- ☐ Converso sobre o assunto, mas não sinto segurança em aprofundar o tema
- ☐ Evito o assunto, pois não tenho segurança no tema
- ☐ Evito o assunto por outros motivos

O conhecimento sobre contracepção na adolescência que adquiri durante a residência foi suficiente para minha prática clínica.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Sempre encaminho uma adolescente para um ginecologista para decisão sobre contracepção.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Mesmo tendo um amplo conhecimento sobre contracepção, encaminharia uma adolescente para um ginecologista para decidir o método contraceptivo.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Me sinto confiante para prescrever ou indicar um método contraceptivo para uma adolescente que não possui patologias ou contraindicações.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Me sinto confiante para prescrever ou indicar um método contraceptivo para uma adolescente portadora das patologias pediátricas mais simples e/ou prevalentes.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Me sinto confiante para prescrever ou indicar um método contraceptivo para qualquer adolescente, mesmo com patologias complexas.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

EXPERIÊNCIA COM LARC

Considerando que LARC (Long-Acting Reversible Contraception) corresponde aos contraceptivos reversíveis de longa ação, e que os LARC disponíveis atualmente no Brasil são DIU não hormonal, DIU hormonal e implante subcutâneo, avalie as afirmações abaixo.

Durante a residência, em que situações você teve oportunidade de aprender sobre LARC? (Marque todas que se aplicam)

- ☐ () Aula ou seminário
- ☐ () Prática ambulatorial
- ☐ () Vivência hospitalar
- ☐ () Discussão clínica
- ☐ () Estudo individual
- ☐ () Não tive contato com LARC durante a residência
- ☐ () Outro: _____

Durante a residência, tive suficiente contato com ambulatórios com atendimento voltado para adolescentes.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Durante a residência, tive contato com pediatras que prescreviam ou indicavam uso de LARC para adolescentes.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Adquiri um bom conhecimento sobre LARC durante a residência.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Já procurei estudar sobre LARC para melhorar minha prática clínica pediátrica.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Sei explicar para um adolescente, de forma simplificada, o que é um LARC e como é feita a sua inserção e retirada.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Sei as contraindicações de um LARC.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Sei os principais efeitos colaterais causados pelos LARC.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Sei manejar os principais efeitos colaterais causados pelos LARC.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Tenho segurança para indicar a utilização de um LARC para uma adolescente.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Tenho segurança para realizar o seguimento de uma adolescente em uso de um LARC e tirar suas dúvidas.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Acredito que os melhores métodos contraceptivos para adolescentes saudáveis são os LARC.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Você acha que é necessário ter a autorização de um responsável para uma adolescente fazer uso de um LARC?

- () Sim, para qualquer paciente abaixo de 18 anos
- () Sim, mas apenas para menores de 14 anos
- () Não

NECESSIDADES FORMATIVAS E RECURSOS

Um guia prático sobre contracepção teria influenciado positivamente minha experiência profissional durante a residência.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Um maior nível de conhecimento sobre o tema aumentaria a minha indicação de LARC para adolescentes.

1 – Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 – Concordo totalmente

Quais tópicos você gostaria de ver abordados em um guia de prescrição de LARC? (Marque todas que se aplicam)

- () Tipos de métodos e seus mecanismos de ação
- () Indicações e contraindicações
- () Efeitos colaterais e adversos e seus manejos
- () Estratégias de aconselhamento para adolescentes
- () Considerações éticas e legais
- () Aplicabilidade nas patologias ginecológicas mais prevalentes entre adolescentes
- () Casos clínicos e exemplos práticos
- () Outro: _____

Qual sua opinião sobre o papel do pediatra na prescrição de contracepção para adolescentes? (Resposta opcional)

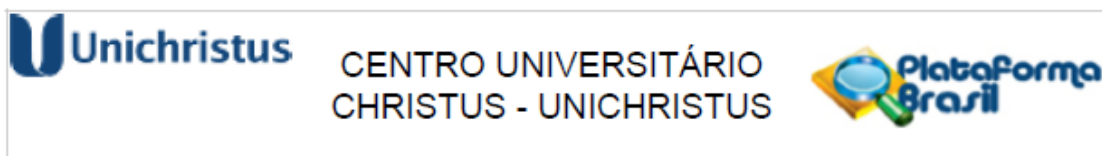
Sugestões ou comentários adicionais: (Resposta opcional)

Você autoriza ser contactado para responder possíveis questionamentos subsequentes sobre esse tema? () Sim () Não

Se sim, insira um e-mail ou telefone preferencial para contato:

APÊNDICE C – MANUAL PRÁTICO⁶

⁶ Link para acesso: <https://canva.link/manual-pratico-larc-para-adolescentes>.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Contraceptivos reversíveis de longa ação (LARC) para adolescentes: Guia Prático para Pediatras

Pesquisador: Marina Costa Campos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82992024.0.0000.5049

Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.112.032

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem como objetivo avaliar as práticas e o conhecimento dos residentes de pediatria e médicos pediatras de Fortaleza sobre a prescrição de contracepção para adolescentes, focado em contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC), visando a criação de um guia prático de prescrição de LARC para adolescentes. Os dados serão coletados através de um questionário online, composto por questões de múltipla escolha e dissertativas, elaborado com base em diretrizes atuais sobre contracepção para adolescentes. A análise de dados incluirá estatísticas descritivas e testes de associação, além de análise qualitativa das respostas dissertativas. Espera-se mapear o nível de conhecimento dos residentes e médicos pediatras sobre métodos contraceptivos para adolescentes, identificar as principais barreiras na prescrição de LARC e desenvolver um guia prático para sua prescrição, baseado nas necessidades e lacunas de conhecimento identificadas, fornecendo assim uma ferramenta essencial para a formação médica que ajudará a promover uma prática clínica mais segura e eficaz.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Desenvolver um guia de prescrição e manejo de contraceptivos reversíveis de longa ação

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-080

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Parecer: 7.112.032

(LARC) para adolescentes, voltado para médicos com formação em Pediatria.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa envolve risco mínimo de possível desconforto ao responder a alguma(s) pergunta(s) do questionário proposto.

Benefícios:

A criação de um guia específico para LARC para pediatras pode melhorar a competência e confiança desses profissionais no seu manejo, contribuindo para a redução de gravidez indesejada e promoção da saúde sexual entre adolescentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto do Mestrado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão de acordo com a resolução.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto 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_2345900.pdf	25/08/2024 20:01:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA.docx	25/08/2024 20:00:37	Marina Costa Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFINAL.docx	25/08/2024 19:59:55	Marina Costa Campos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTAANUENCIA.pdf	25/08/2024 10:45:41	Marina Costa Campos	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.docx	25/08/2024	Marina Costa	Aceito

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

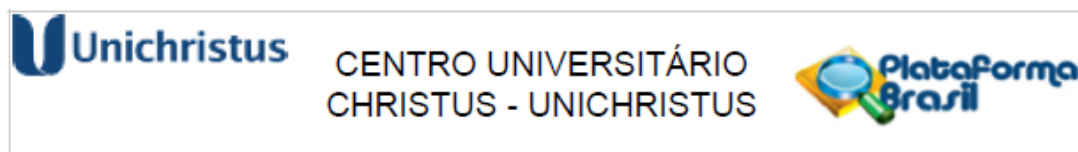
CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 7.112.032

Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.docx	10:44:36	Campos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/08/2024 18:34:51	Marina Costa Campos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	04/08/2024 18:34:42	Marina Costa Campos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 30 de Setembro de 2024

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br