

Panorama da Contracepção de Emergência no Brasil

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista

São Paulo-SP – CEP: 01314-000

Tel.: (11) 3116-8500

Fax: (11) 3105-2772

www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo**

David Everson Uip

Instituto de Saúde**Diretora do Instituto de Saúde**

Luiza Sterman Heimann

Vice-diretora do Instituto de Saúde

Sônia I. Venancio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP

Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias para o SUS-SP

Tereza Setsuko Toma

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico

Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo

Bianca de Mattos Santos

Coleção Temas em Saúde Coletiva Volume 21 – Panorama da Contraceção de Emergência no Brasil

ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva

ISBN 978-85-88169-30-2

Tiragem: 2000 exemplares

Panorama da Contraceção de Emergência no Brasil

Organização: Regina Figueiredo, Ana Luiza Vilela Borges, Sílvia Helena Bastos de Paula

Edição: Márcio Derbli

Imagens da capa: Maria Aparecida de Godoy (cidarte@uol.com.br), gentilmente cedidas pela Semina Educativa Ltda. Desenhos, original giz de cera sobre papel.

Revisão, capa e tratamento de imagens: Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

Projeto gráfico, editoração e impressão: Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica

Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração

Bianca de Mattos Santos

Biblioteca

Carmen Campos Arias Paulenas

Conselho Editorial Executivo

Amanda Cristiane Soares

Camila Garcia Tosetti Pejão

Carlos Tato Cortizo

Carmen Campos Arias Paulenas

Katia Cibelle Machado Pirota

Luiza Sterman Heimann

Lígia Rivero Pupo

Marcio Derbli

Monique Borba Cerqueira

Marina Ruiz de Matos

Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Tereza Setsuko Toma

Este livro não pode ser comercializado e sua distribuição é gratuita.

A versão online está disponível no site www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/temas-em-saude-coletiva

Parceria institucional na publicação:

Rede Brasileira de Promoção de Informação e Disponibilização da Contraceção de Emergência

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca. Centro de Apoio Técnico-Científico. Instituto de Saúde**

Panorama da contraceção de emergência no Brasil/ organizado por Regina Figueiredo, Ana Luiza Vilela Borges, Sílvia Helena Bastos de Paula. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

252p. (Temas em saúde coletiva, 21)

ISBN: 978-85-88169-30-2

1. Anticoncepção Pós-Coito 2. Anticoncepção 3. Planejamento Familiar
4. Direitos Sexuais e Reprodutivos I. Figueiredo, Regina, org. II. Borges, Ana Luiza Vilela, org. III. Bastos de Paula, Sílvia Helena, org. IV. Série.

Panorama da Contracepção de Emergência no Brasil

**Regina Figueiredo
Ana Luiza Vilela Borges
Silvia Helena Bastos de Paula**
Organizadores

**Instituto de Saúde
São Paulo - 2016**

Sumário

Panorama da Contraceção de Emergência no Brasil

Organização: Regina Figueiredo, Ana Luiza Vilela Borges, Silvia Helena Bastos de Paula

Organizadores e Autores7

Instituições Parceiras 11

Introdução - A Contraceção de Emergência como Conquista de Direitos Sexuais e Reprodutivos

Regina Figueiredo, Ana Luiza Vilela Borges e Silvia Bastos..... 15

1. A Global Assessment of Emergency Contraception Accessibility

Elizabeth Westley, Jamie Bass, Cristina Puig..... 23

2. ¿Qué ha pasado con la Anticoncepción de Emergencia en América Latina? Un panorama de su estado y las amenazas que la acechan

José Manuel Morán Faúndes..... 41

3. Distribuição da Contraceção de Emergência pelo Ministério da Saúde

Vanusa Baeta Figueiredo Peres 73

4. Panorama da Distribuição Gratuita, Venda e Uso da Contraceção de Emergência no Brasil

Regina Figueiredo..... 83

5. Contraceção de Emergência e Violência Sexual

Jefferson Drezett..... 103

6. Conhecimento e Uso de Anticoncepção de Emergência entre Adolescentes	
Christiane Borges do Nascimento Chofakian, Ana Luiza Vilela Borges, Osmara Alves dos Santos	125
7. Prescrição da Contracepção de Emergência por Ginecologistas, Enfermeiros(as) e outros Profissionais de Saúde Brasileiros	
Regina Figueiredo, Silvia Bastos	145
8. O Olhar do Farmacêutico sobre a Contracepção de Emergência	
Elaine Reis Brandão, Cristiane da Silva Cabral, Miriam Ventura da Silva, Luiza Lena Bastos, Sabrina Pereira Paiva, Naira Villas Boas Vidal de Oliveira, Iolanda Szabo.....	167
9. Barreiras para Utilização da Contracepção de Emergência quando Indicada	
Osmara Alves dos Santos, Ana Luiza Vilela Borges, Christiane Borges do Nascimento Chofakian	193
10. Divulgação da Contracepção de Emergência na Mídia Impressa Brasileira: necessidade do debate sobre sexualidade na adolescência	
Elaine Reis Brandão	211
11. Internet como Instrumento de Disseminação de Informações e Esclarecimento de Dúvidas sobre Contracepção de Emergência	
Narita Godoy Silva, Monique Paluan Carvalho Sanchez, Regina Figueiredo, Ana Luiza Vilela Borges	235
Siglas e Abreviaturas Utilizadas	249

Organizadores e Autores

Organizadoras

Regina Figueiredo (*reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br*) é socióloga, mestre em antropologia da saúde e sanitarista pela Universidade de São Paulo, pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e coordenadora da Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência (REDE CE) e membro do *Consórcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia* (CLAE).

Ana Luiza Vilela Borges (*alvilela@usp.br*) é enfermeira pela Universidade de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, mestre e doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Professora Doutora do Departamento de Práticas em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, vice-coordenadora da Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência (REDE CE) e membro do *Consórcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia* (CLAE).

Silvia Bastos (*silviabastos@isaude.sp.gov.br*) é enfermeira, doutora em Ciências, mestre em Saúde Pública e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e membro da Rede Brasileira (REDE CE) e membro do Comitê Consultivo do *Consórcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia* (CLAE).

Outros Autores (por ordem dos capítulos)

Elizabeth Westley (ewestley@msh.org) é mestre em Saúde Pública pelo *Hunter College* de Nova Iorque, dirige o *International Consortium for Emergency Contraception* (ICEC) e atuou no *Population Council* e no *EngenderHealth*.

Jamie Bass (jamie@americansocietyforec.org) é cientista político com especialização em Estudos Feminos pela Universidade de Michigan e Mestre em Saúde Pública pela Universidade de Nova York, é membro da *International Consortium for Emergency Contraception* (ICEC), consultor da *American Society for Emergency Contraception* (ASEC) e do *The European Consortium for Emergency Contraception* (ECEC).

Cristina Puig Borràs (cpuig@eeirh.org) é formada em Comunicação e Mestre em Desenvolvimento Internacional pela *Universitat Autònoma de Barcelona*. Com mais de 15 anos de experiência no campo da defesa de saúde e dos Direitos Reprodutivos, desde 2012 coordena *The European Consortium for Emergency Contraception* (ECEC).

José Morán Faundes (jmf Moran@gmail.com) é Doutor em Estudos Sociais da América Latina, Investigador do Conselho Nacional de Investigações Científicas e Técnicas (CONICET) da Argentina e do Programa de Direitos Sexuais e Reprodutivos e Docente de Sociologia Jurídica e da Faculdade de Direito e Ciências Sociais da Universidad Nacional de Córdoba e Integrante do Consórcio Consultivo do *Consórcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia* (CLAE).

Vanusa Baeta Figueiredo Peres (vanusafigueiredov@gmail.com) é farmacêutica-bioquímica e mestre em epidemiologia pela Fundação Oswaldo Cruz, foi membro técnico da Coordenação Geral da Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde de 2009 a 2014, onde atualmente dá consultoria e atua na Secretaria de Gestão e Trabalho e Educação na Saúde, do Projeto mais Médicos.

Jefferson Drezett (jdrezett@gmail.com) é Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Professor Colaborador da Disciplina de Saúde Sexual e Reprodutiva e Genética Populacional da Faculdade de Medicina do ABC, Coordenador do Núcleo de Violência

Sexual e Aborto Legal do Hospital Pérola Byington e Editor da Revista Reprodução & Climatério, da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana.

Christiane Borges do Nascimento Chofakian (*chris@usp.br*) é enfermeira obstetrix pela Escola de Artes e Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, mestre e doutoranda em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Osmara Alves dos Santos (*osmara.alves@hotmail.com*) é enfermeira pela Universidade Tiradentes, mestre e doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Elaine Reis Brandão (*brandao@iesc.ufrj.br*) possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora, mestrado e doutorado em Saúde Coletiva / Ciências Humanas e Saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e é professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, atuando no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Cristiane da Silva Cabral (*cabralcs@usp.br*) possui graduação em psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IP-URFJ), mestrado e doutorado em Saúde Coletiva – Ciências Humanas e Saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ) e é professora do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (FSP-USP).

Miriam Ventura (*miriam.ventura@iesc.ufrj.br*) possui graduação em direito, mestrado e doutorado em Saúde Pública (Ensp-Fiocruz) e é professora adjunta da Área de Ciências Humanas e Sociais do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC-UFRJ).

Luiza Lena Bastos (*luizalena2@gmail.com*) possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Maria, mestrado em Saúde Coletiva – Ciências Humanas e Saúde pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro e é aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Sabrina Pereira Paiva (*sabrina.paiva@ufff.edu.br*) possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora, mes-

trado em Saúde Coletiva – Ciências Humanas e Saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro e é professora da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG.

Naira Villas Bôas Vidal de Oliveira (*nairavbvoliveira@gmail.com*) possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, máster em Atenção Farmacêutica pela Universidade de Granada – Espanha e mestrado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente é farmacêutica da Farmácia Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Iolanda Szabo (*iolandaszabo@iesc.ufjf.br*) possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Especialista em Ciências do Laboratório Clínico pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente Coordena a Área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Narita Godoy Silva (*narita.godoys@gmail.com*) é graduanda em Obstetrícia pela Universidade de São Paulo, foi bolsista do Programa da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo com projeto de atuação e renovação da Rede Brasileira de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência (REDE CE).

Monique Paluan Carvalho Sanchez (*monique.sanchez@usp.br*) é graduanda na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e bolsista do Programa da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária com projeto de atuação na Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência (REDE CE).

Instituições dos Autores e Parceiros da Obra

Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP)



Órgão vinculado à Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo que tem como atribuição fundamental avaliar as políticas de saúde, subsidiando os gestores na tomada de decisão. Criado por ocasião da Reforma Administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, tem como missão produzir conhecimento científico e tecnológico no campo da Saúde Coletiva e promover sua apropriação para o desenvolvimento de políticas públicas, visando à melhoria da qualidade de vida da população, prestando assessoria e colaborando na formação de recursos humanos, em consonância com os princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade e participação social [www.isaude.sp.gov.br].

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP)



Integra a *Universidade de São Paulo* e se propõe à preparação de enfermeiros, docentes, pesquisadores e especialistas em todos os ramos da Enfermagem através dos cursos de graduação, pós-graduação (mestrado, doutorado e especialização) e de extensão universitária, articulada com instituições governamentais e não governamentais e diferentes setores sociais, realiza convênios, assessorias e ações voltadas ao ensino, pesquisa e prestação de serviços à comunidade sob formas múltiplas [<http://www.ee.usp.br/>].

Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contraceção de Emergência (REDE CE)



Articulação de entidades brasileiras, associada ao *Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia* (CLAE), que busca contribuir para o exercício dos Direitos Sexuais e Reprodutivos da população através da promoção de estudos e pesquisas, produção de materiais e disseminação de informações e promoção do acesso à contraceção de emergência [www.redece.org].

Contribuíram para a obra membros do:

International Consortium for Emergency Contraception (ICEC)



União de indivíduos e organizações comprometidas na expansão do acesso e garantia do uso seguro e adequado de contraceção de emergência em todo o mundo no contexto do planejamento familiar e programas de saúde reprodutiva, com ênfase em países em desenvolvimento [<http://www.cecinfo.org/>].

Consórcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergência (CLAE)



Rede regional criada para contribuir para o exercício dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos das mulheres, jovens e adolescentes na América Latina e no Caribe de língua espanhola, através da promoção do acesso universal e gratuito à contraceção de emergência oral, e da geração de informação especializada e promoção pública do método à população [<http://clae-la.org/>].

The European Consortium for Emergency Contraception (ECEC)



Rede de organizações e pessoas que trabalham no campo da pesquisa sobre contracepção de emergência, prestação de serviços e advocacia para abordagem sexual e reprodutiva no âmbito da saúde e dos direitos, visando atuar sobre a desigualdade no acesso ao método na Europa [<http://www.ec-ec.org/>].

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)



Unidade acadêmica que tem por missão produzir e disseminar conhecimento e formar pessoas em Saúde Pública e em Nutrição, por meio da pesquisa, do ensino e da extensão, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população e para a formulação de políticas públicas [<http://www.fsp.usp.br/site/>].

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ)



Unidade acadêmica pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro, voltada para o ensino, pesquisa e extensão em Saúde Coletiva, reunindo cursos de Graduação, Residência Multiprofissional e Pós-Graduação nesta área. O Instituto se organiza em áreas temáticas: saúde ambiental e do trabalhador; epidemiologia e bioestatística; planejamento e políticas de saúde; ciências sociais e humanas em saúde; bioética; saúde mental e violências [www.iesc.ufrj.br/].

Introdução

A Contracepção de Emergência como Conquista de Direitos Sexuais e Reprodutivos

Regina Figueiredo, Ana Luiza Vilela Borges, Silvia Bastos

A prevenção da gravidez é objeto de preocupação de homens e mulheres de todas as sociedades e momentos históricos. Unguentos, supositórios, pastas e uma série de outras práticas para evitar a gravidez – para uso antes ou durante a relação sexual – estão registrados em diversas culturas. Ainda na época de Hipócrates (460-377 a.C.), já existia o registro de opções para evitar a gravidez, incluindo a recomendação do uso de semente da cenoura selvagem até oito horas depois do contato sexual, visando à contracepção pós-coito (cogita-se que bloquearia a síntese da progesterona) (21)¹.

A necessidade de se desenvolver estratégias que possibilitassem a prevenção de gravidez ganhou maior enfoque na modernidade ocidental a partir da luta pelos direitos das mulheres, estimulada pela Revolução Francesa de 1.789 (20). As reivindicações pela igualdade de tratamento entre os sexos pautaram uma série de necessidades expressas por mulheres que estavam integrando a mão de obra industrial (12).

No século XIX e primeiras décadas do século XX, essas lutas tiveram desfechos em conquistas como a abolição da escravatura, a permis-

1 Tais métodos contraceptivos pós-coito são denominados na atualidade de contracepção de emergência.

são do divórcio e o voto feminino nos Estados Unidos. A *Declaração de Sentimentos*, elaborada em 1948, em Nova York (18-19), demarcou as reivindicações do movimento feminista americano, pautando a liberdade e a igualdade, para incluir as mulheres como cidadãs, com direitos sociais e políticos (12, 18). No começo da década de 1960, a pílula anticoncepcional hormonal de uso oral foi lançada e significou mais um avanço rumo à liberdade e à autonomia das mulheres nesses contextos de lutas sociais feministas que buscavam meios para sua plena existência como sujeitos de direito (17).

No Brasil, apesar do Golpe Militar de 1964, que instaurou a repressão sobre os direitos civis, debates públicos sobre a condição social da mulher estavam igualmente ocorrendo e ganharam mais expressão na década de 1970. Esse movimento deu origem, em 1979, ao I Encontro Nacional Feminista, que discutiu os direitos à sexualidade e à prevenção da gravidez por meio do acesso aos métodos contraceptivos (8).

No âmbito internacional, neste período, foi declarada a *Década da Mulher* pela Organização das Nações Unidas (ONU), de 1976 até 1985, momento que reforçou discussões e transformações nas concepções sobre os direitos e o papel da mulher na sociedade. Tais debates tiveram repercussão na Conferência Mundial de População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, e na Conferência da Mulher de Beijing, de 1995, que reconheceram o conjunto das reivindicações feministas referentes aos direitos sexuais e reprodutivos, trazidas por representações de diversos países que defenderam suas inclusões como direitos humanos (9, 18, 20).

Visando à promoção e efetivação desses direitos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) traçou metas difundindo estratégias de proteção à violência contra a mulher e promoção da saúde das mulheres, realçando o acesso ao planejamento familiar e à contracepção como estratégias para reduzir a gravidez não planejada, reduzir a ocorrência de abortos, respeitar o desejo das mulheres de separar a prática sexual da possibilidade de gravidez, dando-lhes o controle de sua própria fecundidade e aumento de sua autonomia, conferindo-lhes condições concretas que favoreçam decisões mais livres sobre suas vidas e sua saúde (5,17).

No Brasil, subseqüente à derrota da ditadura, foi promovida, em 1986, a I Conferência de Saúde e Direitos das Mulheres. Este encontro

recomendou a participação das mulheres na Comissão da Reforma Sanitária e apresentou uma carta de recomendações para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de forma a garantir a inclusão de suas propostas nas políticas de saúde que estavam em construção. Assim, ao instituir-se a Constituição Federal de 1988, estabeleceu-se não apenas a criação do Sistema Único Saúde (SUS), mas também a inclusão do Planejamento Familiar como um direito constitucional dos cidadãos brasileiros (8).

O SUS é uma proposta democrática de sistema de saúde, na qual a oferta de atenção é integral, universal e equânime, de responsabilidade do Estado, que considera os determinantes sociais do processo saúde-doença e a efetivação da saúde como direito social e conquista civilizatória. A partir de 1990 (3), a implementação do SUS foi iniciada, por meio de políticas de saúde que incluíam também a saúde reprodutiva. Seguindo os preceitos das conferências internacionais da ONU, em que o país foi signatário, e da própria Constituição, o SUS incluiu a garantia e o fornecimento de métodos contraceptivos a toda população (8).

A distribuição de métodos contraceptivos já havia sido prevista nas atividades de Planejamento Familiar no *Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (PAISM) (14), em 1983, documento resultante de articulações do movimento de mulheres e feminista de luta pela saúde. Mas foi na década de 1990 que a distribuição consolidou-se como um direito social e dever do Estado (4-6).

Gravidez não planejada e a ocorrência de abortos induzidos têm se constituído em graves problemas de saúde no país (4) e, por isso, sempre foram parte da pauta de lutas pelos direitos das mulheres e, atualmente, pelos direitos sexuais e reprodutivos, que assinalam a importância de informação e acesso à contracepção. Nesse sentido, a contracepção de emergência surge como importante estratégia de promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (7, 16).

A contracepção de emergência foi primeiramente estudada e proposta como método contraceptivo a ser empregado no período pós-coito, desde a década de 1960, por meio do uso de doses de anticoncepcionais orais comuns que contêm o progestogênio levonorgestrel (método *Yuzpe*) (16). Várias instituições que promoviam projetos em prol dos direitos sexuais e reprodutivos ressaltaram a importância

do método, criando, em 1996, o *International Consortium on Emergency Contraception* (ICEC) (2). Essa articulação de instituições elegeu como meta a difusão da contraceção de emergência no mundo, visando minimizar a ocorrência da gravidez não planejada e o aborto induzido, principais situações causadoras de morbimortalidade materna em diversos países.

Assim, na década de 1990, com os esforços da OMS e do ICEC, foi exposta à indústria farmacêutica a necessidade de ampliar o acesso do método, favorecendo o desenvolvimento de fármacos produzidos exclusivamente para uso de contraceção de emergência, compostos por comprimidos de 0,75 mg ou 1,5 mg de levonorgestrel. Na América Latina, entre as entidades atuantes no ICEC, destaca-se o *Pacific Institute for Women's Health* (PIWH), que realizou diversos projetos e propôs, em 2000, a formação de um consórcio específico para atuar na região em prol da contraceção de emergência, o *Consortio Latinoamericano de Anti-concepción de Emergencia* (CLAE) (2).

No Brasil, desde 1998, membros do Núcleo de Estudos para a Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS/USP), que pesquisavam estratégias de dupla proteção para maior adesão ao uso de preservativos e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e aids, foram convidados a compor o grupo fundador do CLAE. Iniciou-se, assim, uma série de articulações institucionais internacionais e nacionais e a execução de projetos, estudos, contatos entre profissionais e treinamentos, que ganhou denominação, em 2002, de Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contraceção de Emergência (REDE CE), cujas ações podem ser acompanhadas em <http://redece.org/> (18).

A REDE CE é coordenada, desde 2005, por profissionais do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e, a partir de 2010, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, depois sediada em organizações não governamentais, como o Centro Vergueiro de Atenção à Mulher (CEVAM) e o Instituto Cultural Barong. Como rede de articulação mantém contato com diversos profissionais, gestores, instituições públicas e privadas, pesquisadores e universidades que atuam, pesquisam ou produzem materiais sobre a contraceção de emergência e atuam na área de saúde sexual e reprodutiva (17).

A contracepção de emergência com base em pílulas orais de levonorgestrel está regulada nas ações de Planejamento Familiar pelo Ministério da Saúde, desde 1996 (4), e para uso em serviços de atendimento às vítimas de violência, desde 1998 (15); mesmo ano em que foi autorizado o comércio de doses de 1,50 mg de levonorgestrel pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (1). Apesar disso, ainda há forte pressão conservadora quanto a sua disponibilização e utilização, junto à oposição contra as conquistas dos direitos sexuais e reprodutivos; grupos que tentam frequentemente influir para impedir e, até retroagir, políticas já instituídas têm como alvo constante a contracepção de emergência, que sofre tentativas de restrição, debates morais e disseminação de informações equivocadas que geram preconceito, desinformação e, consequentemente, subutilização (8).

Isso reforça a importância atual de discussão e a exposição de informações e pesquisas acumuladas a respeito do tema, com argumentos que considerem a conjuntura social, política e sanitária na qual a contracepção de emergência está inserida. A contracepção de emergência é, nesse sentido, estratégica, pois seu uso quando indicado pode ter repercussão positiva nos indicadores de saúde sexual e reprodutiva, uma vez que, no país, a gravidez na adolescência e a ocorrência de gestações não planejadas ainda são frequentes (11, 13).

Ademais, frise-se, a contracepção de emergência é indispensável para a assistência às mulheres vítimas de violência sexual (7, 16) e se une, por isso, às pautas de atenção a agravos à saúde e prevenção à violência contra a mulher, que desde 1993 foram propostos pela Rede Feminista Latino-Americana e do Caribe contra a Violência Doméstica e Sexual (8), intensificadas no Brasil pela Lei n. 11.040 de 7 de agosto de 2006, conhecida por *Lei Maria da Penha*.

A promoção dos direitos sexuais e reprodutivos passa, portanto, pela consideração da situação social e sanitária em que vive nossa população e visa à redução de vulnerabilidades e à melhoria de suas condições de saúde, incluindo a saúde das mulheres no tocante à saúde sexual e reprodutiva. A omissão desses direitos constitui-se violação dos direitos humanos.

Ao contribuir para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, em especial, para a ampliação do acesso e informação sobre contracep-

ção de emergência, a REDE CE propôs a realização deste livro, buscando reunir pesquisas e análises elaboradas por diversos interlocutores de instituições parceiras. Em seus 11 capítulos, a obra oferece e integra diferentes perspectivas: a articulação orgânica entre a formulação de políticas globais e nacional; o cenário internacional de disponibilização da contracepção de emergência; o panorama latino-americano no qual se insere a experiência brasileira; a análise da experiência de disponibilidade, comunicação e uso das pílulas orais à base de levonorgestrel no Brasil – única opção de contracepção de emergência recomendada e regulada no país atualmente (16). A REDE CE pretende, assim, contribuir, não apenas por meio de registro histórico e como base para avaliação de ações de saúde e de planejamento familiar e reprodutivo, mas para a ampliação do acesso das mulheres e casais à contracepção de emergência, o que é um direito.

Referências

1. BASTOS, S. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e procura da contracepção de emergência em farmácias e drogarias do município de São Paulo. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v.18, n.4, p.787-799, 2009.
2. BASTOS, L. L.; VENTURA, M.; BRANDÃO, E. R. O acesso à contracepção de emergência como um direito? Os argumentos do Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência. *Interface – Saúde de Educação e Comunicação*, Botucatu, v.18, n.48, p.37-46, 2014.
3. BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Assistência ao Planejamento Familiar: manual técnico*. 4.ed. Brasília, DF, 2002.
5. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para Mulheres*. Brasília, DF, 2004.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília, DF, 2005.
7. FIGUEIREDO, R. Contraceção de Emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva - IPAS*, Rio de Janeiro, set. 2004. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br>>. Acesso em: 12 abr. 2016.
8. FIGUEIREDO, R.; BASTOS, S. Saúde e direitos sexuais e reprodutivos: o Poder Judiciário deve garantir o acesso à contraceção de emergência. In: KEINERT, T. M. M.; PAULA, S. H. B.; BONFIM, J. R. A. *As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. p. 119-126. (Temas em saúde coletiva, 10)
9. FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (FNUAP). *CIPD - Conferência internacional sobre população e desenvolvimento*. Cairo: ONU, 1994. Relatório. Brasília, DF: FUNUAP - CNPD, 1994.
10. FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UFPA). *Gravidez na Adolescência no Brasil*. Brasília, DF: UNFPA, 2013. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Gravidez%20Adolescente%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.
11. FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UFPA). *Situação da População Mundial*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/SWOP%202013%20-%20Summary%20Portugues.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.
12. GURGEL, T. Feminismo e lutas de classe: história, movimento e desafios teórico-políticos do feminismo na contemporaneidade. In: *FAZENDO GÊNERO 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. Florianópolis, 23-26 ago. 2010. Disponível em <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277667680_ARQUIVO_Feminismoeluta-declasse.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.
13. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de Indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*, 2013. Rio de Janeiro, 2014. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômicas, 32). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher* - PAISM. Brasília, DF, 1983.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica do Ministério da Saúde para atendimento a mulheres vítimas e violências sexual*. Brasília, DF, 2002.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. *Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília, DF, 2011.
17. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y Caribe*. Santiago de Chile, 2005.
18. REDE BRASILEIRA DE PROMOÇÃO DE INFORMAÇÕES E DISPONIBILIZAÇÃO DA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA. Criação. Disponível em: <<http://redece.org/criacao>>. Acesso em: 10 maio 2016.
19. ROSSIAUD, J. Sexualidade. In: LE GOFF, J. E.; SCHMITT, J. (Org). *Dicionário Temático do Ocidente Medieval*. Tradução Lênia Márcia Mongelli. Bauru: EDUSC, 2002. v.2,p.477-492.
20. SOARES, V. Movimento feminista, paradigmas e desafios. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v.2, n.esp, p.11-24, 1994.
21. TANA HILL, R. *Sex in history*. New York: Scarborough, 1992.

1



A Global Assessment of Emergency Contraception Accessibility*

Elizabeth Westley, Jamie Bass, Cristina Puig

Resumo

A contracepção de emergência é o único método contraceptivo que pode reduzir a chance de gravidez se tomado após o sexo. Apesar de ser conhecida há mais de vinte anos, seu acesso ainda é limitado em muitas partes do mundo devido à falta de integração nos sistemas de saúde, baixo conhecimento entre as mulheres, a oposição e a sua regulação inadequada. Na Europa, a situação de acesso está mudando rapidamente, mas no resto do mundo, em geral, não está tão avançada. Estratégias para expandir o acesso incluem a promoção de informações precisas sobre o método, a criação de políticas governamentais favoráveis, provisão e integração da anticoncepção

*Tradução disponível em: <http://redece.org/estudos-e-experiencias-brasileiras>

de emergência a outros serviços de planejamento familiar e de cuidados de saúde, divulgação e informação do método entre as mulheres e a garantia que ele esteja integrado nos cuidados pós-violência sexual, na promoção do marketing social da contracepção de emergência, e mais atenção ao acesso em cenários de vulnerabilidade.

Emergency contraception, which can safely prevent pregnancy after unprotected or inadequately protected sex, fills a unique niche in the family planning method mix. Twenty-five years of global partnerships and advocacy have resulted in a dramatic increase in the availability of emergency contraceptive products. In 1990, dedicated emergency contraceptive pills (ECPs) were not available, and emergency contraception was little known. ECPs are now registered in the majority of countries in the world, and are available without a prescription in many settings. They are now being manufactured widely, in stark contrast to the earlier access situation, when there was reluctance on the part of the pharmaceutical industry to enter this field and dedicated ECPs were unavailable. Yet, closer examination reveals that emergency contraception access remains limited, especially in low-income countries.

About emergency contraception

“Emergency contraception” refers to contraceptive methods that can be used to prevent pregnancy after sex. These methods include several kinds of ECPs as well as the insertion of a copper-bearing intrauterine device (IUD). EC offers women an important second chance to prevent pregnancy when a regular contraceptive method fails, when a contraceptive method was used incorrectly or not at all, or when sex was forced. Currently, the most commonly used EC method is a special dose of a hormone called levonorgestrel in pill form. This drug is included in many birth control pills and has been used for hormonal contraception for close to half a century. Two other methods of emergency contraceptive pills are

on the market in several countries. One method is ulipristal acetate, a new drug that can also be used to treat endometriosis, and the other is mifepristone, which at a much higher dose and different time period, can be used to terminate a pregnancy. In addition, regular birth control pills can also be used as emergency contraception, although these drugs are less effective and the percentage of women experiencing side effects, such as nausea, is higher (7). At this moment, the levonorgestrel form of ECPs is the most widely available in low-income countries.

ECPs interfere with the process of ovulation; in other words, they work by preventing the release of an egg. They may also affect the meeting of the egg and sperm. ECPs will not stop a fertilized egg from implanting in the uterus and cannot interrupt or harm an established pregnancy (8). ECPs are sometimes confused with medical abortion, but the two treatments are very different. ECPs work after unprotected sex but before any pregnancy is established, while medical abortion (also sometimes called the “abortion pill”) works after pregnancy starts (once the fertilized egg is implanted in the uterus) (5).

Extensive research and many years of monitoring show that ECPs are extremely safe. They may cause minor short-term side effects, such as irregular menstruation, but they have no long-term effects. They do not affect future fertility or increase the risk of cancer or stroke. ECPs are appropriate for over-the-counter use without screening by a health care professional, regardless of a woman’s age or history (15). According to the World Health Organization (WHO), repeated use of ECPs is safe, so women can take ECPs as often as needed; this is underscored in the recently released fifth edition of the World Health Organization’s Medical Eligibility Criteria, which states “There are no restrictions on repeated use for and the Yuzpe method of combined oral contraceptives (COCs), levonorgestrel or ulipristal acetate (UPA) for ECPs” (14). However, EC is not as effective as on-going contraceptive methods, especially the long-acting methods such as IUDs, injectables and implants. It is important to recall that, similarly to other hormonal contraception, ECPs offer no protection from sexually transmitted infections, including HIV.

ECPs are effective up to 5 days after unprotected intercourse and are more effective the sooner they are used. This has major implications

for service delivery: to use ECPs effectively, women require rapid access, including on nights and weekends. For every 1,000 women who use ECPs after unprotected sex, approximately 20 will face an unintended pregnancy; without ECPs, this number would be around 80 (7). The IUD, which can also be used for emergency contraception, is almost entirely effective. It has the added advantage of providing ongoing contraceptive protection; in contrast, ECPs offer contraceptive protection only for the 24-hour window following their use, with protection then falling off over the next few days.

Emergency contraception is appropriate for all women, regardless of their age or marital status, who need to prevent pregnancy after unprotected or inadequately protected sex. This includes women whose barrier method failed (a condom broke, a diaphragm slipped, or a cap dislodged); women who were not using their regular contraceptive method (they were late for an injection, they needed to refill a pack of birth control pills, or they just forgot); women using natural family planning who did not abstain from sex during the fertile period; women who were unable to negotiate contraceptive use with their partner or, not expecting to have sex, did not have any contraceptive methods available; women who were raped or were coerced into having sex; and any woman who had unprotected sex and does not want to become pregnant. Furthermore, approximately 23-36% of women, depending on the region, will experience unwanted sex from an intimate partner, and an estimated 7.2% of women will be sexually assaulted by a stranger (9). As such, emergency contraception must be readily available as both a human right and a public health imperative.

Current access to emergency contraception

What does it mean for a woman to have access to emergency contraception? Access is multi-dimensional and includes many factors: whether a dedicated emergency contraception product is registered in a particular country; whether it is available with or without a prescription; whether it is provided in the public sector; whether there are restrictions (formal or informal) on access by age, parity or marital status; whether it is affordable; and whether women have enough information to decide

correctly when to use it. Our review shows that while access to EC is improving substantially, there remain gaps in countries and among populations where more efforts are required to ensure access for all women.

A key indicator for access is whether emergency contraception pills are registered in specific countries and are on the market. Data show that **emergency contraception pill products are registered in most countries**; currently 146 countries around the world. Twenty-six countries, many of which have faltering regulatory systems, do not have a registered emergency contraception product but do allow it to be imported into the country. Only 22 countries around the world do not have a registered product and do not import emergency contraception. These include countries with active, religiously-based opposition to emergency contraception, such as Costa Rica, Honduras, Malta, and the Philippines; those affected by conflict, including East Timor, Libya, and North Korea; some Middle Eastern countries, including Bahrain, Jordan, and Qatar; and some very small countries, such as Micronesia and Tuvalu (6).

Additionally, **global policies now support** emergency contraception. The most commonly used type of emergency contraception, levonorgestrel, is included in the *WHO's Essential Medicines List* as well as in its guidelines for family planning and for care after sexual assault. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommends that “emergency contraception be easily available and accessible at all times to all women.” ECPs are purchased by many governments, and a number of donors, including United Nations (UN) agencies and donor country governments, have been procuring emergency contraception for many years.

On the supply side, data show that **emergency contraception provision varies by sector**. Over 90 manufacturers produce emergency contraception, and manufacturers are located in Europe, the United States, Latin America, and Asia. The **private commercial sector** is providing EC in virtually all countries where it is available. Women seeking emergency contraception often favor private pharmacies, drug stores, and other outlets. In most countries, the private commercial sector is a much more significant source of emergency contraception than the **public sector**; just over half of low-income countries surveyed (20 out

of 37) offered emergency contraception in their public sector programs (13). At the same time, public sector support is critical to ensuring that emergency contraception education and counseling are integrated into education and counseling on a full range of contraceptive methods, and to embedding it as a routine element of post-rape care. The **social marketing sector** is a natural fit for emergency contraception; however, a survey in early 2012 found that only a third of social marketing family planning programs offered an emergency contraception product; this number has been slowly increasing (12).

In order to use emergency contraception, women must know about it in advance. Without the knowledge that a post-coital contraceptive exists, women who have had unprotected sex at a time when they don't want to get pregnant will simply resort to hoping and praying that they do not become pregnant, and anxiously await their next menses, unaware of the emergency contraceptive option and the timeframe in which they can use it. Therefore, awareness of emergency contraception is critical, even for women who may never have cause to use it. Yet, **most women in low-income countries do not know about emergency contraception**. Demographic and Health Surveys provide standardized, comparable data about women's knowledge and use of emergency contraception in low-income countries around the world. These surveys show that despite more than 10 years of emergency contraception programming and marketing, most women at the global level do not know about it and even fewer women have ever used it. Knowledge and use are significantly higher in Latin America than in Africa, however. Among women who have ever been sexually active, in Colombia, 66% have heard of emergency contraception and 12% have ever used EC, while in Chad, only 2% of women have heard of emergency contraception and less than 0.1% of women have ever used it (11).

Another crucial aspect of access is whether one learns about a method from health care providers, or even receives educational materials provided by the health care sector. Front-line health care providers, such as medicine vendors, pharmacists, nurses, midwives, doctors, and others, are both gatekeepers to and facilitators of women's access to health services. Yet research shows that **providers' levels of knowledge and opinions of emergency contraception are often low**. Surveys conducted by

the Population Council in Nigeria, Senegal, and India found substantial variation in providers' attitudes toward emergency contraception and access to information and training on ECPs. In all three countries, the majority of providers surveyed said that they believe that emergency contraception is safe and effective; however, views regarding what is acceptable and appropriate as regards use, frequency of use, and users themselves varied widely and were often less favorable (1). In Ethiopia, DKT International interviewed pharmacists and found many of them held incorrect beliefs about the safety of emergency contraception, especially when used repeatedly (3). In some settings, reports have emerged of "provider refusals" in which pharmacists, doctors, or other health care providers withhold access to or information about emergency contraception. Laws and policies ensuring clients' rights to receive accurate information about the full range of contraceptive methods can help address this issue, as can additional training and sensitization for service providers.

Access to ECPs falls broadly into three categories: over-the-counter, behind-the-counter, and prescription-only. Over-the-counter products are available directly on the shelves of retail outlets. Behind-the-counter products do not require a prescription, but they are held at the pharmacy counter and purchasing them entails a discussion with a health care provider and sometimes answering questions or filling in a checklist or other paperwork. Prescription-only products can only (in theory) be purchased after a woman obtains a prescription. This often requires women to make two trips, one to the doctor and one to the pharmacy, delaying access in a time-sensitive period and presenting a significant barrier for women who lack transportation or who live in rural areas. It also makes access to ECPs on weekends and at night (when many contraceptive mishaps occur) more difficult. **Too often, policies and norms require that women obtain a prescription to access EC.** Only seven countries allow direct access to ECPs over-the-counter. ECPs are available behind-the-counter in 67 countries, while they are available only by prescription in more than 100 countries (however, anecdotal evidence suggests that in some contexts where a prescription is officially required, women have nevertheless reported being able to access emergency contraception over-the-counter) (6).

A case study: the emergency contraception access situation in Europe

In 2015, the European Union (EU) experienced an unprecedented change in access to ECPs. Over a period of only four months, accessibility to ECPs became more equitable than ever among the EU countries. Until December 2014, women from different countries of the EU had varying degrees of access to EC methods. Women in Croatia, Germany, Hungary, Italy and Poland needed to visit a health care provider to obtain a prescription before buying ECPs. In Malta, ECPs are not licensed and are therefore unavailable. In the remaining 22 EU countries, women could buy ECPs directly from pharmacies, and in some countries, like the Netherlands, Sweden, or Portugal, also from drugstores and other types of convenience stores. As of December 2014, in all EU countries except for Malta and Estonia, ECPs containing ulipristal acetate were available only by prescription, given that it was a relatively new contraceptive method and had been present on the European market only since 2009.

In November 2014, the European Medicines Agency's (EMA) Committee for Medicinal Products for Human Use recommended a change in classification status from prescription to non-prescription for the emergency contraceptive ellaOne® (the brand name of ulipristal acetate ECPs), meaning that the medicine could be obtained without a prescription in the EU. Following the EMA's assessment, in January 2015, the European Commission issued an implementing decision, which amended the marketing authorization granted in 2009 for ulipristal acetate ECPs from prescription to non-prescription. While the European Commission's decision is not legally-binding and does not create new obligations to the EU Member States with regards to the provision of ECPs, most EU countries are following the decision, and ulipristal acetate ECPs are available directly in many pharmacies without a prescription.

These changes are a testament to the power of regional organizations, such as the EU, and its subsidiary agencies, such as the EMA, to make change happen and to make fast progress in promoting and protecting reproductive rights. It also shows how change in one part of the world

can lead to change in other parts of the world. In September 2015, the Chilean Public Health Institute (ISP) authorized the sale of levonorgestrel ECPs without a prescription, based on the experience of countries with robust health surveillance systems, such as France and Spain. As countries around the world liberalize their policies and regulations around EC, it could very likely have a domino effect, leading to increased availability of EC in those countries with historically poor access.

Opposition to emergency contraception

For reasons that are often inaccurate and misleading, emergency contraception has been mired in controversy for many years; many institutions and individuals have devoted considerable energy to opposing women's full access to emergency contraception. As part of this organized opposition to access to emergency contraception, many countries have seen legislative and legal actions against ECPs, particularly in Latin America and the United States (where much opposition is focused on state-level legislation). This has decreased access to emergency contraception for many women, as products are either removed from markets or are never registered in the first place. In some countries, such as Honduras and the Philippines, political or legislative action has resulted in emergency contraception being completely taken off the market after it was introduced. In other settings, such as Malta and Costa Rica, emergency contraception products have never been registered. Other countries without emergency contraception products available on the market include those that are deemed to be both politically and commercially difficult, including Haiti, Jordan, Syria and Libya.

There are generally two groups of individuals who oppose emergency contraception. First, ultra-religious and conservative groups oppose emergency contraception among many other reproductive and women's rights. These groups are often especially strong in majority Catholic countries, including in Latin America, and the evangelical movement has also engaged considerable energy in this effort. Many of these local opposition efforts utilize "pseudoscience" that is produced in the United States and

Italy. This “pseudoscience” often will hone in on how emergency contraception supposedly works and interacts with the body in efforts to prove that it is harmful for women’s health, and that it causes early abortion; such “pseudoscience” will often use a definition of abortion that includes any interference with implantation of a fertilized egg and then suggest that emergency contraception has an anti-implantation effect (despite clear evidence that it works through preventing fertilization). (2) Using such deliberate strategies, these opposition groups have had notable successes in restricting access to emergency contraception in many countries. Another strand of opposition focuses on drug safety and the impact of emergency contraception access on women’s behavior. Opponents to access have asserted that exposure to the hormones in ECPs could cause cancer, stroke, and infertility; they have also asserted that emergency contraception has dangerous side effects, especially if taken more than once. Opponents frequently claim that increased emergency contraception access, such as making it available over-the-counter, will lead to an increase in sexual risk-taking as well as higher rates of sexually transmitted infections (10). They also claim that women, in particular young women, cannot use emergency contraception without medical supervision. For instance, in the United States, a unique “dual label” was created for one emergency contraception product, through which it was available over the counter for women above a certain age. Women younger than this would be required to obtain a prescription. This meant that the emergency contraception products had to be kept behind the counter and women seeking emergency contraception had to produce documents to show their age. Over time, the age restriction was lowered until finally the product was made available to all ages equally. All of these claims and beliefs have been studied and disproven in the scientific literature, but these negative myths and rumors persist and can have a detrimental impact on women’s access to emergency contraception.

Second, there is opposition from groups who are not necessarily against emergency contraception or reproductive rights. Doctors and pharmacists in certain countries advocate for restricted access to emergency contraception because they claim that women cannot take it properly without medical supervision. In other instances, it appears that

emergency contraception is still misunderstood within the sexual and reproductive health community. For example, family planning advocates and service providers may not be fully informed about emergency contraception; or they may find the evidence about how emergency contraception works to be quite technically complex and thus sometimes confusing. As a result, even supportive allies in the fields of medicine and media struggle to portray emergency contraception honestly. Additionally, because there is so much pressure within the family planning community to promote highest effectiveness, long-acting methods tend to garner more positive attention, with many people within the pro-contraception sphere claiming that the emergency contraception method is insufficiently effective when compared to implants, IUDs, and other long-acting reversible contraceptive methods that require little follow-up from women after placement.

Expanding access to emergency contraception

Given the still existing opposition to emergency contraception as well as the gaps in access, there remains an outstanding need for strategic efforts to expand access to emergency contraception. Access to this and other reproductive health technologies depends on factors ranging from the policy environment and supply chain dynamics to providers' and women's knowledge and attitudes. To ensure that women have access to the full range of contraceptive choices, emergency contraception must be included in the broader framework of reproductive health care services. Advocacy efforts should emphasize the unique niche filled by emergency contraception within the family planning spectrum, as well as women's right to use a contraceptive method of their choice. The following strategies can guide governments, NGOs, advocates, service providers, and other partners looking to improve women's reproductive health by expanding access to EC. The most effective strategies will likely combine a number of the following recommended steps into an integrated approach to improving knowledge of and access to emergency contraception.

Dispel misperceptions and myths: Promote accurate information on emergency contraception. In order to combat confusion about how emergency contraception works and ambivalence about who should use it, it is critical to disseminate accurate, unbiased information about emergency contraception. This information should be adapted to local contexts for a wide range of audiences, including policymakers, health care providers, and women and their communities. Some of the more controversial aspects of emergency contraception, such as how it differs from abortion, whether it is acceptable for youth to use, and whether it is appropriate for repeated use, may require specific attention. The key messages around emergency contraception that must be promoted include: 1 - women of any age, including youth, can use emergency contraception; 2 - emergency contraception is not abortion; 3 - emergency contraception is safe and can be used more than once; and 4 - women have a right to access emergency contraception when they need it.

The role of governments: Create supportive national policy environments and ensure public sector engagement in supplying and providing emergency contraception. At the country level, policies to support access to emergency contraception are critical, but they are uneven. Ideally, all countries should: 1 - register at least one emergency contraception product; 2 - include emergency contraception in national Essential Medicines Lists and family planning guidelines; 3 - require emergency contraception provision as part of post-rape care; 4 - ensure that emergency contraception is available over the counter without age restrictions; 5 - integrate emergency contraception into public sector health systems at all levels; 6 - include emergency contraception in provider training, including both pre-service training (such as pharmacy, nursing, and medical schools) and in-service training (on-the-job training, job aids, contraceptive technology updates); 7 - where appropriate, incorporate emergency contraception into community-based distribution; 8 - procure emergency contraception; 9 - integrate emergency contraception into supply systems and health information systems; and 10 - support activities to disseminate information about emergency contraception among women by including it in health education materials and public information campaigns.

Public sector engagement legitimizes and standardizes care. Even though the private commercial sector does an excellent job of meeting demand for emergency contraception, the public sector's involvement is essential, especially as it is often best positioned to supply emergency contraception as part of post-rape care. Key opinion leaders should be encouraged to mainstream emergency contraception into current family planning programs and other appropriate channels, including hospital emergency rooms, school-based clinics, sexual assault crisis centers, pharmacies, social marketing programs, and private health practices. The public sector is also responsible for ensuring that locally available emergency contraception products are of high quality; this may require additional investments in regulatory and enforcement capacity.

Ensure that providers open the door for women to access emergency contraception: Training and integration with other family planning services. Front-line health care providers must know about emergency contraception and be willing to provide it, as well as incorporate it into their counseling messages for all women (including women using barrier methods or any method that might fail). Emergency contraception should routinely be included in the family planning components of both pre-service provider training and ongoing professional development for pharmacists, doctors, nurses, midwives, and other front-line providers.

Emergency contraception training need not take up a lot of additional resources if it is integrated into training systems that already exist. Information on emergency contraception can be provided in short formats, such as pharmacy detailing materials and slide decks. Providers should know about the safety of ECPs (including when used more than once), the science of how ECPs work, clinical guidelines for administering ECPs, and use by various populations (including adolescents). As part of these efforts, it is important to link ECPs with other sexual and reproductive health services, including voluntary HIV and other sexually transmitted infection (STI) testing, counseling, and treatment, and provision of ongoing contraceptive counseling and services.

Increase emergency contraception awareness and demand among women and communities. Since most women in low-income countries have never heard of emergency contraception, governments,

the commercial sector, and non-governmental organizations all have important roles to play for increasing overall community-level knowledge and awareness of emergency contraception. Mainstreaming emergency contraception into current family planning counseling and provision programs is critical. More targeted efforts may also be needed to spread the word sufficiently. Behavior change communication activities can raise awareness about emergency contraception use and availability. This is intended to motivate individuals to seek out services and to reduce barriers to access by creating informed and voluntary demand, ensuring individuals can use products appropriately, and helping health care providers and clients interact with each other effectively. Behavior change communication activities may take the form of interpersonal communication, community sensitization and other community-based activities, mass media campaigns, and new communications technologies and social media efforts. These efforts can fuel positive attitudes, dispel myths, and improve access to information about emergency contraception.

Require access to emergency contraception in post-rape care.

Post-rape care is a particularly critical setting for emergency contraception provision, and policies at all levels should support it. Even many opponents of emergency contraception agree that EC should be provided in cases of sexual assault. First responders (police officers, forensic examiners, and other emergency health providers) should counsel women about emergency contraception, and dispense a dedicated emergency contraception product on-site. Including emergency contraception in national family planning norms and guidelines is essential to standardizing emergency contraception counseling and provision as part of routine medical care. Advocates can work to ensure that emergency contraception is included in policies and that these are enforced.

Make emergency contraception consistently available in all crisis settings. In crisis settings, such as during and after conflicts and natural disasters, women are often in particular need of emergency contraception, as regular contraceptive supplies may be disrupted and incidences of sexual assault and transactional sex increase significantly. In fact, emergency contraception was identified as a critical need in the Balkan conflict in 1994 and has long been integrated into crisis emergency kits

and supply packages. However, assessments show that women have little access to emergency contraception in these situations, despite its having been integrated into systems and policies for almost 20 years (6). There is an urgent need to step up the focus on emergency contraception in crisis settings. Emergency contraception should be made available both from the beginning of a response to a humanitarian crisis and in long-term settings. Health workers may require additional training on emergency contraception if they are not familiar with its use.

Further capitalize on the potential for social marketing of emergency contraception. Social marketing programs have been extremely successful in making emergency contraception available to women. Generally, social marketing agencies are able to sell emergency contraception more cheaply than the commercial sector, and they also have the capacity to carefully regulate quality of product. Yet only a third of those family planning programs include emergency contraception. Donors and social marketing organizations can greatly increase women's access to emergency contraception by integrating it more fully into existing social marketing programs and looking for new emergency contraception markets. Technical support and financial "start-up" funds for integrating emergency contraception into current programming as well as orienting country-level staff may help address barriers faced by these agencies.

Define and fill knowledge gaps regarding emergency contraception access. Our review of data on emergency contraception access reveals that there are many areas for further investigation. Future research should largely focus on country-level and local access to emergency contraception, including: 1 - what are the most effective strategies to raise women's awareness of emergency contraception?; 2 - how can providers and systems better integrate emergency contraception into contraceptive counseling, post-rape care, and HIV-related services?; 3 - is community-based distribution a promising strategy?; 4 - how and why do women choose emergency contraception, in the context of a range of contraceptive options?; 5 - how can emergency contraception programs be tailored to meet the needs of the most vulnerable women?; 6 - why do some countries have such vibrant emergency contraception markets, while in others, emergency contraception uptake is slow?; 7 - what can we learn

from countries with successful emergency contraception programs?; and 8 - what strategies are effective to defend legal access to emergency contraception in countries with restrictive laws?

Investments in emergency contraception access have yielded great dividends over the years: women in almost all countries can purchase emergency contraception; global policies and guidelines include emergency contraception, and many manufacturers supply emergency contraception. Women's health advocates, researchers, pharmaceutical companies and the medical establishment have often worked together to expand access in a way that is not often seen. But at the country and local levels, access has stalled, especially for the most vulnerable, including women who are poor, women who live in low-income countries, women who face sexual assault, or women who are affected by conflict. Advocates, donors, researchers, governments, and service delivery organizations must take the next steps so that all women can access the full range of contraceptive methods, including emergency contraception.

References

1. BRADY, M. et al. *Providers' and Key Opinion Leaders' Attitudes, Beliefs, and Practices Concerning Emergency Contraception: a multicountry study in India, Nigeria, and Senegal*. New York: Population Council, 2012.
2. DAVIS, T. et al. Mechanism of Action of Levonorgestrel. *The National Catholic Bioethics Quarterly*, Philadelphia, 2013. p. 12-16, 2013. Disponível em: <erly_Winter_201312-16" <https://www.researchgate.net/publication/260247529_Davis_T_Klaus_H_Mascolo_J_Mozzanega_B_Pedulla_D_Tudela_J_Yeung_P_Mechanism_of_action_of_levonorgestrel._The_National_Catholic_Bioethics_Quarterly_Winter_201312-16>
3. GOLD, E. *Emergency Contraception in Ethiopia: provider and user attitudes and behaviors*. Washington, D.C.: DKT International, 2012.
4. INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION (ICEC). *Status & Availability Database, 2015*. Disponível em: <availability-database" <http://www.cecinfo.org/country-by-country-information/status-availability-database>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

5. INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION (ICEC). *Emergency Contraception and Medical Abortion: what's the difference?* New York, 2013.
6. INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION (ICEC). *The Unfinished Agenda: next steps to increase access to emergency contraception.* New York, 2013.
7. INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION (ICEC); INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). *Emergency Contraceptive Pills: medical and service delivery guidelines.* 3.ed. New York: ICEC, 2012.
8. INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION (ICEC); INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). *Mechanism of Action: how do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills (LNG ECPs) prevent pregnancy?* New York: ICEC, 2012.
9. INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION (ICEC); SEXUAL VIOLENCE RESEARCH INITIATIVE. *Emergency Contraception for Rape Survivors: a human rights and public health imperative.* New York: ICEC, 2013.
10. MULLIGAN, K. Access to Emergency Contraception and Its Impact on Fertility and Sexual Behavior. *Health Economics*, v.25, n.4, p.455-459, 2016.
11. PALERMO, T., BLECK, J.; WESTLEY, E. Knowledge and use of emergency contraception: a multicountry analysis. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Washington, v.40, n.2, p. 79-86, 2014.
12. WESTLEY, E.; SHOCHET, T. Social Marketing of Emergency Contraception: are we missing a valuable opportunity? *Contraception*, New York, v.87, n.6. p. 703-705, 2013.
13. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID) DELIVER PROJECT. Task Order 4 - *Contraceptive security indicators data 2014.* Washington, D.C., 2014. Disponível em: <http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/factsheets/CSIndiData2014.xlsx>

14. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 5.ed. Geneva, 2015.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs)*. Geneva, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70210/1/WHO_RHR_HRP_10.06_eng.pdf> Acesso em: 12 abr. 2016.

2



¿Qué ha pasado con la Anticoncepción de Emergencia en América Latina? Un panorama de su estado y las amenazas que la acechan*

José Manuel Morán Faúndes

Resumo:

São relatadas as mudanças ocorridas na América Latina visando à promoção dos direitos sexuais e reprodutivos no tocante à luta pela promulgação, defesa e acesso à efetivação da contraceção de emergência. O panorama da oferta do método nos diversos países latino-americanos mostra forte presença do método à base de pílulas de levonorgestrel, embora haja limi-

*Tradução disponível em: <http://redece.org/estudos-e-experiencias-brasileiras>

tação de acesso às mulheres em vários deles, que vêm tentando ampliar suas normativas e legislações internas. Este contexto de desigualdade observado deriva de uma forte resistência de setores contrários à expansão dos direitos sexuais e reprodutivos, que promovem disputas locais entre representantes de interesses conservadores, em especial ligados à Igreja Católica; e de outro lado setores progressistas de saúde e movimentos sociais ligados aos direitos femininos. O Consórcio Latinoamericano de Anti-concepción de Emergencia tem tido papel importante na mobilização desses últimos atores na região, visando à promoção do acesso das mulheres à contracepção de emergência.

En las últimas décadas, América Latina ha vivido una serie de cambios en lo referido a las prácticas asociadas a la sexualidad y la reproducción. Temas que antiguamente eran circunscritos al ámbito de lo privado y lo íntimo, hoy en día han cobrado estatus político, plasmándose en una serie de regulaciones públicas y transformaciones culturales. Parte de estos cambios se circunscriben a la movilización desarrollada por los movimientos feministas, de mujeres y lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex (LGBTI) que han enarbolado una defensa por la ampliación y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en la región. Los temas que se suscriben a este conjunto de derechos son diversos, incluyendo el derecho a decidir libremente el número y espaciamiento de los/as hijos/as, a la autonomía sexual, al acceso a la salud (no) reproductiva, al reconocimiento de las identidades sexuales y de género autopercibidas, entre muchos otros. Dentro de este campo, las demandas concretas que erigen los sectores defensores de los derechos sexuales y reproductivos también son múltiples. La lucha por estos derechos ha implicado una consecuente lucha por la promulgación, defensa y acceso a una serie de procedimientos, técnicas y normativas cuya efectivización ha constituido un piso mínimo para garantizar una verdadera democracia sexual. Así, el acceso al aborto seguro, a procedimientos hormonales y quirúrgicos de modificación corporal, a tecnologías anticonceptivas modernas, a técnicas de reproducción asistida, etc., destacan como parte de una agenda que es permanentemente discutida y reformulada por los mismos sectores que la defienden desde su diversidad.

Una de las demandas suscritas a la agenda de los derechos sexuales y reproductivos, y que ha cobrado un fuerte protagonismo en las últimas dos décadas en América Latina, ha sido el acceso a un método anticonceptivo en particular: la anticoncepción de emergencia. Ésta se refiere a aquellos métodos que pueden ser utilizados por la mujer en los días siguientes a haber mantenido una relación sexual con riesgo de embarazo, a fin de evitar el mismo (8).

Desde la década de los setenta, la experimentación biomédica con altas dosis de hormonas logró desarrollar mecanismos de prevención del embarazo una vez producida la relación (hétero)sexual con penetración vaginal no protegida, a través del denominado método Yuzpe (59). Luego de una serie de investigaciones, éste método fue reemplazado por el uso de levonorgestrel solo, dados los efectos secundarios del Yuzpe, y su menor efectividad en términos comparados (58). Desde el año 2009 se comercializa también el régimen de acetato de ulipristal o píldora anticonceptiva de emergencia (UPA), por sus siglas en inglés (5), el que se ha demostrado que tiene una efectividad mayor que el régimen de levonorgestrel (17).

Los mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia, especialmente la basada en levonorgestrel, han sido ampliamente estudiados, y la evidencia científica ha demostrado fundamentalmente que este método actúa inhibiendo el proceso de ovulación, lo que impide que se produzca la fecundación (6-7, 12, 18, 29-30, 44). Otros mecanismos de acción, como la obturación de la migración espermática hacia el óvulo, también han sido analizados, pero no se ha llegado a resultados concluyentes al respecto (22).

Otro de los mecanismos de acción que han sido ampliamente estudiados, principalmente por las controversias que ha causado a nivel bioético, ha sido la supuesta acción de la anticoncepción de emergencia sobre el óvulo una vez que éste ya ha sido fecundado, inhibiendo su implantación. Sin embargo, múltiples investigaciones han llegado a resultados concluyentes, indicando que este método contraceptivo no afecta al óvulo tras su fecundación ni impide su correcta implantación (13, 26, 29, 31-32, 41-43, 45, 47).

Principalmente a partir de la última década, diversos países comenzaron a generar guías técnicas y normativas orientadas a aclarar las situaciones

en las que las mujeres podían acceder a este fármaco. Sin embargo, y a pesar de los avances habidos respecto del conocimiento sobre el funcionamiento de la anticoncepción de emergencia, el acceso a esta tecnología en región latinoamericana sigue siendo un tema disputado y polémico. La antigua suposición del efecto antianidatorio de la llamada “píldora del día después”, sumada al estigma que representa el aborto a nivel latinoamericano (48), forjaron barreras para su acceso en diversos países. Mientras algunos sectores han abogado por levantar las barreras normativas que se han instituido en algunos contextos para que las mujeres accedan a métodos contraceptivos de emergencia, los actores más conservadores continúan buscando obturar estos procesos. Dado esto, el presente trabajo tiene por objetivo describir y analizar el panorama actual de la región latinoamericana respecto del acceso a la anticoncepción de emergencia, considerando especialmente algunas de las principales disposiciones normativas en torno a este tema, así como las acciones de los sectores que han buscado restringir su acceso.

Para dichos efectos, se realizó un relevamiento de información a través de una consulta general a informantes clave de toda América Latina pertenecientes a organizaciones miembros del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE), así como de otras organizaciones vinculadas con la temática de los derechos de las mujeres y, particularmente, los derechos sexuales y reproductivos. En total, 42 organizaciones latinoamericanas brindaron información sobre la situación legal de la anticoncepción de emergencia en sus países.² Paralelamente, se llevó a cabo un proceso de levantamiento de datos a través de una bús-

2 Las organizaciones que respondieron el cuestionario fueron: Apprende (Bolivia), APROFA (Chile), Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (Guatemala), Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (Panamá), Asociación TAN UX'IL (Guatemala), Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (Uruguay), Casa de la Mujer (Argentina), Católicas por el Derecho a Decidir (Argentina), Católicas por el Derecho a Decidir (Bolivia), Católicas por el Derecho a Decidir (Brasil), Centro de Derechos de las Mujeres (Honduras), Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (Ecuador), Cepamgye (Ecuador), CEPEP (Paraguay), Cipaltomalt (Nicaragua), Colectiva por el Derecho a Decidir (Costa Rica), Coordinadora Nacional de Mujeres (El Salvador), Corporación Humanas (Chile), Farmage (Perú), Flora Tristán (Perú), Fundación Desafío (Ecuador), Fundación Mexicana para la Planeación Familiar AC (México), Fundar, Centro de Análisis e Investigación (México), Incide Joven (El Salvador), INPPARES (Perú), IPAS (México), IPAS (Nicaragua), IPPF (Costa Rica), Las Méridas (El Salvador), Marie Stopes (México), Movimiento Salvadoreño de Mujeres (El Salvador), Mujer y Salud en Uruguay (Uruguay), PPFa (Guatemala), PPFa (Nicaragua), Profamilia (Colombia), Profamilia (Nicaragua), Promsex (Perú), Prosalud (Chile), Red de Educación Popular entre Mujeres de América Latina y El Caribe (Colombia), Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (México), Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência (Brasil) y UNFPA (Perú).

queda online, complementando y ratificando la información enviada desde las organizaciones consultadas.³

El panorama de la anticoncepción de emergencia en América Latina

La situación del acceso a la salud sexual y reproductiva, y en particular de la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia, es heterogénea en América Latina. Si bien la mayoría de los países cuentan con normativas que disponen su acceso de manera gratuita para cualquier mujer que lo requiera en el sistema público de salud, algunos sólo reglamentan su entrega frente a determinados casos (como violencia sexual) o estableciendo requisitos para el acceso de las adolescentes. Incluso, en situaciones más extremas, su distribución simplemente se encuentra prohibida. Asimismo, aunque en la mayoría de los países se puede acceder a algún producto dedicado de anticoncepción de emergencia en el mercado, esta situación también varía de contexto en contexto.

Cuadro 1: Situación general de la anticoncepción de emergencia (AE) en América Latina, 2015

País	¿Se entrega AE en el sistema de salud?	Limitaciones o requisitos formales para la entrega de AE en los sistemas de salud	¿Se vende un producto dedicado en el mercado?
Argentina	Sí	Se debe procurar la asistencia de un adulto de referencia en casos de entrega de AE a adolescentes menores de 14 años (Decreto Nacional 1.282/2003)	Sí
Bolivia	Sí	-	Sí
Brasil	Sí	-	Sí
Chile	Sí	En el caso de personas menores de 14 años, luego de entregarle la AE, los y las profesionales de salud deben informar a al padre o madre de la menor o al adulto responsable que la menor señale (Ley 20.418)	Sí
Colombia	Sí	-	Sí

3 El trabajo de campo se realizó en el marco de la construcción de un indicador sobre acceso a la anticoncepción de emergencia, solicitado por el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) en 2010, y fue actualizado al año 2015 para el presente artículo. Agradezco la información brindada por Teresa Lanza y Larissa Arroyo para esta actualización.

Costa Rica	Sí (sólo yuzpe)	Se limita a casos de violencia sexual. En casos de menores de 15 años, se solicita el consentimiento informado de los padres o, si no cuenta con su presencia o si hay un desacuerdo entre la persona menor de edad y los padres, es el/la médico/a quien debe tomar la decisión bajo su responsabilidad (Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Víctimas de Violación Sexual en Edad Joven y Adulta)*	No (no existe producto dedicado)
Ecuador	Sí	-	Sí
El Salvador	Sí	-	Sí
Guatemala	Sí	Su entrega está reglamentada sólo para casos de violencia sexual (Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual)	Sí
Honduras	No	Se prohíbe su distribución y comercialización en todo el territorio (Acuerdo 2744 de la Secretaría de Salud)	No
México	Sí	-	Sí
Nicaragua	Sí	-	Sí
Panamá	Sí	-	Sí
Paraguay	Sí	-	Sí
Perú	No	Mediante la Resolución 670-2009-OGA-OL-SA y la Resolución Ministerial 652/2010 MINSA, el sistema público de salud no entrega AE, en cumplimiento de la sentencia de 2009 del Tribunal Constitucional (EXP. N.º 02005-2009-PA/TC)**	Sí
Uruguay	Sí	De acuerdo con la edad de la niña o adolescente, se debe propender a que las decisiones sobre métodos de prevención se adopten en concurrencia con su padre, madre u otras personas referentes adultas de su confianza (Código de la Niñez y la Adolescencia)	Sí
Venezuela	Sí	Las menores de 14 años necesitan la autorización de un o una representante (Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva)	Sí

* La sección específica del "Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Víctimas de Violación Sexual en Edad Joven y Adulta" de 2011 referida a anticoncepción de emergencia no ha sido aún aprobada por la Junta Directiva interinstitucional encargada de su redacción. Sin embargo, según una informante clave, ésta de todos modos se encuentra vigente.

** Pese a la prohibición de entregar AE en el sistema público de salud que rige en Perú, el Ministerio de Salud establece en su sitio web que "El esfuerzo del Ministerio de Salud estudiará el acceso gratuito a través de cualquier establecimiento de salud, para las ciudadanas de bajos recursos". Ver: http://www.minsa.gob.pe/portada/ciu_dss_consultas.asp

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el Cuadro 1, la mayoría de los países de la región posee reglamentaciones que contemplan la entrega de anticoncepción de emergencia en sus sistemas de salud. Esto gracias a que desde la introducción de la "píldora del día después" en América Latina, las autoridades de

diversos Estados han tendido a incorporar este método contraceptivo en leyes, normas, guías técnicas y/o documentos oficiales que han habilitado y regulado su entrega gratuita en las instituciones sanitarias. En el caso de Chile, por ejemplo, la entrega de la llamada “píldora del día después” se encuentra regulada por la Ley 20.418 de 2010, la que fue aprobada por el Congreso Nacional luego de que en 2008 el Tribunal Constitucional prohibiera su distribución en los servicios públicos de salud.⁴ Otro ejemplo de países que cuentan con leyes sobre el tema lo constituye Ecuador, en donde la entrega de anticoncepción de emergencia para casos de violencia intrafamiliar y sexual se encuentra regulada por la Ley Orgánica de Salud N° 67 de 2006 (la entrega de la anticoncepción de emergencia en otras circunstancias, como ante falla o no uso de algún método anticonceptivo durante la relación sexual, se encuentran reguladas por el Acuerdo Ministerial 2490 de 2013). Sin embargo, la mayoría de los países no cuentan con leyes específicas sobre el tema, sino que la entrega de este fármaco se encuentra reglamentada en decretos y resoluciones ministeriales, así como en normas de salud que regulan los lineamientos generales de atención para usuarios/as de las instituciones públicas sanitarias.

En algunos países, la reglamentación es de larga data, como es el caso de Bolivia. Este país incorporó en 2003 la entrega de anticoncepción de emergencia en el documento *Norma, reglas, protocolos y procedimientos en anticoncepción*, así como en el documento *Manejo de la violencia sexual en redes de servicios de salud* de 2005, ambos del Ministerio de Salud y Deportes. México, en tanto, incorporó la anticoncepción de emergencia en la *Norma Oficial Mexicana*, la NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar, tras su modificación en el año 2004. En 2005, adicionalmente, promulgó la NOM-046-SSA2-2005 de “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”, la cual contempla la entrega gratuita y oportuna de anticoncepción de emergencia para casos de violación. Sin embargo, países como Costa Rica tienen una escasa trayectoria en el tema. Este país recién en 2011 incorporó la anticoncepción de emergencia en una norma sanitaria, cuando se diseñó el *Protocolo interinstitucional de atención integral a víctimas*

4 Tribunal Constitucional, ROL 740-07-CDS, 18 de abril de 2008.

de violación sexual en las primeras 72 horas de ocurrido el evento, restringiendo su acceso sólo a mujeres sobrevivientes de violencia sexual.

Sólo dos países en América Latina no entregan anticoncepción de emergencia en sus servicios de salud. Uno de ellos es Perú. Si bien la distribución de la llamada “píldora del día después” se encontraba reglamentada en la *Guía de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva* de 2004, la *Norma Técnica de Planificación Familiar* de 2005 y el *Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva* de 2006, luego del Fallo del Tribunal Constitucional que ordenó al Ministerio de Salud abstenerse de desarrollar como política pública la entrega gratuita de la anticoncepción de emergencia a nivel nacional, se publicó la Resolución Ministerial no 652/2010 prohibiendo cualquier actividad referida al uso del levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia. Sin embargo, dado que el fallo afectó sólo las acciones del servicio público de salud, diversas organizaciones de la sociedad civil continúan entregando el fármaco de manera gratuita a mujeres que lo solicitan.

El otro país que no distribuye anticoncepción de emergencia en su sistema de salud es Honduras. Este representa el caso más radical de restricción en toda la región, desde que el 21 de octubre de 2009 la Secretaría de Salud publicó el Acuerdo Ministerial n° 2744 que prohíbe la distribución gratuita y comercialización de esta tecnología contraceptiva en todo el país. Con esto, ni siquiera la sociedad civil se ve habilitada para cubrir la demanda insatisfecha que dejó el Estado en esta materia.

Respecto de la compra en el mercado, también hay situaciones diversas en la región latinoamericana. Mientras en algunos países es posible adquirirla legalmente en farmacias y establecimientos privados sin presentar una prescripción médica, en otros casos sí se exige este requisito, lo que obliga a las mujeres a acceder previamente a un/a profesional de la salud que le otorgue una receta médica. Hasta el año 2010, sólo en El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, Uruguay y Venezuela era posible comprar un producto dedicado de anticoncepción de emergencia sin prescripción médica (39). En esta línea, el caso de Costa Rica es único en la región, ya que si bien su venta no está prohibida en el mercado, no existe un producto dedicado específico de anticoncepción de emergencia, por lo que la única posibilidad de acceder a ésta es a través del método

Yuzpe. En tanto, sólo en Honduras su venta está expresamente prohibida en el comercio.

Por supuesto, las barreras a nivel de legalidad y regulación en torno a la anticoncepción de emergencia representan obstáculos institucionales de suma importancia para el acceso de las mujeres a esta tecnología. Sin embargo, la evidencia ha mostrado que aún en aquellos países en donde el acceso está relativamente liberalizado, persisten otro tipo de obstáculos. Investigaciones realizadas en distintas partes de la región han dado cuenta de que el nivel de conocimiento respecto de la existencia de esta tecnología contraceptiva, así como de su correcto uso, sigue siendo escaso en ciertos contextos, situándose incluso por debajo del 50% en algunos países. El conocimiento tiende a variar además en base a variables socioeconómicas, aumentando en los niveles socioeconómicos más altos (11, 28, 46). Asimismo, los/as jóvenes y las mujeres son quienes tienden a tener más conocimiento respecto de la anticoncepción de emergencia y de su correcto uso (15, 48). Se ha evidenciado también que en muchas ocasiones las mujeres desconocen la posibilidad de acceder a la anticoncepción de emergencia en hospitales, incluso en aquellos países donde las regulaciones en la materia habilitan su entrega en el sistema público de salud (48). Pero es sin duda, la asociación de este contraceptivo con el estigma del aborto continúa siendo una de los preconceptos más difundidos a nivel regional, constituyendo una de las principales barreras a su accesibilidad (11, 48).

Del mismo modo, la literatura científica muestra que también persisten a nivel regional amplios niveles de desinformación de parte de los/as profesionales de la salud (4, 53). Se ha reportado incluso que las propias instituciones públicas de salud niegan la entrega de la anticoncepción de emergencia, contrariando las disposiciones y normativas que habilitan su acceso (52). Este tipo de prácticas afectan especialmente a las mujeres jóvenes y de escasos recursos, quienes son las que utilizan con más frecuencias las instituciones públicas de salud como vía de acceso a esta tecnología contraceptiva (36).

De este modo, la región latinoamericana presenta un panorama diverso en materia de acceso a la anticoncepción de emergencia. Sin embargo, y pese a los retrocesos que ha habido en la materia, como lo representa el caso hondureño o la sentencia del Tribunal Constitucional

de Perú que hasta el día de hoy mantiene congelada la distribución de la “píldora del día después” en el servicio público de salud, en términos generales la región ha experimentado procesos de avance tendientes hacia un mayor acceso. Costa Rica, por ejemplo, que hasta 2011 no tenía reglamentación alguna respecto de la entrega de anticoncepción de emergencia, ahora cuenta con un protocolo que lo garantiza para mujeres víctimas de violación. Panamá, en tanto, no contó con un producto dedicado específico hasta 2011, año en el cual se otorgó por primera vez el registro a los primeros productos de anticoncepción de emergencia, los que hoy pueden conseguirse en el mercado. Chile, por otro lado, quien tuvo detenida la entrega de la llamada “píldora del día después” en el sistema de salud público desde el año 2008, producto del fallo del Tribunal Constitucional, repuso su distribución en 2010 gracias a la promulgación de la ley 20.418. Así, el caso peruano y, más urgentemente, el hondureño, representan quizás los mayores desafíos a nivel latinoamericano, en lo que respecta a normativas para el acceso. Junto con eso, el acceso mediante compra sin receta también es un tema pendiente en diversos países de la región.

La anticoncepción de emergencia como núcleo de disputa

Este contexto de desigualdades no es casual. En las últimas dos décadas, la anticoncepción de emergencia se ha visto bajo un fuerte ataque de parte de sectores contrarios a los derechos sexuales y reproductivos en general (2-3, 9, 14). En este sentido, el acceso de las mujeres a la anticoncepción de emergencia ha resultado tensionado producto de una serie de disputas desarrolladas entre, por un lado, una diversidad de actores que han emprendido acciones en su contra y, por otro, la lucha de sectores que han abogado por su entrega gratuita dentro de los sistemas de salud y su venta libre en el mercado.

Cada uno de estos sectores que pugnan, ya sea en oposición o a favor de la anticoncepción de emergencia, no pueden pensarse de un modo homogéneo. Por el contrario, sus integrantes, acciones estratégicas y discursos son diversos, lo que obliga a complejizar los análisis respec-

to de su accionar y configuración. En este sentido puede resultar útil el concepto de “redes temáticas” (*issue networks*) acuñado por Mala Htun (20). Retomando la definición de Hugh Hecló (19), las redes temáticas constituyen para Htun subculturas especializadas de observadores políticos altamente informados que operan en torno a temas específicos y con una meta común. De este modo, las redes temáticas se diferencian de los movimientos sociales, ya que mientras estos últimos corresponden a una secuencia de acciones colectivas entre actores sociales que procuran diversas metas aunados bajo una identidad colectiva común, las redes temáticas son más específicas, ya que son constituidas por grupos de actores que se movilizan en torno a producir una reforma política puntual, sin necesariamente reconocerse bajo una identidad colectiva común o una ideología política determinada.

Así, en las redes temáticas vinculadas con la anticoncepción de emergencia convergen diversos tipos de actores. Por un lado, entre quienes defienden su acceso y distribución, destaca en gran medida una serie de activistas feministas que abogan por un marco más amplio de reconocimiento y efectivización de los derechos sexuales y reproductivos en general. Los/as activistas feministas han sido centrales en la conformación de las redes temáticas favorables a los derechos sexuales y reproductivos en general (12), aunque esto no implica que sean los/as únicos/as actores involucrados/as en la movilización a favor de estos derechos. Así, estas redes temáticas también son conformadas por profesionales de la salud, juristas, profesionales de medios de comunicación, políticos/as de diversas tendencias (liberales, socialistas, etc.), funcionarios/as públicos/as, entre muchos otros, quienes no necesariamente se identifican como feministas, pero que abogan por una causa similar desde su campo de acción y su conocimiento experto. Las redes temáticas a favor del acceso a la anticoncepción de emergencia en América Latina se han consolidado en diversas iniciativas. Una de ellas es, por ejemplo, el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, el que reúne a una serie de activistas, investigadores/as, médicos/as, matronas/parteras, etc. que abogan desde múltiples espacios por la habilitación de vías que permitan a las mujeres acceder a esta tecnología anticonceptiva y a la información suficientes para su uso.

Por otro lado, los sectores contrarios al acceso y distribución a la anticoncepción de emergencia también se han organizado en redes temáticas. Si bien éstas están conformadas por una heterogeneidad de integrantes, son ciertos actores religiosos conservadores los que han tendido a adquirir protagonismo en su interior. Como indica Juan Marco Vaggione (57), la politización de la sexualidad incitada por los nuevos paradigmas promovidos por los movimientos feministas, de mujeres y LGBTI, así como las transformaciones habidas en las prácticas sexuales y reproductivas, ha concitado la reacción de sectores conservadores religiosos. Así, lejos de retraerse o ceder terreno frente al ingreso de los derechos sexuales y reproductivos a las agendas públicas, los actores religiosos más tradicionalistas han rearticulado su presencia pública y sus estrategias, inscribiéndose de renovados modos dentro de las arenas de disputa política con el fin de obstruir el reconocimiento y la aplicación de estos derechos.

El campo del activismo religioso conservador es heterogéneo. Ya sea por la hegemonía cultural que continúa teniendo el catolicismo en la región, por los privilegios institucionales que tiene aún en ciertos lugares o por la fuerza política de sus liderazgos, en América Latina este activismo es liderado en términos generales por la jerarquía de la Iglesia Católica (37, 56). Junto a la jerarquía católica se posicionan también algunas iglesias evangélicas conservadoras que articulan una agenda sexual en consonancia con la mirada del Vaticano en estos temas (25). Sin embargo, no es posible reducir las redes temáticas de oposición a la anticoncepción de emergencia sólo a actores vinculados institucionalmente con las iglesias conservadoras. Adicionalmente, confluyen en su interior universidades confesionales, parlamentarios/as (algunos/as incluso de izquierda), autoridades gubernamentales de distintos niveles del Estado, profesionales de la salud, abogados/as litigantes, organizaciones no gubernamentales (ONG) Pro-Vida, entre otros, todos comprometidos con una cosmovisión restrictiva de lo sexual (9, 27, 34, 40, 57). Es por esto que a pesar del protagonismo que cobran ciertos actores religiosos, y de la forma en que la religión articula y permea en gran medida a la mayoría de los actores conservadores en materia sexual, es imposible reducir las redes temáticas contrarias a la anticoncepción de emergencia a una mera red de iglesias o jerarcas religiosos (42). Es esta amalgama heterogénea de

actores la que ha conformado una serie de redes temáticas de oposición a ciertos derechos sexuales y reproductivos en la región, siendo el acceso a la anticoncepción de emergencia uno de los puntos nodales de su movilización opositora.

Ofensivas en contra de la anticoncepción de emergencia: las estrategias conservadoras

Las redes temáticas que han operado en oposición a la anticoncepción de emergencia en América Latina han emprendido diversas acciones estratégicas para evitar su distribución y acceso por parte de las mujeres. Sus esferas de intervención han abarcado distintos espacios, como el biomédico o el religioso. Sin embargo, las acciones que han generado los efectos más relevantes han sido aquellas que han buscado canalizar la oposición por vías institucionales y administrativas, muchas de ellas judiciales, como forma de limitar, bloquear o congelar la distribución de la anticoncepción de emergencia en diversos países. Si bien frente al variado panorama regional las estrategias legales desarrolladas por estas redes temáticas no han sido homogéneas, muchas de ellas se han repetido a lo largo de cada contexto. Esto nos habilita a identificar algunos patrones estratégicos que, pese a presentar ciertos grados de variación interna, permiten establecer continuidades entre las acciones emprendidas para obturar el acceso a la anticoncepción de emergencia.

Para entender estas continuidades, puede ser útil recurrir a los aportes realizados por la literatura sobre movimientos sociales, y aplicar algunas de las ideas utilizadas para conceptualizar su acción colectiva. Lejos de ser ilimitadas, parte de esta literatura ha destacado que las acciones de los movimientos sociales tienden a ser relativamente previsibles y acotadas, por lo que existen patrones de estrategias observables a través del tiempo (33). Siguiendo a Charles Tilly (55), los movimientos sociales disponen de “repertorios de contienda” o “contestación”, esto es, un conjunto limitado de estrategias aprendidas y compartidas por actores que comparten una cierta conciencia opositora, y donde los cuerpos, símbolos, prácticas y discursos se utilizan para promover o impedir cambios

en las relaciones de poder (54). Así, las estrategias que utilizan los actores se enmarcan dentro de ciertos repertorios que permiten observar algunas continuidades entre las acciones colectivas emprendidas por éstos.

David Meyer y Suzanne Staggenborg (33), por su parte, realizan un esfuerzo por definir y desglosar las dimensiones que conforman a las “estrategias”, entendiendo que éstas se componen de tres variables: demandas, arenas y tácticas. Estas tres dimensiones permiten operacionalizar las estrategias de los actores colectivos, entendidas como el plan global de actividades de movilización y acción colectiva que cada movimiento designa para lograr los impactos sociales deseados (24). Así, las *demandas* constituyen los reclamos y reivindicaciones concretas que hacen los movimientos en cada momento político. Las demandas son necesariamente enmarcadas (*framed*) y dirigidas a las autoridades, la ciudadanía o sus opositores, pero el proceso de elaboración de las demandas es más amplio que el de los marcos culturales de sentido sobre el que se sustentan, e implica decisiones sobre el contenido de los temas que se reclaman, así como la forma que adquiere su presentación. Por su parte, las *arenas* se relacionan con los espacios donde se llevan a cabo estas demandas, como el campo el legislativo, el judicial, el ejecutivo, los medios de comunicación, etc. Los movimientos tienden a utilizar diversas arenas y a moverse de una a otra, y suele esperarse que utilicen aquellas en donde consideran que pueden obtener mejores resultados. Dentro de cada arena, pueden elegir además distintos niveles de acción (por ejemplo, un movimiento que actúa en la arena judicial puede elegir moverse exclusivamente a nivel nacional, o bien llevar sus demandas a tribunales internacionales), así como diferentes blancos (*targets*) (en el campo legislativo, por ejemplo, un movimiento puede decidir actuar sobre el Congreso en general o sobre legisladores específicos). Finalmente, las *tácticas* corresponden a los medios específicos utilizados para la implementación de las estrategias adoptadas por cada movimiento social. En otras palabras, son las formas concretas de acción colectiva adoptadas por los actores de cada movimiento. Así, un movimiento que decide emprender acciones en la arena judicial, puede adoptar diversas tácticas, como presentar demandas o escritos judiciales, pero también pueden manifestarse afuera de los tribunales, enviar cartas a los jueces, etc. Los activistas suelen emplear tácticas

que les son familiares a ellos, en línea con la ideología movimiento, pero también en respuesta a otros actores del campo.

Este breve esquema teórico puede resultar de utilidad para analizar de modo general, y sin ánimo de exhaustividad, algunas de las formas típicas que han adquirido las principales estrategias de las redes temáticas opositoras a la anticoncepción de emergencia en América Latina en los últimos años. Así, es posible asumir que a pesar del heterogéneo repertorio estratégico al que han recurrido las redes temáticas conservadoras, hay ciertas demandas, arenas y tácticas que han sido privilegiadas en su accionar.

En primer lugar, en lo que respecta a sus demandas, como sabemos, éstas se han focalizado en impedir el acceso de las mujeres a esta tecnología contraceptiva bajo toda circunstancia, encuadrando sus discursos en presupuestos específicos que motivan sus acciones. Uno de los principales argumentos que han esgrimido para estos fines remite a la idea de que esta tecnología no sólo sería contraceptiva, sino además abortiva (1-2, 9, 14, 23, 49). Para esto, su argumento se basa en tres proposiciones centrales. La primera dice relación con la identidad genética y el inicio de un nuevo ser humano. Dado que el óvulo fecundado o cigoto contiene ya el genoma completo del individuo que se desarrollará a partir de éste, estos sectores asumen que ese cigoto es ya un individuo distinto de sus progenitores/as. Así, el hecho de que el cigoto sea la primera célula con una identidad genética distinta a la de su madre y su padre, y que se mantendrá inmutable a lo largo de su desarrollo biológico, constituiría un hecho empírico suficiente para asumir que la fecundación marca el inicio de la vida de un nuevo individuo⁵. En segundo lugar, el argumento imputa al momento de la fecundación un carácter jurídico que supone que cualquier atentado contra la vida embrionaria implicaría un atropello contra el derecho a la vida, remitiendo a la idea de que el producto de la fecundación sería ya una persona en el sentido jurídico del término, esto es,

5 Todas las células del cuerpo de cada individuo humano tienen exactamente la misma identidad genética (es decir, los genes de las células de la piel de un/a individuo, por ejemplo, son exactamente los mismos que los de las células de su hígado). Esto con la excepción del espermatozoide y el óvulo, que son las únicas células que contienen sólo la mitad de la información genética (23 cromosomas) que tienen el resto de las células del cuerpo humano. De este modo, cuando se unen ambas células, forman el cigoto, cuya identidad genética se conforma en base tanto a los cromosomas del espermatozoide como del óvulo. Para una crítica respecto del modo en que los sectores conservadores reducen la individualidad a una concepción genetista del ser humano, ver Morán Faúndes y Peñas Defago (38) y Morán Faúndes (35).

un sujeto de derechos. Finalmente, la tercera proposición remite a que la anticoncepción de emergencia actuaría impidiendo la implantación del óvulo fecundado. Como se mencionó anteriormente, durante años las investigaciones vinculadas a este mecanismo de acción no eran del todo concluyentes, lo que impedía determinar de modo certero si efectivamente la anticoncepción de emergencia actuaba o no sobre el óvulo una vez que éste ya había sido fecundado. Ante este escenario, y en un contexto regional de fuerte penalización del aborto, los sectores opositores a esta tecnología contraceptiva planteaban su objeción aduciendo que frente a esta falta de evidencia concluyente los Estados debían abstenerse de permitir el acceso de las mujeres a la anticoncepción de emergencia, dado que eventualmente podrían provocar abortos.

Si bien hoy en día existe importante evidencia científica que descarta que la anticoncepción de emergencia obture la implantación del óvulo luego de su fecundación, o que afecte el correcto desarrollo embrionario, los grupos opositores a esta tecnología han tendido a rechazar esta evidencia, manteniendo la posición de que existe la posibilidad de que esta tecnología impida la anidación. Asimismo, tampoco toman en consideración que las máximas autoridades mundiales en salud definen el aborto como la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, y al embarazo como el período gestacional que comienza al término del proceso de implantación (18), por lo que entre la fecundación y la implantación no existe aún un embarazo y, por lo tanto, no puede estrictamente haber un aborto.

Lo llamativo de la forma en la que estas redes temáticas han tendido a presentar su demanda de oposición a la anticoncepción de emergencia en los últimos años es que, a pesar de la fuerte impronta religiosa en la que se inscriben, sus acciones y argumentaciones han tendido a ser enmarcadas (*framed*) bajo una discursividad de índole secular, principalmente jurídica y biologicista (27, 38, 49, 56). Esto se inscribe dentro de lo que Juan Marco Vaggione ha denominado “secularismo estratégico” (57), referido a una suerte de estrategia de incorporación de argumentaciones seculares en los discursos de algunos sectores religiosos conservadores. La mixtura entre lo religioso y lo secular, además de borrar las fronteras entre ambas dimensiones, ha transformado a estos actores facilitando su penetración en la esfera

de lo político y su oposición desde ese lugar a la agenda de los derechos sexuales y reproductivos. Como indica Vaggione (56), esta estrategia no ha implicado una consecuente disminución del grado de dogmatismo que atraviesa su posicionamiento político, sino simplemente una nueva forma de presentación en el escenario público. Asimismo, la evidencia ha mostrado que las mismas identidades públicas de los actores que hacen parte de las redes temáticas de oposición a los derechos sexuales y reproductivos ha tendido a secularizarse a través del tiempo, en lo que en otro lugar he denominado como “des-identificación religiosa” (34).

Adicional al argumento fundamentado sobre el derecho a la vida del cigoto, algunas de las acciones interpuestas por las redes temáticas en contra de la anticoncepción de emergencia han sido enmarcadas bajo otras argumentaciones. Por ejemplo, tanto en Argentina como en Chile se ha planteado que esta tecnología contraceptiva no estaría asociada con el derecho a la salud, por lo que su entrega gratuita no debería ser competencia de los servicios de salud.

“Este argumento ha servido para cuestionar la competencia del Ministerio de Salud en la distribución de dicho anticonceptivo pues se argumenta que con esa medida no se combate ninguna enfermedad. Por lo mismo, en Argentina se ha insistido en que el Estado no debería emplear el presupuesto de salud para planificación familiar” (23, p.53).

Asimismo, también se ha planteado el argumento de que la distribución de anticoncepción de emergencia en los servicios de salud atentaría contra el derecho del padre y/o la madre de educar a sus hijos/as en sexualidad, al otorgarles a las jóvenes la posibilidad de acceder a la llamada “píldora del día después” de manera libre y sin el consentimiento de su padre y/o madre.⁶ Sin embargo, ha sido el discurso de la vida el que ha permeado la mayoría de las acciones interpuestas por las redes temáticas conservadoras, así como el que ha tenido una mayor recepción de parte de ciertos actores gubernamentales, tribunales de justicia, sectores médicos, etc.

Esta demanda de oposición a la anticoncepción de emergencia, enmarcada en la idea de la protección de la vida desde el momento de la fe-

6 Para una crítica a estos argumentos, ver Instituto Interamericano de Derechos Humanos (23)

cundación, ha sido desplegada en diversas arenas contenciosas, aunque sin lugar a dudas la arena judicial ha sido uno de los terrenos de acción priorizados por las redes temáticas conservadoras en la región latinoamericana. Desde finales de los años noventa, diversos actores conservadores han emprendido acciones legales frente a las cortes de justicia para congelar los procesos de distribución de este método contraceptivo en los sistemas de salud, así como su venta en farmacias y distribución por parte de organizaciones de la sociedad civil. El primero de estos procesos fue iniciado en 1998 en Argentina. Se trata del caso conocido como “Portal de Belén”, en alusión al nombre de la ONG que inició el mismo.⁷ Justo un año luego de que ingresara la anticoncepción de emergencia a la región (14), esta organización demandó al Ministerio de Salud de la Nación con el objetivo de prohibir la fabricación, distribución y comercialización de la píldora llamada Imediatâ, alegando que el mencionado fármaco era abortivo y que vulneraba el derecho a la vida humana desde la concepción. Portal de Belén justificó su participación ante la justicia argumentando ser quien defendía el derecho a la vida de todo *nasciturus*, el que consideraba vulnerado por dicho medicamento. En un fallo con profundas imprecisiones científicas y legales, en marzo de 2002 la Corte Suprema de Justicia de la Nación falló a favor del Portal de Belén, obligando al Ministerio de Salud a revocar la autorización del fármaco y prohibiendo su fabricación, distribución y comercialización en todo el territorio nacional. En sus fundamentos, la Corte expuso que la vida humana comienza en la concepción, declarando que todo método que impida el anidamiento debería ser considerado abortivo. Este fallo ha sido capitalizado por las redes temáticas conservadoras de la región en posteriores instancias de litigio, sirviendo de antecedente jurisprudencial en las sentencias emitidas por los tribunales constitucionales de Chile en 2008⁸ y Perú en 2009⁹, ambas desfavorables a la distribución de esta tecnología por los respectivos sistemas de salud (50).

El caso “Portal de Belén” de algún modo representó el inicio de una serie de litigios que se intensificarían a partir del siglo XXI como una for-

7 Caso “Portal de Belén Asociación Civil sin fines de lucro c/Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación s/ Amparo”.

8 Tribunal Constitucional de Chile, ROL 740-07-CDS.

9 Tribunal Constitucional de Perú, EXP. N.º 02005-2009-PA/TC

ma de resistencia a la introducción de la anticoncepción de emergencia en América Latina, como en Chile, Perú, Colombia, Ecuador, entre otros (23). En el caso de Chile, por ejemplo, fueron múltiples los procesos judiciales que se iniciaron contra este fármaco a partir de 2001 (2-3). El primero de ellos ocurrió en marzo de ese año, cuando la representante de una ONG Pro-Vida, llamada Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer (ISFEM), presentó un recurso en contra del primer producto que ingresó al país, de nombre Postinal. El caso llegó hasta la Corte Suprema de Justicia, quien determinó que el fármaco podía provocar efectos abortivos, por lo que la autorización del mismo era inconstitucional. Pese a esto, la autoridad sanitaria ya había concedido el registro de otro producto, denominado Postinor-2. De ahí en más ocurrieron una serie de litigios en el país que buscaron obturar el acceso a la anticoncepción de emergencia. Finalmente, en septiembre del 2007, un grupo de treinta y un parlamentarios presentó ante el Tribunal Constitucional de Chile un requerimiento de inconstitucionalidad, impugnando las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad que contemplaban la entrega de este fármaco en el servicio público de salud. Al año siguiente, el Tribunal Constitucional falló estableciendo la inconstitucionalidad de la entrega de la anticoncepción de emergencia,¹⁰ situación que logró ser revertida recién en 2010 tras la aprobación de la Ley no 20.418 que habilitó nuevamente la entrega del fármaco en hospitales.

Las tácticas emprendidas en la arena judicial no han sido monolíticas. Por el contrario, es posible observar ciertos cambios en los patrones generales de judicialización que se han llevado a cabo en contra de la anticoncepción de emergencia. En una primera instancia, varios de los procesos iniciados por sectores conservadores apuntaron específicamente al producto dedicado disponible en cada país (es decir, a la marca comercial de anticoncepción), al laboratorio que lo fabricaba y/o al organismo público encargado de autorizar su registro sanitario. Así ocurrió en Argentina con el caso “Portal de Belén” anteriormente mencionado, en el cual se presentó una demanda de amparo en contra del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, solicitando que se le ordenara retirar

10 Tribunal Constitucional de Chile, ROL 740-07-CDS, 18 de abril de 2008.

la autorización y prohibir la fabricación, distribución y comercialización del fármaco Imediat, de laboratorios Gador. Lo mismo ocurrió en Chile, cuando en 2001 el Centro Juvenil AGES presentó un recurso en contra producto Postinalâ, de laboratorios Grünenthal. En este mismo país, en 2002 se judicializó nuevamente la anticoncepción de emergencia, esta vez en contra del producto dedicado Postinor-2â (del mismo laboratorio) y contra Grünenthal. El caso llegó hasta la Corte Suprema, quien en 2005 falló estableciendo la legalidad y constitucionalidad del fármaco,¹¹ pero al año siguiente AGES presentó una demanda nuevamente contra el laboratorio, quien terminó retirando voluntariamente el registro del fármaco (2). Asimismo, Ecuador también vivió un proceso similar, cuando en 2005 el presidente de la Agrupación Abogados por la Vida presentó un amparo constitucional solicitando la suspensión del Registro Sanitario del fármaco Postinor-2â, el que se le había otorgado en 2004. En 2006, el Tribunal Constitucional sentenció la suspensión definitiva de la inscripción del medicamento y certificado de Postinor-2â.¹²

Muchas de las acciones judiciales emprendidas contra los productos dedicados, sus fabricantes o los organismos públicos que concedieron su registro sanitario, sin embargo, no tuvieron los efectos prácticos deseados por las redes temáticas conservadoras. Esto debido a que si bien varios de los fallos fueron favorables a las solicitudes de los demandantes, previo a las respectivas sentencias se concedieron registros sanitarios a otras marcas de anticoncepción de emergencia, las que no se vieron afectadas por las decisiones de las cortes.

De este modo, la segunda táctica emprendida en la arena judicial consistió en el emprendimiento de acciones en contra ya no de un producto dedicado específico, sino de la composición farmacológica y dosis de la anticoncepción de emergencia, o en contra de las normas sanitarias que estipulan su distribución. Tal fue el caso de Ecuador, cuando tras la sentencia de 2006 del Tribunal Constitucional, el demandante solicitó que dicho organismo se pronunciara sobre la inconstitucionalidad de los registros sanitarios de los otros productos que contienen levonorgestrel, solicitud

11 Corte Suprema de Chile, Rol n° 1.039-2005, 28 de noviembre de 2005.

12 Tribunal Constitucional de Ecuador, Resolución no 0014-2005-RA, 23 de mayo de 2006.

que fue rechazada por el Tribunal Constitucional (23). En Chile, el caso anteriormente mencionado de los treinta y un parlamentarios de distintas facciones políticas que presentaron una demanda de inconstitucionalidad en contra de las *Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad*, y en particular de la entrega de anticoncepción de emergencia contenida en dicha normativa,¹³ también constituye un ejemplo de esta táctica. Asimismo, en México, en el año 2009 el Gobernador del Estado de Jalisco llevó un requerimiento de inconstitucionalidad hasta la Suprema Corte de Justicia en contra de las norma de *Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la prevención y atención* (NOM-046-SSA2-2005) que prevén la entrega de la anticoncepción de emergencia en el sistema de salud. Sin embargo, y a diferencia de lo ocurrido en Chile, la Suprema Corte de Justicia de la Nación declaró la constitucionalidad de las normas.¹⁴

Sin dudas, el terreno judicial ha sido la arena más importante desde donde las redes temáticas conservadoras han buscado obturar el acceso a la anticoncepción de emergencia en América Latina. Sin embargo, aunque quizás menos recurrente, la arena ejecutiva/gubernamental también ha cobrado cierto protagonismo. Por supuesto, en general es posible asumir que, independientemente de las distancias habidas entre cada país de la región, esta arena ha tendido a ser un espacio relativamente favorable para garantizar el acceso a la anticoncepción de emergencia, en especial si se consideran las múltiples guías técnicas, normas, decretos ministeriales, etc. que han sido generados desde las instituciones gubernamentales habilitando la distribución de este fármaco. Sin embargo, en algunos contextos los sectores conservadores han buscado igualmente obturar su acceso desde esta arena, ya sea estableciendo alianzas con el ejecutivo, o colonizando el aparato estatal. Uno de los casos más emblemáticos ha sido el de Honduras, cuando la distribución y comercialización de la anticoncepción de emergencia fue prohibida mediante la publicación del Acuerdo Ministerial n° 2744 de la Secretaría de Salud el día 21 de octubre de 2009, bajo el gobierno transitorio de Roberto Micheletti, a casi cuatro meses luego del golpe que derrocó al presidente Manuel Zelaya. Tal docu-

13 En este caso, también se solicitó la inconstitucionalidad de la entrega y colocación de dispositivos intrauterinos por parte del sistema público de salud, la que fue rechazada por el Tribunal Constitucional.

14 Suprema Corte de Justicia de la Nación, Controversia Constitucional 54/2009.

mento no sólo congeló la distribución de la anticoncepción de emergencia en el sistema de salud del país, sino además prohibió su venta en todo el territorio, con lo cual obtuvo de manera absoluta su acceso, situación que persiste hasta el día de hoy.

Otro ejemplo lo constituye lo ocurrido en Chile tras el dictamen en 2008 del Tribunal Constitucional prohibiendo la entrega de la anticoncepción de emergencia en el sistema público de salud. Luego del mencionado fallo, y dado que éste sólo alcanzaba el ámbito de la salud centralizada en el Ministerio de Salud, los consultorios y postas municipales fueron las únicas instituciones públicas sanitarias que quedaron en libertad para distribuir el fármaco. Así, la entrega o no de éste quedó a disposición del arbitrio de los/as alcaldes/as de cada comuna, lo que promovió un escenario de incertidumbre respecto al acceso efectivo y gratuito de la anticoncepción de emergencia, y las situaciones específicas en que era entregada. Según un estudio realizado por Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), sólo el 50,5% de las municipalidades entregaba en 2009 la anticoncepción de emergencia, en circunstancias en que la mayoría de aquellas que no distribuía anticoncepción correspondían a municipios liderados por un/a representante de la coalición política de derecha (Alianza por Chile), vinculada fuertemente a sectores conservadores religiosos (10).

Al igual que el ámbito ejecutivo/gubernamental, en distintos países la arena legislativa ha constituido un canal que ha favorecido el acceso a la anticoncepción de emergencia, como ocurrió en Ecuador cuando el Congreso Nacional aprobó en 2006 la Ley Orgánica de salud n° 67 que estableció la obligatoriedad de suministrar anticoncepción de emergencia en los servicios de salud a las mujeres víctimas de violencia sexual, o en 2010 en Chile cuando el Congreso aprobó la Ley n° 20.418 que restituyó su entrega tras la prohibición establecida por el Tribunal Constitucional en 2008. Sin embargo, al igual como ha ocurrido con la arena ejecutiva/gubernamental, el ámbito legislativo en algunos contextos también ha representado una arena fértil para la canalización de la oposición conservadora. Este fue el caso de Brasil, donde algunas ciudades aprobaron leyes para restringir, a nivel local, el acceso de las mujeres a la anticoncepción de emergencia. Así, por ejemplo, entre 2005 y 2006 las cámaras municipales de São José dos Campos, Jacareí y Vargem, en el Estado de São Paulo,

aprobaron leyes que impidieron la distribución de la llamada “píldora del día después” en sus municipios (15). Asimismo, en 2008 el municipio de Ilhabela, también de São Paulo, aprobó una ley que prohibió su distribución en el sistema municipal de salud, así como su venta en farmacias. De este modo, los espacios locales legislativos brasileros fueron movilizados como una forma de resistencia frente a la política de distribución de anticoncepción de emergencia promovida desde el Estado Federal, especialmente tras la publicación en 2005 del documento *Anticoncepção de Emergência, perguntas e respostas para profissionais de saúde* del Ministerio de Salud, en donde se establecía la entrega del fármaco para casos de falla o no uso de algún método contraceptivo durante la relación sexual.

Resulta llamativo también que algunos de los procesos de litigio iniciados contra la anticoncepción de emergencia en la región hayan sido iniciados por congresistas, con lo cual los actores propios de la arena legislativa han desplazado su accionar hacia la arena judicial. El ya mencionado caso de Chile que llegó hasta el Tribunal Constitucional del país, constituye un ejemplo de esto, ya que fue un grupo de parlamentarios quienes iniciaron la demanda de inconstitucionalidad. Asimismo, en Perú, tras el fallo del Tribunal Constitucional en 2009 que prohibió la distribución de este método anticonceptivo en el sistema de salud, la congresista Fabiola Morales presentó en marzo de 2010 una denuncia constitucional contra el ministro de Salud Oscar Ugarte, por supuesto desacato a la sentencia del Tribunal Constitucional (51).

De este modo, es posible advertir que las arenas y tácticas empleadas por las redes temáticas conservadoras han sido variadas. Lejos de abocarse a un solo frente de acción, la demanda de oposición a la anticoncepción de emergencia se ha desplegado mediante diversas estrategias que han puesto en peligro su libre distribución y comercialización en la región. Sin embargo, y pese al accionar de esta oposición organizada, los avances a favor de su acceso no han sido menores. El desafío actual consiste en lograr destrabar los impedimentos legales que persisten en determinados contextos, como Honduras y Perú, y en consolidar las conquistas logradas en la mayoría de los países latinoamericanos a fin de fortalecer las instancias de accesibilidad y garantizar con esto un mayor respeto por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Reflexiones finales

A casi dos décadas de la introducción de la anticoncepción de emergencia en América Latina, el panorama general relativo a su distribución y acceso ha sufrido una serie de transformaciones. Aunque hay indicios de que en algunos lugares han mermado las tensiones que acecharon en un primer momento a las regulaciones que disponían su accesibilidad, estabilizándose en un escenario de creciente acceso, estas dinámicas y disputas no han finalizado. Los desafíos que se ciernen sobre este campo aún son grandes, ya que en ciertos contextos las redes temáticas opositoras continúan buscando obturar las políticas públicas que han ampliado la distribución de esta tecnología. El creciente consenso científico que se ha producido respecto a la inexistencia de un efecto antianidatorio por parte de la anticoncepción de emergencia, gracias a las nuevas investigaciones desarrolladas en torno a los mecanismos de acción de este fármaco, no ha sido necesariamente receptado por los sectores más conservadores. Por el contrario, su rechazo sigue basándose en gran medida en la idea, cada vez más infundada, de que la anticoncepción de emergencia inhibiría la implantación del óvulo tras su fecundación, provocando con esto un aborto.

Lamentablemente, los avances del conocimiento científico en sí mismos no han sido suficientes para que las instituciones políticas, judiciales o incluso algunas asociadas al ámbito de la salud, abran mayores y mejores canales de acceso a la anticoncepción de emergencia. Los casos que mejor reflejan este escenario de hostilidad institucional son probablemente Perú y, en mayor medida, Honduras. En estos contextos, los procesos de obturación iniciados contra la anticoncepción de emergencia hace algunos años continúan teniendo efectos legales que impiden el acceso a las mujeres de manera libre. Si a esto sumamos el hecho de que en algunos contextos persiste una relativa falta de conocimiento entre la población y ciertos profesionales de la salud respecto de esta tecnología y de su correcta forma de uso, se hace evidente que la accesibilidad a la llamada “píldora del día después” resulta en muchos lugares una tarea aún llena de desafíos.

Este panorama torna central el fortalecer el accionar de las redes temáticas favorables a esta tecnología, a fin de contrastar las acciones de obturación y promocionar, desde diversas estrategias, la anticoncepción de emergencia en particular, y los derechos sexuales y reproductivos en general. El trabajo de estas redes no sólo puede propiciar procesos más amplios de difusión de los nuevos conocimientos científicos en torno a la llamada “píldora del día después”. Adicionalmente, pueden romper las barreras culturales, políticas e institucionales que aún persisten en relación a su uso, y desafiar las dinámicas de movilización conservadora que han mermado su acceso en parte de la región.

Referências

1. ÁLVAREZ, G. Anticonceptivo de emergencia, aborto y otras píldoras: el contexto social de la argumentación. *Revista de lingüística teórica y aplicada*, Concepción, v.45, n. 1, p.45-66, 2007.
2. CASAS, L. La saga de la anticoncepción de emergencia en Chile: avances y desafíos. *Serie Documentos electrónicos FLACSO*, Santiago, Chile, n.2, 2008. Disponible en: <<http://issuu.com/flacso.chile/docs/2008.11.genero>>. Acceso en: 12 abr 2016.
3. CASAS, L. La batalla de la píldora. El acceso a la anticoncepción de emergencia en América Latina. *Derecho y Humanidades*, Santiago, Chile, n.10, p.187-203, 2004.
4. CERQUEIRA, J.; CARVALHO, J.; LEMOS, A. Anticoncepção de emergência na formação de enfermeiros: um estudo documental. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v.38, n.4, p.392-40, 2014.
5. CONSORCIO LATINOAMERICANO DE ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA(CLAE). *Píldoras Anticonceptivas de Emergencia: Guías médicas y de entrega de servicios en América Latina y el Caribe*. Chile:FLASOG, 2009. Disponible en: <http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2014/01/ICEC_CLAE-Med-and-Serv.-delivery-guidelines_2013.pdf>. Acceso en: 12 abr 2016
6. CROXATTO H. et al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception*, New York, v.63, n.3, p.111-121, 2001.

7. CROXATTO, H. La píldora anticonceptiva de emergencia y la generación de un nuevo individuo. *Reflexión y Liberación*, Santiago, Chile, v.61, n.2, p. 33-39, 2004.
8. CROXATTO, H. Mecanismo de acción del levonorgestrel en la anticoncepción de emergencia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Santiago, Chile, v.69, n.2, p.157-162, 2004. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200011&lng=es&nrm=iso. Acceso en: 12 abr 2016.
9. DIDES, C. *Voces en emergencia: el discurso conservador y la píldora del día después*. Santiago, Chile: FLACSO, 2006.
10. DIDES, C.; BENAVENTE, MC.; MORÁN FAÚNDES, JM. *Entrega de la píldora anticonceptiva de emergencia en el sistema de salud municipal, Chile: estado de situación*. Santiago, Chile: FLACSO/UNFPA/AChM, 2010.
11. DIDES, C. et al. *Estudio de opinión pública sobre aborto y derechos sexuales y reproductivos en Brasil, Chile, México y Nicaragua*. Chile: FLACSO, 2011.
12. DÍEZ, J. *The Politics of Gay Marriage in Latin America: Argentina, Chile and Mexico*. New York: Cambridge University, 2015.
13. DURAND, M. et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception*, New York, v.64, n.4, p.227-234, 2001.
14. FAÚNDES, A.; BRACHE, V.; ALVAREZ, F. Emergency Contraception under Attack in Latin America: Response of the Medical Establishment and Civil Society. *Reproductive Health Matters*, London, v.15, n.29, p.130-138, 2007.
15. FIGUEIREDO, R.; BASTOS, S.; TELLES, JL. Profile of the free distribution of emergency contraception for adolescents in São Paulo's counties. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v.22, n.1, p.105-115, 2012.
16. FIGUEIREDO, R.; SEGRI, N. J. Use of Male Condoms among Adolescents with Free Access at Emergency Contraception—Study among Students from the Public Education System of the Sao Paulo, Brazil. *World Journal of AIDS*, n.4, p.178-186, 2014.

17. GLASIER, A. F. et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet*, London, n.375, p.555-562, 2010.
18. HAPANGAMA, D.; GLASIER, AF.; BAIRD, DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception*, New York, v.63, n.3, p. 123-129, 2001.
19. HECLLO, H. Issue networks and the Executive Establishment. In: KING, A., *The new American Political System*. Washington: American Enterprise Institute, 1978.
20. HTUN, M. *Sex and the State. Abortion, Divorce and the family Under Latin American Dictatorships and Democracies*. Cambridge: Cambridge University, 2003.
21. INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. London, 2012.
22. INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO); INTERNATIONAL CONSORTIUM ON EMERGENCY CONTRACEPTION (ICEC). *Mecanismo de Acción. ¿De qué modo las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel (PAE de LNG) previenen el embarazo?* London, 2011 Disponible en: <[http://www.figo.org/sites/default/files/ICEC%20FIGO%20\(MOA_FINAL_2011%20SPA\).pdf](http://www.figo.org/sites/default/files/ICEC%20FIGO%20(MOA_FINAL_2011%20SPA).pdf)>. Acceso en: 12 abr 2016.
23. INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. *La anticoncepción oral de emergencia: el debate legal en América Latina*. San José de Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008.
24. JENKINS, J.C. Sociopolitical movements. In: LONG, S.L. *Handbook of Political Behavior*, New York: Plenum Publishers, 1981. v.4.
25. JONES, D.; CARBONELLI, M. Evangélicos y derechos sexuales y reproductivos. Actores y lógicas políticas en la Argentina contemporánea. *Ciências Sociais Unisinos*, São Leopoldo, v.48, n.3, p.225-234, 2012.
26. LALITKUMAR, P.G. Mifepristone, but not levonorgestrel, inhibits human blastocyst attachment to an in vitro endometrial three-dimensional cell culture model. *Human Reproduction*, Oxford, v.22, n.11, p.3031-3037, 2007.

27. LEMAITRE RIPOLL, J. *Laicidad y resistencia: movilización católica contra los derechos sexuales y reproductivos en América Latina*. México, DF: Universidad Autónoma de México, 2013.
28. LEYVA-LOPEZ, A. et al. Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos. *Salud Pública México*, Cuernavaca, v.52, n.2, p.156-164, 2010.
29. MARIONS, L. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstetrics and Gynecology*, Chicago, v.100, n.1, p.65-71, 2002.
30. MASSAI, M. R. et al. Does meloxicam increase the incidence of anovulation induced by single administration of levonorgestrel in emergency contraception? A pilot study. *Human Reproduction*, Oxford, v.22, n.2, p.434-439, 2007.
31. MENG, C.X. et al. Effect of levonorgestrel and mifepristone on endometrial receptivity markers in a three-dimensional human endometrial cell culture model. *Fertility and Sterility*, Birmingham, v.91, n.1, p.256-264, 2009.
32. MENG, C.X. et al. Effects of oral and vaginal administration of levonorgestrel emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Human Reproduction*, Oxford, v.25, n.4, p.874-883, 2010.
33. MEYER, D. S.; STAGGENBORG, S. Opposing Movement Strategies in U.S. Abortion Politics. *Research in Social Movements, Conflicts and Change*, Washington, n.28, p.207-238, 2008.
34. MORÁN FAÚNDES, J.M. El desarrollo del activismo autodenominado Pro-Vida en Argentina, 1980-2014. *Revista Mexicana de Sociología*, Mérida, v. 77, n. 3, p. 407-435, 2015.
35. MORÁN FAÚNDES, J. M. La valoración de la vida, la subjetivación del embrión y el debate sobre el aborto: aportes desde una perspectiva crítica. *Acta Bioethica*, Santiago - Chile, v. 20, n. 22, p. 151-157, 2014.
36. MORÁN FAÚNDES, J.M. La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Belo Horizonte, v. 30, n. 1, p. 125-144, 2013a.
37. MORÁN FAÚNDES, JM. Feminismo, Iglesia Católica y derechos sexuales y reproductivos en el Chile post-dictatorial. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis. 21, n. 2, p. 485-508, 2013b.

38. MORÁN FAÚNDES, JM.; PEÑAS DEFAGO, M.A. ¿Defensores de la vida? ¿De cuál 'vida'? Un análisis genealógico de la noción de 'vida' sostenida por la jerarquía católica contra el aborto. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n.15, p.10-36, 2013.
39. MORÁN FAÚNDES, J. M. *Índice CLAE" de acceso a la anticoncepción de emergencia: La situación de la anticoncepción de emergencia en América Latina y El Caribe: Barreras y facilitadores en la accesibilidad*. San José de Costa Rica: Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, 2010. Disponible en: <<http://www.colectiva-cr.com/Anexo%2013%20Indice%20CLAE%202010%20final.pdf>>
40. MUJICA, J. *Economía Política del Cuerpo. La reestructuración de los grupos conservadores y el biopoder*. Lima: PROMSEX, 2007.
41. MÜLLER, A. L.; LLADOS, C. M.; CROXATTO, H. B. Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat. *Contraception*, New York, v. 67, n. 5, p. 415-419, 2003.
42. NOE, G. et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception*, New York, v.81, n.5, p.414-420, 2010.
43. NOVIKOVA N. et al. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation - a pilot study. *Contraception*, New York, v.75, n.2, p.112-118, 2007.
44. OKEWOLE, I.A. et al. Effect of single administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception*, New York, v.75, n.5, p.372-377, 2007.
45. ORTIZ, M.E. et al. Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new world monkey *Cebus apella*. *Human Reproduction*, Oxford, v. 19, n. 6, p. 1352-1356, 2004.
46. PALERMO, T.; BLECK, J.; WESTLEY, E. Knowledge and Use of Emergency Contraception: A Multicountry Analysis. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Washington, v.40, n.2, p. 79-86, 2014.
47. PALOMINO, W.; KOHEN, P.; DEVOTO, L. A single midcycle dose of levonorgestrel similar to emergency contraceptive does not alter

- the expression of the L-selectin ligand or molecular markers of endometrial receptivity. *Fertility and Sterility*, Birmingham, v.94, n.5, p.1589-1594, 2010.
48. PECHENY, M.; TAMBURRINO, M. C. ¿"La palabra lo dice"? Interpretaciones cruzadas y obstáculos al acceso a la anticoncepción de emergencia. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n.1, p.158-176, 2009.
 49. PEÑAS DEFAGO, M. A. Los estudios en bioética y la Iglesia Católica en los casos de Chile y Argentina. In: VAGGIONE, J. M. *El activismo religioso conservador en Latinoamérica*. Córdoba: Ferreyra, 2010.
 50. PEÑAS DEFAGO, M.A.; MORÁN FAÚNDES, J.M. The Conservative Litigation against Sexual and Reproductive Health Policies in Argentina. *Reproductive Health Matters*, London, v. 22, p. 82-90, 2014.
 51. PRETELL-ZÁRATE, E. A. Política de anticoncepción oral de emergencia: La experiencia peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Lima, v.30, n.3, p.487-493, 2013.
 52. SCHIAPPACASSE, V. Píldora anticonceptiva de emergencia: características de la demanda en una organización no gubernamental en Chile. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Santiago, v.79, n.5, p.378-383, 2014.
 53. SZULIK, D. et al. Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, v.50, n.1, p.32-39, 2008.
 54. TAYLOR, V.; VAN DYKE, N. Get up, Stand up: tactical repertoires of social movements. In: SNOW, D.; SOULE, S.; HANSPETER, K. *The Blackwell Companion to Social Movements*. Malden: Blackwell, 2004.
 55. TILLY, C. Repertorios de acción contestaria en Gran Bretaña: 1758-1834. In: TRAUGOTT, M. *Protesta Social*. Barcelona: Editorial Hacer, 2002.
 56. VAGGIONE, J.M. Sexualidad, Religión y Política en América Latina. In: CORRÊA, S.; PARKER, R. *Sexualidade e política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos*. Rio de Janeiro: Sexuality Policy Watch, 2011.
 57. VAGGIONE, J. M. Reactive Politicization and Religious Dissidence: the political mutations of the religious. *Social Theory and Practice*, Tallahassee, v.31, n.2, p. 165-188, 2005.

58. VON HERTZEN, H. et al. Low dose mifepristone and two regimen of Levonorgestrel for emergency contraception: a who multicentre randomized trial. *The Lancet*, Londres, v.360, n.9348, p. 1803-1810, 2002.
59. YUZPE, A.A.; SMITH, R.P.; RADEMAKER, A.W. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dl-norgestrel as postcoital contraceptive agent. *Fertility & Sterility*, Birmingham, v.37, n.4, p.508-513, 1982.

3



Distribuição da Contracepção de Emergência pelo Ministério da Saúde

Vanusa Baeta Figueiredo Peres

Resumo

O texto trata do panorama da distribuição das pílulas de contracepção de emergência pelo Ministério da Saúde brasileiro, que, a partir de 2005, passou a ser realizada de forma regular e centralizada. O fato da distribuição deste insumo acontecer no espaço público de saúde abrange outras ações que não dizem respeito somente à distribuição gratuita. Tentamos aqui elencar de forma cronológica as estratégias que acompanham a distribuição da pílula de emergência, dentro de um conjunto de ações e serviços que compõem a política de atenção à saúde integral da mulher. A oferta da contracepção de emergência no Brasil enfrenta ainda obstáculos de cunhos pessoal e religioso que interferem na utilização dessa prática de saúde de forma correta, exigindo olhares atentos das enti-

dades sociais e científicas, num trabalho conjunto com o poder público, de maneira a reduzir as iniquidades e ampliar o acesso e o conhecimento sobre os direitos das mulheres utilizarem esse método.

A distribuição dos contraceptivos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde brasileiro é uma das estratégias que contemplam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, garantindo à mulher o direito de planejar suas gravidezes ou não e de espaçá-las da maneira que mais lhe convém (6).

A distribuição regular pelo Sistema Único de Saúde (SUS) das pílulas de contracepção de emergência iniciou-se de forma regular, em 2005, após longas e exaustivas discussões do Ministério da Saúde com os movimentos sociais, as associações médicas, a igreja e partidos políticos do Congresso Nacional que apoiavam ou não a ideia, embora o método já fosse aprovado e recomendado, desde 1995, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e constasse entre os métodos contraceptivos da quarta edição do *Manual de Assistência ao Planejamento Familiar* do Ministério da Saúde brasileiro (5).

A contracepção de emergência no país, desde sua introdução como uma prática de saúde, gerou controvérsias e, muitas vezes, foi vista com desconfiança pelos gestores locais de saúde, pelos profissionais de saúde e por parte da própria população.

Pesquisa realizada no Chile, entre 2001 a 2015, aponta que, entre outros fatores, a influência da Igreja Católica em não aceitar a pílula e reconhecer as provas científicas da forma de atuação do método, tanto no Chile quanto em outros países latino-americanos, tem interferido na distribuição pública do método, contribuindo com mitos em relação ao uso da pílula e desconhecimentos sobre seu mecanismo de ação (12).

Após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento ocorrida no Cairo, em 1994, e com base no documento resultante da IV Conferência Mundial da Mulher em Beijing, 1995, o foco dos direitos reprodutivos, já reconhecidos como direitos humanos desde a Decla-

ração Universal dos Direitos Humanos, 1948, se deslocou para o plano das políticas públicas em saúde (14).

Segundo Ventura, a efetivação dos direitos reprodutivos envolve assegurar direitos relativos à autonomia e à autodeterminação das funções reprodutivas, que correspondem às liberdades e aos direitos individuais reconhecidos nos Pactos e Convenções de Direitos Humanos e na lei constitucional brasileira (14).

No Brasil, como consequência das conferências, as cobranças para que o governo brasileiro assumisse as ações em planejamento reprodutivo, de modo a garantir à população o acesso aos métodos contraceptivos modernos como parte dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, se tornaram mais fortes, desembocando em 2000 nas primeiras compras públicas nacionais de opções contraceptivas, com repasse dos recursos da esfera federal para os municípios. A escolha dos contraceptivos recaiu, de forma maciça, na pílula combinada, que na época se constituiu como a primeira escolha das mulheres brasileiras. Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 1996 (7), a prevalência de uso para a pílula combinada estava em 21% no grupo de mulheres unidas de 15 a 49 anos; a prevalência do uso do DIU estava em 1,1% e ainda havia dúvidas em relação ao seu uso; e os injetáveis começavam a se despontar no elenco de contraceptivos disponíveis no sistema público brasileiro (7).

O Ministério da Saúde precisava, entretanto, diversificar o leque de contraceptivos ofertados, seguindo as recomendações de Beijing e Cairo, de escolha livre e informada das várias opções contraceptivas. Assim, em 2003, adquire três tipos de contraceptivos de forma centralizada para distribuição nacional, não mais enviando os recursos aos municípios para adquiri-los, alterando, assim, a estratégia de aquisição, de maneira que houvesse homogeneidade na oferta desses insumos em todas as localidades brasileiras. No mesmo ano são ofertadas a pílula anticoncepcional combinada, o DIU e a pílula anticoncepcional feita somente de progesterona.

A primeira compra centralizada da contracepção de emergência aconteceria somente em 2005, de um total de 352.361 cartelas, visando contemplar somente os municípios que, por critério, tivessem população a partir de 50.000 habitantes. Nesse contexto já se extrapolava o lugar co-

mum da época, de que a oferta da pílula de emergência deveria atender somente às mulheres vítimas de violência sexual.

Porém, o uso deste método continuava restrito, já que havia o entendimento no próprio Ministério da Saúde de que as cidades menores não estavam preparadas para lidar com a oferta pública da contracepção de emergência, seja pela precária organização dos serviços, seja pela educação deficiente em saúde, o que resultava em preconceitos e juízos de valor que excluía grande parte da população brasileira.

Nesse mesmo ano, é lançada a *Norma Técnica Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde* (4), com a finalidade de solucionar dúvidas quanto ao mecanismo de ação do método, quanto ao seu uso correto e, mais importante, lançando luz sobre questões que envolvem o direito da mulher em usar a pílula de emergência sempre que achar necessário, a fim de se evitar uma gravidez indesejada ou futuros abortamentos inseguros. Pode-se considerar essa norma técnica como um divisor de águas no campo da saúde reprodutiva e sexual das mulheres no país, sinalizando a postura do Estado em relação a esse tema.

Nos anos seguintes, a pílula de emergência seria adquirida pelo Ministério da Saúde em 2007, 2009, 2011, 2013, 2015 (8).

Em 2011, sua área técnica de Saúde da Mulher, responsável e demandante dos contraceptivos, estabeleceu que a pílula de emergência deveria ser ofertada para todas as localidades, independentemente do quantitativo populacional, de forma a garantir os direitos sexuais e reprodutivos já consagrados, porém não praticados na maioria dos municípios brasileiros (9, 11).

Em relação aos aspectos que envolvem os direitos das pessoas quanto ao uso e acesso à pílula de emergência, Westley, Von Herten e Faúndes (15) afirmam que negar o direito à contracepção de emergência é violar os princípios dos direitos básicos, incluindo o direito de decidir reproduzir-se, o direito à não discriminação de gênero e/ou idade, o direito ao acesso aos medicamentos essenciais e o direito da população à usufruir do benefício do progresso científico (1). O direito ao acesso a este método também deve envolver a eliminação de restrição por faixa etária, para que todas as mulheres em idade reprodutiva devem poder utilizar essa prática contraceptiva (1).

Em 2012, o Ministério da Saúde, cobrado internacionalmente pela alta taxa de mortalidade materna, lançou o *Protocolo de Uso da Pílula de Emergência* (3), em uma ação conjunta à Rede Cegonha, com o objetivo de reduzir as gravidezes indesejadas e, conseqüentemente, os abortamentos. O protocolo contém orientações de dispensação do método nas unidades básicas de saúde, esclarecendo que a condição inicial da mulher ter que passar pelo médico para obter a receita médica para utilizar o método de emergência passa a deixar de ser necessária, corroborando a atuação de enfermeiros na prescrição e dispensação dos medicamentos inscritos nos programas de saúde pública (3).

O protocolo foi distribuído para todas as unidades básicas de saúde, maternidades e hospitais gerais, de maneira a difundir e consolidar a contracepção de emergência como um método anticoncepcional que não deve ser usado somente nos casos de violência sexual. Entretanto, em muitas localidades, essa ação de saúde ainda se faz de maneira isolada: a ausência de educação permanente dos profissionais reduz a política em saúde sexual e reprodutiva a um mero entregar de contraceptivos ou, quando ocorre, é realizada sem orientação sobre as funções do planejamento reprodutivo, além de que, muitas vezes, jovens profissionais acabam repetindo práticas preconceituosas e arcaicas, como relutar em fornecer a pílula de emergência às adolescentes e entendendo que as mulheres usam o método como prática abortiva.

Nesse mesmo ano, pesquisa realizada nas unidades básicas de saúde localizadas em áreas urbanas do Distrito Federal (11), mostrou que a contracepção de emergência ainda está longe de ser uma realidade para todas as usuárias do SUS. As entrevistas realizadas com coordenadores de equipes de saúde sobre a disponibilização da pílula de emergência nessas unidades, a frequência de recebimento pelo Ministério da Saúde e a aquisição por outros meios, além da forma de prescrição e dispensação do método e os obstáculos enfrentados, evidenciaram conclusões desanimadoras, pois, mesmo estando o Distrito Federal em uma posição geograficamente favorável, suas unidades de saúde apresentaram falhas no sentido de não prover o insumo continuamente e, apesar de a maioria das unidades fornecerem atividades educativas para a comunidade, essas ações se mostraram incipientes com relação à contracepção de emergên-

cia, demonstrando que as mulheres ficam sujeitas ao acaso e não há uma política eficaz e resolutiva no campo da saúde sexual e reprodutiva com relação a este método.

Dados do Ministério da Saúde demonstram que as aquisições mais recentes da pílula de emergência, de 2011 a 2015, em números absolutos, vêm sendo crescentes com relação à quantidade, embora não haja informações sistematizadas de como está se dando a distribuição nos municípios.

Aquisição da Pílula de Emergência pelo Ministério da Saúde nos anos 2011, 2013, 2015.

	2011	2012	2013	2014	2015
Quantidade de cartelas com 2 comprimidos de levonorgestrel 0,75 mg para uso oral	796.106	-	1.027.510	-	1.470.892
Valor da compra	R\$ 586.898,44	-	R\$ 698.706,80	-	R\$1.470.892,000

Fonte: Coordenação Geral da Saúde das Mulheres/SAS/MS, 2015 (2).

Para a programação de aquisição de métodos contraceptivos em 2015, a Coordenação da Saúde das Mulheres nacional procedeu a uma consulta às coordenações estaduais que, por sua vez, consultaram os municípios. Essa construção ascendente teve por objetivo evitar perdas e ajustar a aquisição e o envio às necessidades mais próxima da realidade local. Se, por um lado, optou-se por uma construção mais participativa, pode ser que haja o risco de pouco cuidado de gestores locais na elaboração da pauta, minimizando as necessidades e demandas.

A pílula de emergência, além da distribuição gratuita, também está presente nas farmácias da rede própria do *Programa Farmácia Popular*, com preço reduzido de venda, mas ainda não consta do rol dos medicamentos do Programa *Aqui Tem Farmácia Popular*, que conta com milhares de farmácias credenciadas a este programa.

O panorama atual da contracepção de emergência no campo da saúde pública se dá, portanto, nesses dois espaços. Existe a oferta, ainda que de maneira descontínua e limitada, mas essa oferta poderia ser aprimorada e ampliada, se houvesse maior interação entre as áreas demandantes dos contraceptivos dentro do próprio Ministério da Saúde. Enquanto

a Coordenação Nacional da Saúde das Mulheres trabalha tanto com o viés político quanto social, o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) – área responsável pela execução das compras – trabalha com olhar técnico e impessoal, atrelado aos limites financeiros; como exemplo desse dualismo de olhares temos a não inclusão da pílula de emergência nas farmácias do programa *Aqui Tem Farmácia Popular*, apesar de observadas as demandas sociais para que essa inclusão fosse realizada.

Cabe também às coordenações estaduais da área de saúde da mulher acompanharem as ações e políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e cobrarem da Coordenação Nacional de Saúde da Mulher ações mais incisivas para o fortalecimento da oferta da contracepção de emergência.

Contudo, a literatura retrata experiências exitosas, como a verificada em Recife (13), onde ações e serviços de saúde em planejamento reprodutivo ficaram bem organizados depois que a Secretaria de Saúde deste município fez uma inserção positiva, como o lançamento do *Manual do Planejamento Reprodutivo* e o investimento em cursos de capacitação para os profissionais em saúde. Segundo os médicos e enfermeiros entrevistados em pesquisa feita por Spinelli e colegas (13), há fornecimento contínuo do insumo nas unidades básicas de saúde; a dispensação do método ocorre, majoritariamente, por prescritores médicos e enfermeiros e apenas 10% das unidades de saúde pesquisadas (de um universo de 117) não recebiam regularmente a pílula de emergência. A entrega do insumo para a usuária, segundo o manual, deve vir acompanhada do diálogo entre profissional e usuária, garantindo a privacidade e fortalecendo o cuidado à saúde integral da mulher.

Ainda que tenhamos serviços bem organizados, em algumas partes do país, a fragilidade das políticas em planejamento reprodutivo que incluem a contracepção de emergência se reflete no fato de que as unidades básicas de saúde encerram seus expedientes no final da tarde e não funcionam nos finais de semana e feriados, não havendo sistema de rodízio. Ou seja, não há garantia do atendimento público e gratuito em saúde, consagrado na nossa Constituição Federal. Nesses casos, a mulher fica submetida às farmácias comerciais em casos de ocorrência de uma relação sexual desprotegida, estabelecimentos que, em lugares remotos, também podem só funcionar em horário comercial, ou mesmo não possuir o insumo.

Mesmo sendo a eficácia da contracepção de emergência de até 120 horas após a relação sexual desprotegida (4), sabemos que muitas mulheres, caso não atendidas prontamente, podem não retornar nos dias seguintes para fazer uso do medicamento.

O Ministério da Saúde, em parceria com a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), criou mais uma estratégia para reduzir a alta taxa de mortalidade materna e disseminar a contracepção de emergência, ao financiar entre 2013 e 2014, a realização de cursos de capacitação em planejamento reprodutivo, destinados aos profissionais de saúde que atuam tanto na atenção básica quanto na atenção terciária. Os agentes comunitários de saúde de unidades básicas de saúde com Estratégia de Saúde da Família foram incluídos, por causa do seu grau de importância no contato com a população. Ao todo foram contemplados 1.509 profissionais de 16 estados.

Os cursos tiveram como alvo os estados do Nordeste e da Amazônia Legal, onde o acesso às ações de saúde é historicamente mais difícil, visando, principalmente, a desconstruir mitos, tabus e preconceitos que permeiam a saúde sexual e reprodutiva das pessoas, de modo a formar facilitadores que possam multiplicar informações, comprometidas com as evidências científicas e não com base em valores preestabelecidos e muitas vezes distorcidos e preconceituosos da sociedade da mídia. Essa parceria deve ser sempre muito bem-vinda, pois agiliza a difusão de conhecimentos e de novas práticas em saúde, de novos paradigmas, além de proporcionar novas maneiras de construir a assistência à saúde com vínculo, responsabilidade e diálogo.

Para efeito de comparação da realidade do panorama da contracepção de emergência no Brasil, no intervalo de 10 anos, entre 2005 e 2006, foi feita uma pesquisa em 449 municípios do estado de São Paulo, incluindo a dispensa do método em unidades básicas de saúde (UBS) (10). Os resultados do estudo revelaram a necessidade de ampliação da oferta do método, de reorganização e aperfeiçoamento das práticas educativas, de melhor acesso à informação e adoção de medidas inter e intradisciplinaridades na atenção quanto à oferta e acesso às tecnologias que reduzam as gravidezes indesejadas.

Essas conclusões, sem sombra de dúvida, ainda são atuais, no item quantidade do insumo que teve sua oferta ampliada; porém, não vieram

acompanhadas das medidas necessárias para fortalecer a educação em saúde sexual e reprodutiva da população.

Com tudo isso, podemos afirmar que o caminho para o acesso pleno à contracepção de emergência é longo, conseguimos percorrer parte de grande trecho e, para que não haja esmorecimento do poder público, os movimentos sociais organizados, as instâncias de saúde dos municípios e estados, as entidades representativas da saúde pública ou não, devem manter um olhar atento na agenda da saúde do governo federal, de modo a cobrarem permanentemente melhores condições para a saúde integral das mulheres e seus direitos sexuais e reprodutivos.

Referências

1. BASTOS, L. L.; VENTURA, M.; BRANDÃO, E.R. O acesso à contracepção de emergência como um direito? Os argumentos do Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.18, n.48, p.37-46, 2014.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Custo de aquisição de contraceptivos* – anos de 2011 a 2015. (Planilha disponibilizada em arquivo digital pelo Ministério da Saúde). Fornecida em: 7 jun. 2015.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de uso da pílula de emergência*. Brasília, DF, 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília, DF, 2005.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2004. 82p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência em planejamento familiar: manual técnico*. Brasília, DF, 2002. 150p.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*. Brasília, DF, 1996.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Horus* – sistema nacional de assistência

farmacêutica. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie/horus>>. Acesso em: 8 abr. 2016.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional da Saúde das Mulheres. *Distribuição de contraceptivos - ano de 2011*. (Planilha disponibilizada em arquivo digital). Adquirida em 7 jun. 2015.
10. FIGUEIREDO, R. et al. Distribuição da Contraceção de Emergência na Atenção Básica de São Paulo: caracterização de oferta em PSF e UBS dos municípios do estado. *BIS, Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v.42, p.38-44, 2007.
11. PERES, V.B.F. *Descrição das ações e serviços do planejamento familiar em Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família no Distrito Federal, Brasil*. 2012. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2012.
12. SOUZA, R. A.; BRANDAO, E. R. Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços públicos de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1067-86, 2009.
13. SPINELLI, M. B. A. et al. Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, Nordeste do Brasil. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v.23, n.1, p.227-37, 2014.
14. VENTURA, M. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. Brasília: UNFPA, 2009. 292p.
15. WESTLEY, E.; Von HERTZEN, H.; FAÚNDES, A. Expanding access to emergency contraception. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, London, v.97, p.235-237, 2007.

4



Panorama da Distribuição Gratuita, Venda e Uso da Contracepção de Emergência no Brasil

Regina Figueiredo

Resumo

Faz-se um panorama do histórico da disponibilização da contracepção de emergência hormonal à base de levonorgestrel no Brasil, considerando a sua integração em políticas de saúde via oferta gratuita nos serviços públicos e oferta comercial em farmácias e drogarias. Demonstra-se que houve aumento no conhecimento do método entre a população, bem como crescimento do uso do mesmo perante as situações de risco oriundas de violência sexual e outras, impactando positivamente em ocorrências negativas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Aponta-se para a importância da continuidade, expansão e monitoramento da estratégia de disponibilização e ampliação de acesso à contracep-

ção de emergência, de forma a beneficiar toda a população e, em especial, grupos mais vulneráveis, para garantir o pleno acesso e atenção à alteridade na redução da incidência de gestações não planejadas e abortos no país.

Segundo o último levantamento nacional sobre o uso de contraceptivos por mulheres brasileiras, feito na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) (16), no país, 81% das mulheres utilizam métodos de prevenção à gravidez. As principais opções usadas por mais da metade da população são a contracepção permanente, por meio da realização da laqueadura tubária, adotada por 29%, e contracepção temporária, com adoção de pílulas anticoncepcionais orais, adotada por 25% (16).

Embora esses e outros recursos contraceptivos sejam utilizados para o controle da fecundidade, a proporção de gestações não planejadas no país ainda é substancial, chegando a 55% do total, segundo levantamento da Pesquisa Nascer no Brasil (14). Tal magnitude é visível nos 600.000 partos anuais de mães adolescentes abaixo dos 20 anos (24), mas também na quantidade de tratamentos por abortamento incompleto registrado em internações hospitalares. Considerando que há subnotificação de casos, visto que vários desses eventos ocorrem em clínicas clandestinas ou com o uso do medicamento Cytotec, calcula-se que sejam feitos no país mais de um milhão de abortos por ano (27), em 15% das vezes envolvendo jovens entre 18 e 29 anos (6).

Todas essas ocorrências contribuem para as taxas de morbidade materna no Brasil, que totalizam 68,2 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (17), ou 81,2, se forem considerados os percentuais de subnotificação calculados em 20% (18). É nesse contexto de vulnerabilidades que a contracepção de emergência está sendo disponibilizada, com vistas a reduzir as ocorrências de gestação não planejada e abortos provocados, procurando conter também as ocorrências de morbimortalidade materna, na medida em que é um método contraceptivo altamente eficaz e que pode ser utilizado facilmente após relações sexuais desprotegidas (21).

Distribuição e venda da contracepção de emergência no Brasil

Após uma articulação estabelecida entre a Coordenação Nacional de Saúde da Mulher com entidades internacionais ligadas à área de saúde reprodutiva, em especial o *Population Council* (15), a contracepção de emergência foi recomendada para ser ofertada pela primeira vez no país. Tal oferta deveria ser feita conforme as *Normas Técnicas de Planejamento Familiar* (23), no formato *Yuzpe*, com prescrição de pílulas anticoncepcionais comuns até atingir 1,50 mg de levonorgestrel.

A apresentação do produto, que necessitava a fração de cartelas de pílulas anticoncepcionais comuns, dificultou sua difusão, por isso sua disseminação foi restrita e pontual. Houve indicação de uso por poucos ginecologistas particulares (15) e praticamente nenhuma em serviços públicos, com exceção de Goiânia, onde foi incorporado à rede municipal de saúde (33).

Apenas em 1998, após a aprovação do produto específico contendo duas pílulas orais de dosagem de 0,75 mg de levonorgestrel para o fim de contracepção de emergência pela Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) (posteriormente substituído por 1 comprimido de 1,5 mg deste fármaco), é que o método começou a ser difundido e ser consumido de forma significativa. Naquele ano, foi introduzido para a comercialização em farmácias e drogarias brasileiras e intensamente divulgado pela imprensa e por representantes da indústria farmacêutica, por meio de materiais de comunicação científica, periódicos médicos e revistas para o público feminino (9).

Com o lançamento, em 1999, da *Norma Técnica de Atenção a Vítimas de Violência Sexual* pelo Ministério da Saúde (20), a contracepção de emergência foi incorporada como parte das práticas de atenção às vítimas de violência sexual. Isso motivou sua primeira compra pública federal, realizada em 2000 (9).

A partir de então, dentro do plano nacional de ampliação da oferta de métodos contraceptivos no país (32), novas formas para dispensação deste contraceptivo foram criadas: em 2004, uma compra centralizada foi realizada com destino a todos os municípios com população acima

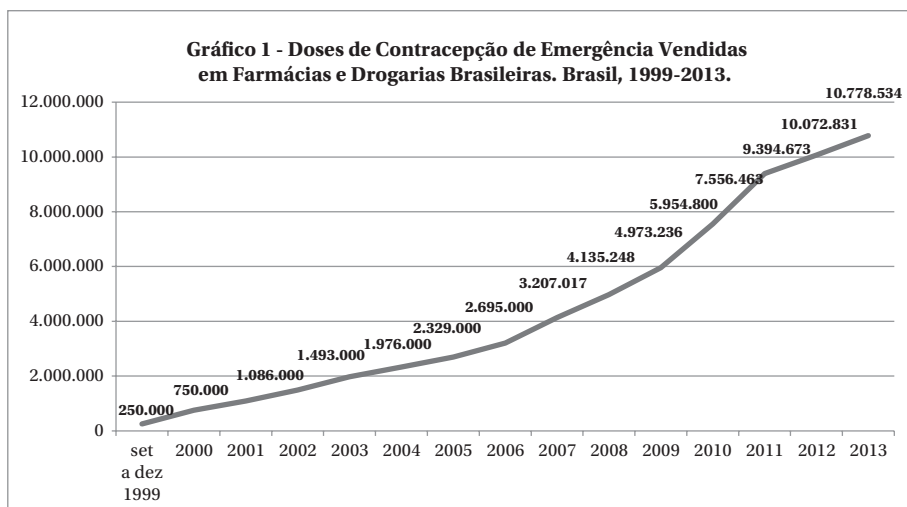
de 50.000 habitantes; nos anos seguintes, tais lotes tiveram suas quantidades aumentadas, em 2005, atingindo praticamente todos os mais de 5.000 municípios brasileiros, por meio de envio às secretarias estaduais de saúde, definidas como órgãos responsáveis pelo repasse do insumo aos municípios (ver Tabela 1)

Tabela 1 - Aquisição e Remessa de Lotes de Contraceção de Emergência pelo Ministério da Saúde. Brasil, 2002-2013.

Ano	Doses adquiridas	Municípios beneficiados
2002	100.000	439
2003	120.000	2.000
2004	153.000	-
2005	352.361	1.388
2006	156.196	646
2007	-	-
2008	-	-
2009	513502	868
2010	-	-
2011	770.000	5.567
2012	-	-
2013	1.100.000	5.567
Total	3.265.059	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

Atualmente, o Ministério da Saúde realiza compra bienal com o intuito de abastecer a rede de serviços públicos da Atenção Básica ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que distribui cerca de 550.000 doses para todo o país. Porém, a dispensação principal ocorre via comércio privado, por aquisição direta do método pelo consumidor em farmácias e drogarias, que vendem cerca de 10,4 milhões de unidades por ano, que equivale a 19 vezes mais do que as doses dispensadas pelo sistema público (conforme Gráfico 1). Ressalte-se que esse número vem aumentando ano a ano. Há mais de sete marcas comerciais no mercado, incluindo produtos genéricos. As pílulas de levonorgestrel custam entre 9,00 e 25,00 reais a dose (2,40 a 8,80 dólares).



Fonte: Dados IMS/Cedidos pela Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A., 2014.

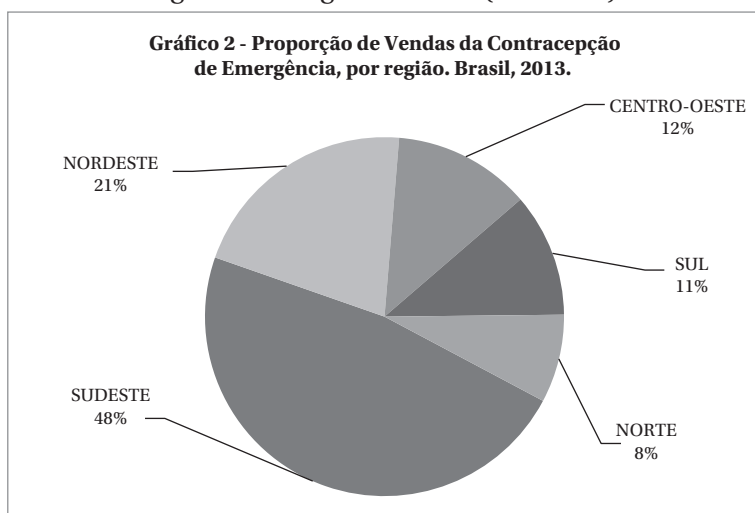
A compra direta em farmácias só é possível, no Brasil, porque a presença de tarja vermelha no medicamento, que indica a necessidade de prescrição médica, não tem efeito prático no comércio¹⁵ (28). Assim, pode-se facilmente adquirir a contraceção de emergência, entre outros fármacos, em farmácias e drogarias. Ao contrário, por conter a tarja de prescrição, a dispensa em serviços públicos de saúde obedecia à orientação da embalagem, requerendo a obrigatoriedade de consulta para sua prescrição. Apenas no final de 2013, o Ministério da Saúde autorizou a entrega direta do medicamento por qualquer funcionário dos serviços ligados ao SUS, quando não há presença de médicos ou enfermeiros (22).

Embora se saiba que a distribuição de contraceptivos pela esfera federal siga o critério populacional (37), ou seja, priorize as regiões do país e municípios proporcionalmente a partir do número de habitantes, não há dados de controle sobre a quantidade de doses retiradas pelas mulheres nos serviços de saúde pública. Nesse sentido, as planilhas de doses enviadas aos estados e municípios não refletem a demanda real, apenas

15 Na prática, a tarja vermelha só tem efeito para a venda de antibióticos, que requerem retenção da receita médica pelo estabelecimento comercial, tal retenção atinge também os medicamentos de tarja preta de prescrição médica. A retenção permite o controle de venda e de fiscalização impossibilita o público de adquiri-los, o que não é o caso da contraceção de emergência.

aproximações, impedindo que sejam verificadas retenções de lotes nos estoques e doses não utilizadas pelos serviços.

Quanto às vendas no setor privado, observa-se que 48% são feitas em farmácias e drogarias da Região Sudeste (Gráfico 2).



Fonte: Dados IMS/Cedidos pela Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A., 2014.

Quando comparadas as suas respectivas populações, a quantidade de contracepção de emergência vendida difere por região (17). Observa-se que há maior proporção de compra do método nas regiões Nordeste e Sul e menor nas regiões Sudeste e Centro-Oeste (Tabela 2).

Tabela 2 - Doses vendidas, proporção de venda da Contracepção de Emergência e comparação com distribuição populacional percentual, por região. Brasil, 2012.

Região	Número de doses vendidas	% no total de venda	% no total da população	Diferença entre as proporções
Sudeste	5.110.420	48,0	43,0	-5
Sul	1.197.758	11,0	14,0	3
Nordeste	2.251.021	21,0	28,0	7
Norte	854.051	8,0	8,0	0
Centro-Oeste	1.329.283	12,0	7,0	-5
Total	10.742.543	100	100	

Fonte: Dados IMS/Cedidos pela Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A., 2014.

Os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais são aqueles em que o maior número de doses de contracepção de emergência foi comercializado em farmácias e drogarias em 2013 (Tabela 3).

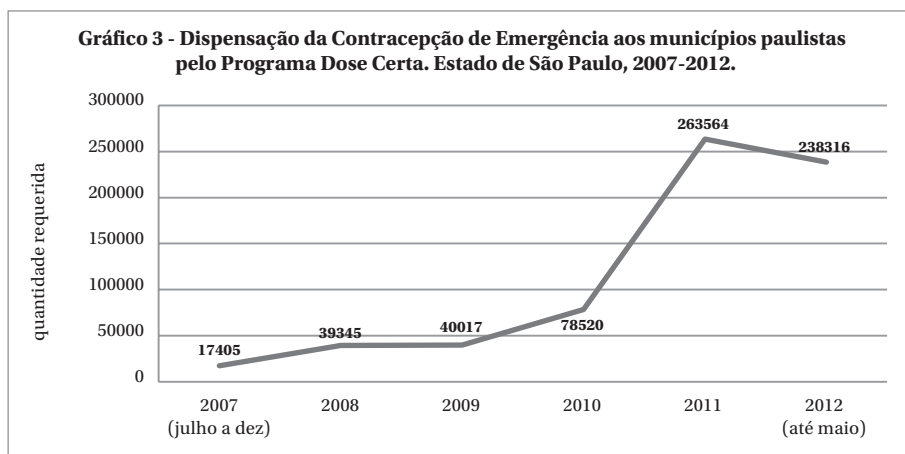
Tabela 3 - Vendas da Contracepção, por estado. Brasil, 2013.

Estado (UF)	Vendas (n)
Acre	43.999
Alagoas	87.996
Amazonas	215.252
Amapá	32.622
Bahia	844.104
Ceará	353.012
Distrito Federal	309.761
Espírito Santo	148.742
Goiás	551.359
Maranhão	268.953
Minas Gerais	1.190.806
Mato Grosso do Sul	176.647
Mato Grosso	224.568
Pará	444.409
Paraíba	103.626
Pernambuco	223.318
Piauí	207.643
Paraná	445.116
Rio de Janeiro	1.031.597
Rio Grande do Norte	108.953
Rondônia	102.810
Roraima	14.959
Rio Grande do Sul	457.335
Santa Catarina	295.317
Sergipe	53.416
São Paulo	2.739.275
Tocantins	66.948
Total	10.742.543

Fonte: Dados IMS/Cedidos pela Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A., 2014.

Apenas as doses comercializadas no estado de São Paulo concentram 21,7% de todas as doses comercializadas no país. O estado, com cerca de 12.000 farmácias e drogarias (5), vende em média de 228 doses/anuais por estabelecimento. Se forem consideradas também as 270.000 doses fornecidas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo anualmente a seus 365 municípios pelo Programa Dose Certa (8) (ver Gráfico 3), verifica-se

que o Estado disponibilizou mais de 3 milhões de doses anuais do medicamento, ou seja, 250.000 doses mensais e, pelo menos, 8.333 doses diárias.



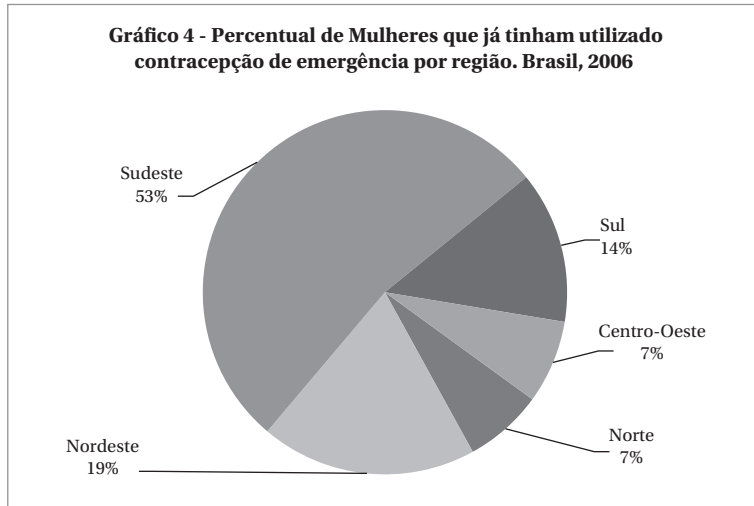
Tomando como exemplo a magnitude da dispensação da contraceção de emergência no Estado de São Paulo, conclui-se que as mulheres têm demandado e utilizado esse método de forma crescente. A necessidade de obtenção do método não vem sendo satisfeita pelo setor público, mas pelo privado, por meio de venda de doses em farmácias e drogas. Embora possibilite que muitas mulheres possam adquirir o método quando necessitam utilizá-lo, a aquisição privada mostra que inúmeras outras mulheres podem não estar conseguindo acesso ao mesmo, provavelmente, por não terem condições financeiras para tal. Isso indica a necessidade de que haja quantidades de doses da contraceção de emergência suficientes na rede pública para atender toda a demanda, para que não haja barreiras no acesso a esse insumo contraceptivo.

Estudos realizados no estado de São Paulo (11-12) mostram que houve esforços do Ministério da Saúde entre 2005 e 2011 e aumento quantitativo da contraceção de emergência enviada aos municípios, atingindo 93,8% das 654 cidades paulistas. A maior oferta quantitativa traduz-se também no aumento da diversidade de serviços utilizados pelos municípios para disponibilizar o método, conforme as pesquisas, atingindo em 44,9% municípios paulistas a Estratégia de Saúde da Família; em 67,4% as

unidades básicas de saúde de modelo tradicional; em 19,8% os serviços de atenção em HIV/aids; em 16,9% os serviços de Pronto Atendimento municipais; e em 6,2% os serviços municipais de atenção a adolescentes, além dos 14,4% que disponibilizavam a contracepção de emergência em serviços de atenção a vítimas de violência sexual (12). Como não há registro de dispensa ao público, não é possível comprovar aumento de demanda da oferta numericamente, mas apenas inferir que a variedade de serviços públicos envolvidos na dispensação facilita o acesso das mulheres ao insumo.

Uso da contracepção de emergência por mulheres brasileiras

Em 2006, 71,8% das mulheres brasileiras já tinham ouvido falar da contracepção de emergência e 12,0% haviam utilizado o método (16). Metade das mulheres que usaram residia na região Sudeste do país (ver Gráfico 4). O consumo entre adolescentes e jovens entre 15 e 19 anos atingiu 18,9% (29).



Em 2010, estudo de abrangência nacional realizado pela Fundação Perseu Abramo (38) mostrou que 16,0% das mulheres brasileiras já

havia usado a contracepção de emergência. Dentre as que utilizaram, 13,3% o fizeram após situações de violência sexual e 86,8% após outras situações de risco de gravidez (10).

Estudos realizados no município de São Paulo, que focam o uso do método entre adolescentes, encontraram, em 2005, uso de contracepção de emergência por 37,0% das estudantes mulheres, conforme dados do inquérito amostral probabilístico realizado em escolas públicas de Ensino Médio com 4.929 estudantes (13), em 2010, 28,5% de uso entre meninas de Ensino Médio, em estudo com amostra não probabilística de 271 estudantes (30). Pesquisas comparativas de Silva (34) e de Silva e Fusco (35) mostraram aumento no uso de contracepção de emergência de 29,8% para 70,0%, no período de cinco anos entre, respectivamente, 134 e 327 adolescentes e jovens mulheres de 15 a 24 anos da Favela Inajar de Souza, situada na zona norte do município de São Paulo.

Esses estudos apontam que tem havido ampliação do uso da contracepção de emergência, principalmente em centros urbanos, já que se verifica menor uso proporcional entre mulheres do meio rural, conforme demonstra a PNDS (16). A menor proporção de uso deve-se, provavelmente, ao desconhecimento sobre o método, que chega a 41% no meio rural, contra 19% das mulheres de meio urbano, conforme inquérito nacional promovido pela Fundação Perseu Abramo (10). A maior proporção de uso do método por adolescentes do que mulheres de outros grupos etários (29) mostra que informações boca-boca veiculam seu conhecimento entre adolescentes e jovens (10) e têm atingido inclusive setores populares de baixa renda, pelo menos no município de São Paulo (34-35).

Contracepção de emergência na saúde sexual e reprodutiva

A indicação do uso da contracepção de emergência em **situações de violência sexual** tem sido avaliada positivamente em diversos estudos (4, 19). Dados nacionais recolhidos junto aos programas de Aborto Legal, pelo Ministério da Saúde, entre 2008 e 2009, registraram queda de 42% na necessidade de interrupção da gravidez entre mulheres que sofreram violência

sexual após a introdução da oferta da contracepção de emergência (32). Infelizmente, nem todas as mulheres vítimas desse tipo de violência tiveram acesso a esses serviços ou ao método, o que ocorreu com 67,4% das vítimas (31). Esse quadro também é confirmado por inquérito nacional, que observou que apenas 23,3% das mulheres que sofreram estupro utilizaram a contracepção de emergência (10). Esses dados mostram a necessidade urgente de acesso das mulheres que sofrem violência sexual, não apenas à contracepção de emergência, mas à atenção quanto a serviços específicos.

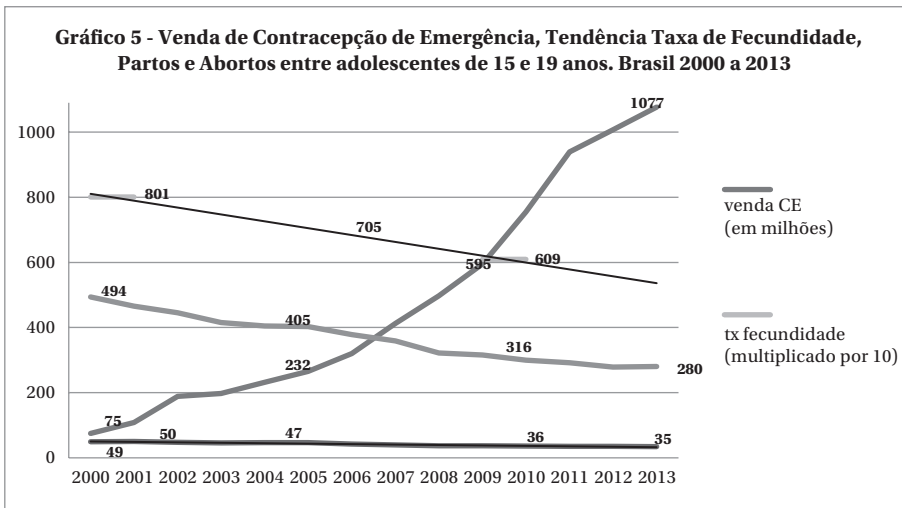
Embora abortos legais possam ser realizados no Brasil em casos de gravidez após situações de violência sexual, com risco de morte da mulher (26) e, mais recentemente, nos casos de anencefalia fetal (36)¹⁶, os inúmeros casos de aborto provocado colocam as mulheres em situação de risco à saúde e à própria vida. Pelo fato que muitas dessas gestações poderiam ter sido prevenidas com o uso da contracepção de emergência, informações e acesso rápido ao método tornam-se imprescindíveis. No entanto, inquéritos nacionais (38) ainda mostram que há, entre as mulheres que realizaram aborto, um grupo significativo (16,5%) que desconhece a existência da contracepção de emergência e que, por isso, não a utiliza quando necessário (10).

O uso da contracepção de emergência predomina nos denominados “acidentes de prevenção”, ou seja, em situações em que o contraceptivo regular não foi usado ou foi usado incorretamente ou com falhas. Inquérito nacional realizado com 2.365 mulheres por Venturi e colegas mostrou que 86,3% das entrevistadas alegaram que o uso da contracepção de emergência foi realizado justamente nessas situações (38). Esses “acidentes de prevenção” parecem ser, portanto, recorrentes no cotidiano das brasileiras e são indicações corretas para o uso da contracepção de emergência, segundo o Ministério da Saúde (21). Entre as adolescentes, essa ocorrência é mais frequente (1, 3, 13) e foram os motivos mais relatados para o uso do método por 7%, na idade até os 15 anos, e por 17%, entre aquelas de 16 e 18 anos (10).

Estudos mostram que a taxa de fecundidade tem caído no Brasil, seguindo a tendência dos países de alta e média renda, inclusive entre adoles-

16 Decisão do Supremo Tribunal Federal sobre caso de interrupção de gravidez de feto anencéfalo dada em 12/04/2012, que gerou jurisprudência nacional (35).

centes (5). Conforme Borges e colegas, entre 2000 e 2010, a taxa de fecundidade entre adolescentes de 15 e 19 anos caiu de 80,1 para 60,9, embora o mesmo declínio não tenha sido observado entre as meninas abaixo dos 14 anos (2). Segundo Chiavengato (5), essa redução deve-se à desigualdade de renda entre os municípios, que afetaram também os números de abortos e as taxas de mortalidade materna, já que é possível supor que uma maior renda implica no acesso a contraceptivos, incluindo a aquisição da contracepção de emergência. Se houve queda na taxa de fecundidade adolescente, observa-se que o país também registra queda nos números absolutos de gestações e abortos entre adolescentes (Gráfico 5). Coincidentemente, é este público mais utiliza a contracepção de emergência, conforme dados do inquérito nacional: uso de 67,2% entre meninas abaixo de 17 anos, comparado aos 16,9% de uso entre a população em geral (8).



Fonte: DATASUS /Ministério da Saúde

Isso não significa que a oferta e uso da contracepção de emergência seja a responsável direta por tais reduções, tendo em vista que as estratégias de educação sexual, promoção de uso de contraceptivos, ampliação de acesso à saúde e melhoria das condições de vida e de perspectivas educacionais e profissionais também influenciam adolescentes a se prevenir de gestações. No entanto, como houve diminuição significativa de gestações e abortos em situação de violência sexual devido à oferta da

contracepção de emergência nos atendimentos a essa ocorrência, pode-se supor que tal oferta tenha tido algum impacto significativo igualmente nas gestações e abortos ocorridos na população em geral também em situações de não violência. Para quantificar este impacto ainda cabem estudos, que, com certeza, definirão de forma mais precisa o papel da contracepção de emergência nas intervenções de saúde.

Considerações para o futuro

O empenho para ampliação do acesso à contracepção de emergência de base hormonal por mulheres em idade reprodutiva é fundamental. O método deve estar disponível gratuitamente nos serviços públicos de saúde e para a compra em farmácias e drogarias, preferencialmente sem necessidade de prescrição médica.

Mulheres devem ter condição de utilizá-la o mais rápido possível após situações de relação sexual desprotegida ou falhas no uso do método contraceptivo, independentemente ou não de ser vítima de violência sexual. Trata-se de um direito de todas as mulheres, tendo em vista que é uma tecnologia segura, testada e aprovada para uso humano, que reduz riscos desnecessários de abortamento e ocorrências de gestações não planejadas.

O método tem sido considerado também uma opção importante para situações epidêmicas de doenças infecciosas que acometem gestantes, como a zika, provocando graves malformações fetais. Frente a isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda enfaticamente que os países ampliem o acesso e facilitem o uso da contracepção de emergência pelas mulheres residentes em áreas afetadas, que viajam ou que mantenham relações sexuais com homens provenientes dessas áreas:

“As mulheres que tiverem tido sexo sem proteção e não desejam engravidar devido a preocupações derivadas de uma possível infecção pelo vírus da zika, deveriam ter fácil acesso a serviços e a orientações de contracepção de emergência” (39).

A orientação do recurso à contracepção de emergência, como estratégia de prevenção diante da epidemia de zika no Brasil pelo Minis-

tério da Saúde em 2016, conforme a publicação *Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia* (25).

A disponibilidade da contraceção de emergência é um importante aliado das mulheres em várias situações e lhes deve estar disponível. No Brasil, esse esforço ainda requer aumento da quantidade ofertada do produto em serviços de saúde, difusão de sua existência e situações em que é indicada, principalmente em áreas rurais. Para tanto, é fundamental a continuidade da difusão de informações via materiais educativos e ações de promoção à saúde, principalmente da Atenção Básica, incluindo a Estratégia de Saúde da Família.

Os governos municipais, estaduais e federal também devem se preocupar em monitorar a forma como o método vem sendo ofertado às mulheres, avaliando sua cobertura e utilização, visando aprimorá-las quanto à cobertura, quanto à atenção de vítimas de violência sexual, mas principalmente de populações mais necessitadas de seu uso em situações cotidianas, como ocorre com as adolescentes. Um sistema de registro de entregas de contraceptivos em geral, implementado nos serviços, incluindo informações sobre o fornecimento da contraceção de emergência, poderia auxiliar neste intuito.

Referências

1. BASTOS, S. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e procura da contraceção de emergência em farmácias e drogarias do município de São Paulo. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v.18, n.4, p.787-799, 2009.
2. BORGES, A.L.V. et al. Fertility rates among very young adolescent women: temporal and spatial trends in Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*, v.18, n.16, p.57, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4797224/>>. Acesso em: 26 abr. 2016.
3. CAETANO, J. et al. Perfil do uso de Método Contraceptivo de Emergência por usuárias frequentadoras de uma farmácia do Município de Criciúma - SC. Orleans - SC: Centro Universitário Barriga Verde, 2015. p.38-43.

4. CAMPBELL, U. Cai número de abortos legais. *Correio Braziliense*, Brasília, DF, p.6, 08 fev 2010.
5. CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; KAWACHI, I. Income inequality is associated with adolescent fertility in Brazil: a longitudinal multilevel analysis of 5,565 municipalities. *BMC Public Health*, v.15, p.103, 2015. Disponível em: <<http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1369-2>>. Acesso em: 26 abr. 2016.
6. CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA (CRF-SP). *Quantidade de farmácias e drogarias situadas no estado de São Paulo*. São Paulo, 2013.
7. DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, s.1, p.959-966, 2010.
8. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Dados de dispensa do levonorgestrel pelo Programa Dose Certa*. São Paulo, 2013. (Planilhas informadas pelo Setor de Controle de Medicamentos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo).
9. FIGUEIREDO, R. Contracepção de Emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva - IPAS*, Rio de Janeiro, Setembro de 2004. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br>>. Acesso em: 12 abr. 2016.
10. FIGUEIREDO, R.; ARAÚJO, N. F. Avanços no conhecimento e acesso à contracepção de emergência em situações de violência e em necessidades contraceptivas do cotidiano das mulheres brasileiras. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (Org). *Mulheres e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo: FPA, 2013. p.171-180.
11. FIGUEIREDO, R.; BASTOS, S. H. Distribuição da contracepção de emergência nos municípios do estado de São Paulo: avaliação de dispensa em serviços e fluxos estabelecidos. *Revista Reprodução & Climatério*, São Paulo, v. 27, n.2, p.65-73, 2012.
12. FIGUEIREDO, R.; BASTOS, S. *Relatório da pesquisa Avaliação e acompanhamento da implantação da oferta e distribuição da contracepção de emergência nos municípios do estado de São Paulo: versão 2012*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.
13. FIGUEIREDO, R. et al. *Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência por adolescentes do Município de São*

- Paulo: estudo com estudantes de escolas públicas de Ensino Médio. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 38p.*
14. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Pesquisa Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf>. Acesso em: 12 abr 2016.
 15. GALVÃO, L. et al. Anticoncepção de Emergência: conhecimento, atitudes e práticas entre ginecologistas-obstetras no Brasil. *Perpectivas Internacionais de Planejamento Familiar*, Rio de Janeiro, n. especial, p.20-24, 2001.
 16. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: dimensões do processo reprodutivo e de saúde da criança*. Brasília, DF, 2009. 300p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/banco_dados.php>. Acesso em: 12 abr. 2016.
 17. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Síntese de indicadores sociais, 2013: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015471711102013171529343967.pdf>>. Acesso em: 12 abr 2016.
 18. LAURENTI, R. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.7, n.4, p.449-460, 2004.
 19. LIMA, B. G. C. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v.7, n.3, p. 168-172, 2000.
 20. BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica de Atenção a Vítimas de Violência Sexual*. Brasília, DF, 1999.
 21. BRASIL. Ministério da Saúde. *Contracepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília, DF, 2011.
 22. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo para utilização do levonogestrel na anticoncepção hormonal de emergência*. Brasília, DF: Rede Cegonha, 2013.
 23. BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas Técnicas de Planejamento Familiar*. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://redece.org/norma-ce-htm/>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. *DATASUS*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 12 março 2015.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia*. Brasília, DF, 2016. 42p. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Protocolo_SAS_versao_3_atualizado.pdf>. Acesso em: 31 maio 2016.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento de agravos resultantes da violência sexual contra mulher: norma técnica*. Brasília, DF, 2012.
27. MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., Caxambu-MG, 18-22 set. 2006. *Anais...* Belo Horizonte: ABEP, 2006. Disponível em: <<http://www.aads.org.br/arquivos/ml2006.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2016.
28. PAIVA, S. P.; BRANDÃO, E. R. Contracepção de emergência no contexto das farmácias: revisão crítica de literatura. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n. 1, p.17-34, 2012.
29. PERPÉTUO, I. H. O. Contracepção de emergência na adolescência e a PNDS 2006. In ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. (Org). *Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos*. São Paulo, Oficina Editorial, 2010. 296 p.
30. RODRIGUES, M. F.; JARDIM, D. P. Conhecimento e uso da contracepção de emergência na adolescência: contribuições para a enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.17, n.4, p.724-9, 2012.
31. SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n. esp., p.112-20, 2006.

32. BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Levantamento aponta queda no número de abortos legais realizados no país. *Observatório Brasil e Igualdade de Gênero*. Brasília, DF, 10 fev. 2010. Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/levantamento-aponta-queda-no-numero-de-abortos-legais-realizados-no-pais>>. Acesso em: 12 abr. 2016.
33. SILVA, R. E. *Nunca é tarde para prevenir a gravidez indesejada: avaliação de implantação do serviço de anticoncepção de emergência nas unidades de Saúde Pública do Município de Goiânia*. Goiânia: Grupo Transas do Corpo, 2000. Disponível em: <<http://www.transasdocorpo.org.br/oferecemos/pesquisas/nunca-e-tarde-para-prevenir-a-gravidez-indesejada-uma-avaliacao-da-implantacao-do-servico-de-anticon>>. Acesso em: 25 abr 2016.
34. SILVA, R. S. Aborto provocado, contracepção e comportamento sexual e reprodutivo dos jovens residentes em uma Comunidade da cidade de São Paulo em 2007. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_967.pdf> Acesso em: 25 abr 2016.
35. SILVA, R. S.; FUSCO, C. L. B. Comportamento do aborto induzido entre jovens em situação de pobreza de ambos os sexos: Favela México 70, São Paulo, Brasil, 2013. *Reprodução & Climatério*, São Paulo, v. 84, p.1-9, 2016.
36. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). *Arguição de descumprimento de preceito fundamental 54*. (Relator) Ministro Marco Aurélio de Mello. Inteiro Teor do Acórdão – interrupção de gravidez anencéfalo. Distrito Federal: STF, p. 1-433, 12/04/2012. Disponível em: <<http://s.conjur.com.br/dl/acordao-interruptao-gravidez-anencefalo.pdf>>. Acesso em: 25 abr 2016.
37. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. *Manual Descritivo da Construção dos Indicadores Municipais de SSR*. Rio de Janeiro, Campinas: CEDEPLAR & NEPO, 2006.

38. VENTURI, G.; GODINHO, T. (Org.). *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo: SESC/Fundação Perseu Abramo, 2013, 504 p.
39. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Interim guidance*, Genebra, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204421/1/WHO_ZIKV_MOC_16.1_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 12 abr. 2016.

5



Contraceção de Emergência e Violência Sexual

Jefferson Drezett

Resumo

A ocorrência de casos de violência sexual tipificados ou não pela lei configura em situações vividas, pois quantidade significativa de mulheres adultas e adolescentes, incluindo brasileiras, devido, entre outras razões, aos diversos casos de gestação indesejada, gerando abortos realizados de forma legal ou ilegal, que afetam os indicadores de morbimortalidade materna. Neste cenário, a contracepção de emergência de base hormonal é fundamental para a redução de riscos e vulnerabilidade femininas nos casos de violência sexual, sendo necessária a discussão dos fatores que objetam o seu uso e acesso pelas mulheres. A oposição de grupos conservadores de posição religiosa vem apresentando tentativas de retrocesso aos direitos sexuais e reprodutivos, buscando restringir a realização de atenção de mulheres vítimas de

violência sexual quanto ao uso da contraceção de emergência e também seu direito ao aborto legal. Por isso, a regulamentação da atenção a essas mulheres se torna fundamental entre os serviços e profissionais de saúde.

A contraceção de emergência é um método anticonceptivo que, diferente de outras formas de evitar a gravidez, está indicado após uma relação sexual desprotegida. Contudo, seu uso não deve ser feito de forma planejada, indiscriminada ou em substituição de outro método anticonceptivo. As situações em que a contraceção de emergência está indicada são específicas, como na relação sexual inesperada e sem uso de anticonceptivo, na falha do método anticonceptivo de rotina, ou no uso inadequado de outra forma de contraceção (28).

Outra indicação crítica do método deve considerar o fato de que muitas mulheres em idade reprodutiva nem sempre têm relações sexuais voluntárias ou desejadas. Em um extremo está a violência sexual, situação que não permite escolha da mulher ou medida anticonceptiva prévia. Em outro, encontram-se diferentes formas de violência que surgem das relações de gênero assimétricas cotidianas, permeadas pela coerção, dominação, medo ou intimidação impostas pelo parceiro íntimo (38). Essas formas menos extremas de violência de gênero muitas vezes não são consideradas pelas legislações penais ou tipificadas como crimes sexuais, sendo frequentemente toleradas em graus variáveis conforme a representação da mulher dentro de cada sociedade (21).

Violência sexual, gravidez indesejada e aborto

A violência de gênero expressa uma histórica desigualdade entre homens e mulheres, construída ao longo de séculos como forma de subordinação e de controle das mulheres dentro da sociedade. Distante de estar erradicada, a violência de gênero ainda permeia ostensivamente o cotidiano feminino. Entre 2002 e 2006, foram registrados mais de oito mil óbitos de mulheres brasileiras com idade entre 15 e 29 anos, resultados

direto de agressões físicas praticadas por homens. Mais de 10% das regiões analisadas no país mostram taxa elevada de homicídio de mulheres, muito acima da média nacional, alertando para as complexidades regionais do problema (42).

Os crimes sexuais podem ser entendidos como amarga expressão dessa violência de gênero. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define por violência sexual qualquer ato sexual tentado ou consumado sem a concordância da mulher, imposto por meio coercitivo ou intimidatório, com emprego da força física, da ameaça, de armas ou do temor psicológico (57). Ao mesmo tempo, a violência sexual é entendida como grave violação de direitos humanos e importante problema de saúde pública, representando a extrema restrição da autonomia sexual e reprodutiva da mulher (44).

Mulheres que sofrem crimes sexuais apresentam riscos expressivos de desfecho letal, traumatismos físicos, transtornos sexuais, doenças sexualmente transmissíveis (DST), hepatites virais, infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV) e gravidez forçada e indesejada (51). As consequências psicológicas incluem o transtorno de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, ideação suicida, distúrbios alimentares e alterações do humor. Observa-se associação da violência sexual também com maior consumo de álcool e drogas ilícitas, comprometimento da qualidade de vida, prejuízo da relação com o corpo e dos relacionamentos interpessoais (50).

Os números envolvidos na violência sexual são expressivos, embora reconhecidamente subnotificados. Entre 2004 e 2006, foram realizados 105 mil atendimentos de emergência nos Estados Unidos de mulheres jovens com lesões físicas decorrentes da violência sexual (32). A estimativa mais confiável é que 12% a 25% das meninas sofram algum tipo de abuso sexual até os 18 anos de idade (32). Além disso, investigação da OMS indica que a frequência de abuso sexual praticado pelo parceiro íntimo possa alcançar desde 6%, considerando as mulheres que vivem na Sérvia e Montenegro e até 59%, no caso das mulheres da Etiópia (47).

No Brasil, 15% das mulheres declaram ter sofrido violência sexual e 34% violência física, ambas praticadas pelo parceiro íntimo (58). Os dados divergem consideravelmente dos registros oficiais dos órgãos de segurança pública, refletindo que apenas uma pequena parcela de mu-

lheres supera diferentes obstáculos para revelar a violência e ultrapassam o medo de represália do agressor, o constrangimento e a humilhação (25).

Não se questiona a elevada prevalência da violência sexual contra a mulher, considerada fenômeno mundial de rápido crescimento. Mas é preciso reconhecer seus efeitos, com sequelas sociais, emocionais e físicas que as tornam mais vulneráveis a problemas de saúde e que limitam seu desenvolvimento humano. Esses agravos têm se mostrado potencialmente devastadores para as mulheres, principalmente quando há despreparo do sistema de saúde em oferecer respostas qualificadas diante de situações de violência (10).

A violência contra a mulher reúne condições incontestáveis de um problema de saúde pública, exigindo políticas específicas para as mulheres que promovam a igualdade de gênero e o respeito a sua vida e a sua integridade física. Ainda que se tenha avançado positivamente na organização e implantação do atendimento nos casos de violência sexual, existe grande concentração de serviços nas regiões Sul e Sudeste do país, enquanto que mulheres de regiões menos favorecidas ainda enfrentam barreiras para receber esse tipo de atendimento (42). Desde a publicação da norma técnica do Ministério da Saúde, em 1999, o sistema de saúde ainda não conseguiu solucionar questões fundamentais que garantam o acesso igualitário de todas as mulheres em situação de violência sexual aos procedimentos a que têm direito (21).

Contudo, entre as consequências da violência sexual, a gravidez forçada se destaca pela complexidade de seus agravos, muitas vezes sendo sentida e entendida pela mulher como uma segunda violência (27). Estima-se que a gravidez decorrente do estupro atinja entre 1% e 6% das mulheres em idade reprodutiva que não estavam utilizando algum método anticonceptivo no momento da agressão (39). Considerando a elevada prevalência de violência sexual contra as mulheres jovens em todo o mundo, termina-se com um alarmante número de gestações decorrentes de estupro a cada ano (3).

No Brasil, desde 1940, o artigo 128 do Código Penal garante a não punibilidade da mulher e do médico que realizam o aborto em caso de gravidez decorrente de estupro (19). Nestes casos, a interrupção da gestação não se condiciona à apresentação de autorização judicial, boletim de

ocorrência policial ou resultado de exame médico-legal; determinando que não procede a exigência desses documentos pelos serviços de saúde como condição para o atendimento dessas mulheres (9).

Mesmo assim, a interrupção da gestação decorrente de estupro ainda é praticada de forma excepcional pelos serviços públicos de saúde brasileiros (21). Por falta de informação sobre seus direitos ou pela recusa injustificável dos serviços de saúde, muitas mulheres recorrem ao aborto clandestino após situações de violência, quase sempre praticado de forma insegura e colocando em risco sua saúde e sua vida (24).

Gravidez indesejada e aborto inseguro

A contraceção de emergência deve estar incluída nas políticas públicas de saúde que previnam e reduzam a incidência da gravidez indesejada (38). A gravidez não planejada segue como importante fenômeno social e problema de saúde pública, principalmente para os países em desenvolvimento. Segundo estimativa da OMS, a cada ano ocorrem 75 milhões de gestações não planejadas no mundo que, quando indesejadas, terminam em 46 milhões de abortos induzidos, com 22 milhões de casos praticados em condições precárias, clandestinas e inseguras (45).

Quase 98% desses abortos inseguros são realizados em países em desenvolvimento, os mesmos que mantêm legislações fortemente restritivas em relação ao aborto. Como resultado, até 25% da mortalidade materna nesses países decorre do aborto clandestino e inseguro, levando à morte 47 mil mulheres a cada ano. Além disso, outros cinco milhões de mulheres que sobrevivem ao aborto de risco enfrentam sequelas físicas, particularmente para a saúde sexual e reprodutiva (45).

Outra parte das gestações indesejadas é conduzida até o termo, embora não se possa afirmar que isso ocorra sem consequências. Nesses casos, existe o risco de não aceitação da criança, conscientemente ou não, com repercussões individuais, psicológicas, familiares e sociais (48). Estudos também apontam para a maior incidência de transtornos psicológicos e psiquiátricos entre mulheres que mantiveram a gravidez indesejada até o término contra a sua vontade (35).

No Brasil, as estimativas indicam que, entre 1995 e 2013, houve decréscimo do número de abortos induzidos e clandestinos, com recuo de 1,08 milhão para 865 mil casos anuais (43). Apesar disso, a taxa atual de aborto para mulheres brasileiras em idade reprodutiva ainda é muitas vezes superior àquela observada nos países da Europa Ocidental, onde o aborto é legal, seguro e acessível (8). O aborto se associa com evidentes desigualdades sociais, na medida em que estados do Norte e do Nordeste mantêm taxas de aborto expressivamente mais elevadas e com menores índices históricos de redução, fazendo com que regiões socialmente mais vulneráveis mantenham o aborto como principal causa de morte materna. A morbidade causada pelos casos de aborto induzido também se reflete nas 240 mil internações anuais no Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento de suas complicações (1).

A relação entre aborto inseguro e mortalidade materna é contundente nos países em desenvolvimento. Na América Latina e no Caribe morrem cerca de 30 mulheres a cada 100 mil interrupções da gestação. Na Ásia, são 160 mortes a cada 100 mil abortos (59). O impacto é maior em países africanos, onde a taxa média de letalidade do aborto inseguro é de 460 por 100 mil procedimentos (49). Nos países subsaarianos a mortalidade é ainda maior, atingindo 520 óbitos por 100 mil abortos clandestinos (59). Esses números injustificáveis contrastam com os de países desenvolvidos em que o aborto induzido é realizado em condições seguras e permitido pela legislação, com média de letalidade de 0,7 casos a cada 100 mil interrupções da gravidez (49).

A meta de reduzir a razão de mortalidade materna, um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, para o ano de 2015, firmados pelos países junto à Organização das Nações Unidas (ONU), não foi alcançada pelo Brasil. Os índices divulgados pela OMS indicam que ainda ocorrem 68,2 óbitos de mulheres por 100 mil nascidos vivos, quase o dobro da meta estabelecida para o país de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos (60). O fracasso em reduzir o óbito materno contrasta com as justificativas e argumentos para não tê-lo alcançado. A publicação mais recente do Governo Federal sobre a questão, de 2014, preocupa-se notadamente em valorar os avanços em relação à década de 1990, destacando a situação brasileira mais favorável do que a média dos países em desenvolvimento, particularmente os da América Latina (34).

Parece que o referencial brasileiro de morte materna encontra-se mais arraigado à lógica secular dos países em desenvolvimento e de suas trágicas estimativas e menos vinculado aos modelos bem-sucedidos dos países desenvolvidos que adotam uma perspectiva de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e que entendem a morte materna como uma tragédia quase sempre evitável. Mantém-se, assim, uma odiosa desigualdade social e econômica como fator relevante no óbito materno: mulheres jovens, negras e pobres ainda são as que mais morrem no Brasil, principalmente as que vivem em regiões menos favorecidas (22).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e a 4ª Conferência Internacional sobre a Mulher, em Beijing, 1995, consolidaram os direitos humanos das mulheres no campo da saúde sexual e reprodutiva. No Cairo, os governos reconheceram o aborto como grave problema de saúde pública e se comprometeram em reduzir sua prevalência pela expansão do planejamento reprodutivo qualificado (54). Em Beijing, os países participantes afirmaram o direito das mulheres de decidirem livremente sobre a regulação de sua fertilidade e o exercício de sua sexualidade, livres de coerção, discriminação ou qualquer forma de violência de gênero (55).

A Conferência do Cairo, ainda, declara que os todos os casais têm direitos sexuais e reprodutivos fundamentais que incluem a decisão livre e responsável pelo número e momento de terem filhos, bem como o direito de receberem suficiente informação e meios necessários para alcançarem a mais elevada qualidade de saúde sexual e reprodutiva (54).

O Brasil é signatário dos documentos dessas conferências e de outros tratados internacionais de direitos humanos, assumindo compromisso com questões relativas ao planejamento reprodutivo e ao aborto (2). Não obstante, a Constituição brasileira também estabelece no seu artigo 226, § 7º, que:

“[...]fundado no princípio da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais e privadas” (6).

O exposto deveria ser suficiente para que a contracepção de emergência fosse entendida como método anticonceptivo legítimo, fundamental para evitar a gestação indesejada nas situações em que os demais métodos falham ou não se aplicam, contribuindo para reduzir o número de mulheres que recorrem ao aborto clandestino e inseguro (7). Paradoxalmente, países com as leis mais restritivas e punitivas em relação ao aborto e que enfrentam as maiores taxas de letalidade dele decorrentes são os mesmos que frequentemente estabelecem os maiores obstáculos à incorporação da contracepção de emergência nas políticas públicas de planejamento familiar e reprodutivo (23).

Obstáculos para a profilaxia da gravidez forçada pelo estupro

O uso da contracepção de emergência após situações de violência sexual também enfrenta resistências de diferentes naturezas. Exemplo recente pode ser constatado com a repercussão da Lei nº 12.845, sancionada em 2013, que estabelece o dever dos hospitais do SUS de prestar atendimento emergencial, integral e interdisciplinar para pessoas que sofrem violência sexual. A Lei nº 12.845 garante a assistência em saúde qualificada e humanizada que previna ou reduza os danos decorrentes da violência sexual, definindo quais as ações necessárias a este objetivo, como o tratamento de lesões físicas, amparo médico, psicológico e social, apoio para registrar a ocorrência junto às autoridades, a profilaxia da gestação forçada e das DST. Além disso, estabelece o dever de oferecer suficiente informação para a mulher sobre seus direitos e a orientação sobre serviços e formas de assistência disponíveis (11).

Apesar do sentido essencialmente humanitário, vários grupos religiosos pressionaram para o veto de vários pontos da Lei nº 12.845 nas semanas que precederam sua publicação pelo Executivo. Criticaram duramente as ações relativas ao fornecimento da contracepção de emergência por considerá-la medicamento abortivo, requerendo sua exclusão na Lei, fato que obrigaria as mulheres vítimas de violência sexual a ficarem sujeitas a engravidar do agressor. Também criticaram

o emprego do termo “profilaxia” para as ações de prevenção da gestação, com a justificativa de que tal palavra vincula a gravidez à condição de doença (21).

Embora a questão da interrupção da gestação decorrente do estupro não seja mencionada nesta Lei, fundamentalistas religiosos alardearam que a identificação enquanto profilaxia estaria estimulando e facilitando a realização de abortos no país (21). Esses mesmos setores conservadores requereram que no texto da Lei os serviços de saúde fossem impedidos de orientar as mulheres sobre o direito ao aborto legal, considerando que este tal esclarecimento caberia exclusivamente à polícia. Esse discurso oculta a lógica misógina de considerar que as mulheres mentem, fazendo falsa alegação de crime sexual, com o intuito de obter o aborto legal e que, portanto, devem ser investigadas e interrogadas pela polícia enquanto suspeitas ou criminosas (21).

Essa oposição à contraceção de emergência é recorrente no discurso religioso e se baseia em crenças de fantasiosos “mecanismos de ação”, invariavelmente associados ao aborto precoce. O fundamentalismo religioso sistematicamente despreza a ciência e o conhecimento e, sem apresentar qualquer evidência válida, mantém a retórica desse suposto “efeito abortivo”. Por isso, grupos religiosos encaram publicamente a meta de impor sua crença a todas as mulheres, seja com a manipulação da opinião pública suscetível ao seu apelo, seja por promover obstáculos ao acesso à contraceção de emergência. Cidades paulistas como Ilhabela e Jundiá são exemplos dessa estratégia, aprovando em suas Câmaras Municipais leis inconstitucionais e draconianas visando a proibir a venda e a distribuição local do método (21).

Tal pensamento religioso trata com descaso o fato de que, ao reduzir as taxas de gravidez indesejada, a contraceção de emergência reduz a necessidade das mulheres recorrerem ao aborto induzido. Portanto, o método não promove o aborto, mas o previne; além de diminuir a morte de mulheres e a perda fetal daquelas que realizariam o aborto inseguro. Ao não admitir o efeito preventivo da contraceção sobre o aborto induzido, tais discursos empregam a mesma visão estreita que considera insulto os termos médicos que tratam eticamente o emprego desta anticoncepção como profilático para males.

Desconsidera-se que a palavra “profilaxia”, derivada do grego *pro-pháylaxis*, tem uso na saúde comumente aplicada tanto aos meios de evitar a propagação de doenças quanto à proteção da saúde. Assim, mesmo corretamente empregada na proposta de Lei nº 12.845, foi excluída em seu texto final pelo Poder Executivo brasileiro que, atendendo à opinião religiosa leiga, o substituiu pelo lamentável eufemismo “medicação com eficiência precoce para prevenir a gravidez” (21).

Essa tentativa de impedir o acesso de mulheres à contraceção de emergência em situações de violência sexual ignora estudos que apontam as motivações que as levam a interromper a gestação. Estudos indicam que 88% das mulheres apresentam intenso sentimento de repúdio pela gestação forçada pelo estupro; outras 76% declaram sua frustração e impotência pela violação de seu direito de escolha ou não pela maternidade; ao mesmo tempo em que mais de 80% das que decidiram pelo aborto, após a violência sexual, eram católicas, evangélicas ou espíritas – praticantes das mesmas religiões inflexíveis quanto ao tema do aborto e que advogam a proibição absoluta de sua prática (25).

Assim, a perversidade de pretender obrigar que mulheres vulneráveis corram o risco de engravidar do estupro causa tanta perplexidade quanto pretender obrigá-las a manter essa gestação até o término. Mesmo considerando o argumento, a tentativa dos grupos fundamentalistas religiosos em alterar o texto da nova Lei nº 12.845 sancionada, visando a “não estimular o aborto”, não houve mudança na legislação penal brasileira, que continua restritiva quanto ao aborto e o tipifica como crime, não alterando, nem acrescentando excludentes ao Código Penal (21).

A Lei nº 12.845 também não cria uma nova norma técnica, mas garante que todas as mulheres tenham acesso à normativa já existente. No entanto, forças contrárias ao aborto legal em caso de violência sexual continuam a se articular, como, por exemplo, o Projeto de Decreto Legislativo (PDL) nº 42 de 2007, de autoria do Deputado Federal Henrique Afonso, da Igreja Presbiteriana, que propõe a suspensão da norma técnica de atenção às vítimas de violência sexual do Ministério da Saúde, junto à mudança do Código Penal incluindo a proibição da interrupção da gestação decorrente de estupro. No mesmo sentido tenta interferir o Projeto de Lei (PL) nº 478 de 2007, do Deputado Federal Luiz Bassuma,

conhecido como “Estatuto do Nascituro”, que visa a tornar crime o aborto em caso de estupro ou qualquer intervenção sobre o óvulo fecundado (21). Como ambos não foram aceitos por não serem factíveis, essas forças conservadoras e contrárias aos direitos sexuais e reprodutivos pleiteiam evitar que a informação sobre a possibilidade de interromper a gestação decorrente de estupro chegue às mulheres.

Outras 30 proposições de leis buscando atingir o aborto legal, feitas pelas frentes parlamentares religiosas, tentam promover retrocesso e ferir os direitos já adquiridos pelas mulheres brasileiras (21). Por isso, a aprovação da Lei nº 12.845, apesar de algumas alterações textuais, configura-se como instrumento necessário e fundamental para que gestores municipais e estaduais não se eximam de suas responsabilidades na atenção das mulheres vítimas de violência sexual.

Distante das misóginas iniciativas realizadas no Poder Legislativo, a contraceção de emergência ainda enfrenta o obstáculo da objeção de consciência alegada, por vezes, pelos profissionais de saúde. O Código de Ética Médica brasileiro, capítulo II, item IX, assegura ao médico o direito de não praticar atos que, mesmo permitidos por lei, contrariem seus ditames de consciência. Com base nisso, vários profissionais entendem que não têm o dever legal de prescrever a contraceção de emergência por conflito com seus valores morais e pessoais. No entanto, vale ressaltar que o capítulo I, item VII do Código de Ética Médica é suficientemente claro ao afirmar que não existe direito de objeção de consciência em situações de ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando a recusa do médico possa implicar danos para o paciente (15).

Por seu caráter de urgência e pelos riscos envolvidos, não há fundamento ético ou legal para negar a prescrição da contraceção de emergência, portanto, por motivo de objeção de consciência. O próprio Conselho Regional de Medicina de São Paulo entende que o acesso a este método se constitui em um direito da mulher e a recusa de sua prescrição, sem justificativa aceitável, constitui infração ética passível de medidas disciplinares (14).

A contraceção de emergência encontra-se aprovada pela OMS, pela *International Planned Parenthood Federation*, pela *Family Health International*, pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e pelas agências reguladoras de diferentes países, incluindo-se a

Food and Drug Administration (FDA) norte-americana. No Brasil, o método é aprovado pelos órgãos de vigilância sanitária e está incluído nas normas técnicas do Ministério da Saúde sobre planejamento familiar, desde 1996, e de atenção à violência sexual, desde 1999 (7, 10). Também faz parte das recomendações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) (7) e, desde 2007, o Conselho Federal de Medicina estabelece normas éticas para a sua utilização e ratifica a responsabilidade de médicos por sua prescrição, visando a reduzir os impactos da gravidez não planejada (13).

A FIGO afirma que o principal compromisso do médico deve ser proporcionar as melhores condições possíveis de saúde sexual e reprodutiva às mulheres. O princípio bioético da autonomia assegura a importância da participação da mulher nas decisões sobre sua saúde, cabendo ao médico respeitar essa posição. A FIGO também estabelece que possíveis conflitos de valores do médico não o isentam do dever de cumprir diretrizes científicas e profissionais, não sendo aceitável descaracterizar uma condição clínica ou tratamento legítimo por crenças pessoais (29).

Entre o desconhecimento e a crença

Parte do antagonismo à contraceção de emergência se explica pelo conhecimento insuficiente ou desatualizado do método e de seu mecanismo de ação (17). Portanto, é razoável supor que os profissionais de saúde que se encontram nessa condição possam reconsiderar sua posição diante das novas informações fundamentadas em evidências científicas. Tal mudança pode ser mais complexa e menos exitosa quando o desconhecimento é acompanhado de convicções morais e pessoais, particularmente de natureza religiosa (20).

De fato, setores conservadores e religiosos repudiam sistematicamente as evidências da ciência sobre o mecanismo de ação da contraceção de emergência, adotando como verdade inequívoca a existência de um “efeito abortivo”. O pensamento simplificado e sem estrutura científica sustenta a crença de que o método, por ser utilizado após a relação

sexual, necessariamente atua após a fecundação e, por isso, irá impedir ou prejudicar a implantação do embrião (20). Negam ou desconhecem que, no sentido inverso, acumulam-se evidências científicas consistentes de que os mecanismos de ação da contraceção de emergência se limitam em impedir a fecundação (16), mantendo discursos que associam o método a um ato abortivo precoce (23).

O conhecimento sobre os meios pelos quais a contraceção de emergência evita a gravidez é suficientemente claro. O mecanismo de ação principal da contraceção de emergência de base hormonal varia conforme o momento do ciclo menstrual em que é administrada. Quando utilizado na primeira fase do ciclo menstrual, o levonorgestrel tem capacidade demonstrável de suprimir o pico do hormônio luteinizante (LH), impedindo a ovulação ou a postergando por vários dias. A administração muito próxima da ovulação não se mostra capaz de modificá-la, o que explica parte dos casos de falha do método (18). Quando administrado na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, o levonorgestrel hostiliza o muco cervical e interfere na fase sustentada de migração dos espermatozoides do colo de útero em direção às trompas. Esse efeito reduz a probabilidade de fecundação nos casos em que não foi possível inibir ou retardar a ovulação (36).

Apenas estes dois mecanismos estão cientificamente demonstrados e amplamente documentados. Eles ocorrem simultaneamente, prevalecendo um deles ou ambos, conforme o período do ciclo menstrual em que a contraceção de emergência hormonal é utilizada, impedindo exclusivamente a fecundação. Além disso, estudos indicam que não há efeitos de uso do método para o endométrio. Parâmetros como o número de glândulas por mm^2 , porcentagem de tecido estromal ou número de artérias espiraladas do endométrio não se modificam após o uso da contraceção de emergência de base hormonal (40). Da mesma forma, a receptividade do endométrio para a implantação do blastocisto também não se altera após o levonorgestrel, segundo análise de biomarcadores como a $\alpha 1$, $\alpha 4$, $\beta 1$, $\beta 3$, $\alpha \nu \beta 3$, mucina, calcitonina, fatores de crescimento, fator inibidor da leucemia, gen hoxa 11, cox 1, cox 2, aglutininas, número e distribuição de pinópodos (26, 53).

A crença de que o levonorgestrel possa causar aborto precoce se encontra entre as mais frágeis tentativas de desqualificar a contracep-

ção de emergência hormonal. Os progestágenos são reconhecidos como medicamentos que previnem a gravidez e estão presentes nos métodos anticoncepcionais modernos, eficientes e seguros. Em diferentes formas e dosagens, progestágenos compõem pílulas anticoncepcionais, injetáveis mensais e trimestrais, implantes subdérmicos, minipílulas para o período de aleitamento materno, dispositivos intrauterinos, anéis anticoncepcionais vaginais e adesivos transdérmicos (4). O levonorgestrel é um tipo específico de progestágeno encontrado em grande variedade de anticoncepcionais utilizados cotidianamente por milhões de mulheres.

Os efeitos dos progestágenos no ciclo reprodutivo também têm justificado seu uso como forma de proteger a gravidez e não a interrompê-la. Na ameaça de aborto espontâneo, a administração da progesterona natural pode reduzir a perda fetal (41). O mesmo ocorre na reprodução assistida, que utiliza a progesterona natural após a inseminação artificial ou a fertilização *in vitro* para aumentar as taxas de gravidez (12). Somando-se a essas evidências, estudos de plausibilidade biológica e de modelos animais descartam efeitos negativos do levonorgestrel após a fecundação, bem como rejeitam a possibilidade de uma “janela de fertilidade” no uso da contracepção de emergência hormonal (46).

Outros falsos argumentos, embora não envolvam necessariamente o mecanismo de ação do método, contribuem para obstaculizar o acesso ao método tentando atribuir a ele efeitos indesejáveis para a saúde da mulher. A alegação de que representa uma “bomba hormonal” é utilizada para tentar desqualificar o método perante a opinião pública, fazendo acreditar que cause dano para a saúde da mulher. Esse argumento termina reforçado por profissionais de saúde e documentos que utilizam termos como “alta dose” para se referir à quantidade de hormônios contidos na contracepção de emergência (7).

No entanto, a dose de levonorgestrel presente no método não excede o limite farmacologicamente terapêutico conhecido e é muitas vezes menor do que a dose considerada tóxica, conferindo segurança para o método (20). Essa segurança também se fundamenta no tempo curto de tratamento e no tipo de hormônio utilizado. Diferentes estudos clínicos e epidemiológicos têm encontrado raros efeitos adversos severos relacionados com a contracepção de emergência hormonal. Eventos graves, como

o tromboembolismo e o acidente vascular, têm riscos pouco significativos e menores do que o verificado entre usuárias de pílulas anticoncepcionais (56). Em função disso, não há contraindicação para a contraceção de emergência à base de levonorgestrel, mesmo para mulheres que tenham restrição conhecida ao uso de pílulas anticoncepcionais. A elevada segurança e a boa tolerabilidade, somadas à importância de prevenir a gravidez indesejada, têm motivado muitos países a adotar iniciativas que garantam o acesso ao método sem exigência de prescrição médica (7).

Outro temor, muitas vezes induzido por profissionais de saúde menos familiarizados com o método, é o de que ela cause transtornos graves para o ciclo menstrual, prejudicando a saúde da mulher. No entanto, 57% das mulheres que usam a contraceção de emergência hormonal apresentam a menstruação seguinte sem atraso ou antecipação. Em 15% dos casos, a menstruação atrasa até sete dias e, em outros 13%, pouco mais de sete dias, situações justificadas pelo bloqueio do pico de LH. A antecipação da menstruação, em alguns poucos dias, ocorre para apenas 15% das mulheres (52). Em nenhum caso se verifica sangramento uterino imediato após seu uso, demonstração clínica inequívoca de que não há eliminação induzida e precoce do endométrio.

Por outro lado, o uso repetido e indiscriminado da contraceção de emergência hormonal, diferente da prática recomendada, pode acentuar essas modificações menstruais. Isso, no entanto, não caracteriza problema específico do método, mas situação de uso inadequado (48). Além disso, modificações sobre o ciclo menstrual não são exclusivas deste método. Muitos outros métodos anticonceptivos de elevada prevalência na população produzem efeitos semelhantes. Injetáveis trimestrais, DIU de cobre e implantes hormonais subdérmicos frequentemente induzem o sangramento uterino irregular, muitas vezes mais persistente do que o produzido pela contraceção de emergência (4). Mesmo assim, a possibilidade de alterar o ciclo menstrual não é tratada como motivo para impor barreiras ou restrições para a livre escolha desses métodos.

Outro aspecto relevante é a questão da contraceção de emergência não oferecer proteção contra as DST ou o HIV. No entanto, essa limitação não é exclusiva da contraceção de emergência; todos os métodos anticonceptivos, exceção feita ao preservativo masculino e feminino, não protegem

efetivamente contra essas doenças. Esses métodos continuam indicados a partir de critérios de elegibilidade definidos, sem que se abandone o aconselhamento para prevenção das DST (4, 7). Cabe considerar, ainda, que em todas as indicações aceitáveis da contracepção de emergência hormonal ocorre a exposição prévia às DST, como na rotura do preservativo, na violência sexual, ou na falha de outro método anticonceptivo (20).

A preocupação de que o uso abusivo ou indiscriminado da contracepção de emergência hormonal leve ao abandono do preservativo ou à redução expressiva de seu uso não tem se confirmado (31). Estudos conduzidos na Alemanha, Inglaterra, Finlândia e Austrália têm demonstrado que as mulheres usam o método de maneira eventual e responsável, na maioria das vezes dentro de indicações aceitáveis, sem evidência de uso inadequado e/ou de diminuição do uso de métodos de barreira (7, 37).

Dados semelhantes têm sido reportados para mulheres jovens. Estudos em países desenvolvidos advertem que muitas adolescentes poderiam não ter recorrido ao aborto, mesmo permitido e seguro, se conhecessem e tivessem acesso à contracepção de emergência (33). Essa proposição seria ainda mais importante para adolescentes de países em desenvolvimento onde o aborto é proibido, inseguro e clandestino (30). Essa recomendação não diverge das normativas brasileiras, na medida em que a adolescente tem garantido por lei direito à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticonceptivos, inclusive a contracepção de emergência, conforme previsto pelo Código de Ética Médica e pelos artigos 7º e 11º, § 1º, do Estatuto da Criança e do Adolescente (5, 15).

Referências

1. ADESSE, L.; MONTEIRO, M.F.G. *Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e socioculturais*. Rio de Janeiro: IPAS Brasil, 2006. 175p.
2. ADVOCACI. *Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva dos Direitos Humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito*. Rio de Janeiro, 2003. 118p.

3. BLAKE, M.T. et al. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. *International Archives of Medicine*, v. 8, n. 9, p. 1-14, 2015.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Assistência ao planejamento familiar: manual técnico*. Brasília, DF, 2002. 150p.
5. BRASIL. Presidência da República. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Lei nº 8.069/1990. *Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, DF, 2005. 160p.
6. BRASIL. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Secretaria de Edições Técnicas. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2006. 47p.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 2010. 44p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. 2.ed. Brasília, DF, 2010. 60p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. 2.ed. Brasília, DF, 2010. 48p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 3. ed. Brasília, DF, 2011. 124p.
11. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. *Diário Oficial da União*, Seção I, p.1, 2 ago. 2013.
12. CHILLIK, C. et al. Randomized prospective study between progesterone by intramuscular and vaginal route in vitro fertilization. *Reproduction*, Cambridge, v.10, n.2, p. 45-9, 1995.

13. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.811/2006. Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país. *Diário Oficial da União*, Seção I, p.72, 17 jan. 2007.
14. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). Ética em ginecologia e obstetrícia. 2. ed. São Paulo, 2002. 141p.
15. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). *Código de Ética Médica: Código de Processo Ético Profissional, Conselhos de Medicina, Direitos dos Pacientes*. São Paulo, 2013. 96p.
16. CRAVIOTO, M.C. et al. *Consideraciones sobre el mecanismo de acción del levonorgestrel (LNg) como anticonceptivo de emergencia*. Ciudad de México: Secretaria de Salud, 2005. 46p.
17. CROXATO, H.B. La píldora anticonceptiva de emergencia y la generación de un nuevo individuo. *Reflexión y Liberación*, Santiago de Chile, v.61, p.33-39, 2004.
18. CROXATTO, H.B. et al. Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75 mg dose given on the days preceding ovulation. *Contraception*, New York, v.70, p.442-50, 2004.
19. DELMANTO, C. et al. (Ed.) *Código Penal comentado*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.
20. DREZETT, J. Contraceção de emergência: normativas, usos, mitos e estigmas. In: ARILHA, M.; LAPA, T.S.; PISANESCHI, T.C. (Org). *Contraceção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010. p.63-89.
21. DREZETT, J. Fundamentalismo religioso e violência sexual. *Reprodução & Climatério*, São Paulo, v.28, n.2, p.47-50, 2013.
22. DREZETT, J. Mortalidade materna no Brasil: insucesso no cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. *Reprodução & Climatério*, São Paulo, v.28, n.3, p.89-91, 2013.
23. DREZETT, J.; DEL POZO, E. *El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual*. La Paz: Ipas Bolivia, 2002. 15p.

24. DREZETT, J. et al. Contribuição ao estudo do abuso sexual contra a adolescente: uma perspectiva de saúde sexual e reprodutiva e de violação de direitos humanos. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v.1, n.4, p.31-9, 2004.
25. DREZETT, J. et al. Pregnancy resulting from sexual abuse: reasons alleged by Brazilian women for carrying out the abortion – pregnancy and violence. *HealthMED*, Sarajevo, v.6, p.3, p.819-25, 2012.
26. DURAND, M. et al. Expresión endometrial de genes y proteínas reguladas por progesterona posterior a la administración aguda de levonorgestrel. *Revista de Investigación Clínica*, México, v.56, p.550, 2004.
27. FAÚNDES, A. et al. II Fórum interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto na Lei. *Femina*, São Paulo, v.26, n.2, p.:134-8, 1998.
28. FAÚNDES, A.; BRACHE, V.; ALVAREZ, F. Emergency contraception: clinical and ethical aspects. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Vancouver, v.82, p.297-395, 2003.
29. FEDERATION INTERNATIONALE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE (FIGO). *Ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO Committee for the study of ethical aspects of human reproduction and women's health*. United Kingdom: FIGO, 2009. 373p.
30. FIGUEIREDO, R. Brasil: uso de anticoncepção de emergência por jovens. *Boletín CLAE*. v.1, n.2, p.10, 2003.
31. FIGUEIREDO, R.; BASTOS, S. *Contracepção de emergência: atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégia de DST/Aids*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 52p.
32. GAVIN, L. et al. Sexual and reproductive health of persons aged 10-24years - United States, 2002-2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Atlanta, v.58, p.1-58, 2009
33. HARPER, C.; ELLERTSON, C. The emergency contraceptive pill: a survey of knowledge and attitudes among students at Princeton University. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Philadelphia, v.173, p.1438-45, 1995.
34. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, D, 2014.

35. KERO, A.; HÖGBERG, U.; LALOS, A. Wellbeing and mental growth-long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*, Philadelphia, v.58, n.12, p.2559-69, 2004.
36. KESSERÜ, E. et al. The hormonal and peripheral effects of d-Norgestrel in postcoital contraception. *Contraception*, v.10, p.411-24, 1974.
37. KOSUNEN, E.; SIHVO, S.; HEMMINSKI, E. Knowledge and use of hormonal emergency contraception in Finland. *Contraception*, New York, n.55, p. 153-7, 1997.
38. LANGER, A.; ESPINOZA, H. Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. In: RAMOS, S.; GUTTIÉRREZ, M. A. *Nuevos desafíos de la responsabilidad política*. Rio de Janeiro: Foro de la Sociedad Civil en las Americas, 2002. p.95-122.
39. LATHROPE, A. Pregnancy resulting from rape. *Journal of Obstetric Gynecologic, & Neonatal Nursing*, Thousand Oaks, v.27, n.1, p. 25-31, 1998.
40. LING, W.Y. et al. Mode of action of dl.norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. II. Effect of postovulatory administration on ovarian function and endometrium. *Fertility & Sterility*, Birmingham, v.39, p. 292-7, 1983.
41. MARZETTI, L. et al. Current role of progesterone therapy in the prevention of spontaneous abortion and the treatment of threatened abortion. *Minerva Ginecologica*, Roma, v.52, n.12, p.515-9, 2000.
42. MONTEIRO, M.F.G.; ZALUAR, A. Violência contra a mulher e a violação de direitos humanos. *Reprodução & Climatério*, São Paulo, v.27, n.3, p.91-7, 2013.
43. MONTEIRO, M.F.G.; ADESSE, L; DREZETT, J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. *Reprodução & Climatério*, São Paulo, v.30, n.1, p.1-8, 2015.
44. MUGANYIZI, P.S.; KILEWO, C.; MOSHIRO, C. Rape against women: the magnitude, perpetrators and patterns of disclosure of events in Dar es Salaam, Tanzania. *African Journal of Reproductive Health*, Benin, v.8, n.3, p. 137-46, 2004.
45. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. 2.ed. Geneva, 2012.

46. ORTIZ, M.E. et al. Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. *Human Reproduction*, Oxford, v.19, p.1352-6, 2004.
47. SAPP, M.V.; VANDEVEN, A.M. Update on childhood sexual abuse. *Current Opinion in Pediatrics*, v.17, p. 258-64, 2005.
48. SCHIAVON, R. Anticoncepción de emergencia: un método simple, seguro, efectivo y económico para prevenir embarazos no deseados. IN: CONFERENCIA DEL CONSORCIO LATINOAMERICANO DE ANTI-CONCEPCIÓN DE EMERGENCIA. 1., 2002. *Resúmenes...* Quito: Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, 2002.
49. SHAH, I.; AHMAN, E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, Vancouver, v.31, n.12, p. 1149-58, 2009.
50. SOUZA, F.B.C. et al. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. *Reprodução & Climatério*, São Paulo, v. 27, n.3. p. 98-103, 2012.
51. SCHEI, B. Violence against women: reproductive consequences. In: OTTESEN, B.; TABOR, A. (Ed). *New Insights in Gynecology & Obstetrics: Research and Practice*. Copenhagen: Parthenon Publishing, 1997. 336p.
52. TASK FORCE ON POSTOVULATORY METHODS OF FERTILITY REGULATION. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet*, n. 352, p.428-33, 1998.
53. UGOCSAI, G.; ROZSA, M.; UGOCSAI, P. Scanning electron microscopic (SEM) changes of the endometrium in women taking high doses of levonorgestrel as emergency postcoital contraception. *Contraception*, n.66, p. 433-7, 2002.
54. UNITED NATIONS. *Report of the International Conference on Population and Development*. New York, 1994.
55. UNITED NATIONS. *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing*. New York, 1995.
56. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Emergency contraception: a guide for service deliver*. Geneva, 1998. (WHO/FRH7FPP798.19)

57. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World report on violence and health*. Geneva, 2002.
58. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violència doméstica*. Geneva, 2005.
59. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. 6.ed. Geneva, 2011.
60. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mortalidad materna: nota descriptiva 348*. Geneva, 2014. [homepage na internet]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

6



Conhecimento e Uso de Anticoncepção de Emergência entre Adolescentes

Christiane Borges do Nascimento Chofakian, Ana Luiza Vilela Borges,
Osmara Alves dos Santos

Resumo

A adolescência é uma fase da vida caracterizada por mudanças, transformações e experimentações, as quais estão vinculadas, muitas vezes, à vulnerabilidade contraceptiva e, conseqüentemente, à gravidez não planejada. As práticas contraceptivas dos adolescentes apresentam uma característica própria, na qual o alto uso de métodos contraceptivos coexiste com as inconsistências no seu uso, sendo a anticoncepção de emergência um importante método nessas situações em que há descontinuidades contraceptivas. Contudo, poucos adolescentes estão informados adequadamente sobre a anticoncepção de emergência e muitos têm ideias errôneas sobre o método. Este capítulo permite conhecer as situações e a forma de utilização

da anticoncepção de emergência entre os adolescentes brasileiros, assim como o nível de conhecimento que eles têm sobre este método, contribuindo para a compreensão real do comportamento contraceptivo e seus determinantes neste grupo.

A anticoncepção de emergência à base de pílulas orais de levonorgestrel é um método eficaz para prevenir gravidez não planejada, principalmente na adolescência, fase em que o início da vida sexual ocorre com maior frequência (9).

Uma parcela significativa dos adolescentes brasileiros entre 15 e 19 anos de idade já utilizou a anticoncepção de emergência alguma vez na vida (entre 18,9% e 57,7%), sendo a região Centro-Oeste a que apresenta maior prevalência de uso, seguida pela região Sudeste (18, 20, 27, 46, 51). A proporção de uso da anticoncepção de emergência entre adolescentes no Brasil é superior à encontrada em países como Estados Unidos, China e Espanha (2, 29, 36, 39-40, 59, 64).

Este panorama do uso do método no país revela que, ao mesmo tempo em que os adolescentes estão usando o método pós-coital para evitar gravidez não planejada, pode estar havendo falhas e descontinuidades no uso de métodos contraceptivos de uso regular. Os tipos de métodos contraceptivos mais utilizados pelos adolescentes – preservativo masculino e pílula anticoncepcional hormonal (12, 50, 61) – são os métodos nos quais as descontinuidades contraceptivas ocorrem com maior frequência (11, 44, 55).

As descontinuidades contraceptivas, que podem ter como consequência a gravidez não planejada e os abortos induzidos, acontecem principalmente porque os relacionamentos afetivo-sexuais nesta fase são dinâmicos, ou seja, há momentos em que o adolescente namora e outros em que “fica” com alguém (5, 19, 31, 41, 45). Isto significa dizer que o uso de métodos contraceptivos entre adolescentes, especialmente o preservativo e a pílula oral, embora frequentemente relatado, não implica necessariamente no uso adequado ou contínuo dos mesmos (3, 12, 60).

Embora a anticoncepção de emergência seja um método eficaz e único a ser usado após a relação sexual, há defensores do controle de seu uso, uma vez que estes acreditam que a disponibilidade deste método poderia estimular a ocorrência de relações sexuais desprotegidas entre os adolescentes (51). Entretanto, diversos estudos já confirmaram que o método não predispõe relações sexuais desprotegidas, pois não leva ao abandono dos métodos contraceptivos usados regularmente, inclusive preservativos (8, 24, 27, 54). Assim sendo, observa-se que o uso da anticoncepção de emergência não tem efeitos negativos significativos sobre uso de métodos que estão em curso (28, 42). Isto significa dizer que o uso feito pelos adolescentes está mais relacionado às descontinuidades na utilização de métodos contraceptivos do que ao não uso propriamente dito (10).

Essa afirmação é ratificada quando razões mencionadas pelos adolescentes para o uso da anticoncepção de emergência são analisadas (46). A razão mais referida foi “*por pura insegurança*” (46), confirmando que os adolescentes utilizam métodos contraceptivos, porém ficam inseguros, provavelmente, devido às falhas no seu uso. Contudo, cabe ressaltar que muitos adolescentes utilizam o método de emergência devido ao não uso do preservativo masculino e ao rompimento do mesmo ou falha no coito interrompido, casos nos quais o uso da anticoncepção de emergência é indicado pelo Ministério da Saúde (23, 28). Ainda, há uma parcela de adolescentes que utiliza o método porque não quer usar nenhum outro método contraceptivo (46). Talvez este seja o grupo mais vulnerável e mais difícil de ser alcançado por ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva com enfoque em contracepção.

Além do infundado receio de que a anticoncepção de emergência possa interferir negativamente no uso regular de métodos contraceptivos, outro pressuposto equivocado em relação ao método refere-se à tendência de banalização do seu uso entre adolescentes, os quais a utilizariam mais do que o indicado. Todavia, verifica-se que o uso feito por adolescentes ocorre de forma pontual e não de forma abusiva, demonstrando que a maioria dos adolescentes usuários do método o fez apenas uma única vez. Parece, assim, que os adolescentes não identificam a anticoncepção de emergência como um anticoncepcional de rotina, mas, sim, tal qual indicado, como um método contraceptivo de emergência (6, 23, 37).

Esse baixo índice do uso repetido do método também foi observado em estudos internacionais (2, 4), que mostram média de uso entre os adolescentes de apenas 2,5 doses/vezes por pessoa.

Chama a atenção o fato de a maioria dos adolescentes usar a anticoncepção de emergência até um dia após a relação sexual desprotegida (2, 18, 59), dentro do intervalo de tempo correto de 120 horas (13).

Estudos brasileiros têm mostrado que adolescentes brasileiras com escolaridade elevada, que conhecem alguém que já usou o método, sem religião e que possuem parceria fixa são as que mais usaram a anticoncepção de emergência (6, 46, 51).

Nos relacionamentos estáveis, como o namoro, verifica-se uma tendência de flexibilização no uso dos métodos contraceptivos, propiciando, portanto, o uso da anticoncepção de emergência (28). Em contrapartida, nos relacionamentos esporádicos, como, por exemplo, “ficar com alguém”, há maior tendência de se usar o preservativo masculino, devido à preocupação com a proteção contra DST/aids (5, 52). Ainda, adolescentes que conhecem alguém que já usou anticoncepção de emergência têm mais chance de usar o método; isso parece ocorrer por conta do compartilhamento da experiência de uso com os pares, ou seja, a troca de vivências e informações quanto ao modo de usar e as indicações propiciam o uso deste método (10, 46).

Estudos demonstram que a religião tem papel fundamental no uso da anticoncepção de emergência entre os adolescentes. Adolescentes católicos têm menos chance de usar o método em relação aos que não possuem nenhuma religião (46); portanto, seu uso envolve questões relacionadas a valores culturais e religiosos.

Alguns setores religiosos argumentam que a anticoncepção de emergência é um método abortivo e que gera o exercício desenfreado da sexualidade, tanto de mulheres adultas quanto de adolescentes (62). Nesse sentido verificam-se tentativas de criação de leis desfavoráveis ao uso do método em áreas geográficas de amplo poder da Igreja Católica e de grande concentração de renda *per capita*, indicando uma possível associação entre os grupos de elite econômica e setores religiosos de alta influência na região (7). Este panorama de valores, questões culturais e informações distorcidas sobre o método, muitas vezes veiculadas pelas

religiões e pela mídia, pode se transformar em barreiras à aceitação e ao acesso entre potenciais usuárias. Certamente, tais barreiras de difusão podem provocar o não uso propriamente dito do método quando seria necessário.

Não obstante, estes não são as únicas barreiras em relação ao uso da anticoncepção de emergência entre adolescentes. O acesso ao método neste público ainda permanece restrito. Ao considerarmos o perfil de sua oferta para adolescentes em municípios do Estado de São Paulo, verifica-se que mais da metade dos municípios ainda não oferta o método para este grupo nos serviços públicos de saúde (26, 46). Essas barreiras da oferta deste contraceptivo para adolescentes são verificadas também em outras localidades internacionalmente, como, por exemplo, na China, onde há leis que obrigam os farmacêuticos a ligarem para os pais quando o adolescente solicita este método (65).

As restrições ao acesso à anticoncepção de emergência entre adolescentes infringem os direitos sexuais e reprodutivos deste grupo. Todas as adolescentes com risco de gravidez não planejada devem ter garantia de acesso à informação e ao uso do método conforme o Ministério da Saúde (13). No entanto, na prática, esta medida muitas vezes não é efetivada e deixa de ser ofertada como uma opção para a promoção dos direitos reprodutivos (30).

A seletividade na distribuição da anticoncepção de emergência, o não funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS) nos finais de semana e a necessidade de consulta com o médico ou enfermeiro para obtenção gratuita do método na UBS, resultam no alto índice de obtenção do método em farmácias e drogarias (46). Por permanecerem abertas por mais tempo e serem locais onde se obtém o método de forma mais rápida, além do relativo baixo preço e da não necessidade de receita médica, as farmácias representam uma alternativa para a aquisição da anticoncepção de emergência. Neste contexto, os farmacêuticos ficam incumbidos, em muitos casos, do aconselhamento a respeito do método, tornando-se aliados relevantes na ampliação do acesso ao método (46, 49).

Recentemente, o Ministério da Saúde (14) autorizou a prescrição da receita médica da anticoncepção de emergência de levonorgestrel pelos enfermeiros da Atenção Básica de Saúde. Esta iniciativa representou

grande avanço na oferta do método na atenção contraceptiva da rede pública de saúde, beneficiando toda a população, incluindo os adolescentes.

Nos Estados Unidos, em 2009, a Agência de Drogas e Medicamentos (FDA) permitiu a comercialização da anticoncepção de emergência em farmácias, sem a necessidade de receita médica exclusivamente para adolescentes com 17 anos de idade ou mais (32). Posteriormente, em 2011, o Centro de Avaliação e Pesquisa de Drogas (CDER), declarou que a anticoncepção de emergência era um método seguro e eficaz para todas as mulheres, incluindo as adolescentes menores de 17 anos de idade, uma vez que as adolescentes foram capazes de entender como usar o método de forma segura, sem a necessidade de consultar um profissional de saúde (32). Neste contexto, a FDA liberou a venda sem a obrigatoriedade da receita médica a todas as mulheres em idade reprodutiva – decisão, contudo, vetada pela Secretaria de Saúde dos Estados Unidos (32). Recentemente, o governo dos Estados Unidos continua trabalhando para cumprir a ordem do juiz Edward Korman, que obrigou a disponibilização do método para todas as idades, sem receita médica (43). Este episódio demonstra que ainda há inúmeras restrições ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, o que pode dificultar o uso da anticoncepção de emergência em países com leis mais restritivas que os Estados Unidos.

Diante do panorama apresentado, ressalta-se que outro desafio para o uso da anticoncepção de emergência, além das barreiras estruturais de acesso enfrentadas pelos adolescentes, refere-se ao nível do conhecimento; apesar de utilizá-lo, a maior parte deles não tem conhecimento adequado sobre o método (16-17).

Conhecimento da anticoncepção de emergência entre adolescentes

A imensa maioria dos adolescentes já ouviu falar na anticoncepção de emergência (1-2, 6, 39-40). Todavia, “já ter ouvido falar” no método não significa necessariamente conhecê-lo, isto é, ter informações adequadas sobre seus mecanismos de ação e indicações de uso.

Na verdade, diversos estudos avaliam o conhecimento da anticoncepção de emergência por meio de pesquisas espontâneas que utilizam perguntas abertas e sem alternativas descritivas de resposta, considerando apenas citações espontaneamente feitas sobre o método. Essa forma de aferição é considerada por alguns estudos como conhecimento do método, o que não necessariamente é verdade.

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 2006 no Brasil (12), apenas 6% das adolescentes citaram espontaneamente a anticoncepção de emergência quando questionadas sobre quais métodos contraceptivos conheciam. Curiosamente, quando questionadas por meio de pergunta estimulada, na qual há alternativas para as entrevistadas escolherem, 69% afirmaram conhecer o método (12). Similarmente, apenas uma parcela dos adolescentes estudantes de escolas públicas do município de São Paulo (59%) citou a anticoncepção de emergência como método contraceptivo (25). Isto pode indicar que, após uma relação sexual desprotegida, adolescentes não necessariamente se lembrariam do método como uma opção pós-coital.

Em contrapartida, estudos que avaliaram o conhecimento da anticoncepção de emergência por meio de perguntas específicas constataram níveis ainda menores de conhecimento. Portanto, ressalta-se que a citação espontânea de um método anticoncepcional não significa necessariamente que a pessoa conhece o mesmo (16, 17, 53, 59).

Estudo conduzido com adolescentes estudantes do ensino médio observou que o tipo de escola (pública ou privada) é um dos aspectos relacionados com o nível do conhecimento da anticoncepção de emergência (17). Os resultados mostraram que poucos adolescentes de ambas as escolas souberam responder corretamente às questões específicas sobre o método, embora o nível de conhecimento foi maior entre adolescentes de escolas privadas do que das públicas.

Dentre dez questões apresentadas aos adolescentes de escolas públicas e privadas para medir o nível de conhecimento sobre a anticoncepção de emergência, as questões que os adolescentes mostraram maior conhecimento dizem respeito ao seu uso após a relação sexual desprotegida; a sua não serventia para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sua eficácia em comparação aos outros métodos contracep-

tivos (17). Tais informações estão em maior destaque nas conversas entre amigos ou na mídia, o que justifica terem alcançado maior proporção de acertos. Já as questões que os adolescentes menos souberam responder foram em relação aos efeitos e ao tempo de uso da anticoncepção de emergência, como, por exemplo, a sua possibilidade de uso em até cinco dias após a relação sexual (17). Embora, até recentemente (o que ainda consta em várias embalagens comerciais do medicamento), a indicação era de que o método fosse ingerido até 72 horas, já se sabe que o método é eficaz até 120 horas após a relação sexual desprotegida (22, 57). Esta mudança na indicação de tempo máximo para seu uso, concomitantemente ao fato que ainda há adolescentes que acreditam que o método só pode ser usado no dia seguinte da relação sexual desprotegida, contribui para esse equívoco em relação ao tempo de uso do contraceptivo.

Curiosamente, a maioria dos adolescentes referiu não saber responder sobre o fato de ela ser ou não abortiva (17). Isto sugere que pode estar havendo uma divulgação equivocada na mídia, que associa o mecanismo de ação da anticoncepção de emergência a efeitos na nidadação e/ou no embrião (62). Infelizmente, profissionais da área da saúde são pouco convidados pela mídia a explicar o mecanismo de ação do método e esclarecer tais conceitos. Desse modo, o desconhecimento ou o conhecimento incorreto perpetua mitos sobre este método, desconsiderando que a própria Organização Mundial da Saúde enfatiza que pílulas de anticoncepção de emergência à base de levonorgestrel não interrompem uma gravidez estabelecida e nem prejudicam um embrião em desenvolvimento (66).

Neste cenário, apesar de muitos adolescentes já terem ouvido falar no método, poucos possuem conhecimento suficiente e adequado sobre ele, o que mostra que o acesso à informação correta necessita ser ampliado. Constata-se que quase metade dos adolescentes que o utilizam, não sabe responder adequadamente às questões referentes ao uso, à indicação e ao mecanismo de ação do método e, ainda, muitos mostram ter dúvidas sobre este método (2, 17-18, 35).

Da mesma forma como ocorre no Brasil, adolescentes de outros países também têm conhecimento insuficiente sobre a anticoncepção de emergência. Em Portugal, verificou-se que, num primeiro momento, a maioria dos adolescentes tinha alguma informação acerca do método,

num segundo momento, por meio da avaliação da qualidade do conhecimento, foi avaliado que apenas 10,5% possuíam de fato conhecimento efetivo (16). Nos Estados Unidos, quase metade dos adolescentes não foi capaz de responder corretamente às perguntas sobre a anticoncepção de emergência (59). Na Califórnia, apenas 15% dos adolescentes responderam corretamente a todas as perguntas que mensuraram o conhecimento sobre o método (53). Portanto, observa-se que poucos adolescentes, independentemente da nacionalidade, possuem informações corretas sobre a anticoncepção de emergência (40, 53, 58, 63).

O conhecimento sobre a anticoncepção de emergência advém, na maioria das vezes, do contato com os amigos ou conhecidos (2, 6, 17-18, 23). No entanto, ao mesmo tempo em que os amigos são referidos como fontes de informação sobre o método, observa-se que alguns transmitem informações equivocadas, o que pode contribuir para o uso incorreto do método (6).

A mídia eletrônica (*internet*), apesar da sua importância na divulgação de informações e de ser um entretenimento que atrai o público de adolescentes e jovens, é pouco mencionada pelos adolescentes como fonte de informação sobre a anticoncepção de emergência (17), indicando que, na procura de conhecimentos sobre sexualidade e contracepção, os adolescentes dão prioridade aos amigos ao invés da internet. Aparentemente, por se tratar de um assunto de cunho íntimo e pessoal, os adolescentes se sentem mais seguros para tirar suas dúvidas com os amigos com os quais compartilham pessoalmente suas vivências, o que não ocorre com o uso da internet.

Outro meio de comunicação que exerce papel de destaque como fonte de informação sobre a anticoncepção de emergência entre adolescentes é a televisão (46). Pode ser que, num contexto de ausência de diálogo sobre sexualidade entre pais e filhos, a mídia televisiva adquira papel importante na popularização e na difusão das informações em relação à contracepção nos diferentes grupos sociais (21, 38), embora, muitas vezes, as informações veiculadas sejam equivocadas (62). De toda forma, observa-se que a disseminação da informação sobre a anticoncepção de emergência é ainda insuficiente, principalmente nos grupos populacionais socialmente menos privilegiados, fato preocupante, uma vez que nesses grupos a iniciação sexual costuma ocorrer mais cedo (51).

Em relação à família, observa-se que alguns adolescentes não buscam os pais como um meio de aprendizagem sobre métodos contraceptivos, indicando possivelmente que há poucas conversas no ambiente familiar quando a temática é sexualidade, seja pela carência de informações adequadas dos próprios pais ou porque este tema é considerado ainda um assunto “proibido” no espaço doméstico (52).

Da mesma forma que o ambiente familiar, o espaço escolar também pouco atua na disseminação de informações sobre contraceptivos. Apesar das aulas de educação sexual conter nas diretrizes nacionais dos currículos escolares, inclusive do estado de São Paulo, desde a década de 1980, e ter havido a institucionalização do Programa Saúde na Escola, em 2007, aulas e oficinas sobre sexualidade e contracepção nas escolas são ainda incipientes, reafirmando a necessidade de ações educativas sobre sexualidade nesses espaços educacionais, de forma a preencher as lacunas entre o binômio saúde e educação (15, 33, 46).

Em diversos países, foram observados que adolescentes que referiram conhecer a anticoncepção de emergência por meio de aulas sobre educação sexual nas escolas foram mais propícios a usá-la; ou seja, as ações de educação sexual nas escolas propiciam positivas contribuições às práticas contraceptivas (1, 40). Desse modo, as escolas necessitam ir além dos preconceitos e dos receios que circundam a vivência da sexualidade na adolescência, transformando-se em um espaço de mais ação, a fim de colaborar efetivamente na promoção da saúde do adolescente.

Um fato preocupante é a baixa proporção de relato dos profissionais da saúde como agentes de informação sobre a anticoncepção de emergência (6, 47). Há duas elucidações para esta participação restrita dos profissionais de saúde: uma delas é que os adolescentes podem não se sentir “confortáveis” na busca de informações sobre sexualidade com pessoas adultas; a outra é a falta de preparo dos próprios profissionais em abordar o tema com adolescentes (47). Estudo conduzido com médicos, enfermeiros e adolescentes mostrou que o conhecimento sobre a anticoncepção de emergência ainda era escasso nos três grupos, reafirmando o seu despreparo para atuar neste âmbito (56).

O conhecimento sobre a anticoncepção de emergência é maior entre adolescentes mais velhos e “mais experientes”, ou seja, que já ini-

ciaram a vida sexual (2, 17). Desse modo, adolescentes que já iniciaram a vida sexual tendem a preocupar-se mais em obter informações sobre métodos contraceptivos, sobretudo quanto à anticoncepção de emergência, uma vez que se sentem mais vulneráveis a uma gravidez e porque se deparam com situações de descontinuidades e falhas no uso de métodos – situações essas exatamente indicadas para o uso deste método. Isso significa também dizer que o conhecimento sobre a anticoncepção de emergência aumenta com a experiência sexual.

Além da idade e da experiência sexual, o conhecimento deste método se diferencia entre adolescentes do sexo feminino e masculino. Observa-se que as mulheres adolescentes apresentam um nível de conhecimento maior quando comparadas aos adolescentes homens, o que é esperado, uma vez que é um método usado pelas mulheres (60). Todavia, isso pode ser reflexo da tradicional ideia de que a anticoncepção é ainda uma atribuição exclusiva das mulheres (34).

Surpreendentemente, o nível do conhecimento da anticoncepção de emergência parece não estar relacionado ao uso do método. Isto significa dizer que, aparentemente, quando há situações em que há possibilidade de gravidez, os adolescentes usam a anticoncepção de emergência independentemente do seu nível do conhecimento. Portanto, a inadequação do conhecimento sobre o método não atua como uma barreira ao seu uso; todavia, o baixo nível de seu conhecimento possa influenciar no uso correto do método (46, 64).

Considerando que o conhecimento sobre a anticoncepção de emergência ainda é escasso, que o acesso ao método é, muitas vezes, precário e que se registram falhas e descontinuidades no uso de métodos contraceptivos, conjectura-se que os adolescentes vivenciam uma sexualidade confrontada com práticas inseguras, acarretando, portanto, na vulnerabilidade contraceptiva neste grupo.

Para finalizar, reforça-se a necessidade de implantação de atividades educativas com enfoque na saúde sexual e reprodutiva, que ofereçam informações necessárias para a prática adequada da anticoncepção, sobretudo em relação à anticoncepção de emergência (48). É importante lembrar que a compreensão do comportamento sexual e, principalmente, do contraceptivo, não se deve restringir apenas aos profissionais da

área da saúde, mas também a outros profissionais, como os da Educação, Humanas, entre outros, para que as questões relacionadas ao uso inadequado e falta de conhecimento da anticoncepção de emergência possam ser compreendidas em sua total plenitude.

Referências

1. ADHIKARI, R. Factors affecting awareness of emergency contraception among college students in Kathmandu, Nepal. *BMC Women's Health*, United Kingdom, n.9, p.27-31, 2009.
2. AHERN, R. et al. Knowledge and awareness of emergency contraception in adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, Philadelphia, v.23, n.5, p.273-78, 2010.
3. ALANO, G. M. et al. Conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.9, p.2397-404, 2012.
4. ALFORD, S. M. et al. Adolescent and young adult women's use of emergency contraception. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, Philadelphia, v.23, n.5, p.279-84, 2010.
5. AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.377-88, 2003.
6. ARAÚJO, M.S. P.; COSTA, L. O. B. F. Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.551-62, 2009.
7. ARILHA, M.; CITELI, M. T. Intervenções restritivas ao acesso da Contracepção de Emergência no Brasil (1999-2009): um mapa geopolítico das barreiras aos direitos reprodutivos no país. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. *Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos*. São Paulo, 2010. p.135-162. Disponível em: <<http://www.usp.br/nepaidsabia/images/BIBLIOTECA/PDF/artigos/contracep%C>

3%A7%C3%A3o%20de%20emerg%C3%Aancia%20no%20Brasil%20e%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf>. Acesso em: 25 maio 2015.

8. BELZER, M. et al. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use. *Journal of Pediatric and Adolescent, Mount Royal*, v.32, n.2, p.122-3, 2003.
9. BORGES, A.L.V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.499-507, 2005.
10. BORGES, A.L.V. et al. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: uso da anticoncepção de emergência. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.816-26, 2010.
11. BRADLEY, S.E.K.; SCHWANDT, H.M.; KHAN, S. Levels, trends and reasons for contraceptive discontinuation. *DHS - Demographic and Health Research Division: Report*. Estados Unidos, 2009. Disponível em: <<http://www.measuredhs.com/pubs/hAS20/AS20.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2015.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *PNDS 2006 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_pnds_2006.pdf>. Acesso em: 25 maio 2015.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. *Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf>. Acesso em: 25 maio 2015.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo para utilização do Levonorgestrel: relatório*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_para_utilizacao_levonorgestrel.pdf>. Acesso em: 25 maio 2015.
15. CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. *Juventudes e sexualidade*. Brasília, DF: UNESCO Brasil, 2004. 426p. Disponível em: <https://www.faecpr.edu.br/site/documentos/juventudes_sexualidade.pdf>. Acesso em: 25 maio 2015.

16. CASTRO, J. F.; RODRIGUES, V. M. C. P. Conhecimentos e atitudes dos jovens face à contraceção de emergência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.43, n.4, p.889-94, 2009.
17. CHOFAKIAN, C.B.N. et al. Conhecimento sobre anticoncepção de emergência entre adolescentes do Ensino Médio de escolas públicas e privadas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, n.7, p.1525-36, 2014.
18. COSTA, K.B.S. et al. Contraceção de adolescentes do Rio de Janeiro. *Revista SOGIA-BR*, São Paulo, v.7, n.2, p.3-6, 2006.
19. CREANGA, A.A. et al. Contraceptive discontinuation and failure and subsequent abortion in Romania: 1994-99. *Studies in Family Planning*, New York, v.38, n.1, p.23-34, 2007.
20. CUSTÓDIO, G. et al. Comportamento sexual e de risco para DST e gravidez em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Niterói, v.21, n.2, p.60-64, 2009.
21. DÍAZ, S. et al. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile and Mexico. 1 - Perceptions of emergency oral contraceptive. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1507-17, 2003.
22. ELLERTSON, C. et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstetrics & Gynecology*, Washington, D.C., v.101, n.6, p.1168-1171, 2003.
23. FALLON, D. Accessing emergency contraception: the role of friends in the adolescent experience. *Sociology of Health & Illness*, Malden, v.32, n.5, p.677-94, 2010.
24. FIGUEIREDO, R. Contraceção de emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva*, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/ipas.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2015.
25. FIGUEIREDO, R.; ANDALAF NETO, J. Uso de contraceção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. *Revista SOGIA-BR*, São Paulo, v.6, n.2, p.1-11, 2005.
26. FIGUEIREDO, R. et al. Distribuição da contraceção de emergência na atenção básica de São Paulo: caracterização de oferta em PSF e UBS dos municípios do estado. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, n. 42, p. 38-44, 2007. Disponível em: <<http://>

- periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122007000200011&lng=pt&nrm=isso*>. Acesso em: 25 maio 2015.
27. FIGUEIREDO, R. et al. *Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência por adolescentes do município de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 38p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/comportamento_sexual.pdf>. Acesso em: 25 maio 2015.
28. FIGUEIREDO, R.; PUPPO, L. R.; SEGRI, N. J. Comportamento sexual e preventivo de adolescentes de São Paulo: um estudo com estudantes do ensino médio. *BIS. Bol. Inst. Saúde*, n.46, p.31-3, 2008. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122008000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2015.
29. FINE, L. C.; MOLLEN, C. J. A pilot study to assess candidacy for emergency contraception and interest in sexual health education in a pediatric emergency department population. *Pediatric Emergency Care*, Philadélfia, v.26, n.6, p.413-6, 2010.
30. FITZPATRICK, E.; WALTON-MOSS, B. Barriers to Emergency Contraception for Adolescents. *The Journal for Nurse Practitioners*, Austin, v.7, n.4, p.282-86, 2011.
31. GOULARD, H. et al. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. *Contraception*, New York, n.74, p.208-13, 2006.
32. ESTADOS UNIDOS. *Food and Drug Administration*. Statement from FDA Commissioner Margaret Hamburg, M.D., on Plan B One-Step. Disponível em: <<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/ucm282805.htm>>. Acesso em: 25 maio 2015.
33. HEILBORN, M. L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, M.L. et al. (Org.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2006. p.20-59.
34. HOGA, L.A.K. As práticas anticoncepcionais no cotidiano de uma comunidade. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. *Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.47-57.

35. JOHNSON, R. et al. There's always Plan B: adolescent knowledge, attitudes and intention to use emergency contraception. *Contraception*, New York, v.81, n.2, p.128-32, 2010.
36. KRISHNAMURTI, T.; EGGERS, S. L.; FISCHHOFF, B. The impact of over-the-counter availability of "Plan B" on teens contraceptive decision making. *Social Science & Medicine*, Estados Unidos, n.67, p.618-27, 2008.
37. LEFREVE, F.; LEFREVE, A.M.C. O que pensam e dizem nossos jovens: resultados da pesquisa. In: LEFREVE, F.; LEFREVE, A.M.C. (Org.). *Aconteceu e daí? A pílula do dia seguinte, atalhos e caminhos*. São Paulo: IPDSC, 2010. p.45-93.
38. LEITE, I. C.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v.20, n.2, p.474-481, 2004.
39. LIM, M. S. et al. Sexual and Reproductive Health Knowledge, Contraception Uptake, and Factors Associated with Unmet Need for Modern Contraception among Adolescent Female Sex Workers in China. *PLOS ONE*, São Francisco, v.10, n.1, e0115435, 2015.
40. LÓPEZ-AMORÓS, M. et al. Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia em la población escolarizada de 14 a 18 anos de edad. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v.24, n.5, p.404-09, 2010.
41. MANLOVE, J. Contraceptive use patterns across tens sexual relationships: the role of relationships, partners and sexual histories. *Demography*, Ann Arbor, v.44, n.3, p.603-21, 2007.
42. MEYER, J.L.; GOLD, M.A.; HAGGERTY, C.L. Advance provision of emergency contraception among adolescent and young adult women: a systematic review of literature. *Journal of Pediatric and Adolescent*, v.24, n.1, p.2-9, 2011.
43. MOLLEN, C.J. et al. Developing emergency department based education about emergency contraception: adolescent preferences. *Academic Emergency Medicine*, Des Plaines, v.20, n.11, p.1164-70, 2013.
44. MOREAU, C. et al. Social, demographic and situational characteristics associated with inconsistente use of oral contraceptives: evidence

- from France. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Washington D.C., v.38, n.4, p.190-6, 2006.
45. MOREAU, C. et al. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Human Reproduction*, Oxford, v.24, n.6, p.1387-92, 2009.
46. NASCIMENTO, C.B.N. *Conhecimento e uso da anticoncepção de emergência entre adolescentes estudantes do ensino médio*. 2012. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.
47. NUNES, M. T. Conhecimento e utilização da contracepção de emergência em alunas do ensino secundário em Guimarães. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Lisboa, n.21, p.247-56, 2005.
48. OLIVEIRA, A. R.; LYRA, J. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas públicas de saúde: desafios à Atenção Básica. In: LYRA, J. et al. (Org). *Juventude, mobilização social e saúde: interlocuções com políticas públicas*. Recife: Instituto Papai/MAB/Canto Jovem, 2010. p.49-74.
49. PAIVA, S. P.; BRANDÃO, E. R. Contracepção de emergência no contexto das farmácias: revisão crítica de literatura. *Physis*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.17-34, 2012.
50. PEREIRA, A.L.F. et al. Sexual and birth control health practices among female undergraduate: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói, v.13, n.1, p.25-35, 2014. Disponível em: <[46165001 miolo corrigido.indd 141](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi7lOqekpHMAhUGgpAKHQmpDvIQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.objnursing.uff.br%2F&usg=AFQjCNHtI7G>wIWqiAf4YCEzFbOVF4twJA&sig2=KHoEjJLayZgZdhDb1xNdRg&cad=rja>. Acesso em: 15 abr. 2016.</p><p>51. PERPÉTUO, I.H.O. Contracepção de emergência na adolescência e a PNDS 2006. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. <i>Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos</i>. São Paulo: CEBRAP - CCR, 2010. p.91-120.</p><p>52. PIROTTA, K.C.M. <i>Não há guarda chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP</i>. 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública . Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.</p></div><div data-bbox=)

53. RAINE, T.R. et al. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstetrics & Gynecology*, Washington, D.C, v.6, n.1, p.1-7, 2000.
54. RAINE, T.R. et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and stis. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v.293, n.1, p.54-62, 2005.
55. RAINE, T. R. et al. One-year contraceptive continuation and pregnancy in adolescent girls and women initiating hormonal contraceptives. *Obstetrics & Gynecology*, Washington, D.C, v.117, (2 Pt 1), p.363-71, 2011.
56. REED, J.L.; VAUGHN, L.M.; POMERANTZ, W.J. Attitudes and knowledge regarding emergency contraception among emergency department adolescents and providers. *Pediatric Emergency Care*, Filadélfia, v.28, n.8, p.775-9, 2012.
57. RODRIGUES, I.; GROU, F.; JOLY, J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Filadélfia, n.184, p.531-537, 2001.
58. ROMO, L. F.; BERENSON, A. B.; WU, Z. H. The role of misconceptions on latino womens' acceptance of emergency contraceptive pills. *Contraception*, New York, n.69, p.227-35, 2004.
59. SIDEBOTTOM, A. et al. The varied circumstances prompting requests for emergency contraception at school-based clinics. *Journal of School Health*, McLean, v.78, n.5, p.258-63, 2008.
60. SILVA, F.C. et al. Diferenças regionais de conhecimento, opinião e uso de contraceptivo de emergência entre universitários brasileiros de cursos da área de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.26, p.1821-31, 2010.
61. SILVA, L. P.; CAMARGO, F. C.; IWAMOTO, H. H. Comportamento sexual dos acadêmicos ingressantes em cursos da área de saúde de uma universidade pública. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, Uberaba, v.3, n.1, p.39-52, 2014.
62. SOUZA, R. A.; BRANDÃO, E. R. Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços públicos de saúde. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.19, p.1067-86, 2009.

63. THILO, R.C. Barriers and biases: ethical considerations for providing emergency contraception to adolescents in the emergency department. *Virtual Mentor (American Medical Association Journal of Ethics)*, Chicago, v.14, n.2, p.121-5, 2012.
64. XU, J.; CHENG, L. Awareness and usage of emergency contraception among teenagers seeking abortion: A Shanghai Surrey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Leeds, n.141, p.143-46, 2008.
65. WILKINSON, T.A. et al. "I'll see what I can do": what adolescents experience when requesting emergency contraception. *Journal of Pediatric and Adolescent*, Mount Royal, v.54, n.1, p.14-9, 2014.
66. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Emergency contraception*. Geneva, 2012. (Technical Report Series, 244) Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en>>. Acesso em: 25 maio 2015.

7



Prescrição da Contraceção de Emergência por Ginecologistas, Enfermeiros(as) e Outros Profissionais de Saúde Brasileiros

Regina Figueiredo, Silvia Bastos

Resumo:

Discute-se a prescrição da contraceção de emergência por médicos ginecologistas, enfermeiros(as) e outros profissionais, no Brasil, e a sua importância na promoção do acesso ao método na rede pública e privada. Destaca-se que o potencial da enfermagem na prescrição da rede pública é subutilizado, apesar da portaria que regulamenta a entrega sem necessidade de prescrição médica em serviços ligados ao SUS. Verifica-se que parte dos profissionais de saúde ainda crê, erroneamente, que a contraceção de emergência seja abortiva e restringe sua pres-

crição por considerações de ordem moral e religiosa, incluindo a culpabilização da prática sexual de meninas adolescentes. Observa-se, ainda, que, devido à alta proporção de aquisição do método em farmácias, o papel de farmacêuticos e balconistas é marcante na dispensa do método. Aponta que o Brasil, assim como outros países, poderia liberar este medicamento sem a necessidade de prescrição, facilitando o acesso das mulheres a seu uso em vários tipos de serviços, além dos ligados à saúde.

A prescrição de medicamentos constitui uma etapa no processo de cuidado ao usuário ou paciente na área da saúde (5). Aronson (2) mostra que essa definição tem origem latina, significando *prae*, antes, e *scribere*, escrever, resultando em *praescriptum*, pré-escrever ou escrever antes. Laurence e colegas (25) definem a prescrição como o ato de escrever antecipadamente “*uma ordem escrita quanto a um fármaco com instrução detalhada do que deve ser dado a quem, em que quantidade, quantas vezes, por qual via de administração, por quanto tempo e quem ordenou*” (p. 175).

Prescrever fármacos, ou fazer a chamada prescrição de medicamentos, pode ser entendida também como a elaboração de um documento, no caso, legalizado, pelo qual se responsabilizam o profissional de saúde prescritor, quem dispensa e quem administra o medicamento (46). A escrita da prescrição, assim, é um evento que ocorre ao final de um processo que é precedido por passos. A Organização Mundial da Saúde (51) propõe seis passos para se alcançar uma terapêutica efetiva com base no processo de decisão, que deve ser observado para qualquer atitude técnica em qualquer campo do conhecimento: 1 – definição do problema; 2 – especificação dos objetivos terapêuticos; 3 – seleção do tratamento mais eficaz e seguro para um paciente específico; 4 – prescrição, incluindo medidas medicamentosas e não medicamentosas; 5 – informação sobre a terapêutica para o paciente; e 6 - monitoramento do tratamento proposto.

Considerando as etapas recomendadas acima, a prescrição da contraceção de emergência à base de levonorgestrel segue orientações para ser de uso oral, atualmente em dose única de 1,50 mg, visando a atuar sobre a suspensão da ovulação e migração de espermatozoides, nos dias seguin-

tes à relação sexual. Sua indicação é restrita a situações especiais em que ocorre a relação sexual sem uso de outro método de contracepção, falha ou uso inadequado do método contraceptivo de uso e diante de situações de violência sexual (33). Sua prescrição foi autorizada no Brasil nas *Normas Técnicas de Planejamento Familiar*, em 1996 (31), mediante discussões de equipes do Ministério da Saúde com o *Population Council* sobre sua importância no contexto brasileiro para motivar tal política (20).

Prescrição da contracepção de emergência

Quanto à prescrição da contracepção de emergência na composição *Yuzpe*, pesquisa realizada em 1997 com amostra nacional de 579 ginecologistas-obstetras brasileiros (20) demonstrou que 98% haviam ouvido falar da contracepção de emergência e 61% já haviam recomendado seu uso a clientes, embora apenas 15% soubessem descrever a dosagem dessa prescrição. Posteriormente, inquérito realizado em 2000, junto ao serviço público de Goiânia, que abrangeu 43 unidades de saúde do município e o Hospital Estadual Materno-Infantil local, mostrou que 80,5% dos profissionais tinham informação de que o método estava sendo disponibilizado à população pela rede pública, 78,7% o estavam prescrevendo e, destes, 52,2% realizavam tal prescrição diante de qualquer tipo de queixa de sexo desprotegido, 33,0% a faziam perante os casos de estupro e 14,8% nas outras situações de relações sexuais desprotegidas (48).

Esses estudos mostram que a disponibilidade da contracepção de emergência em formato *Yuzpe*, desde o início, veio atender uma importante demanda reprimida nas necessidades e vivências de risco das mulheres em suas práticas sexuais.

Cabe salientar que, com exceção da rede municipal de saúde do município de Goiânia, a qual implementou a sua divulgação e disponibilização para o público local (48), essa estratégia contraceptiva permaneceu desconhecida, tanto entre profissionais de saúde quanto entre as mulheres brasileiras (18, 23, 41) e, segundo pesquisa realizada em 1999 por Galvão (20), apenas parte dos ginecologistas (12%) teve acesso à informação de que o método tinha prescrição legalizada no país.

Pode-se considerar que essa forma de apresentação do produto – com fracionamento de cartelas de pílulas anticoncepcionais comuns – tenha dificultado sua difusão, pois não é prática e nem agiliza o seu fornecimento e entendimento de uso pelas mulheres. Por isso, logo foi encampada e orientada por ginecologistas na atenção a sua clientela, embora não difundida nacionalmente.

Apenas em 1998, com a introdução do formato de duas pílulas orais de 0,75 mg de levonorgestrel no mercado brasileiro e disponibilização em farmácias e drogarias, sua divulgação realmente começou a ocorrer, via boca a boca entre usuárias e mulheres, em geral, em paralelo às propagandas veiculadas pela indústria farmacêutica em mídias dirigidas a profissionais de saúde e também para o público, que incluíam informações sobre a sua forma de uso e funcionalidade (13). Quanto ao poder público, acionou esforços para a promoção do método no Sistema Único de Saúde (SUS) após o lançamento da *Norma Técnica de Atenção a Vítimas de Violência Sexual* pelo Ministério da Saúde, em 1999 (32), determinando o início de sua aquisição para dispensa pública em 2000 (13)¹.

Em levantamento realizado em Recife, em 2003 (1), envolvendo 74 unidades da Estratégia de Saúde da Família e três serviços de atendimento à criança e ao adolescente, que atingiu 97,4% dos profissionais atuantes nesses locais, observou-se que 98,7% conheciam o método, principalmente médicos e enfermeiros, e 97,0% afirmavam que sabiam como indicá-la em caso de necessidade, devendo ser prescrita, diante de casos de estupro (89,9%), para qualquer relação sexual desprotegida (57,6%) e quando o método contraceptivo de uso falhasse (26,0%). Em 2005, inquérito nacional com questionário enviado a 3.337 ginecologistas e obstetras da Federação Brasileira das Associações e Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (40), mostrou que 89,3% já haviam prescrito a contraceção de emergência a suas clientes.

Esses estudos demonstram alto conhecimento e prescrição da contraceção de emergência às mulheres que recorrerem a esses profissionais, porém, não necessariamente, sua divulgação geral às mulheres.

1 Sobre essa questão ver capítulo 4 - Panorama da Distribuição Gratuita, Venda e Uso da Contraceção de Emergência no Brasil, de Figueiredo, que aprofunda o tema.

Em 2011, levantamento realizado com 234 profissionais das 117 unidades básicas de saúde que adotavam a Estratégia de Saúde da Família, no Recife, mostrou que, apesar de 85,0% deles já terem prescrito o método, 22,6% não informavam suas clientes espontaneamente sobre a sua existência, situação em que em 10,0% das vezes alegavam “falta de oportunidade” para fazê-lo e em 6,5% alegavam receio de que o uso do método “se tornasse rotina” (49).

Nesse sentido, cabe salientar que a divulgação da contracepção de emergência para a população encontrou resistência e uma tendência de controle da informação pelos próprios profissionais de saúde, principalmente médicos ginecologistas. Vários autores citam o receio de que o conhecimento da disponibilidade do método gerasse comportamentos errôneos em seu uso (6, 17, 19, 21, 36, 40, 44). Isso implica a discussão do quanto as práticas de saúde ainda são subsidiadas na crença que os profissionais de saúde são os únicos detentores de saber. Nesse contexto, usuários são ainda vistos como objeto de intervenção e não como sujeitos de direitos, o que reitera a necessidade de que os profissionais passem a refletir e incorporar a saúde enquanto bem social e individual inalienável e que, como parte dos direitos humanos, engloba o respeito à autonomia e o direito à informação dos usuários (29). No caso das práticas contraceptivas, tal direito implicaria considerar as decisões das mulheres ao invés de supervalorizar a autoridade de um grupo historicamente legitimado pela Ciência (22), o de médicos e outros profissionais de saúde.

A análise de que a autoridade profissional costuma direcionar o atendimento em saúde vem sendo registrada em diferentes estudos. Isso no fato de que as prescrições não são guiadas apenas pelo conhecimento técnico, mas também por percepções e valores pessoais. A História da Medicina, inclusive no Brasil, registra situações em que as diferentes escolas de medicina utilizam modelos de conduta diferenciados (mais fisiológicas ou mais intervencionistas) nos procedimentos de ginecologia e obstetrícia (11). Segundo o Conselho de Medicina de São Paulo, a Ginecologia, assim como a Obstetrícia, constitui-se enquanto prática onde esses conflitos de ordem médica e bioética se permeiam à prática, talvez como nenhuma outra especialidade médica (8). Moussa consi-

dera que, com respeito à contracepção, a percepção e o conhecimento dos médicos no que tange à individualidade tem grandes implicações sociais nas suas práticas (35).

Especificamente com relação à contracepção de emergência, essas influências sobressaem quando são observados o sexo, a religião e crenças dos profissionais (1, 20, 26). Isso ocorre porque o desconhecimento e a desinformação a respeito dos mecanismos de ação do método podem levar a questionamentos de ordem moral, pessoal e ética, já que incidem sobre a prevenção de uma gestação. Galvão e colegas, em estudo realizado com ginecologistas, em 1997, registraram que 49% acreditavam incorretamente que o método induzia ao aborto e 14% acreditavam erroneamente que sua prescrição era ilegal no Brasil. Por isso, só metade destes a prescreviam às clientes (20).

Passados 15 anos, levantamento realizado entre profissionais da rede pública de saúde do Recife, em 2003, mostrou que 51,0% consideravam o método erroneamente como abortivo: 19,0% dos médicos; 17,8% dos enfermeiros; e 33,3% dos psicólogos das equipes de saúde. Não à toa, apenas 43,8% o divulgavam à população (49). Mesmo após o início da dispensa mais ampla da contracepção de emergência pelo SUS, tanto em serviços de atenção à violência sexual quanto em unidades básicas de saúde, bem como a publicação e republicação de normas técnicas de uso do método (33), ainda se observa desinformação sobre o mecanismo de ação deste contraceptivo.

Em 2005, estudo realizado com 3.337 ginecologistas e obstetras da FEBRASGO (40), apontou que 22,3% ainda acreditavam que o método provocava aborto, motivo que influenciava sua não prescrição; embora 91,4% tenham informado pacientes sobre o método quando inquiridos. Outro estudo realizado em 2012, com 321 ginecologistas brasileiros, também mostrou que 18,1% “nunca” prescreviam a contracepção de emergência e apenas 25,9% consideravam que sua divulgação para as mulheres é de tanta importância (14).

Como a associação ao aborto é fortemente oposta às recomendações de várias religiões, incluindo o Catolicismo, não é de se estranhar que a crença religiosa pessoal dos profissionais também se mostre fundamental para a prescrição e orientação da contracepção de emergência.

Em 2014, estudo realizado com 234 profissionais de saúde do Recife (49) registrou que 65,8% concordavam que a religião interferia na decisão da prescrição/orientação do método.

Além disso, barreiras de ordem técnica também se interpõem aos profissionais de saúde com relação à prescrição da contracepção de emergência². Tecnicamente, além de desinformação sobre os mecanismos de ação do método (10, 12), observa-se desinformação quanto a sua eficácia. Em 2013, estudo realizado com 321 ginecologistas brasileiros (14) mostrou que 28% consideravam o método medianamente ou pouco eficaz como contraceptivo, embora estudos internacionais demonstrem que seja bastante eficaz, com taxas de falha de 0,4%, se utilizada entre 0 e 24 horas após a relação sexual, de 1,2% entre 25 e 48 horas, e de 2,7% entre 49 e 72 horas (33).

Há também fatores que favorecem a adoção de condutas clínicas direta ou indiretamente e têm papel de “apelo” tanto para profissionais da Medicina quanto entre a população. Atualmente a presença de “agentes econômicos”, como a indústria farmacêutica, vem sendo presente no Brasil no apoio a pesquisas e estímulos, como o fornecimento de amostras, viagens e organização de eventos e disponibilização de material técnico (9). Isso fez com que o Conselho Federal de Medicina aprovasse a Resolução nº 1.595, incorporada ao *Código de Ética Médica* (8), buscando limitar o envolvimento desses produtores de insumos e medicamentos para a saúde na prática médica.

Apesar da maioria dos médicos negar sofrer influência de propagandas e presença de laboratórios em suas práticas e prescrições (52), Moynihan (37) demonstra que entre 80% e 95% dos médicos recebem regularmente visitas de representantes de indústrias farmacêuticas, além de outros vários receberem benefícios de apoio de participação em congressos e viagens nacionais e internacionais, e 88% recebem informativos sobre produtos e medicação (9). Assim, conforme argumenta Laporte, cabe a análise da conduta terapêutica e da autonomia do médico que se forma em:

2 Com relação a barreiras para o não uso da contracepção de emergência, ver capítulo 9 - Barreiras para a utilização da contracepção de emergência quando indicada, de Santos e colegas, que aprofunda o tema.

“...um campo de pressão (...) que afeta os responsáveis pela prescrição e os usuários, e resulta assim que o setor farmacêutico se encontra em um conflito permanente entre atender uma necessidade sanitária real e assegurar uma expansão constante do mercado” (p.12) (24).

Em 2012, a pesquisa *on-line* feita com 321 ginecologistas brasileiros (14) mostrou que o recebimento de visitas de representantes da indústria farmacêutica é intenso, atingindo mensalmente 81,9% dos profissionais, sendo que em 55,1% das vezes, havia fornecimento de materiais educativos de difusão de seus produtos. Não à toa, foi verificado que, no setor privado, o aumento da prescrição dos produtos mais propagandeados, incluindo a contracepção de emergência, difundida através de visitas para 67,6% e materiais fornecidos para 41,7% do total. Esses dados são importantes, porque apenas 49,8% alegaram ter recebido informação sobre a contracepção de emergência em seus cursos de formação de Ginecologia, conteúdo que foi sendo adquirido, posteriormente, e, aos poucos, em outros cursos, leituras e em materiais, e que ainda não é considerado satisfatório para 26,5% (14).

A prescrição médica automática não esclareceu se o medicamento entraria no rol de possibilidades de prescrição de outros profissionais de saúde, como, por exemplo, enfermeiros, deixando um vácuo de esclarecimento genérico quanto a sua condição de contraceptivo comum que demorou a ser pontuada pelo Ministério da Saúde e conselhos de Enfermagem. Posição distinta, por exemplo, à adotada no Reino Unido, onde desde 2000, documento oficial tornou a contracepção de emergência apta a ser prescrita também por enfermeiros e farmacêuticos (2), considerada importante estratégia para melhorar o acesso ao método pelas mulheres.

Outra experiência registrada no Reino Unido, comparando o fornecimento gratuito da contracepção de emergência em clínicas de planejamento familiar e farmácias comunitárias, esta última com prescrição de farmacêuticos, demonstrou que o acesso ao método ocorreu mais rápido nessas farmácias (16 horas após a relação sexual) do que nas clínicas (após 41 horas), principalmente por mulheres mais velhas e adolescentes (28).

A prescrição não médica da contracepção de emergência – o papel da enfermagem

Com relação à formação de Enfermeiros, Bataglião e Mamede (4), pesquisando 327 estudantes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 2009, mostrou que a contracepção de emergência era conhecida por 100% dos pesquisados, mas apenas 65,1% haviam tido essa informação no próprio ambiente acadêmico, sendo que a maioria adquiriu a informação via mídia, incluindo internet ou por amigos. Esse dado é importante porque mostra que o conhecimento adquirido não foi técnico, mas informal, por isso estaria permeado por tabus e incorreções do senso comum. Não à toa, no mesmo estudo, 90,5% dos estudantes de enfermagem indicaram que a contracepção de emergência afetaria a implantação do zigoto no endométrio, atribuindo-a, assim, uma ação abortiva (4). Da mesma forma, outro estudo, realizado em 2011 com 178 estudantes de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (50), mostrou que 96% já haviam ouvido falar da contracepção de emergência, porém 42% não sabiam que o método estava disponível na rede pública de saúde e 41,6% acreditavam que seu efeito era abortivo.

O estudo de Ribeirão Preto, de 2009, mostrou ainda que 38,2% dos estudantes de Enfermagem também já haviam usado o método, principalmente devido à falha de preservativos (4). Esse índice superior à média nacional também foi constatado na pesquisa de 2011 com estudantes de Goiás, que mostrou uso anterior de 29%. Recentemente, estudo de 2014 entre estudantes de Enfermagem da Faculdade ICESP/Promove, de Brasília (45), indicou uso do método na vida por 52%, sendo que 48% dos estudantes alegaram que a contracepção de emergência poderia ser utilizada antes da relação sexual, embora mais de 91% indique que ela não é tão eficaz quanto os demais contraceptivos de uso regular.

Nesse sentido, nota-se que estudantes universitários de Enfermagem, enquanto grupo que comporá o corpo profissional de saúde, se comportam, em seu cotidiano e experiências sexuais de risco, tal como a maioria dos jovens e adolescentes brasileiros. A necessidade, informação e forma de utilização da contracepção de emergência e acesso ao método se dá

com amigos, farmácias e drogarias; comportamento ainda não aferido em pesquisas entre estudantes de Medicina, porém, que se imagina similar.

Com relação à atuação dos profissionais de Enfermagem quando já formados, observa-se, nos fluxos de dispensa da contracepção de emergência à população, que, embora ainda não tenham sido conduzidos estudos de abrangência nacional, há subutilização de seu potencial. Levantamento realizado entre os municípios do estado de São Paulo, em 2012, indicou que, em apenas metade deles, os enfermeiros (as) prescreviam a contracepção de emergência (16). Embora ressalte-se que tal percentual cresceu desde 2006, quando era 30% (15). O crescimento, conforme as autoras, deve-se a intervenções que somaram treinamentos e fornecimento de material técnico educativo junto às 24 regionais da Secretaria Estadual de Saúde existentes na época, incluindo seus respectivos municípios de atuação.

A Lei de Exercício Profissional nº 7.498 (7) dá competência ao enfermeiro (a) para o fornecimento da informação e ações de contracepção, incluindo contraceptivos orais hormonais e, portanto, também a contracepção de emergência. Por isso, atentar para padrões de informação, formação e atuação desses profissionais é fundamental para avaliar políticas de disponibilização e facilitação de acesso a esse método às mulheres. São os(as) enfermeiros(as), nos fluxos de orientação, atendimento e consulta, aqueles que possuem potencial para garantir a prontidão de acesso pelas mulheres à contracepção de emergência na Atenção Básica da rede pública de saúde, minimizando as filas de espera por consultas médicas. Os(as) enfermeiros(as) também vêm se configurando como os profissionais que acumulam, em grande número, o papel de coordenadores de unidades básicas de saúde (39), posicionamento importante porque garante atenção com profissionais que têm jornada de trabalho integral e estão constantemente presentes nos serviços brasileiros, além de terem mais interação com os demais profissionais da equipe, principalmente os que compõem as equipes de Estratégia de Saúde da Família (47).

A exigência de receita médica para fornecimento da contracepção de emergência, definida pela tarja vermelha, não inibiu o uso do método por compra privada no Brasil, portanto se mostra ineficaz (3, 43), uma vez que não exige retenção de receita pelos estabelecimentos comerciais. Por isso, a possibilidade de distribuição da contracepção de emergência por

outros profissionais, quando não há presença de enfermeiros (as) e médicos, em serviços ligados ao SUS, feita pelo Ministério da Saúde em 2013 (34), mostrou-se importante iniciativa de desburocratização do acesso das mulheres ao método, principalmente em cidades, localidades ou serviços em que o quadro de técnicos mais capacitados é escasso, que invariavelmente coincide com a maior necessidade e vulnerabilidade das mulheres.

Essa iniciativa ainda precisa ser ampliada no Brasil, tornando o método totalmente isento da necessidade de prescrição médica ou de enfermagem, como vem ocorrendo em diversos países³. Na Europa, assim como nos Estados Unidos, a venda do método é livre de receita, e estudos têm demonstrado que sua disponibilização sem prescrição é benéfica e não interfere no uso de contraceptivos regulares (53). Estudos realizados no Reino Unido também registraram que não houve aumento da ocorrência de sexo sem proteção frente à retirada da exigência de receita em 2001, mantendo-se na proporção de 8,4% em 2000 e 7,9% em 2001; e 7,2%, em 2002. Igualmente não houve modificações no padrão de uso da contracepção de emergência e nem no uso de preservativos para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, que permaneceu 75% em 2000; 73% em 2001; e 73% em 2002 (30).

Prescrição da contracepção de emergência para adolescentes

Pesquisa *on-line* realizada em 2012, via mailing da FEBRASGO, que recebeu resposta de 321 ginecologistas de todo o país (14), mostrou que a contracepção de emergência é orientada para adolescentes por 90,0% dos profissionais (2,8% afirmaram nunca indicá-la e 7,2% não responderam), principalmente em situações de violência sexual (82,2% dos profissionais o fazem nessa situação), falha de método contraceptivo (71,0%) e não uso de método (65,7%). Esta orientação é dada, segundo esses profissionais, por 12,1% para adolescentes na faixa etária de 12 a 14 anos, 23,1% para a faixa de 15 a 16 anos e em 46,4% para a faixa de 17 anos.

3 Ver panorama internacional no capítulo 1 - A Global Assessment of Emergency Contraception Accessibility, de Westley e colegas.

Cabe salientar que mais de 75% dos adolescentes adquirem o método em farmácias e drogarias (17, 38, 42). Nesse sentido, o padrão de informação e comportamento dos farmacêuticos e balconistas desses estabelecimentos também se configuram como importantes potenciais na área de recursos humanos em saúde para ter acesso ao método, como mostraram Bastos e colegas (3) e Paiva e Brandão (42-43).

Estudo qualiquantitativo realizado por Lefèvre e colegas (27) com 60 profissionais de equipes multidisciplinares de unidades básicas de saúde que atendem adolescentes na zona sul do Município de São Paulo, utilizando casos fictícios envolvendo situações de risco, mostrou grande influência de fatores analíticos de ordem moral e comportamental subjetiva para a prescrição da contracepção de emergência para adolescentes em situação de risco. Apenas 51,6% afirmaram indicar o método em caso de situação em que a adolescente não lembrasse se havia tido relações sexuais em uma “balada” em que tivesse consumido bebidas alcoólicas; 23,3% encaminhariam para avaliação médica; e 18,3% não recomendariam o uso do método. No caso de relações com dúvida se houve uso pela adolescente da sua pílula anticoncepcional diária, apenas 40,0% orientariam o uso da contracepção de emergência e 15% não a orientariam de jeito nenhum. Em casos de objeção religiosa da adolescente, 20% não prescreveriam o método e, ainda, 35% não o indicariam em caso de estupro, considerando que a adolescente poderia querer ter o bebê e/ou iniciar um pré-natal (27). A abordagem discursiva mostra que esses profissionais, muitas vezes, adotam postura culpabilizante do comportamento realizado pela adolescente, julgando-a pelo que deveria ter feito, explicitando que avaliam seu comportamento como errôneo, reproduzindo um olhar de gênero que responsabiliza a não contenção do comportamento sexual feminino e sua responsabilidade exclusiva na prevenção da gravidez, exceto nas situações em que há explícita violência sexual.

Além desses julgamentos, vários profissionais associam a adolescência à promiscuidade sexual e evitam a divulgação do contraceptivo de emergência e até a sua oferta para adolescentes, alegando receio de redução de adesão ao preservativo e da prevenção de DST/HIV/aids (5, 40)⁴.

4 Aspectos aprofundados no capítulo 6 - Conhecimento e uso de anticoncepção de emergência entre adolescente.

Considerações finais

A entrega da contraceção de emergência é essencial em serviços que forneçam fácil e rápido acesso das mulheres ao método, em caso de necessidade, como unidades básicas de saúde e da Estratégia de Saúde da Família, que estão próximas a suas residências, sendo fundamental o aproveitamento do potencial de enfermeiros(as), mas também de psicólogos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que poderiam atuar na divulgação do método e até em seu fornecimento, caso necessário, dentro de serviços ligados ao SUS.

Ainda são necessárias a atualização técnica e a melhor formação de profissionais de saúde, incluindo ginecologistas, salientando a importância de que divulguem a possibilidade de uso da contraceção de emergência às mulheres. A possibilidade de prescrição do método por enfermeiros(as) deve ser mais difundida, assim como a possibilidade de seu fornecimento em serviços ligados ao SUS por outros profissionais de saúde, caso enfermeiros e médicos estejam ausentes.

Questões sobre os direitos de mulheres e adolescentes a este recurso contraceptivo precisam ser discutidas para difundir a visão de direitos humanos e o papel dos serviços públicos de saúde na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, de forma a minimizar interferências pessoais e de ordem moral em sua prescrição e divulgação.

Desta forma, o método poderia ter maior alcance às mulheres que necessitam usá-lo, podendo ser dispensado em diversos serviços e por diferentes profissionais ligados ao SUS. Se tal iniciativa fosse realizada, haveria aumento da oferta da contraceção de emergência, de forma imediata, sem fila ou burocracia, em plantões diários, incluindo aqueles serviços que atendem o público com maior vulnerabilidade para a gravidez, como adolescentes, portadores de DST/HIV/aids, pessoas com doenças mentais e alcoolistas, portadores de transtornos intelectuais, usuários de drogas, vítimas de violência sexual, nos serviços pelos seguintes profissionais de saúde:

- *UBS - Unidades Básicas de Saúde*: possuem médicos(as) e enfermeiros(as) para prescreverem a contraceção de emergên-

- cia e, em sua ausência, auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e também agentes comunitários de saúde;
- *Serviços de Pronto Atendimento*: possuem presença constante de médicos(as) e enfermeiros(as) para prescreverem a contracepção de emergência;
 - *Ambulatórios Gerais ou de Especialidade Ginecológica, de Saúde da Mulher ou do Adolescente*: possuem presença constante de médicos(as) e enfermeiros(as) para prescreverem a contracepção de emergência;
 - *Serviços de Atenção a Vítimas de Violência Sexual*: possuem médicos(as) e enfermeiros(as) para prescreverem a contracepção de emergência e, em sua ausência, auxiliares de enfermagem, psicólogos ou assistentes sociais;
 - *Serviços de Atenção ao Adolescente*: possuem presença constante de médicos(as) e enfermeiros(as) para prescreverem a contracepção de emergência;
 - *CAPS - Centros de Atenção Psicossocial*: possuem médicos(as) e enfermeiros(as) para prescreverem a contracepção de emergência e, em sua ausência, auxiliares de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais;
 - *CAPS-AD - Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas*: possuem médicos(as) e enfermeiros(as) para prescreverem a contracepção de emergência e, em sua ausência, auxiliares de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais;
 - *CRTs - Centros de Referência e Treinamento em Aids ou SAEs - Serviços de Assistência Especializada em DST/HIV/Aids*: possuem presença constante de médicos(as) e enfermeiros(as) para prescreverem a contracepção de emergência;
 - *CTAs - Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/Aids*: possuem enfermeiros(as) para prescreverem a contracepção de emergência e, em sua ausência, auxiliares de enfermagem, psicólogos ou assistentes sociais;
 - *Serviços e Equipes que Atuam com Moradores ou Usuários de Drogas de Ruas*: possuem médicos(as) e enfermeiros(as) para prescreverem a contracepção de emergência e, em sua ausência, auxiliares de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais.

- *Serviços e Equipes e Equipes que Atuam com Profissionais do Sexo Mulheres*: possuem médicos(as) e enfermeiros(as) para prescreverem a contracepção de emergência e, em sua ausência, auxiliares de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais.

Além desses, outros serviços de saúde ou instituições não ligados ao SUS, mas que têm médicos(as) e enfermeiros(as) em seus quadros, poderiam dispensar o método, como os que atuam com mulheres, vítimas de violência sexual, adolescentes, portadores de HIV/aids, profissionais do sexo feminino, alcoolistas, usuários de drogas, população de rua, pessoas com problemas ou transtornos mentais, de transtorno intelectual, como síndrome de *Down*.

Paralelamente, a venda em farmácias e drogarias deve ser realizada e, nesse sentido, o Brasil avançaria se retirasse a necessidade de tarja vermelha de prescrição médica, que nem mesmo é respeitada nesses estabelecimentos. Assim permitiria que o medicamento pudesse ser fornecido fora de serviços de saúde, passando a amparar mulheres diante de situações de relação sexual sem uso de contracepção. O mesmo poderia ser feito em serviços como organizações não governamentais (ONGs), entidades de classe, associações comunitárias, além de órgãos públicos, como serviços de assistência social e delegacias da mulher.

Referências:

1. ALVES, S. V.; LUDEMIR, A. B.; RIBEIRO, C. *Diagnóstico da contracepção de emergência na rede municipal de saúde do Recife*. Recife: Grupo Curumim, 2004. Disponível em: <http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/Diag_Contracepcao.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2016.
2. ARONSON, J.K. A prescription for better prescribing. *British Journal of Clinical Pharmacology*, London, v.61, n.5, p.487-491, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885053/pdf/bcp0061-0487.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2016.
3. BASTOS, S. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e procura da contracepção de emergência em farmácias e drogarias

- do município de São Paulo. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v.18, n.4, p.787-799, 2009.
4. BATAGLIÃO, E.M.L.; MAMEDE, F.V. Conhecimento e utilização da contracepção de emergência por acadêmicos de enfermagem. *Revista Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.284-290, 2011.
 5. BONFIM, J. R. A. *Análise da prescrição de fármacos não constantes da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do município de São Paulo, 2008-2013*. 2015. Tese [Doutorado] - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.
 6. BRANDÃO, R. A.; SOUZA, E. R. Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços públicos de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p.1067-108, 2009.
 7. BRASIL. Lei Nº 7.498. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Seção 1, p.9275-9279, 25 jun 1986.
 8. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução 1.595 – Código de Ética Médica*. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1595_2000.htm>. Acesso em: 12 abr. 2016.
 9. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). *Pesquisa inédita do CREMESP*. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/pdfs/pesquisa.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2012.
 10. COSTA, N. F. P. et al. Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p.55-60, 2008.
 11. DIEGUEZ, L.M.E.S.; MADUREIRA, F.J. C.; ALMEIDA, F. F. W. *Dicionário histórico-biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930) da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz*. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 12 abr. 2016.
 12. FAÚNDES, A. et al. Emergency contraception under attack in Latin America: response of the medical establishment and civil society. *Reproductive Health Matters*, London, v.15, n.29, p.130-138, 2007.
 13. FIGUEIREDO, R. Contracepção de Emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. *Revista de Saúde Sexual e Reprodu-*

- tiva* - IPAS, Rio de Janeiro, set. 2004. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br>>. Acesso em: 12 abr 2016.
14. FIGUEIREDO, R. (Org). *Levantamento exploratório conhecimento, percepção e condutas de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre métodos contraceptivos de barreira e contracepção de emergência*. São Paulo: Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência (REDE CE), 2013. 51p. [relatório de pesquisa]. Disponível em: <<http://redece.org/estudos-e-experiencias-brasileiras/>>. Acesso em: 2 abr. 2016.
 15. FIGUEIREDO, R.; BASTOS DE PAULA, S. H. Distribuição da contracepção de emergência nos municípios do estado de São Paulo: avaliação de dispensa em serviços e fluxos estabelecidos. *Reprodução & Climatério*, São Paulo, v.27, n.2, p.58-64, 2012.
 16. FIGUEIREDO, R.; BASTOS DE PAULA, S.H. *Relatório da pesquisa avaliação e acompanhamento da implantação da oferta e distribuição da contracepção de emergência nos municípios do Estado de São Paulo - Versão 2012*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.
 17. FIGUEIREDO, R.; BASTOS, S. H.; TELLES, J. L. Profile on the Free Distribution of Emergency contraception for adolescents in São Paulo's counties. São Paulo. *Journal Human Growth Development*, São Paulo, v.22, n.1, p.1-15, 2012 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104-128220120001&lng=en&nrm=is>. Acesso em: 12 abr. 2016.
 18. FIGUEIREDO, R.; PEÑA, M. Promoção da contracepção de emergência no Brasil associada a prevenção da aids. In: AGENDE. *Experiências em advocacy em saúde e direitos reprodutivos*. Brasília, DF, 2002.
 19. FIGUEIREDO, R.; SEGRI, N. Use of male condoms among adolescents with free access at emergency contraception - study among students from the public education system of the São Paulo, Brazil. *World Journal of AIDS*, São Paulo, v.4, p.178-186, 2014.
 20. GALVÃO, L. et al. Anticoncepção de emergência: conhecimento, atitudes e práticas entre ginecologistas-obstetras no Brasil. *Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar*, Rio de Janeiro, n. esp., p. 20-3, 2001.
 21. GELUDA, K. et al. Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por

- adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n.8, p.1671-80, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006000800015&script=sci_abstract&tlng=e>. Acesso em: 3 jun. 2012.
22. HABERMAS, J. *Conhecimento e interesse humano*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
23. HARDY, E. et al. Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 1.031-1.035, 2001.
24. LAPORTE, J. R.; TIGNONI, G. *Princípios de epidemiología del medicamento*. 2.ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993. p.12
25. LAURENCE, D. R.; CARPENTER, J. *A dictionary of pharmacology and clinical drug evaluation*. London: UCL ; 1994. p.175.
26. LAWRENCE, R. E.; RASINSKI, K. A. J. D.; YOON CURLIN, F. A. Obstetrician-gynecologists' views on contraception and natural family planning: a national survey. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Philadelphia, v. 204, n.2, p.124.e1-124.e7, 2011.
27. LEFÈVRE, F. et al. Gravidez na adolescência e contracepção de emergência: opinião de profissionais de serviços primários de saúde pública do município de São Paulo. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v.17, n.2, 2016 (no prelo).
28. LEWINGTON, G.; MARSHALL, K. Access to emergency hormonal contraception from community pharmacies and family planning clinics. *British Journal of Clinical Pharmacology*, London, v.61, n.5, p. 605-608, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885065/pdf/bcp0061-0605.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2016.
29. LORENZI, M. T. *Capacidade decisória dos pacientes: aspectos jurídicos e bioéticos*. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais) - Faculdade de Direito. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.
30. MARSTON C.; MELTZER, H.; MAJEED, A. Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional sur-

- veys. *British Medical Journal*, London, v.331, n.7511, p. 271-273, 30 jul 2005.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas Técnicas de Planejamento Familiar*. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://redece.org/norma-ce-htm/>>. Acesso em: 12 ab.r 2016.
 32. BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica de Atenção a Vítimas de Violência Sexual*. Brasília, DF, 1999.
 33. BRASIL. Ministério da Saúde. *Contraceção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília, DF, 2011.
 34. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo para utilização do levonogestrel na anticoncepção hormonal de emergência*. Brasília, DF: Rede Cegonha, 2013.
 35. MOUSSA, A. Physicians perceptions of Women's reproductive health. *Obgin.net*, July 12, 2011. (Portal on line). Disponível em: <<http://hcp.obgyn.net/contraception/content/article/1760982/1903616>>. Acesso em: 16 maio 2012.
 36. MONTELEONI, M.L. et al. Anticoncepção de Emergência e a Adolescente. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE GINECO-OBSTETRÍCIA, Rio de Janeiro, 2006. *Resumos...* Disponível em: <<http://www.redece.org/resumo%20albertina.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2016.
 37. MOYNIHAN, R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. *British Medical Journal*, London, v.326, p.1189-1192, 2003.
 38. NASCIMENTO, C. B. N. *Conhecimento e uso da anticoncepção de emergência entre adolescentes estudantes do ensino médio*. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
 39. NAUDERER, M. A.; LIMA, M. A. D. S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.16, n.5, p.889-894, set-out 2008.
 40. OLIVEIRA, W. A. *Fatores associados à informação e à prescrição da pílula anticoncepcional de emergência (PAE) por ginecologistas e obstetras brasileiros*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2010.

41. OSIS, M. J. D. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n. 11, p. 2481-2490, 2006.
42. PAIVA, S. P.; BRANDÃO, E. R. Contracepção de emergência no contexto das farmácias: revisão crítica de literatura. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n. 1, p. 17-34, 2012.
43. PAIVA, S. P.; BRANDÃO, E. R. A comercialização da contracepção de emergência em drogaria do município do Rio de Janeiro: aspectos éticos e metodológicos de uma pesquisa etnográfica. *Saude e Sociedade*, São Paulo, v.23 n.4, p.1417-1430, 2014.
44. PAIVA, V. et al. *Uso de preservativos: pesquisa nacional - MS/IBOPE*, Brasil 2003. São Paulo: IBOPE; 2004. Disponível em: <<http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2004/03/276094.shtml>>. Acesso em: jul. 2012.
45. PINHEIRO, M. S.; SAMPAIO, A. *Grau de conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre anticoncepção oral de emergência*. Brasília: Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas/ ICESP/ Faculdades PROMOVE de Brasília, 2016. Disponível em: <http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/a9e70fc80676b687635c2f08919f6c70.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.
46. SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B. A prescrição de medicamentos como fonte de erros na medicação. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v.2, n.6, p.157-164, 2004.
47. SILVA, F. H. C. A Atuação dos Enfermeiros como Gestores em Unidades Básicas de Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, São Paulo, v. 1, n. 1, p.67-82, 2012.
48. SILVA, R. E. Nunca é tarde para prevenir a gravidez indesejada – avaliação de implantação do serviço de anticoncepção de emergência nas unidades de Saúde Pública do Município de Goiânia. In: GRUPO TRANSAS DO CORPO. (Portal *on line*). Goiânia, 2000. Disponível em: <<http://www.transasdocorpo.org.br/oferecemos/pesquisas/nunca-e-tarde-para-prevenir-a-gravidez-indesejada-uma-avaliacao-da-implantacao-do-servico-de-anticon>>. Acesso em: 12 abr. 2016.
49. SPINELLI, M.B.A.S. et al. Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, Nordeste do Brasil. *Saúde Sociedade*, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.227-237, 2014.

50. VELOSO, D.L.C. et al. Anticoncepção de emergência: conhecimento e atitude de acadêmicos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.35, n.2, p.33-9, 2014.
51. VRIES, T.P.G.M. et al. *Guide to Good Prescribing*. A practical manual. Geneva, World Health Organization, Action Programme on Essential Drugs, 1998. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicine-docs/pdf/whozip23e/whozip23e.pdf>>
52. WAZANA, A. Physicians and the pharmaceutical industry. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v.283, p.373-380, 2000. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlaehttp://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a03.pdf>. Acesso em: 12 mai 2012.
53. WEISMILLER, D. G. Emergency contraception. *American Family Physician*, Leawood, v.70, n.4, p.707-14, 2004.



O Olhar do Farmacêutico sobre a Contracepção de Emergência¹

Elaine Reis Brandão, Cristiane da Silva Cabral, Miriam Ventura da Silva, Luiza Lena Bastos, Sabrina Pereira Paiva, Naira Villas Boas Vidal de Oliveira, Iolanda Szabo

Resumo

A pesquisa ouviu farmacêuticos brasileiros para conhecer sua opinião sobre a comercialização da contracepção de emergência, tendo em vista ser a farmácia privada um espaço importante de aquisição do contraceptivo pelas mulheres. Pesquisa socioantropológica (2012-2014), com coleta de dados por meio de um questionário fechado on-line, anônimo e autoaplicado, disponível na Plataforma DataSUS/Form-SUS, divulgado em parceria com órgãos de classe da catego-

¹ O capítulo resulta da pesquisa “Uma investigação socioantropológica no âmbito das farmácias: posição dos farmacêuticos e balconistas sobre a contracepção de emergência”, coordenada pela prof^a Elaine Reis Brandão (IESC/UFRJ), com o apoio da FAPERJ (proc. n. 110.085/2012) e CNPq (proc. n. 481422/2012-9).

ria profissional – Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro, Conselho Regional de Farmácia de São Paulo, Conselho Federal de Farmácia, Associação Brasileira de Farmácia. Os profissionais (n=383) afirmam ser tal medicamento muito utilizado (89,8%) e perigoso, se usado como contraceptivo regular (87,7%). Embora 71,5% dos entrevistados não considerem a contracepção de emergência abortiva, 89,9% a classificam como uma “bomba hormonal”. Aproximadamente 50% desconhecem sua distribuição pública pelo SUS. Aponta-se a necessidade de introduzir os profissionais de farmácia no debate público brasileiro sobre a contracepção de emergência. Aspectos da formação profissional do farmacêutico precisam ser considerados, priorizando sua prática como profissional de saúde, com atuação educativa junto à população.

No Brasil, 12% das mulheres de 15 a 49 anos, sexualmente ativas, que já haviam utilizado um método contraceptivo moderno alguma vez na vida, afirmaram ter usado a contracepção de emergência, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 (10). Este percentual de uso da contracepção de emergência sobe para 23,2% se considerarmos apenas as mulheres não unidas. A PNDS 2006 aponta que o método passou a ocupar o quinto lugar entre os métodos contraceptivos modernos usados por todas as mulheres e é o terceiro dentre os métodos modernos usados por mulheres não unidas e ativas sexualmente (últimos 12 meses). O uso é maior entre os grupos de idades mais jovens, correspondendo a 10,4% entre adolescentes de 15 a 19 anos que já utilizaram algum método moderno alguma vez na vida; 18,5% entre jovens de 20 e 24 anos e 16,9% entre jovens de 25 e 29 anos.

A contracepção de emergência ou “pílula do dia seguinte”,² como é designada no senso comum, contendo levonorgestrel, é um contraceptivo que pode ser utilizado em situações emergenciais, após a relação sexual desprotegida, devendo ser administrado dentro do prazo de 120

2 “Pílula do dia seguinte” é a categoria nativa utilizada pelos profissionais de farmácias e consumidores, no senso comum; é a forma como o contraceptivo é popularmente conhecido no Brasil. No âmbito das políticas públicas de saúde, o Ministério da Saúde utiliza “anticoncepção de emergência”.

horas para se evitar uma gravidez (2). Nesse sentido, é um método contraceptivo importante a ser ofertado pelas políticas públicas de planejamento reprodutivo para a garantia da autonomia reprodutiva feminina.

No Brasil, a contracepção de emergência tem sido majoritariamente comprada pelas usuárias em drogarias privadas, pelo preço médio aproximado de U\$ 6,00, sem necessidade de apresentação de prescrição médica, embora a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a recomende. Tal via de acesso representa uma alternativa importante, já que os estabelecimentos farmacêuticos permanecem abertos à noite e fins de semana, facilitando a obtenção do contraceptivo em tempo oportuno e possuem profissionais farmacêuticos para o atendimento aos consumidores (33). Segundo a PNDS 2006 (10, p.141-2), as farmácias aparecem como fonte de obtenção de métodos contraceptivos modernos para 42,5% das usuárias de 15 a 49 anos, reunindo os métodos hormonais (pílula e injeção) e preservativo masculino.

Estudos realizados no país têm demonstrado que a institucionalização da contracepção de emergência no cenário brasileiro não está plenamente consolidada nos serviços públicos de saúde, muitas vezes por razões de ordem moral e religiosa e por falta de informação dos profissionais de saúde e usuárias (16, 24, 41). Além disso, Spinelli *et al.* (42) ressaltam que não existe uma prática sistemática de orientação e divulgação da contracepção de emergência nos serviços de saúde públicos brasileiros, o que contribui para o seu uso incorreto e para sua busca majoritária nas farmácias privadas.

Uma pesquisa realizada em municípios paulistas, que receberam remessas do medicamento provenientes do Ministério da Saúde, argumenta que sua oferta na rede básica de saúde deve ser a via privilegiada de acesso da população à contracepção de emergência. Entretanto, a investigação demonstra que quase a metade dos serviços de atenção básica à saúde destes municípios não dispensam o método e, na outra metade, o quantitativo dispensado é bastante restrito, explicitando a falta de divulgação do insumo à população. A situação é mais crítica nas Unidades da Estratégia de Saúde da Família, em que quase 70% dos municípios não incluíram a dispensa do método (24). As autoras destacam que a falta de preparo técnico das equipes de saúde para lidar com a contracepção de

emergência, verificada em pelo menos 30% das Secretarias Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, pode ser considerada o principal desafio para a implementação do método na região. A ideia de que sua promoção implicaria uso “indiscriminado” e “abusivo” e que resultaria em diminuição do uso de métodos regulares de anticoncepção e aumento de DST/aids, encontra-se disseminada entre os profissionais (24, 41). Estas teses não foram comprovadas cientificamente.

No Brasil, a Assistência Farmacêutica está prevista na Política Nacional de Medicamentos (12) e engloba uma série de ações que devem ser desenvolvidas pelo profissional farmacêutico, a fim de que o medicamento chegue às mãos das usuárias de forma segura e eficaz. Dentre estas ações, a atenção, orientação e dispensação farmacêuticas são de suma importância e requerem um profissional capacitado, respeitoso e sensibilizado com as necessidades de saúde do público atendido.

Embora as normas sanitárias e o Conselho Federal de Farmácia exijam a presença obrigatória do farmacêutico no estabelecimento de farmácia, a provisão da contracepção de emergência pelo farmacêutico não costuma ser acompanhada de orientações sobre saúde sexual e reprodutiva, o que provavelmente auxiliaria os consumidores no uso adequado do medicamento. De acordo com Paiva e Brandão (33), não se conhece as circunstâncias ou condições sociais da dispensação da contracepção de emergência nas farmácias do país. Os estudos desenvolvidos no Brasil sobre a contracepção de emergência não contemplaram os profissionais de farmácia, detendo-se nas usuárias, nos profissionais de saúde que atuam nos serviços públicos e em estudantes universitários e do nível médio (1, 4, 7, 17, 31). Desta forma, esta pesquisa procurou ouvir farmacêuticos para conhecer a opinião destes profissionais sobre a comercialização do método com o intuito de ampliar a discussão sobre a provisão deste contraceptivo em farmácias no Brasil.

Método

A pesquisa designada “Uma Investigação Socioantropológica em Farmácias: posição de farmacêuticos e balconistas sobre a contracepção

de emergência”, desenvolvida nos anos de 2012-2014, buscou conhecer a visão de profissionais que trabalham em farmácias privadas no Brasil sobre o tema da contracepção de emergência. O marco teórico que orienta a investigação postula que a compreensão sociológica dos fenômenos relativos à sexualidade e à reprodução precisa ser contextualizada no âmbito das relações sociais estabelecidas pelos sujeitos em suas interações cotidianas (8, 26, 47). Nesta perspectiva teórico-metodológica, busca-se conhecer as representações e práticas sociais dos sujeitos em relação a suas escolhas contraceptivas, dos profissionais de saúde e dos educadores que desenvolvem ações para fomentar e apoiar tais cuidados, no âmbito das políticas públicas, tendo como esteio a matriz da sociologia compreensiva (6, 46). Assim, opiniões, atitudes, comportamentos de qualquer sujeito só podem ser compreendidos se devidamente articulados a sua visão de mundo mais ampla, ao seu universo de valores e crenças morais, segundo sua posição de classe, gênero, raça/etnia, filiação religiosa, geração, e socialização em determinado ambiente urbano específico, dentre outras marcas sociais que condicionam seu olhar para o mundo.

No país, há duas categorias principais de funcionários que trabalham em farmácias: o farmacêutico, profissional graduado nas universidades públicas ou privadas, e os vendedores de medicamentos, propriamente ditos, conhecidos como “balconistas”, em geral, menos escolarizados que os farmacêuticos, com formação que não costuma atingir o nível universitário. A pesquisa atual foi precedida por um estudo etnográfico sobre a comercialização da contracepção de emergência, realizado em farmácia da zona norte da cidade do Rio de Janeiro, com início em 2010 (34). Os primeiros resultados desta etnografia foram determinantes para o desenho do estudo aqui apresentado. Após examinar detidamente o universo social dos profissionais que atuam no espaço de uma drogaria privada de médio porte, a saber, balconistas, farmacêuticos, gerentes, representantes de laboratórios farmacêuticos e proprietário de rede de drogarias (34), optamos por ampliar o alcance da investigação seguinte e incorporar profissionais de diferentes contextos socioculturais e estados da Federação.

Assim, a presente pesquisa contou com estratégias diferenciadas para a coleta de dados entre as duas categorias de trabalhadores de farmácia: um questionário *on-line*, estruturado, autoaplicado, anônimo, dis-

ponível na Plataforma DataSUS/FormSUS para os farmacêuticos e entrevistas face a face que utilizaram um roteiro semiestruturado de questões com balconistas que atuam em estabelecimentos da região metropolitana do Rio de Janeiro. A opção em utilizar um instrumento fechado para coleta de dados junto aos farmacêuticos em uma pesquisa socioantropológica mais ampla nos permitiu um número maior de informantes desta categoria profissional, de modo a conhecer em perspectiva mais abrangente o conjunto de representações e práticas sociais destes profissionais no tocante à dispensação da contracepção de emergência.

O convite aos farmacêuticos para participação na pesquisa foi divulgado em parceria com órgãos de classe da categoria profissional, através de *websites*, revistas e envio de mala direta pelos Conselhos Regional de Farmácia do Rio de Janeiro, Conselho Regional de Farmácia de São Paulo, Conselho Federal de Farmácia, Associação Brasileira de Farmácia. A mensagem de chamada era claramente dirigida aos profissionais que atuavam especificamente no ramo de farmácias e drogarias.

O questionário continha perguntas fechadas, distribuídas em cinco módulos: 1) dados sociodemográficos dos respondentes; 2) dinâmica de trabalho na farmácia onde atuam; 3) opiniões sobre a “pílula do dia seguinte”; 4) atendimento ao consumidor da “pílula do dia seguinte”; 5) avaliação sobre o questionário. Em outubro de 2012, foi realizada uma etapa-piloto, para teste do instrumento, junto a 114 farmacêuticos residentes no Estado do Rio de Janeiro, participantes de um treinamento promovido pela rede de drogarias onde atuam. Nessa ocasião, o questionário foi respondido manualmente por eles, sendo 75,7% deste público composto de profissionais mulheres. A maioria (94,6%) era de Responsáveis Técnicos nos estabelecimentos em que trabalhavam. Aproximadamente 70% deles havia se formado nos últimos seis anos. Após as reformulações necessárias e obtenção da versão final do instrumento, iniciou-se a coleta de dados *on-line*, entre março e maio de 2013. O formulário podia ser acessado através de um *link* mediante adesão voluntária dos interessados, que assinalaram concordância ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, o conjunto dos respondentes compõe uma amostra não probabilística (n=383), configurando o que usualmente se denomina por amostra acidental ou de contingência (37). Neste trabalho, a análise dos dados incluiu a distribuição de

frequências relativas e o cruzamento de variáveis para a análise de aspectos de interesse. Utilizamos o teste de qui-quadrado para comparar as proporções obtidas em relação às opiniões dos farmacêuticos segundo as estratificações examinadas (sexo, faixa etária, origem/estado da Federação em que atuam). Utilizou-se o pacote estatístico do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – versão 17) para compilação e análise dos dados.

Neste capítulo, privilegiaremos os resultados da consulta aos farmacêuticos concernentes ao módulo sobre as opiniões sobre a contracepção de emergência. As questões tratavam dos efeitos da contracepção de emergência no corpo feminino, na reprodução, a informação obtida sobre o medicamento no curso de graduação e sua distribuição pelas políticas públicas de saúde.

A pesquisa foi aprovada pela Plataforma Brasil/Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), em 03.10.2012, com parecer n°. 114.610 (CAAE: 04918212.9.0000.5286).

Resultados

Perfil dos farmacêuticos: uma profissão feminina

Do total de 383 farmacêuticos que voluntariamente atenderam à convocação da pesquisa, 74,5% são do sexo feminino e 25,5% do masculino. A maioria deles, homens e mulheres, tem até 30 anos de idade (61,3%), constituindo um grupo jovem de profissionais atuando no âmbito das farmácias. A idade mediana entre os homens foi de 30 anos e entre as mulheres 28 anos. Eles são majoritariamente brancos (71,7%); 20,4% dos homens e das mulheres se declaram pardos e aproximadamente 5% pretos, somando 25,2% aqueles considerados negros. Mais da metade dos farmacêuticos declararam-se católicos. O percentual de homens que declara não ter ou não frequentar religião é de 22,7%; dentre as mulheres

o valor é aproximadamente a metade do encontrado para eles (10,4%). Quanto a frequentar outras religiões, essa relação se inverte, com as mulheres obtendo um percentual de 22,5% e os homens de 11,3%.

Aproximadamente 65% dos participantes estão formados há no máximo cinco anos. Os que têm entre cinco e dez anos de formados representam aproximadamente 20,0%. Cerca de 80% dos entrevistados atuam como responsáveis técnicos (RT) no estabelecimento em que se encontravam no momento da pesquisa. Quanto à sua distribuição no país, a Região Sudeste do Brasil congrega 64,9% dos respondentes, oriundos majoritariamente dos Estados do Rio de Janeiro (30,3%) e de São Paulo (27,4%), acompanhada da Região Sul com 16,4%. Os farmacêuticos residentes nas outras três regiões do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) somam 18,7%. Em geral, os entrevistados foram, em sua maioria, mulheres brancas, católicas, com até 30 anos, e possuindo até cinco anos de formadas em faculdades de farmácia privadas, situadas na Região Sudeste. O perfil encontrado coincide com investigações que destacam uma feminização da profissão (13, 27), podendo também revelar uma maior sensibilização e decorrente participação feminina em estudo cujo tema pode encontrar um interesse maior entre as mulheres.

Conhecimentos sobre a contracepção de emergência

A pesquisa recebeu 383 questionários válidos. As principais variáveis utilizadas para cruzamento foram: origem/estados da Federação (Rio de Janeiro, São Paulo e outros estados), sexo (masculino ou feminino) e faixa etária (25 ou menos, 26 a 30, 31 a 35 e 36 ou mais anos). Entretanto, nenhuma diferença significativa (p -valor $< 0,05$) foi observada nas opiniões dos farmacêuticos quando analisados segundo tais estratificações. Assim, apresentamos apenas a tabela 1 de opiniões sobre a contracepção de emergência segundo sexo dos informantes e as respectivas proporções encontradas. Ela ilustra as questões que foram colocadas aos participantes em relação aos mecanismos do método, sua distribuição pública pelo Sistema Único de Saúde e sobre sua discussão no âmbito das universidades ou faculdades onde se graduaram. Apresentamos todos os valores referentes à opção de resposta “não sabe” por considerar que, em alguns itens, os percentuais são sobremaneira elevados e,

portanto, reveladores de dúvidas e de desconhecimento sobre contracepção de emergência no cerne desta categoria profissional.

Tabela 1 - Opiniões sobre a “Pílula do dia seguinte” (PDS) segundo sexo dos informantes

Opinião sobre PDS	SEXO			Total
		Homens	Mulheres	
A PDS atua antes da relação sexual	Verdadeiro	3,1%	6%	5,2%
	Falso	89,7%	90,5%	90,3%
	Não Sabe	7,2%	3,5%	4,4%
A PDS impede a fecundação (união do espermatozoide com óvulo)	Verdadeiro	51,5%	54,4%	53,8%
	Falso	44,3%	43,8%	23,8%
	Não Sabe	4,1%	1,8%	13,6%
A PDS impede a nidação do óvulo fecundado	Verdadeiro	69,1%	60,8%	62,7%
	Falso	22,7%	24%	23,8%
	Não Sabe	8,2%	15,2%	13,6%
A PDS pode produzir malformações fetais se a mulher já estiver grávida	Verdadeiro	41,2%	38,5%	39,4%
	Falso	34%	45,9%	42,8%
	Não Sabe	24,7%	15,5%	17,8%
A PDS pode ser obtida gratuitamente nos serviços públicos de saúde	Verdadeiro	52,6%	49,5%	50,1%
	Falso	16,5%	21,2%	20,1%
	Não Sabe	30,9%	29,3%	29,8%
A PDS é abortiva	Verdadeiro	26,8%	20,1%	21,9%
	Falso	62,9%	74,6%	71,5%
	Não Sabe	10,3%	5,3%	6,5%
A PDS é uma “bomba hormonal”	Verdadeiro	92,8%	88,7%	89,9%
	Falso	5,2%	7,8%	7%
	Não Sabe	2,1%	3,5%	3,1%
A PDS é um medicamento que poucas pessoas usam	Verdadeiro	7,2%	7,1%	7%
	Falso	89,7%	89,8%	89,8%
	Não Sabe	3,1%	3,2%	3,1%
A PDS é um medicamento perigoso para a saúde da mulher, se utilizado de forma regular.	Verdadeiro	88,7%	87,3%	87,7%
	Falso	11,3%	9,2%	9,7%
	Não Sabe	0	3,5%	2,6%
A PDS é um assunto discutido na formação profissional (graduação)	Verdadeiro	44,3%	45,2%	45,2%
	Falso	47,4%	48,8%	48,3%
	Não Sabe	8,2%	6%	6,5%
A PDS é um assunto discutido na mídia	Verdadeiro	15,5%	19,1%	18,3%
	Falso	81,4%	77,4%	78,3%
	Não Sabe	3,1%	3,5%	3,4%

Fonte: Pesquisa “Uma investigação socioantropológica em farmácias: posição de farmacêuticos e balconistas sobre a contracepção de emergência”, adaptado a partir de Pecheny e Tamburrino (35, p.166).

Dentre as múltiplas possibilidades de discussão diante do material empírico coletado junto aos farmacêuticos, elegemos para esse capítulo duas perspectivas de análise que julgamos importantes. A primeira condensa os “riscos”, subsumidos, *grosso modo*, no “perigo” que o contraceptivo de emergência pode causar ou provocar às mulheres na acepção dos entrevistados. A segunda aborda o conflito ético-profissional destes sujeitos que se encontram premidos entre o cumprimento de atribuições típicas de um profissional de saúde, com responsabilidades técnicas educativas junto à população que atendem e o simples “vendedor de medicamentos” no contexto do dinâmico e competitivo comércio varejista de medicamentos.

Discussão

Os “perigos” da contracepção de emergência

A maioria dos farmacêuticos entrevistados (87,7%) respondeu que a contracepção de emergência é um medicamento perigoso para a saúde da mulher, se utilizado de forma regular; 9,7% não acreditam que seja perigoso; e 2,6% não souberam responder. Quanto à percepção dos profissionais em relação ao uso do contraceptivo, 89,8% afirmaram que ele é um medicamento muito utilizado, tendo em vista sua experiência profissional; 7% responderam que poucas pessoas o usam; e 3,1% não souberam responder.

Sobre os mecanismos de ação do método, 90,3% dos farmacêuticos responderam que a contracepção de emergência atua depois da relação sexual ter ocorrido, mas aproximadamente 10% dos profissionais se equivocaram, afirmando que a contracepção de emergência atua antes da relação sexual ou não souberam responder. A contracepção de emergência não é considerada abortiva para a maioria (71,5%) dos respondentes; no entanto, esta não é a opinião de 21,9% dos farmacêuticos e 6,5% não souberam responder. Estudo realizado por Richman *et al* (39), que interrogou 272 farmacêuticos; da Flórida, nos EUA, aponta que 54% dos entrevistados consideraram não ser a contracepção de emergência abortiva. A

comparação nos indica um maior conhecimento sobre este aspecto do medicamento pelos farmacêuticos brasileiros, embora aproximadamente um quarto dos respondentes ainda se equivoquem a respeito ou não saibam responder.

Em relação à possibilidade do contraceptivo causar malformações no feto (temor comumente espreado na população), caso utilizado durante gravidez, 42,8% respondeu negativamente, contra 39,4% que acreditam nessa possibilidade, e um percentual elevado de informantes (17,8%) não soube responder a esse respeito. O estudo supracitado também mostrou que 25% dos farmacêuticos da Flórida (EUA) não sabiam responder sobre esta questão e 31% afirmaram que a contracepção de emergência causava malformações (39). Outro estudo realizado em Dakota do Sul (EUA), por Van Riper e Hellerstedt (44), mostrou que 74,3% dos farmacêuticos concordaram (43,3%) ou não sabiam responder (31%) sobre possíveis malformações, em caso de gravidez.

A bula do medicamento tem sido uma fonte de informação importante para estes profissionais. Quando perguntados sobre as fontes de atualização profissional, o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF)/bulas, acompanhado pelos *sites* da internet e outros manuais foram as alternativas mais assinaladas, em contraste com artigos científicos e material de divulgação de laboratórios farmacêuticos. Analisando o conteúdo da bula do Postinor®, uma marca comercial do contraceptivo de emergência disponível no mercado brasileiro, observou-se que ela enfatiza que tal medicamento causa malformações no feto se a mulher já estiver grávida. Nesse sentido, pode-se dizer que a ausência de consenso de respostas nesta questão indica que a opinião dos farmacêuticos sobre os efeitos da contracepção de emergência pode estar sendo balizada por esse tipo de fonte.

De acordo com Paiva (34), diversos trabalhos têm demonstrado que existe um grau razoável de desinformação entre os profissionais farmacêuticos sobre o método. Além disso, estes profissionais a têm simbolizado como um contraceptivo “perigoso” para a saúde da mulher e do feto. As dúvidas dos profissionais observadas na pesquisa e a ideia de um contraceptivo perigoso contradizem as informações dos manuais e protocolos produzidos pelo Ministério da Saúde (9) e pela Organização Mundial da Saúde (48), que consideram a contracepção de emergência um

contraceptivo seguro e eficaz. Os achados desta pesquisa corroboram os resultados da investigação etnográfica em farmácia da cidade do Rio de Janeiro, realizada por Paiva (34). A pesquisadora revela o tom de mistério e perigo que envolve este contraceptivo para os profissionais (balconistas e farmacêuticos) de uma farmácia na zona norte do município do Rio de Janeiro. Segundo Paiva (34), a venda da contracepção de emergência no balcão da drogaria muitas vezes se dá sob trocas de olhares e comentários dos funcionários que articulam os propalados perigos do medicamento a uma dinâmica moral, traduzida em atitudes de controle social, voltadas especialmente para a sexualidade feminina.

A ideia do “perigo”, como afirma Douglas (18), está relacionada a uma simbologia sobre as coisas ambíguas e liminares que as associa ao medo da desordem. O uso da contracepção de emergência estaria vinculado a esta concepção, como se fosse um ato impuro (indigno) capaz de revelar ou de tornar público vivências sexuais “indevidas” ou “reprováveis” das mulheres, que não se protegeram devidamente para o ato sexual, lançando-se livremente ao prazer sexual. Além disso, a compreensão deste contraceptivo como algo associado ao perigo e ao risco à saúde se conecta à visão analítica foucaultiana sobre a sexualidade, referindo-a como objeto político das sociedades ocidentais (25). Para o autor, o corpo feminino sempre foi pensado como um “corpo em potencial” para ser medicalizado e controlado devido às funções reprodutivas femininas.

Os farmacêuticos, ao conferirem à contracepção de emergência o estatuto de um medicamento “perigoso”, que pode causar danos potenciais à saúde das mulheres, demonstram o que Van Der Geest e Whyte (43) chamam de “um esforço de torná-los uma ‘mercadoria encravada’”. De acordo com os autores, o grande valor conferido aos medicamentos nas sociedades contemporâneas gerou um problema para os profissionais de saúde que acreditam que o “poder” da maioria dos medicamentos deva ser controlado: eles não deveriam circular como mercadorias livres, exatamente porque seu “poder” poderia ser usado de forma incorreta. Essa ideia sugere que muitos medicamentos necessitam de um prescritor profissional para serem usados com segurança. Entretanto, o significado de cada medicamento tem a ver com suas propriedades bioquímicas e a complexidade biopsicossocial dos seres humanos. Dessa forma, as pesso-

as podem atribuir diferentes significados aos medicamentos e o esforço em limitar o acesso a eles pode simplesmente reforçar a visão de que são valiosos e “poderosos”.

Tomando emprestado um termo usado por Van Der Geest e Whyte (43), o “encanto” da contracepção de emergência estaria no fato de ser um contraceptivo que promove uma certa “fuga” da usuária do controle ou supervisão do profissional de saúde, na direção de afirmar sua autonomia (20-21). A contracepção de emergência representa “perigo” para os farmacêuticos e outros profissionais de saúde porque é dotada de uma dupla natureza libertadora: em primeiro lugar, o simples fato de ser um medicamento, como explicam os autores:

“Os fármacos quebram a hegemonia dos profissionais e habilitam as pessoas a ajudarem a si mesmas. Os medicamentos, portanto, têm um poder ‘libertador,’ particularmente naquelas sociedades onde é difícil controlar sua circulação e uso” (43, p.460).

Em segundo lugar, sua natureza libertadora se afirma porque a contracepção de emergência é um contraceptivo possível de ser utilizado após o ato sexual ter ocorrido, conferindo mais uma possibilidade contraceptiva às mulheres. Um recurso adicional que independe do consentimento masculino para ser adotado, ao contrário do uso do preservativo masculino.

Em relação aos mecanismos de ação do método, os resultados apontam uma variação de respostas e um percentual nada desprezível de farmacêuticos que desconhece tais mecanismos no processo reprodutivo. Indagados se a contracepção de emergência impede a fecundação, 43,9% responderam negativamente. Sobre seus efeitos na nidação do óvulo fecundado, a maior parte dos farmacêuticos respondeu que ela impede a implantação do óvulo fecundado no endométrio (62,7%), sendo que 23,8% discordam e 13,6% não souberam responder.

As dúvidas sobre a contracepção de emergência impedir ou não a fecundação e a nidação do óvulo fecundado podem ter origem no fato do tema não constar da formação profissional dos farmacêuticos como um tópico relevante, como se verá adiante, e na prática habitual de consulta ao

DEF ou bulas dos medicamentos. A bula do medicamento³ informa que o mecanismo de ação para impedir a fecundação não está totalmente elucidado e que a ação deste contraceptivo vai depender em qual fase do ciclo menstrual a mulher o utilizou. Talvez o fato de estes profissionais utilizarem de modo corrente este meio de informação condicione suas respostas.

De acordo com Richman *et al* (39), os farmacêuticos da Flórida frequentemente erraram respostas sobre o mecanismo de ação da contraceção de emergência: 40% consideraram que ele poderia agir sobre o embrião implantado. Segundo os autores, este percentual de respostas erradas foi ainda mais alto do que dados colhidos no estado de Arkansas (33%) por Ragland e West (38). Além disso, 15% dos farmacêuticos da Flórida não estavam certos sobre a ação do método. No estudo em Dakota do Sul (44), 36,6% dos farmacêuticos responderam incorretamente quanto aos seus mecanismos de ação.

Nossos informantes consideram, em sua grande maioria (90%), que a contraceção de emergência tem efeitos deletérios para a saúde reprodutiva feminina, ao responderem positivamente que ela é uma “bomba hormonal”. Fizemos uso deste termo no estudo tendo em vista que esta é uma aceção comumente usada no contexto brasileiro em relação ao método, disseminada não só entre pessoas leigas, mas também entre profissionais de saúde. A ideia de “bomba hormonal” parece enfatizar o “perigo” explosivo representado pela contraceção de emergência aos corpos femininos.

Essa categoria nos leva a refletir sobre o modelo criado pela endocrinologia para falar sobre diferenças sexuais, o qual se apoia nas ideias de ritmo e produção hormonal. Biólogos e ginecologistas atestam que as diferenças entre os corpos de homens e mulheres acontecem devido a sua regulação hormonal. Testes sanguíneos demonstram que o corpo feminino se associa à ideia de ciclicidade e o masculino à ideia de estabilidade. Esta ideia da ciclicidade não é nova, como aponta Oudshoorn (32), mas remete à segunda metade do século XIX, quando psiquiatras se interessavam pela “loucura periódica” de suas pacientes mulheres e atribuíam esta “loucura” à menstruação. O psiquiatra Krafft-Ebing também questionava a “integridade mental” de mulheres durante a menstruação. Entretanto,

3 O medicamento de referência registrado na ANVISA é Postinor Uno* e Postinor-2*.

o que os endocrinologistas trazem de novo para esta história é a noção de que esta ciclicidade seria um modelo básico para entender a natureza específica do corpo da mulher. Dessa forma, o que estes especialistas fazem é redefinir os significados associados à feminilidade enfatizando esta ideia do “cíclico” como um conceito-chave para o entendimento deste corpo. Neste caso, podemos ver como a endocrinologia incorporou normas culturais para falar do corpo feminino, bem como nos explica Martin (28) em sua obra clássica “A mulher no corpo”, no qual o contexto cultural e social em que vivemos influencia a maneira como se fala sobre o corpo.

A ideia de um corpo mediado por hormônios vem se construindo desde os primeiros achados sobre estes mensageiros químicos. Oudshoorn (32) nos mostra que a ideia de ciclicidade do corpo feminino influenciou a forma como os contraceptivos foram desenhados, para mimetizarem o período de 21 dias do ciclo menstrual natural da mulher. Entretanto, ao perturbar o ciclo menstrual da mulher, considerado “natural”, a contracepção de emergência escapa desta mimetização, daquilo que é “natural”, representando assim o “perigo” e a “desordem”, ao se afastar daquele modelo que pode ser mais facilmente apreendido e controlável.

Livros de farmacologia muito utilizados em cursos de graduação em Farmácia, mais conhecidos como “Goodman” ou “Rang e Dale” (38) se apoiam em evidências científicas que corroboram esta noção. Na sexta edição do livro organizado por Humphrey P. Rang (professor emérito de farmacologia da Universidade de Londres) e M. Maureen Dale (professor sênior do departamento de farmacologia da Universidade de Oxford), intitulado “Rang e Dale Farmacologia”, são descritos os fármacos que agem sobre o sistema reprodutor (incluindo a contracepção de emergência) dentro de uma classificação que chamam de “fármacos que afetam os grandes sistemas orgânicos”. Neste sentido, o método, por ser considerado um contraceptivo com maior dose de hormônios, teria um efeito sobre a regulação hormonal, agindo no organismo como um todo (38). Esta “alta dose” desregularia o equilíbrio dos hormônios, alterando assim o ciclo menstrual “natural” da mulher, tornando mais uma vez seu corpo passível de “desordem” e “descontrole”. A analogia da contracepção de emergência com uma “bomba” ou com o “perigo” tem sido uma representação social bastante frequente, veiculada também na mídia brasileira (40).

De acordo com Drezett (19), a ideia de “bomba hormonal” é utilizada por muitos profissionais para descrever a quantidade de hormônios presentes na contraceção de emergência. Segundo o autor:

“Por ‘alta dose’ pretende-se explicar a dose de levonorgestrel maior do que a encontrada nas pílulas anticoncepcionais. No entanto, a dose de levonorgestrel utilizada na contraceção de emergência não excede o limite farmacologicamente terapêutico e é muito menor que a dose tóxica conhecida” (19, p.75-6).

E ainda:

“A concentração de levonorgestrel na contraceção de emergência não excede 30% a 40% da dose encontrada numa cartela inteira de uma pílula anticoncepcional de baixa dosagem, de uso rotineiro por milhões de mulheres” (19, p.76).

O estatuto de uma “bomba”, relacionado ao imaginário bélico, aproxima o contraceptivo de emergência do “perigo”. As dúvidas, incertezas e questionamentos sobre a contraceção de emergência e sua associação aos “riscos” potenciais à saúde das mulheres reforçam o histórico controle que a sociedade exerce sobre os corpos e a sexualidade femininos. Os discursos, permeados pela ciência, continuam a se atualizar de maneiras sutis, sempre colocando em questão a saúde e moralidade femininas. Curioso notar, por exemplo, o não deslizamento destes “riscos” e “perigos” para a maciça utilização pelos homens de medicamentos para impotência sexual, com objetivos de aperfeiçoamento do desempenho sexual (23). As diferenças de gênero certamente balizam avaliações distintas para os comportamentos sociais de homens e mulheres.

Dimensões éticas e políticas da atuação profissional do farmacêutico

Uma das questões que merece atenção é o desconhecimento dos farmacêuticos sobre a distribuição da contraceção de emergência no sistema público de saúde brasileiro. Metade dos farmacêuticos (50,1%) respondeu ter ciência sobre a disponibilidade do método na rede básica de atenção à saúde. Porém, somam-se 49,9% os profissionais que afirmam

que o contraceptivo não está disponível ou não souberam responder. Esses resultados revelam a desinformação dos entrevistados e a ausência de ampla divulgação da política brasileira de planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde a respeito da distribuição gratuita da contracepção de emergência nas unidades de saúde.

A assistência farmacêutica, quando comparada a outras áreas de atuação farmacêutica mais rentáveis (financeiramente) é, de certa forma, pouco expressiva nos cursos de formação em farmácia. Temas como sexualidade e reprodução não são prestigiados. Nicoline e Vieira (29) apontam as dificuldades para os graduandos em farmácia perceberem a atuação dos farmacêuticos como profissionais da saúde. As autoras, ao entrevistarem alunos de um curso de graduação na Região Sudeste, notaram que a própria estrutura do curso não motivava os alunos para atuarem como profissionais da saúde, no setor público ou no privado, este representado pelas farmácias comerciais.

Além do desconhecimento sobre a distribuição da contracepção de emergência nos serviços públicos de saúde, quase metade de nossos informantes (48,3%) revelou que o método não é um assunto discutido na formação profissional. Em contraste, 45,2% afirmam ter discutido sobre o tema na graduação e 6,5% não souberam responder. Este fato parece contribuir sobremaneira para a existência de muitas dúvidas que os profissionais apresentam em relação a este contraceptivo. Possivelmente, mesmo quando o tema é abordado na graduação, ele o seja de modo superficial, aspecto que nos obriga a refletir sobre a formação em farmácia. Sabe-se que, nos últimos anos, ela tem se pautado em currículos voltados para uma ênfase mais técnica, biomédica, distante das discussões de saúde pública (30), em especial, de temas relativos à saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres.

A profissão farmacêutica vem sofrendo transformações ao longo do tempo, desencadeadas principalmente pela indústria farmacêutica que tornou as farmácias magistrais obsoletas. Estas farmácias representavam a atividade primária do farmacêutico perante a sociedade e a própria profissão. Gradualmente, a sociedade e a equipe de saúde passaram a ver o farmacêutico como um mero vendedor de medicamentos (36), tornando-o pouco reconhecido como profissional da saúde (22).

No processo de medicalização da sociedade (14), o negócio farmacêutico tornou-se um mercado disputado, principalmente com o surgimento das indústrias farmacêuticas no século XX. O surgimento deste novo campo de atuação farmacêutica desencadeou uma crise identitária no profissional que antes produzia medicamentos no seu próprio local de dispensação. Com a perda deste espaço e a existência de uma legislação brasileira que até 1973 permitia o funcionamento de farmácias sem a necessidade de farmacêutico diplomado, o profissional tendeu a migrar para outras áreas de atuação laboratoriais (3).

Além disso, parte dessa transformação também passa pelo fato de as farmácias contemporâneas estarem inseridas em um acirrado contexto varejista de revenda de medicamentos. Bastos e Caetano (5), ao analisarem as percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho em farmácias comunitárias, observaram a falta de autonomia no cuidado com os usuários do estabelecimento. Muitas vezes, o grande volume de obrigações administrativas ou mesmo a própria formação profissional – demasiado técnica e pouco reflexiva sobre sua identidade profissional e seu papel social – o afasta do contato com os usuários e os desmotiva profissionalmente (5).

Esse modelo de formação tecnicista tem mobilizado entidades como a Organização Mundial da Saúde (49) e a Federação Internacional de Farmacêuticos (50) a reverem o currículo e as habilidades do profissional no sistema de saúde na direção de uma prática farmacêutica mais educativa:

“Pharmacists should move from behind the counter and start serving the public by providing care instead of pills only. There is no future in the mere act of dispensing. That activity can and will be taken over by the internet, machines, and/or hardly trained technicians. The fact that pharmacists have an academic training and act as health care professional puts a burden upon them to better serve the community than they currently do” (Cit. Van Mil et al., 2004, Apud 50).

As críticas à formação tecnicista do farmacêutico têm resultado em mudança gradual a partir de 2002, no Brasil, com a instituição das novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação, que passam a considerar a necessidade de uma visão generalista a qual pressupõe um “egresso/profissional farmacêutico, com formação generalista, huma-

nista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual” (11). A partir dessas novas diretrizes, a exigência é que os cursos ensinem este profissional a avaliar humanística e criticamente a sociedade em suas dimensões biológicas, sociais e culturais. O artigo 5º da resolução CNE/CES 2002 (11) informa que o farmacêutico deve reconhecer a saúde como um direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Segundo uma das discussões propostas por Pereira e Freitas (36), para que o profissional farmacêutico retome seu lugar enquanto profissional da saúde e o seu reconhecimento perante a sociedade, é necessário que se avalie a capacitação e o perfil do profissional farmacêutico para exercer a atenção farmacêutica e, se necessário, prepará-lo e treiná-lo nos cursos de graduação. Entretanto, apesar dos esforços dos organismos internacionais, este profissional se encontra em um ambiente de trabalho cotidiano onde se sente desvalorizado, devido à alta carga horária de trabalho (geralmente 40 horas semanais) e baixos salários (5), sem receber às vezes treinamento adequado e acumulando atividades administrativas em detrimento das atividades de orientação e educação dos consumidores quanto aos cuidados necessários para o uso de medicamentos em prol da melhoria de sua saúde.

Considerações finais

Os resultados da pesquisa referentes às opiniões dos farmacêuticos sobre a contracepção de emergência nos proporcionaram dois caminhos de reflexão. Em primeiro lugar, a representação do “perigo” que este contraceptivo poderia provocar às mulheres, se usado regularmente, pois muitos o consideram uma “bomba hormonal”. Os entrevistados avaliam ser a contracepção de emergência um medicamento muito utilizado. Ao mesmo tempo em que chamam a atenção para os perigos do consumo indiscriminado do método, enfatizam a ausência desta temática na sua formação profissional e na mídia. As dúvidas e incertezas diante dos mecanismos de ação da contracepção de emergência e o fato de 21,9% res-

ponderem que o contraceptivo é abortivo sugere que tais profissionais não tiveram acesso a uma informação qualificada sobre o medicamento. Na ausência de discussão mais detida sobre os usos e efeitos do método nos corpos femininos, as noções de controle e medicalização da sexualidade feminina, articuladas à forte hierarquia de gênero, continuam sendo atualizadas nestas práticas cotidianas.

A discussão dos dilemas envolvidos na prática profissional dos farmacêuticos, que ocupa posição ambígua entre o profissional de saúde, com habilidades teóricas e técnicas educativas e gerenciais, e a simples venda de medicamentos no comércio varejista baliza seu atendimento ao público. O pouco espaço na formação profissional às questões da assistência farmacêutica nos permite compreender os altos percentuais encontrados de farmacêuticos que não souberam responder sobre a oferta gratuita da contracepção de emergência em serviços públicos de saúde do país, quanto dos que afirmaram haver uma ausência da discussão do tema na formação profissional.

É importante problematizar as dúvidas e certa desinformação apresentadas pelos farmacêuticos, pois esse contraceptivo é um medicamento estratégico para a plena vivência da sexualidade de homens e mulheres, garantida na concepção dos direitos sexuais e reprodutivos, os quais implicam que as pessoas possam ter uma vida sexual ativa, segura e que decidam quando e com que frequência desejam ter filhos. A vivência desses direitos é entendida como potencializadora da vida e das relações interpessoais. O exercício destes direitos pressupõe que cidadãos sejam devidamente informados e tenham acesso a métodos seguros e eficazes para o exercício sexual e o planejamento reprodutivo (15,45). Os farmacêuticos e balconistas, por estarem muito próximos aos cidadãos, no atendimento ao público em balcões de farmácias, têm um papel social importante na efetividade desses direitos, em especial, no acesso aos insumos necessários ao planejamento reprodutivo e à prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. As farmácias, disponíveis muitas vezes 24 horas por dia, podem ser espaços importantes para se prestar serviços essenciais para a saúde da população.

Dessa forma, consideramos que há necessidade de sensibilização dos profissionais de farmácia, não apenas no aspecto técnico, mas tam-

bém no sentido ético, uma vez que lidam com um produto que ainda requer dispensação sob prescrição médica no Brasil (ainda que tal norma não seja respeitada) e que está diretamente relacionado com os valores morais que permeiam os direitos sexuais e reprodutivos das usuárias.

O Estado brasileiro precisa avaliar a dispensação da contracepção de emergência no país, tanto no âmbito do Sistema Único de Saúde quanto do comércio farmacêutico varejista, incluindo neste diálogo os profissionais que atuam em farmácia, farmacêuticos e balconistas. Talvez essa iniciativa possa representar uma estratégia favorável para introduzir treinamento e atualização para estes profissionais, dissipando suas dúvidas e desfazendo equívocos relacionados ao medicamento. Esta também pode ser uma ocasião para discutir, além das dimensões farmacológicas do método, aspectos relativos à educação em saúde, às premissas éticas relacionadas à sua dispensa e utilização no planejamento reprodutivo. Esta ação pode colaborar para valorizar os farmacêuticos e a farmácia enquanto um espaço de cuidado em saúde, além de ofertar atendimento humanizado voltado às mulheres e jovens que buscam as farmácias para adquirir a contracepção de emergência.

Referências

1. ALANO, G. M. et al. Conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.9, p.2397-2404, 2012.
2. ANGEL, M.F.; WYNN, L.L. *Emergency Contraception: the story of a global reproductive health technology*. New York: Palgrave MacMillan, 2012.
3. ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl.3, p.3603-3614, 2010.
4. ARAÚJO, M.S.P.; COSTA, L.O.B.F. Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p.551-562, 2009.

5. BASTOS, C R. .; CAETANO, R. As percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias em uma região do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.3541-3550, 2010.
6. BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 1976.
7. BORGES, A.L.V. et al. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, v.26, n.4, p. 816-826, 2010.
8. BOZON, M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2002.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. 2.ed. Brasília, DF, 2011.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: relatório final*. Brasília, DF: CEBRAP, 2008.
11. BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES. *Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Farmácia*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, DF, 2001.
13. CARRILLO-GARCÍA, C. et al. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.21, n.6, p.1314-20, 2013.
14. CONRAD, P. *The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University, 2007.
15. COOK, R. J.; DICKENS, B. M.; FATHALLA, M. F. *Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito*. Rio de Janeiro: Cepia, 2004.
16. COSTA, A.M.; GUILHEM, D.; SILVER, L.D. Planejamento familiar: autonomia das mulheres sob questão. *Revista de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 6, n.1, p. 75-84, 2006.
17. COSTA, N. F. P. et al. Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 30, n.2, p. 55-60, 2008.

18. DOUGLAS, M. *Pureza e perigo: ensaio sobre as noções de poluição e tabu*. Lisboa: Ed. 70, 1966.
19. DREZETT, J. Contracepção de emergência: normativas, usos, mitos e estigmas. In: ARILHA, M.; LAPAK, T. S.; PISANESCHI, T.C. (Org). *Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010. p.63-89.
20. FAINZANG, S. The other side of medicalization: self-medicalization and self-medication. *Culture, Medicine and Psychiatry*, Nova Iorque, v.37, p.488-504, 2013.
21. FAINZANG, S. *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris: Presses Universitaires de France, 2012.
22. FARINA, S.S.; ROMANO-LIEBER, N.S. Atenção farmacêutica em farmácias e drogarias: existe um processo de mudança? *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n.1, p.7-18, 2009.
23. FARO, L. et al. Homem com "H". Ideais de masculinidade (re)construídos no marketing farmacêutico. *Cadernos Pagu*, Campinas, v.40, p.287-321, 2013.
24. FIGUEIREDO, R.; PAULA, B.H.S. Distribuição da contracepção de emergência nos municípios do estado de São Paulo: avaliação de dispensa em serviços e fluxos estabelecidos. *Revista Reprodução e Climatério*, São Paulo, v.27, n.2, p.65-73, 2012.
25. FOUCAULT, M. O Cuidado de si. In: FOUCAULT, M. *História da Sexualidade*, 3. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p.105-45.
26. GAGNON, J. *Uma interpretação dos desejos*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
27. MACHADO, M. H. et al (Org.) *Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 136p.
28. MARTIN, E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
29. NICOLINE, C. B.; VIEIRA, R. C. P. A. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. *Interface - Saúde, Educação, Comunicação*, Botucatu, v. 15, n.39, p.1127-1141, 2011.

30. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Proposta: Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica*. Atenção farmacêutica no Brasil: “trilhando caminhos”, Brasília, DF, 2002. 24p.
31. OSIS, M. J. D. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, v.22, n.11, p.2481-2490, 2006.
32. OUDSHOORN, N. *Beyond the natural body: an archeology of sex hormones*. New York: Routledge, 2005.
33. PAIVA, S.; BRANDÃO, E. R. Contraceção de emergência no contexto das farmácias: revisão crítica de literatura. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n.22, p.17-34, 2012.
34. PAIVA, S. P. *Silêncio, não dito e vergonha no balcão da drogaria: estudo etnográfico sobre a comercialização da contraceção de emergência no Rio de Janeiro/RJ*. 2014. Tese (Doutorado – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014.
35. PECHENY, M.; TAMBURRINO, M. C. ¿“La palabra lo dice”? Interpretaciones cruzadas y obstáculos al acceso a la anticoncepción de emergencia. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, Rio de Janeiro, n.1, p.158-176, 2009.
36. PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v.44, n.4, p.601-612, 2008.
37. PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2012. p.154-211.
38. RANG, H.P. et al. *Farmacologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
39. RICHMAN, A.R. et al. The role of pharmacists and emergency contraception: are pharmacists’ perceptions of emergency contraception predictive of their dispensing practices? *Contraception*, New York, v.86, p.370-375, 2012.
40. SOUZA, R.A.; BRANDÃO, E.R. À sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de emergência na mídia impressa brasileira (2005-2009). *Interface - Saúde, Educação, Comunicação*, Botucatu, v.16, n.40, p.161-175, 2012.

41. SOUZA, R. A.; BRANDÃO, R. E. Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços de saúde. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1067-1086, 2009.
42. SPINELLI, M.B.A.S. et al. Características da oferta da contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, nordeste do Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.23, n.1, p. 227-237, 2014.
43. VAN DER GEEST, S.; WHYTE, R. S. The charm of medicines: metaphors and metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, Arlington, v.3, n.4, p.345-367, 1989.
44. VAN RIPER, K. K.; HELLERSTEDT, W. L. Emergency Contraceptive Pills: Dispensing Practices, Knowledge and Attitudes of South Dakota. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Washington, D.C., v.37, n.1, p.19-24, 2005.
45. VENTURA, M. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 2009.
46. WATIER, P. *Une introduction à la sociologie comprehensive*. Paris: Circé, 2002.
47. WEEKS J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G.L. (Org.) *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p.35-82.
48. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Fact Sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs)*. Genebra, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.06_eng.pdf>.
49. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The role of the pharmacist in the health care system. Preparing the future pharmacist: curricular development*. Vancouver: 1997. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2214e/s2214e.pdf>>. Acesso em: 15 abr 2016.
50. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION (IPF). *Developing pharmacy practice: a focus on patient care*. Genebra: IPF, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.5.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

9



Barreiras para Utilização da Contracepção de Emergência quando Indicada

Osmara Alves dos Santos, Ana Luiza Vilela Borges,
Christiane Borges do Nascimento Chofakian

Resumo

São várias as razões pelas quais as mulheres não utilizam a contracepção de emergência quando indicada. Dentre elas, destacam-se as barreiras relacionadas à não disponibilidade do método em muitos países e a falta de normas e leis que incluam a contracepção de emergência como opção contraceptiva para evitar gravidez não planejada. Soma-se a isso a disparidade de distribuição e acesso dentro de um mesmo país. Destacam-se, também, as barreiras relacionadas ao custo da contracepção de emergência, que pode ser significativo para as mulheres de grupos sociais mais desfavorecidos

e, principalmente, para adolescentes. O conhecimento insuficiente ou inadequado dos profissionais de saúde e das mulheres/casais sobre o método contribui para manter os mitos e tabus e constitui-se importante barreira para a sua utilização. É forte também a influência da subestimação do risco de engravidar na utilização do método, sendo essa a principal razão para o não uso quando indicado, conforme estudos recentes.

A gravidez não planejada representa importante problema de saúde sexual e reprodutiva. Pode ocorrer como consequência do uso incorreto e descontínuo de métodos contraceptivos (8-9), da pouca variedade de métodos disponíveis e do acesso limitado à contracepção (46), dentre outras razões. O medo ou a vivência de efeitos colaterais dos métodos, a oposição ao uso por razões culturais e religiosas, o acesso a serviços de saúde de baixa qualidade, as barreiras de gênero e as ambivalências quanto à intenção reprodutiva também são elementos que contribuem para a ocorrência de gestações não planejadas (9-46). A contracepção de emergência pode exercer importante papel na prevenção de uma gravidez, por se tratar de único método anticonceptivo utilizado após a relação sexual. É indicada nos casos em que um método anticonceptivo regular não foi utilizado ou houve falha conhecida ou presumida do método regular em uso, e nos casos de agressão sexual (45).

Mesmo com todos os avanços na distribuição e na aceitação da contracepção de emergência à base de pílulas anticoncepcionais orais com dosagens específicas de levonorgestrel – único produto comercializado no Brasil – esse método ainda é subutilizado, principalmente em países de baixa e média renda, indicando que há barreiras ao seu acesso e utilização (11). Que barreiras são essas e de que forma elas interferem na utilização da contracepção de emergência? Nesse capítulo, são discutidas as barreiras para utilização da forma de contracepção de emergência oral e as razões pelas quais as mulheres não utilizam esse método em situações de indicação do uso¹.

1 Este capítulo foi baseado na dissertação intitulada “Razões do não uso da anticoncepção de emergência quando indicada”³⁸.

Os estudos publicados até o momento mostram que as barreiras e as razões para o não uso da contracepção de emergência quando indicada são diversas e podem ser divididas em duas vertentes: 1 - não uso da contracepção de emergência devido às barreiras em relação à disponibilidade, ao acesso, ao custo, à falta de informação ou ao conhecimento limitado sobre o fármaco e às atitudes negativas dos profissionais de saúde; 2 - não uso da contracepção de emergência por falta da percepção do risco de engravidar.

Barreiras de disponibilidade e acesso

A indisponibilidade da contracepção de emergência na forma de pílulas orais de levonorgestrel em alguns países e, até mesmo as diferenças regionais dentro de um mesmo país, têm sido apontadas como barreiras para o não uso do método. Até janeiro de 2016, pelo menos um tipo de preparação de contracepção de emergência hormonal estava disponível em 148 países. Em 60 países, vem sendo permitida a aquisição do método diretamente em farmácias com um farmacêutico, técnico de farmácia ou funcionário, sem necessidade de prescrição médica (*behind-the-counter*); em 20 países, ela está disponível para ser adquirida diretamente em lojas de varejo (incluindo lojas de conveniência, supermercados e farmácias), sem a necessidade de consultar um profissional de saúde, farmacêutico, técnico de farmácia ou balconista (*over-the-counter*) (20).

Nos países onde o método não está licenciado (como Honduras, Costa Rica e Afeganistão), as mulheres provavelmente não estão cientes que podem usar a contracepção de emergência oral como recurso para prevenir uma gravidez ou até mesmo que podem usar as pílulas hormonais de rotina como contracepção de emergência (método Yuzpe) (15,20). Ainda, caso usem essa última, essas mulheres estão em desvantagem, uma vez que essa forma de contracepção de emergência é menos eficaz (11).

O limitado acesso à contracepção de emergência constitui barreira importante para sua utilização. Em levantamento realizado nos países europeus que autorizam a comercialização sem prescrição médica e onde a contracepção de emergência pode ser adquirida diretamente nas

prateleiras das farmácias (*behind the counter/over the counter*), o uso é expressivamente maior (15). Como exemplo, a taxa de uso da contracepção de emergência por cada 100 mulheres de 15 a 49 anos variou de 2,5 na Itália, Alemanha e Hungria (onde a venda é somente com prescrição médica) para 11 na França e Suíça e 13 na Noruega (onde não há exigência de receita médica para a sua aquisição) (15). Na China, onde o acesso é facilitado, um estudo com 5.677 mulheres de 15-48 anos mostrou que apenas 0,5% das mulheres citaram o acesso limitado da contracepção de emergência como motivo para não utilizá-la (24). Em contrapartida, na Etiópia, a indisponibilidade da contracepção de emergência, a inconsistência na prestação de serviços, bem como a distância da instituição de saúde constituíram motivos marcantes para o seu não uso (43). Por sua vez, nos Estados Unidos, 14% das entrevistadas relataram não ter usado a contracepção de emergência em pelo menos uma ocasião na qual pensaram que poderia ter necessidade de uso, justamente por conta das dificuldades e da inconveniência na obtenção do método (35).

Outra barreira importante é a existência de disparidade entre áreas urbanas e rurais no acesso à contracepção de emergência, porque, em localidades rurais, o número de farmácias tende a ser menor e estes pontos comerciais estão situados distantes das casas (5). Mais um aspecto limitante é que muitas unidades de saúde fecham à noite e aos finais de semana, quando a necessidade do uso da contracepção de emergência é maior. No Brasil, por exemplo, as unidades básicas de saúde funcionam das 8 às 17 horas (algumas das 7 às 19 horas) e são fechadas no fim de semana. No entanto, é grande o número de farmácias comerciais espalhadas pelas cidades que têm horário de atendimento ampliado, muitas vezes durante 24 horas. Mesmo havendo a exigência formal de receita médica para ser comercializada, na prática, a contracepção de emergência pode ser adquirida facilmente nessas farmácias sem receita médica e com preços relativamente baixos (20). Por estas razões, a contracepção de emergência é adquirida, na maioria das vezes, em farmácias comerciais e não em serviços de saúde. No entanto, não se pode negar que o preço pode ser uma barreira para se ter acesso a contracepção de emergência nesses estabelecimentos (39).

Barreiras relacionadas ao custo da contracepção de emergência

O custo/preço da contracepção de emergência pode ser uma barreira importante para seu uso. Pesquisas realizadas nos Estados Unidos mostraram que a frequência de todos os entraves relacionados ao uso da contracepção de emergência diminuiu, porém o custo foi a barreira mais frequentemente referida (2, 29), da mesma forma que na Turquia (3).

No Brasil, o custo parece não ser a principal razão do não uso da contracepção de emergência quando indicada. De fato, no estudo de Santos, Borges e Chofakian (39) realizado com mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do município de São Paulo, poucas mulheres referiram não utilizá-la devido à falta de recursos financeiros. No entanto, vale ressaltar que, mesmo sendo usuárias do Sistema Único de Saúde, a maioria das mulheres entrevistadas adquiriu o método em farmácias comerciais. Ressalta-se que, em todas as unidades básicas de saúde onde o estudo foi realizado, a contracepção de emergência estava disponível, embora aparentemente as mulheres não soubessem disto. É possível que a necessidade de passar por consulta médica ou de enfermagem tenha se configurado em uma barreira para aquisição do método nesses serviços. Destaca-se o *Protocolo de Utilização do Levonorgestrel*, que não exige receita médica para aquisição da contracepção de emergência nas unidades básicas de saúde, permitindo aos enfermeiros prescreverem e disponibilizarem o método, o que certamente pode facilitar a sua aquisição nesses serviços e beneficiar as usuárias (6).

A oferta antecipada da contracepção de emergência (fornecimento de uma ou mais cartelas, juntamente com informações de uso correto, para que a mulher tenha em mãos e use quando sentir necessidade) realizada em alguns países europeus, ou até mesmo sua aquisição diretamente nas farmácias das unidades básicas de saúde sem a necessidade de passar por consulta médica ou de enfermagem, facilitaria a aquisição e, certamente, aumentaria sua utilização quando indicada (25, 37). De toda forma, é necessário que haja maior divulgação da contracepção de emergência, suas indicações de uso e mecanismos de ação, durante as ações de atenção à saúde reprodutiva e sexual em geral.

Barreiras relacionadas a atitudes de profissionais de saúde

Os profissionais de saúde têm papel fundamental na prescrição e dispensação da contracepção de emergência, ou seja, suas atitudes podem dificultar ou facilitar o uso do método. A falta de informações suficientes e precisas sobre a contracepção de emergência acaba provocando temores sem fundamentos, tais como, de que o método seja abortivo, que cause defeitos congênitos, ou que desencoraje o uso de métodos contraceptivos regulares (5, 12, 18).

Em estudo feito na Etiópia com 660 estudantes universitárias do sexo feminino para avaliar os fatores preditores do não uso da contracepção de emergência, os motivos para o não uso do método incluíram a atitude negativa dos profissionais de saúde em relação ao método. Assim, a falta de conhecimento dos profissionais de saúde indica a necessidade de melhorias na formação profissional relacionadas à contracepção (5, 12, 18, 43).

Além disso, os profissionais de saúde mostram-se mais relutantes com a prescrição da contracepção de emergência para mulheres adolescentes. Em estudo realizado nos Estados Unidos com o objetivo de identificar as razões pelas quais médicos não prescrevem este método para adolescentes, 39% dos entrevistados reportaram preocupação por conta da falta de acompanhamento dessas adolescentes após a prescrição e da possibilidade de que o uso do método pudesse interferir nas práticas contraceptivas regulares. O estudo ainda mostrou que 43% dos médicos entrevistados não souberam responder corretamente à metade das perguntas sobre contracepção de emergência e que aqueles que não prescreviam o contraceptivo eram exatamente os que tinham mais baixo nível de conhecimento (18).

Os homens também enfrentam dificuldades para obtenção da contracepção de emergência, pois os farmacêuticos ou outros profissionais podem acreditar que o acesso ao método por esse grupo diminuiria o uso regular de preservativos. Levando em consideração que a eficácia da contracepção de emergência depende do intervalo de tempo entre a relação sexual e o uso, permitir que os homens possam acessar o método quando

uma mulher, por qualquer motivo, seja incapaz de obtê-lo dentro do tempo recomendado, é fundamental para garantir o acesso e, conseqüentemente, facilitar o seu uso (29).

Ao contrário do que tem sido propagado na mídia nacional e defendido por grupos contrários ao uso da contracepção de emergência, como certos segmentos religiosos e, até mesmo, profissionais de saúde, este método não é usado de forma abusiva (42). Facilitar o seu acesso tampouco interfere no uso de contraceptivos de uso regular, nem provoca mudanças no comportamento sexual. Uma revisão sistemática de estudos publicados entre 1980 e 2012 mostrou que não há evidências de que disponibilizar a contracepção de emergência de forma antecipada aumente a probabilidade de ocorrência de relação sexual desprotegida ou de infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST), ou de que o método seja utilizado de forma frequente ou provoque mudanças no uso dos contraceptivos regulares (37). O mesmo resultado foi verificado em outra revisão sistemática de estudos com jovens até 24 anos de idade (25). Isso significa que a preocupação dos profissionais de saúde são infundadas, mesmo quando a usuária da contracepção de emergência é adolescente. Esforços devem ser empregados, pois, para melhorar a formação dos profissionais de saúde sobre o método, de forma que tenham maior confiança para prescrever ou dispensar a contracepção de emergência, independentemente do público (44).

Barreiras por conhecimento insuficiente ou inadequado sobre contracepção de emergência

O conhecimento sobre contracepção de emergência pode influenciar o seu uso. Não conhecer o método, ou conhecê-lo muito superficialmente, constitui-se importante barreira para sua utilização. Porém, o simples fato de não conhecer amplamente o método, não significa necessariamente que a mulher/casal não o utilizará, mas sim que as concepções errôneas sobre a contracepção de emergência e os tabus gerados em torno do método, somado ao desconhecimento sobre onde obtê-lo, constituem-se verdadeiras barreiras para a sua utilização (10, 34, 39, 43).

Na Nigéria, em estudo realizado com estudantes universitárias, a maioria não sabia até quantas horas após a relação sexual a contracepção de emergência poderia ser usada (19). Em estudo indiano, a principal razão para o não uso foi porque a maioria das mulheres desconhecia tanto o tempo recomendado para usá-lo quanto a não exigência de receita médica para sua aquisição (34). Além disso, mulheres justificaram não ter usado a contracepção de emergência pela preocupação com os efeitos colaterais, pelo medo de que ele provocasse aborto e pela falta de confiança em sua eficácia (35,39). Todos esses argumentos denotam conhecimento insuficiente sobre a contracepção de emergência ou concepções equivocadas sobre os seus mecanismos de ação.

As preocupações a respeito do mecanismo de ação da contracepção de emergência constituem, sem dúvida, outra barreira para seu uso. A apreensão que o método seja abortivo não têm fundamento científico, pois já está amplamente reconhecido que o principal mecanismo de ação da contracepção de emergência à base de levonorgestrel – a mais comum e utilizada nos diversos países – é evitar ou adiar a ovulação, não tendo qualquer efeito sobre a implantação (7, 23, 31, 45). Além disso, caso uma gravidez ocorra após o uso da contracepção de emergência, malformações congênitas, complicações na gestação ou qualquer outro resultado adverso da gravidez não são prováveis (22, 47).

Os efeitos colaterais são, em sua maioria, leves, sendo os mais comuns a náusea e, mais raramente, vômitos, além de sintomas relacionados ao ciclo menstrual, como a antecipação do ciclo, aumento do fluxo e das cólicas menstruais (4, 13, 34, 36, 39, 45). A ampliação do conhecimento sobre o mecanismo de ação da contracepção de emergência e a desmistificação do método poderia aumentar a aceitabilidade e, conseqüentemente, o seu uso.

Barreiras pessoais (subestimação do risco de engravidar)

A discussão sobre a não utilização da contracepção de emergência quando indicada não é recente. Na década de 1990, mesmo que de forma muito tímida, alguns estudos mostraram que mulheres não usaram o método mesmo quando tinham vivenciado situações em que

seu uso estava indicado (14,32). Mais recentemente, pesquisadores da área de saúde sexual e reprodutiva começaram a identificar as razões pelas quais isso ocorre. Tais estudos investigaram mulheres que, supostamente, poderiam ter se beneficiado do uso da contracepção de emergência para evitar uma gravidez, como, por exemplo, mulheres que provocaram aborto, que não queriam engravidar no momento da relação sexual desprotegida, ou que identificaram a falha no método contraceptivo de uso regular.

Alguns desses estudos foram conduzidos na Dinamarca e na França, onde a contracepção de emergência é distribuída de forma antecipada, e revelaram a falta de percepção (ou consciência – tradução literal de *awareness* para o português) do risco de engravidar como a barreira mais importante para o uso da contracepção de emergência (27, 41), tal e qual observado também em países com diferentes regimes de disponibilização do método, como a China (24), o Brasil (39) e os Estados Unidos (28, 35).

Nelson (28) realizou um estudo nos Estados Unidos e observou que, dentre as mulheres que tiveram pelo menos uma relação sexual desprotegida nas duas semanas que antecederam a avaliação, apenas 39% relataram o uso da contracepção de emergência. Entre as que não usaram o método, o principal motivo foi a percepção de não estar em risco de engravidar, por terem usado o coito interrompido ou porque acreditavam não estar no período fértil. Moreau *et al.* (27) realizaram um estudo na França para verificar os obstáculos à utilização da contracepção de emergência em população de mulheres atendidas em quatro clínicas de aborto. Seus resultados mostraram que 32,2% não sabiam que estavam em risco de engravidar no momento que tiveram a relação sexual que culminou na gravidez. Na China, também investigando mulheres após aborto induzido, Meng *et al.* (24) observaram que 72,7% que já tinham usado a contracepção de emergência anteriormente não a usaram para prevenir a gravidez que foi finalizada em aborto. Novamente, a principal razão para o não uso foi a falta de percepção do risco de engravidar. No estudo brasileiro, realizado com mulheres que não planejaram a gravidez, as razões pelas quais o método não foi utilizado estavam ligadas à crença de que não iriam engravidar (47,6%). Isso demonstra a subestimação do risco de engravidar,

pois, apesar de muitas mulheres terem relatado descontinuidades no uso de método contraceptivo regular, não utilizaram a contracepção de emergência para prevenir a gravidez pelo fato de não se sentirem em risco de engravidar (39).

Moreau *et al.* (27) concluíram que, tanto o conhecimento sobre contracepção de emergência, quanto a percepção do risco de engravidar são condições essenciais para a sua utilização. É de extrema importância que os profissionais de saúde discutam com as mulheres se elas sabem identificar as situações nas quais podem estar em risco de engravidar, incluindo, nessas conversas, a importância do uso da contracepção de emergência no caso de falhas nos métodos contraceptivos de uso regular, principalmente o preservativo e a pílula anticoncepcional, que são métodos de curta duração e sujeitos a muitas falhas (27, 41).

Barreiras enfrentadas pelas adolescentes

As adolescentes apresentam motivos semelhantes às mulheres adultas para a não utilização da contracepção de emergência quando indicada (17). No entanto, as barreiras podem ser ainda maiores para este público acessar o método, como, por exemplo, seu alto custo, as preocupações sobre a confidencialidade e privacidade durante o atendimento em saúde e o receio de constrangimentos no momento da obtenção do método. Além disso, as adolescentes podem se sentir mais desconfortáveis e intimidadas em solicitar a contracepção de emergência a um adulto ou farmacêutico, pelo medo de serem julgadas (21, 26, 43).

Ademais, os profissionais de saúde são mais relutantes em prescrever a contracepção de emergência para esse grupo específico. Ainda, a existência de protocolos e diretrizes clínicas que não incluem adolescentes; que estipulam dispensa somente mediante receita médica; ou, ainda, exigem a anuência dos pais ou responsável para a dispensação, dificultam o acesso ao método pelo público adolescente. Nos Estados Unidos, desde 2009, a contracepção de emergência pode ser adquirida diretamente em farmácias sem prescrição médica, no entanto, isso não se aplica aos adolescentes com menos de 17 anos

de idade, que devem apresentar receita médica para a sua aquisição (20). No Brasil, a situação parece ser ainda mais preocupante. Em um levantamento realizado sobre a distribuição e oferta da contracepção de emergência no Estado de São Paulo, observou-se que muitos serviços de saúde não a dispensam para menores de 18 anos (16), embora o Ministério da Saúde enfatize que não há contraindicação de uso do método por adolescentes (7).

Barreiras adicionais

Algumas razões para a não utilização da contracepção de emergência quando indicada aparecem com menor frequência na literatura, mas merecem ser levadas em consideração. Algumas mulheres podem não se lembrar que a contracepção de emergência existe como opção para prevenir a gravidez, em caso de necessidade de uso, o que pode indicar que as mulheres não têm ouvido falar com frequência, ou não têm recebido aconselhamento sobre o método. De fato, apenas 24% das mulheres que passaram em consultas com ginecologistas na França referiram ter recebido informações sobre contracepção de emergência desses profissionais de saúde (27, 39). Ainda, algumas mulheres não se lembram da possibilidade de usar contracepção de emergência imediatamente após a relação sexual desprotegida ou, após perceberem a falha no uso do método regular, demoram para se decidir a usar a contracepção de emergência; quando optam pelo uso, deixam a ideia de lado por acreditarem que a eficácia será muito baixa (27, 30, 39). Exemplo disso é que, entre mulheres francesas que induziram o aborto, quase um quinto não usou a contracepção de emergência por acreditar que era tarde demais (27).

Outras barreiras para o uso da contracepção de emergência quando indicada relacionam-se à desaprovação do parceiro (1, 39) e à amamentação, pois mulheres que amamentam acreditam que o método é contraindicado nessa fase, o que já se mostrou inverdade (33, 40). Além da amamentação, existem outras fases específicas da vida da mulher que podem afetar a percepção do risco de engravidar, como o climatério (39).

Conclusão

Para diminuir as barreiras que restringem a utilização da contraceção de emergência quando indicada, é preciso que haja pleno acesso ao método, o que significa que sua obtenção deve ser facilitada por meio da eliminação da obrigatoriedade de prescrição médica ou de enfermagem. A oferta antecipada também pode se configurar em estratégia viável. É importante que as mulheres tenham conhecimento sobre as indicações de uso, mecanismos de ação e fontes de obtenção do método, elemento particularmente importante para as usuárias de métodos contraceptivos reversíveis de curto prazo, como a pílula oral, o preservativo e o injetável, métodos em que esquecimentos, descontinuidades e falhas ocorrem com mais frequência. Além disso, é primordial que as mulheres sejam orientadas a reconhecer quando estão em risco de engravidar, para que tenham chance de utilizar a contraceção de emergência a tempo de evitar uma gravidez.

Para que os profissionais de saúde se sintam seguros e indiquem a contraceção de emergência sem tabus nem preconceitos, é necessária capacitação durante a formação acadêmica e educação permanente ao longo de sua trajetória profissional. Durante os grupos de planejamento reprodutivo, de aconselhamento em contraceção e, principalmente, durante as consultas médicas e de enfermagem, a contraceção de emergência deve ser divulgada e indicada para a mulher como método de apoio no processo de regulação da fecundidade, discutindo as possíveis barreiras ao seu uso e os caminhos para superá-las.

Referências

1. ADENIJI, A.O.; TIJANI, A.M.; OWONIKOKO, K.M. Knowledge and determinants of emergency contraception use among students in tertiary institution in Osun State, Nigeria. *Journal of Basic and Clinical Reproductive Sciences*, Nigéria, v.2, n. 1, p.46-53, 2013.
2. AIKEN, A.M.; GOLD, M.A.; PARKER, A.M. Changes in young women's awareness, attitudes, and perceived barriers to using emergency

- contraception. *Journal of Pediatric and Adolescent and Gynecology*, v.18, n.1, p.25-32, 2005.
3. AKSU, H. et al. Knowledge, practices, and barriers concerning the use of emergency contraception among women of reproductive age at a university hospital of Aydin, Turkey. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, Berlin, v.282, n.3, p.285-92, 2010.
 4. ALANO, G. M. et al. Conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.9, p.2397-404, 2012.
 5. BENNETT, W. et al. Pharmacists' knowledge and the difficulty of obtaining emergency contraception. *Contraception*, Philadelphia, v.68, n.4, p.261-7, 2003.
 6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas de Estratégicas. *Protocolo para utilização do levonorgestrel*. Brasília, DF, 2012.
 7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 2011.
 8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *PNDS 2006 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório*. Brasília, DF, 2008.
 9. BRASIL. Ministério da Saúde. *Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil*. Brasília, DF, 2008.
 10. CALABRETTO, H. Emergency contraception: knowledge and attitudes in a group of Australian university students. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, Malden, v. 33, n.3, p.234-239, 2009.
 11. CHENG, L.; CHE, Y.; GÜLMEZOGLU, A. M. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012 Aug 15;(8):CD001324. doi: 10.1002/14651858.CD001324.pub4.
 12. CHUNG-PARK, M. Emergency contraception knowledge, attitudes, practices, and barriers among providers at a military treatment facility. *Military Medicine*, Bethesda, v.173, n.3, p.305-12, 2008.

13. COSTA, N. F. P. et al. Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p.55-60, 2008.
14. DUNCAN, G. et al. Termination of pregnancy: lessons for prevention. *British Journal of Family Planning*, v.15, p.112-117, 1990.
15. ESHRE CAPRIWORKSHOP GROUP. Emergency contraception. Widely available and effective but disappointing as a public health intervention: a review. *Human Reproduction*, Oxford, v.30, n.4, p.751-760, 2015.
16. FIGUEIREDO, R.; BASTOS, S.; TELLES, J. L. Perfil da distribuição da contraceção de emergência para adolescentes em municípios do estado de São Paulo. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v.22, n.1, p.1-15, 2012.
17. FITZPATRICK, E.; WALTON-MOSS, B. Barriers to Emergency Contraception for Adolescents. *The Journal for Nurse Practitioners*, Austin, v.7, n.4, p.282-286, 2011.
18. GOYAL, M.; ZHAO, H.; MOLLEN, C. Exploring emergency contraception knowledge, prescription practices, and barriers to prescription for adolescents in the emergency department. *Pediatrics*, Illinois, v.123, n.3, p.765-70, 2009.
19. IKEME, A. C. C.; HU, E.; UZODIMMA, A. C. Knowledge, attitude and use of emergency contraception among female undergraduates in Eastern Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Philadelphia, v.25, n.5, p.491-3, 2005.
20. INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION (ICEC). New York, 2015. *Status & Availability Database*. Disponível em: <<http://www.cecinfo.org/country-by-country-information/status-availability-database/>>.
21. JOHNSON, R. et al. There's always Plan B: adolescent knowledge, attitudes and intention to use emergency contraception. *Contraception*, n.81, n.2, p.128-132, 2010.
22. LALITKUMAR, P. G.; BERGER, C.; GEMZELL-DANIELSSON, K. Emergency contraception. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, Philadelphia, v.27, p.91-101, 2013.
23. MARIONS, L. et al. Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. *Contraception*, Philadelphia, v.69, p.373-7, 2004.

24. MENG, C.X. et al. Emergency contraceptive use among 5677 women seeking abortion in Shanghai, China. *Human Reproduction*, Oxford, v.24, n.7, p.1612-8, 2009.
25. MEYER, J. L.; GOLD, M. A.; HAGGERTY, C. L. Advance Provision of Emergency Contraception among Adolescent and Young Adult Women: a systematic review of literature. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, Philadelphia, v.24, p.2-9, 2011.
26. MOLLEN C.J. et al. Assessing Attitudes About Emergency Contraception Among Urban, Minority Adolescent Girls: An In-depth Interview Study. *Pediatrics*, Illinois, v.122, n.2, p.e395-e401, 2008.
27. MOREAU, C. et al. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception*, v.71, p.202-7, 2005.
28. NELSON, A. L. Recent use of condoms and emergency contraception by women who selected condoms as their contraceptive method. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Philadelphia, v.194, n.6, p.1710-5, 2006.
29. NGUYEN, B. T.; ZAILER, N. Pharmacy provision of emergency contraception to men: A survey of pharmacist attitudes in Rhode Island. *Journal of the American Pharmacists Association*, Philadelphia, v.50, p.17-23, 2010.
30. NGUYEN, B. T.; ZALLER, N. Male access to over-the-counter emergency contraception: a survey of acceptability and barriers in Providence, Rhode Island. *Women's Health Issues*, v.19, n.6, p.365-72, 2009.
31. NOÉ, G. et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception*, v.84, p. 486-92, 2011.
32. PEARSON, V. A. H. et al. Pregnant teenagers' knowledge and use of emergency contraception. *British Medical Journal*, v.310, p.1644, 1995.
33. POLAKOW-FARKASH, S et al. Levonorgestrel used for emergency contraception during lactation-A prospective observational cohort study on maternal and infant safety. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, v.26, n.3, p.219-21, 2013. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/14767058.2012.722730#preview>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

34. RAHMAN, H. et al. Knowledge of, attitudes toward, and barriers to the practice of emergency contraception among women in Sikkim, India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Londres, 122:99-103, 2013
35. ROCCA, C. H. et al. Beyond access: acceptability, use and nonuse of emergency contraception among young women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Philadelphia, v.196, n.29, p.1-6, 2007.
36. ROCCA, C.H. et al. Acceptability and use of emergency contraception among married women in Bangalore, India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Londres, v.21, p.64-8, 2013.
37. RODRIGUEZ, M. I. et al. Advance supply of emergency contraception: a systematic review. *Contraception*, v.87, p.590-601, 2013.
38. SANTOS, O. A. *Razões do não uso da anticoncepção de emergência quando indicada*. 2014. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-14082014-102412/pt-br.php>>. Acesso em: 19 abr 2016.
38. SANTOS, O. A.; BORGES, A. L. V.; CHOFAKIAN, C. B. N. Razões para não utilizar a anticoncepção de emergência: subestimação do risco de engravidar. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, Uberaba, v. 3, n.2, p.54-63, 2014.
40. SHAABAN, O. M. et al. Emergency contraceptive pills as a backup for lactational amenorrhea method (LAM) of contraception: a randomized controlled trial. *Contraception*, v.87, n.3, p.363-9, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782412007202#>>. Acesso em: 6 mar. 2015.
41. SORENSEN, M. B.; PEDERSEN, B. L.; NYRNBERG, L. E. Differences between users and non-users of emergency contraception after a recognized unprotected intercourse. *Contraception*, Philadelphia, v.62, p.1-3, 2000.
42. SOUZA, R. A.; BRANDÃO, E. R. À sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de emergência na mídia impressa brasileira (2005-2009). *Interface - Saúde, Educação, Comunicação*, Botucatu, v.16, n.40, p.161-75, 2012.

43. TILAHUN, F. D.; ASSEFA, T.; BELACHEW, T. Predictors of emergency contraceptive use among regular female students at Adama University, Central Ethiopia. *Pan African Medical Journal*, Kampala, v.7, n.16, p.1-14, 2011.
44. WESTLEY, E. et al. A review of global access to emergency contraception. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Londres, v.123, n.1, p.4-6, 2013. Disponível em: <<http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/08/Westley-Kapp-et-al.-Review-of-global-access-to-EC-IJGO-2013.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2015.
45. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Fact sheet n° 244. Emergency contraception*. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>>. Acesso em: 6 mar. 2015.
46. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Family planning*. Media Center, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>>. Acesso em: 6 mar. 2015.
47. ZHANG, L. et al. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, Oxford, v.24, n.7, p. 1605-11, 2009. Disponível em: <<http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/7/1605.full.pdf+html>>. Acesso em: 6 mar. 2015.

10



Divulgação da Contraceção de Emergência na Mídia Impressa Brasileira: necessidade do debate sobre sexualidade na adolescência

Elaine Reis Brandão

Resumo

O objetivo deste capítulo é discutir as representações sociais relacionadas à contraceção de emergência quando ela aparece referida à adolescência na mídia impressa brasileira. Trata-se de uma pesquisa socioantropológica, na qual foram analisadas publicações impressas entre 2005 a 2009, nos jornais Folha de S. Paulo (SP) e O Globo (RJ), utilizando os descritores: “pílula do dia seguinte”, “contraceção de emergência” e “anti-concepção de emergência”. Três tendências foram identificadas no debate público sobre sexualidade, reprodução e contracep-

ção de emergência na adolescência: a perspectiva controlista; a perspectiva da interdição e do não direito ao sexo; a perspectiva do aprendizado da autonomia como sujeitos de direitos. Ao final, discute-se a importância da educação em sexualidade e gênero como estratégia para propiciar o diálogo entre adolescentes, jovens e profissionais adultos que atuam nas políticas públicas de atenção à adolescência e à juventude.

Em pesquisa socioantropológica “Contraceção de emergência (pílula do dia seguinte): o desafio para torná-la um dispositivo institucionalizado na rede pública de serviços de saúde no Brasil”¹, realizada nos anos de 2009-2011, buscou-se analisar o debate social sobre a contraceção de emergência no Brasil. Através dos descritores “pílula do dia seguinte”, “contraceção de emergência” e “anticoncepção de emergência”, foram levantadas notícias publicadas no intervalo dos anos de 2005 a 2009, nos jornais *Folha de S. Paulo* (de São Paulo) e *O Globo* (do Rio de Janeiro). Neste capítulo, discutem-se as representações sociais relacionadas à contraceção de emergência quando ela aparece referida à adolescência na mídia impressa brasileira.

As representações sociais que circulam no imaginário coletivo sobre o tema, extraído do material empírico advindo da imprensa, apontaram um deslizamento de ênfase do método da contraceção de emergência em si para o tema do aborto. Não se discutem as circunstâncias sociais que demandam sua utilização como método anticoncepcional pós-coito em situações de urgência. Não se abordam as dificuldades da gestão da contraceção no par afetivo-sexual em qualquer idade da vida. Na ocasião do levantamento, a Igreja Católica e o Ministério da Saúde foram os principais interlocutores identificados, e o conteúdo das informações veiculadas termina por reificar uma polarização entre a pílula ser um método abortivo – por ser usado após a relação sexual – ou não. Tal abordagem não contribui para o esclarecimento do leitor, pois seu mecanismo de ação não é bem discutido, as questões refe-

1 Pesquisa realizada com o apoio do Programa Jovem Cientista do Nosso Estado (2008), da FAPERJ – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, que contou com a participação de Rozana Aparecida de Souza como aluna de Mestrado em Saúde Coletiva do IESC-UFRJ, sob minha orientação, cuja dissertação defendida em 2010 abordou o tema: “O debate social sobre a anticoncepção de emergência no Brasil (2005-2008)”.

rentes à necessidade de acesso ao método em tempo oportuno (até 120 horas após a relação sexual desprotegida) na rede pública de serviços de saúde não é problematizada e o tema central dos textos jornalísticos termina sendo o aborto e não a contraceção de emergência. Alguns resultados desta investigação foram divulgados em Souza (65) e Souza e Brandão (66).

Naquele momento, também analisamos as dificuldades de disponibilização da contraceção de emergência nas práticas do Sistema Único de Saúde, mediante revisão crítica da literatura e análise de documentos oficiais. A legislação em saúde no Brasil reconhece a contraceção de emergência como uma alternativa contraceptiva para situações emergenciais, advindas da violência sexual, do não uso de proteção nas relações sexuais consensuais ou de falha de outro método anticoncepcional em uso. Documentos oficiais do Ministério da Saúde (18-22, 24, 26), do Conselho Federal de Medicina (33), dentre outros, foram analisados para a construção do marco legal e político-institucional que circunscreve a discussão sobre a contraceção de emergência no país.² Os resultados mostraram paradoxos entre as normas asseguradas e as práticas sociais existentes nos serviços públicos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde: dificuldades de acesso das usuárias ao método; desinformação e resistência dos profissionais de saúde em aceitá-la como uma alternativa contraceptiva institucionalizada e normatizada nos serviços, por considerarem-na abortiva, entre outros (67).

Várias outras pesquisas, no Brasil e no contexto internacional, também assinalam essa tendência, ressaltando uma oferta irregular do método na rede básica de saúde, preconceitos e interferências religiosas nas políticas públicas de distribuição do anticoncepcivo de emergência (2, 10, 35-36, 43-44, 57-58, 64, 69,71). Em geral, as polêmicas que envolvem o método da contraceção de emergência são fundamentalmente de ordem ideológica e política, desconsiderando consensos científicos e argumentos jurídicos disponíveis (8, 32, 37, 72-74).

Há uma ideia recorrente no senso comum de que a divulgação, a distribuição ou a facilidade no acesso ao contraceptivo de emergência le-

2 Posteriormente, o Ministério da Saúde publicou o protocolo que permite a dispensação da contraceção de emergência pelo(a) enfermeiro(a) nos serviços públicos de saúde, em especial nas unidades de atenção básica, no contexto da “Rede Cegonha” (BRASIL, 2012).

varia seus usuários, principalmente adolescentes e jovens, a abandonar (ou ignorar) outros métodos contraceptivos para uso regular, inclusive o preservativo, essencial para a proteção às doenças sexualmente transmissíveis (DST) aids, fato não confirmado pelos estudos realizados (3, 7, 40, 42, 45). O acirrado controle social e a dificuldade de acesso público ao método só assinalam quanto as estratégias discursivas e disciplinares ainda teimam em regular, pela via da moralidade e dos juízos de valor, os corpos e a sexualidade de jovens e adultos.

O debate sobre a fecundidade na adolescência, em especial em situações de pobreza, tem sido recorrente não só na sociedade brasileira, mas também em países latino-americanos, europeus e norte-americanos (9, 31, 47-48, 52). Paradoxalmente, no Brasil, não se discute com a mesma ênfase, no espaço público, a legitimidade das relações afetivo-sexuais nessa fase da vida como percurso de aprendizado da autonomia juvenil (15). Os desafios postos ao processo de individualização na juventude, considerando distintos contextos socioeconômicos e culturais e a complexidade das relações intergeracionais, são imensos e nos obrigam a encontrar perspectivas analíticas e políticas mais fecundas para a abordagem dos tradicionais “problemas sociais” relativos à juventude (13, 16). As dificuldades que cercam a questão da contracepção na adolescência e juventude evidenciam as tensões sociais existentes entre distintas moralidades e os juízos de valor que culpabilizam os sujeitos adolescentes e jovens pela gravidez imprevista e/ou aborto (14). Em geral, o tema da contracepção nessa fase da vida tem sido frequentemente tratado pela via da distribuição e uso de dois principais métodos: o preservativo masculino e a pílula anticoncepcional.

A maior difusão da contracepção de emergência nas últimas décadas no país (24, 41, 59) nos impõe refletir sobre o imaginário social que cerca tais práticas sociais. Sendo uma alternativa expressamente recomendada para uso emergencial em situações de não proteção sexual (decorrentes de esquecimento ou uso incorreto do método de rotina, rompimento do preservativo, não uso de método, violência sexual), sua utilização pelos adolescentes e jovens – de modo ocasional ou regular – desperta discursos eivados de concepções moralistas a respeito das hierarquias de gênero e das práticas sexuais neste segmento geracional. A inclusão

da contraceção de emergência na agenda política dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes (22, 38) sempre foi tema polêmico, assim como sua discussão no âmbito da educação pública e privada, no ensino regular dos níveis fundamental e médio.

Adolescência e contraceção de emergência na mídia impressa

Para a discussão pretendida neste capítulo, 34 textos jornalísticos foram selecionados e analisados por abordarem o tema da contraceção de emergência em sua relação com a adolescência, no período de 2005-2009: 15 no jornal *Folha de S. Paulo*, editado em São Paulo, e 19 em *O Globo*, editado no Rio de Janeiro. A maior incidência de textos foi no ano de 2005, ao todo 17, número que decresce nos anos subsequentes.

O quadro abaixo detalha os textos publicados nos jornais analisados, no período de 01 de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2009, incluindo entre os 34 documentos, diferentes gêneros jornalísticos: 17 notícias/reportagens, 12 cartas de leitores, quatro artigos de colunistas e um artigo de opinião.

Quadro 1: Textos publicados sobre CE e adolescência nos jornais *Folha de S. Paulo* e *O Globo* nos anos de 2005 a 2009

Anos	Folha de São Paulo		O Globo		Total	
2005	4	26,67	13	68,42	17	50,00
2006	3	20,00	3	15,79	6	17,65
2007	1	6,67	1	5,26	2	5,88
2008	2	13,33	2	10,53	4	11,76
2009	5	33,33	-	-	5	14,71
Total	15	100%	19	100%	34	100%

Fonte: Edições impressas dos jornais *Folha de S. Paulo* e *O Globo*, 2005-2009.

No levantamento sobre a categoria contraceção de emergência, também foi possível ter acesso às cartas enviadas por adolescentes e jovens leitores ao médico Jairo Bouer, publicadas no suplemento *Folhateen*, do jornal *Folha de S. Paulo*. Este suplemento foi criado em 1993, como um espaço para que os adolescentes pudessem tirar dúvidas sobre sexo e saúde. Segundo Bouer (11), a maioria dos jovens que escrevia para o su-

plemento tinha entre 12 e 20 anos e, para cada pergunta editada no jornal, chegavam, em média, 30 outras por e-mail ou carta.

No período analisado pela pesquisa, 12 cartas apresentaram o assunto da contraceção de emergência nas perguntas dos adolescentes ou nas respostas dadas pelo médico. Os temas mais frequentes trazidos pelas cartas editadas foram: planejamento da primeira relação sexual; receio quanto ao uso correto do preservativo masculino; dificuldades de conversar com os pais sobre relacionamentos sexuais; uso da contraceção de emergência sem prescrição médica; questionamentos sobre a eficácia deste método; dúvidas sobre relações sexuais sem penetração vaginal.

Na análise deste material, três tendências distintas foram identificadas e classificadas no debate público sobre adolescência e contraceção de emergência: a primeira aponta o método como um importante aliado do controle populacional, com fortes chances de reduzir a gravidez de adolescentes pobres, estabelecendo frequentes relações entre os futuros recém-nascidos das mães adolescentes, o abandono social na infância e a violência urbana no Brasil; a segunda representação social conecta o uso potencial da contraceção de emergência pelos adolescentes ao exercício de uma sexualidade desenfreada e promíscua, ao desvario sexual, a um “excesso de sexo” incompatível à “menoridade”, e ao temor de uma maior exposição deste grupo populacional às DST/aids. Por fim, a terceira tendência, minoritária, relaciona a disponibilidade da contraceção de emergência na adolescência ao conjunto de direitos sexuais e reprodutivos a ser garantido nessa idade da vida, o que contribui para a autonomia feminina e juvenil. No entanto, tal via também se torna bastante complexa, tendo em vista quanto a sexualidade adolescente expõe o ideário dos adolescentes “sujeitos de direitos” (50-51).

Nos próximos tópicos, pretende-se discutir tais tendências e a importância da educação em sexualidade como estratégia para propiciar o diálogo entre adolescentes e jovens e profissionais de saúde. A educação em sexualidade na escola mostra-se central no processo de construção de conhecimentos sobre direitos sexuais e reprodutivos para os adolescentes, tendo em vista a pouca receptividade dos serviços de saúde à temática da sexualidade adolescente e a falta de espaço para dialogar com familiares adultos (1).

Vejamos, então, as distintas compreensões do lugar da sexualidade e da contraceção, em particular, da contraceção de emergência na vida de adolescentes e jovens.

A perspectiva controlista

Nessa vertente, o exercício sexual é facultado aos adolescentes, mas não a reprodução. O problema residiria no controle da reprodução, considerada “precoce” nessa idade da vida. Tal perspectiva pode assumir uma ênfase mais sutil, restrita à área de saúde, consoante à tradição dos estudos de saúde pública, baseados na lógica do risco (54-56) e da prevenção de agravos à saúde (gravidez na adolescência e aborto), ótica que também preside as políticas de “redução de danos” à saúde (39). Aciona-se o argumento da “vulnerabilidade” de indivíduos e grupos, que necessitam de proteção. Assim, o contraceptivo de emergência atuaria como último recurso para se evitar a reprodução “não desejada” entre populações marginalizadas, conforme a ótica sanitária (5).

Mas o recurso à contraceção de emergência também pode ganhar contornos mais amplos, como uma alternativa política de controle demográfico, incidindo na reprodução social de grupos/classes considerados “perigosos”. O enfoque que procura reduzir a compreensão das condições sociais de pobreza e de desigualdade racial e étnica vigente no Brasil à ausência de controle da fecundidade entre mulheres pobres não é novo. Ao contrário, tem raízes nas políticas eugenistas e neomalthusianas do início do século XX, típicas de um movimento sanitário higienista e preventivista. Com o agravamento da violência nos espaços urbanos, a precariedade dos processos de trabalho, que se flexibilizaram, a complexidade das relações entre tráfico internacional de drogas, armas e grupos militarizados no país e a frágil estrutura de nossas instituições educativas para reproduzir o ideário da cidadania entre nós, a simplificação da equação “pobre violento” à redução de nascimentos entre as classes populares “perigosas” torna-se uma chave comum à leitura e interpretações de muitos. Enfim, nessa primeira perspectiva que designo como “controlista”, as ênfases podem variar, mas mantém-se a preocupação central com o “descontrole”

da reprodução entre segmentos pobres e jovens da população brasileira.

Vejamos alguns exemplos do material empírico que ilustram tal perspectiva. Em 2005, quando o então prefeito do Rio de Janeiro, César Maia (PFL-RJ), decide vetar a distribuição da contraceção de emergência pelos serviços de saúde no município, atendendo aos apelos da Igreja Católica no estado, vários leitores se expressaram a respeito, reprovando tal atitude:

“A pílula do dia seguinte é mais uma forma de evitar a gravidez desenfreada e impensada de adolescentes carentes. [...] Passo positivo para a natalidade em condições muito desfavoráveis” (80).

Outra carta publicada no jornal *O Globo* (81) também mobiliza o argumento de que é preciso que as autoridades adotem “medidas sérias, consistentes e continuadas para conter o crescimento descontrolado da população mais pobre”. Nesse caso, a “pílula do dia seguinte” seria um meio para tal.

Em artigo assinado por colunista do jornal *O Globo* (87), sob o título *As Nossas Meninas-mães*, ressalta-se que o “mais urgente” para o Ministério da Saúde:

“[...] é como fazer para impedir que adolescentes pobres, meninas de 13, 14 anos, sejam mães precoces, despreparadas para a tarefa, sem condições psicológicas, econômicas ou emocionais. (...) O que fazer? O ministro pretende desencadear uma campanha maciça pelo uso de anticoncepcionais: camisinha, pílula, DIU. Mas, e depois, quando alguma coisa falhou? Ai, só recorrendo a um contraceptivo de emergência: a pílula do dia seguinte, por exemplo.”

Citando a controvérsia em torno da contraceção de emergência como abortiva ou não, o colunista declara, “como leigo”, não saber o que fazer, “mas certamente não é deixar que o país continue fabricando em série essas crianças filhas de meninas-mães”.

Em artigo publicado no jornal *Folha de S. Paulo* (78), na seção *Cotidiano*, com o título *O Brasil do Dia Seguinte*, o problema da “gravidez precoce” entre “adolescentes pobres” é abordado pelo colunista. O acesso ao método aparece não como um direito, mas como um recurso “indesejável” ou um “mal menor” perante as inúmeras gestações imprevistas, abortamentos em condições inseguras e suas conseqüências para a saúde das adolescentes.

Apoiando-se em dados de pesquisa realizada na Universidade de São Paulo, em serviço de saúde para adolescentes, no ano de 2004, o autor alerta para o risco do uso regular da contraceção de emergência pelos jovens com vida sexual ativa e para o abandono do preservativo masculino, considerado preocupante. No texto, o método ganha importância diante do “tamanho da tragédia da falta do planejamento familiar” no Brasil, embora o autor reproduza argumentos científicos, já refutados por estudos da área, apontando a “gravidez precoce” como causa de evasão escolar e da violência – “filhos indesejados, rejeitados, descuidados são um óbvio estímulo à marginalidade” (78).

Os argumentos acionados na coluna remetem à ideia de que os jovens não sabem quando e como devem utilizar a contraceção de emergência e que o uso desse método pode excluir o preservativo masculino. A sexualidade na adolescência aparece vinculada à ideia do risco à saúde e o recurso ao método estaria fadado a agravar a “tragédia das doenças sexualmente transmissíveis”.

A perspectiva da interdição e do não direito ao sexo

Consoante às políticas de incentivo à abstinência sexual e castidade anteriores ao casamento, essa vertente com tom fortemente moral e religioso preconiza a regulação do sexo nessa fase da vida. Assim, políticas públicas no campo da saúde ou da educação favoráveis à distribuição do contraceptivo de emergência se tornariam pretextos para se estimular a prática “irresponsável” do sexo entre pessoas consideradas “menores de idade”, incapazes social, civil e politicamente. Também nesse caso, há a alegação de que a contraceção de emergência seria um forte concorrente do preservativo masculino, subalternizando sua importância na prevenção de DST. Nessa perspectiva, aciona-se a necessidade de tutela dos adolescentes (51), tidos como incapazes para aprender e/ou decidir. Segundo Schalet (60), o comportamento sexual adolescente é visto como fora de controle, perigoso e imoral, também no debate público sobre saúde reprodutiva nos Estados Unidos. O medo da sexualidade adolescente legitimou a decisão inicial de não se oferecer a contraceção de emergência naquele país a menores de 18 anos, restrição ultrapassada em 2013.

No material empírico analisado, um exemplo desta perspectiva é o argumento usado por um político chileno, ao se posicionar no debate havido sobre a distribuição deste método para adolescentes a partir dos 14 anos no Chile, em 2006, medida proposta pela então presidente Michele Bachelet. Na ocasião, ela assim justificou sua decisão de autorizar a distribuição da contraceção de emergência para as maiores de 14 anos: “Está em jogo um problema de desigualdade entre chilenas: o índice de gravidez na adolescência nos setores mais pobres está em 20,6%, entre os de maior poder aquisitivo, 2,3%” (86). Para o opositor de Bachelet, “a distribuição indiscriminada da pílula vai estimular a atividade sexual muito cedo, a transmissão de doenças venéreas e a aids” (77). A Igreja Católica chilena também acionou o argumento da sexualidade “desenfreada” para atacar a decisão de Bachelet: “Se a pílula é consumida com o objetivo de eliminar uma gravidez, ela é abortiva. Essa medida vai incentivar a promiscuidade, é um ataque à família” (77). O mesmo argumento foi adotado por grupo contrário ao aborto nos EUA, o qual apresentou “oposição violenta à pílula do dia seguinte” no processo de liberação de sua comercialização sem prescrição médica pelas farmácias norte-americanas. Esse processo foi citado como a “maior polêmica da história da centenária e poderosa agência reguladora americana”. Para o grupo, “a decisão de vender a pílula do dia seguinte sem receita estimulará o sexo e aumentará as DST” (85).

Entre nós, o depoimento de um representante de uma instituição católica de ensino superior do Rio de Janeiro ilustra bem tal ponto de vista. No texto, ele alega que o uso desse método traduz uma “conduta irresponsável”, pois é o “pior modo de evitar uma gestação”, seu uso significa a “banalização do sexo” (79).

A ideia de que a contraceção de emergência invoca “um assassinato” e que a “castidade é solução” para a gravidez na adolescência aparece na seção *Cartas dos Leitores*, do jornal *O Globo*, do Rio de Janeiro:

“No que diz respeito à gravidez das mulheres entre 10 e 14 anos, a melhor maneira de resolver isso é o incentivo à castidade. Pesquisas demonstram que não é distribuindo camisinhas ou anticoncepcionais que se resolve o caso. O incentivo à castidade é a solução. [...] homens e mulheres que mantêm a castidade são mais felizes. Enquanto nosso país investe

na promiscuidade, na sensualidade e no sexo desenfreado e descompromissado, apresentando soluções mesquinhas e desumanas, como a pílula do dia seguinte – que constitui um assassinato, visto que, na maior parte das vezes, causa o aborto – ou camisinhas. Assim, incentivar o sexo de maneira desordenada e esse quadro não mudará” (82).

Essa carta teve a aprovação de outra leitora do Rio de Janeiro, que a considerou “excelente”:

“[...] uma educação sexual enfatizando a dignidade da pessoa, mostrando a relação da sexualidade com a personalidade, é realmente mais eficaz. [...] São tratadas como povão: transem, mas usem camisinha; transem à vontade, mas tomem pílula do dia seguinte! A promiscuidade está avançando! E o que estamos fazendo contra a pornografia?” (83).

Para outro leitor de São Paulo,

“[...] Há quem anuncie que, em breve, haverá a difusão, anunciada pelo governo, da ‘pílula do dia seguinte’ entre os jovens e os adolescentes. Será que vamos ensinar a eles não só a banalizar o sexo, mas a perder todo apreço à vida? São questões que requerem diálogo, discernimento e, sobretudo, recurso a Deus, que é fonte da vida e dos direitos humanos” (75).

Para um deputado estadual “católico” do Mato Grosso do Sul, a preocupação em impedir a distribuição da contraceção de emergência está fundamentada na ideia de que os jovens não conseguem controlar a sexualidade, principalmente quando usam bebidas alcoólicas: “a juventude que bebe uma cervejinha a mais durante a noite vai dizer: então transo aqui e amanhã tomo o medicamento” (76).

O uso do método aliado ao consumo de álcool foi investigado em pesquisa realizada com jovens universitárias em São Paulo (6), não se constatando que as jovens que haviam feito uso da CE estavam embriagadas no momento da relação sexual.

Vários estudos consultados (7, 34-37, 42, 46, 63-64) apontam que a contraceção de emergência não é utilizada de forma indiscriminada entre adultos ou adolescentes e que o uso desse método não provoca exercício “desenfreado” da sexualidade e abandono do uso do preservativo.

O problema maior reside na aceitação social do sexo entre adolescentes, como um direito inerente à vida humana, que carrega em si a dimensão do prazer, interdita por muitos.

A perspectiva do aprendizado da autonomia como sujeito de direitos

Essa vertente sinaliza a necessidade da experimentação sexual na adolescência como aprendizado da autonomia juvenil, consoante à matriz sociocultural de estudos da sexualidade e do gênero (12). Nessa perspectiva, a entrada na sexualidade e o aprendizado do manejo dos métodos contraceptivos e do uso de proteção às DST serão gradativos, circunstanciais aos contextos sociais de iniciação e dependentes/contingentes ao processo de construção da pessoa, em suas marcas de gênero.

Os textos que exemplificam essa compreensão mais ampla do direito à sexualidade na adolescência e os necessários desdobramentos dele decorrentes, ou seja, acesso às oportunidades de educação e diálogo sobre sexo, serviços de saúde e métodos contraceptivos e de proteção às DST, aparecem em menor número de vezes, denotando quanto os dois enfoques anteriores são pregnantes no senso comum.

Única carta publicada no ano de 2008 sobre o tema da contraceção de emergência é de um leitor do Rio de Janeiro. O texto faz críticas ao governador do Rio de Janeiro, ao prefeito da cidade do Rio de Janeiro e ao presidente Lula, elogiando a atuação do então ministro da Saúde:

“O ministro da Saúde quer impedir a propaganda de bebidas na TV e luta para tirar do mapa as empresas de tabaco. Incita jovens a engolirem a pílula do dia seguinte para um sexo diversificado e seguro, e enfrenta a Igreja. É o missionário do bem” (88).

Há também um artigo de opinião defendendo o Estado laico e a autonomia das mulheres adultas e adolescentes de decidirem sobre o uso da contraceção de emergência e sobre o direito de interromper a gravidez em caso de fetos anencéfalos. A socióloga escreve:

“Um dos princípios estruturantes de qualquer sociedade democrática é o respeito pelo pluralismo e pela diversidade. Di-

reitos implicam opções e responsabilidades. (...) uma jovem que se expôs a uma relação sexual desprotegida e corre o risco de engravidar deveria poder optar se deseja ou não fazer uso da contraceção de emergência. Não se trata de impor a continuação ou a interrupção da gestação nem de obrigar ninguém a fazer uso da contraceção. É importante que nossos representantes no Legislativo, assim como os integrantes do Poder Judiciário e do Executivo entendam que, no exercício de funções públicas têm, em primeiro lugar, responsabilidades para com mulheres e homens deste país, que têm o direito e a capacidade de tomar decisões diversas no âmbito da política, do trabalho, das relações afetivas e sexuais e na sua vida produtiva, arcando com as consequências” (81).

Em texto que discute o impacto de campanhas de prevenção à aids e outras DST e da distribuição da “pílula do dia seguinte” pelo poder público como elementos que contribuíram para a redução do número de adolescentes grávidas no país, a então Coordenadora da Área Técnica de Saúde de Jovens e Adolescentes do Ministério da Saúde destaca:

“Queremos fazer um processo de sensibilização para mostrar como é importante tratar dessa questão nas escolas. (...) Do ponto de vista da orientação sexual, ainda há muita gente que acha que o adolescente não é um indivíduo com direitos e que precisa ser tutelado. Queremos mostrar, porém, que quanto mais ele se apropriar do conhecimento sobre o assunto, mais terá uma atitude autopreventiva” (84).

Educação em sexualidade na adolescência: desafios para o futuro

Explicitar de modo claro as três linhas de argumentação comumente debatidas no tocante à disponibilidade e uso da contraceção de emergência na adolescência contribui para sensibilizar sobre a importância da educação em sexualidade em diferentes espaços sociais: na família, na escola, nos serviços de saúde, em projetos sociais voltados a esses segmentos, em conselhos que tematizam as políticas públicas de proteção à infância e ju-

ventude, dentre outros. Temas como sexualidade, relações entre gêneros, violência de gênero, direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos precisam ser contemplados em um paradigma educativo que privilegie a construção do aprendizado em sexualidade pautado na autonomia, na construção de relações afetivo-sexuais equitativas, na comunicação entre pais e cuidadores/educadores com os adolescentes e no respeito à diversidade sexual e de gênero, com vistas à superação das desigualdades socioeconômicas (61-62). Criticando as perspectivas usuais de abordagem da sexualidade na adolescência, apoiadas na ideia de risco (55-56) ou da abstinência, Schalet (61-62) propõe uma via alternativa fecunda para se conceber o exercício sexual nessa fase inicial da vida, associando-o ao prazer, à saúde e à autorrealização pessoal.

Em exaustivo levantamento sobre as políticas públicas relativas à educação sexual na juventude no Brasil (30), as autoras apontam avanços, limites e desafios postos à educação em sexualidade, ressaltando quanto precisamos efetivar o apoio à iniciação sexual e aprendizado do manejo contraceptivo dos jovens mais cedo, para que tal socialização não ocorra de modo tardio, após a primeira gravidez ou aborto.³

Embora seja uma compreensão minoritária nos estudos sobre sexualidade e contracepção na adolescência e juventude, certos autores discutem de modo mais sofisticado, heurísticamente, as muitas clivagens que perpassam as decisões contraceptivas e reprodutivas em contextos relacionais heterossexuais específicos, engendrando certo cálculo feminino dos custos e benefícios da contracepção e da ocorrência da gravidez, ou seja, das incertezas relativas às possibilidades de se engravidar ou não em dadas circunstâncias (3-4, 29, 45). Tal perspectiva amplia a compreensão das dificuldades inerentes à gestão da sexualidade (49, 68), pois a maioria dos estudos disponíveis interpreta recorrentemente o não uso de métodos anticoncepcionais e uma eventual gravidez imprevista como decorrentes de premissas negativas, como o não conhecimento ou não

3 Para se ter uma ideia, o “Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas”, importante iniciativa do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Organização das Nações Unidas para a Educação (UNESCO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 2006, elaborou uma publicação especialmente destinada aos adolescentes, designada “O Caderno das Coisas Importantes”, com projeto gráfico bastante interessante. Nele, abordam-se temas relativos à sexualidade e à prevenção das DST/aids entre adolescentes, como o uso de preservativo, masturbação; no entanto, o tema da contracepção de emergência não é mencionado.

acesso aos métodos, principalmente quando os sujeitos são oriundos de classes sociais populares.

Somente incorporando as dimensões simbólicas e relacionais que circunscrevem as decisões e práticas contraceptivas (4, 70) poderemos compreender o lugar/valor e os significados sociais associados ao recurso à contraceção de emergência por adolescentes e jovens, no contexto do que designo como “cultura contraceptiva” brasileira, inspiração que me ocorreu na leitura do trabalho de Cabral (28).

A autora examina com muita acurácia as trajetórias sexuais, contraceptivas e reprodutivas de jovens, desde a iniciação sexual até a ocorrência da laqueadura, a partir de material empírico de fontes diversas, como importantes pesquisas das quais participou, aliado a um trabalho de campo próprio. Em síntese, suas observações a levaram a constatar nas práticas sexuais e contraceptivas certa dimensão de incerteza, vivenciada por seus protagonistas, inspirada no trabalho seminal da norte-americana K. Luker (53). Refere-se a certo cálculo entre o quão complexo pode ser a gestão da contraceção entre o casal e o quanto “correr riscos” (“taking chances”) pode fazer parte desse jogo onde a ocorrência de uma gravidez não é sempre certa. Por outro lado, dialogando com a literatura francesa, Cabral (28) incorpora também a proposição de Bajos *et al.* (4) sobre a preponderância do contexto relacional e situacional do par heterossexual para a tomada de decisões relativas à sexualidade e à contraceção, o que termina por inserir em tais comportamentos sociais a tensão constitutiva entre agenciamento individual e determinação de contextos sociais e de gênero que regem tais decisões. Resta saber qual o lugar que o recurso à contraceção de emergência vem preencher nessa contenda, desafio posto aos cientistas sociais que atuam na área da saúde coletiva no tocante à compreensão e melhor elucidação dos comportamentos contraceptivos (4, 14).

Referências

1. ALVES, C. A.; BRANDÃO, E. R. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre polí-

- ticas públicas e atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.661-670, 2009.
2. ARILHA, M.; LAPA T. S.; PISANESCHI, T. C. (Org.) *Contraceção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.
 3. BAJOS, N. et al. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human Reproduction*, Oxford, v.18, n.5, p. 994-999, 2003.
 4. BAJOS, N. et al. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Paris: INSERM, 2002.
 5. BASTOS, L. L. *O Consórcio Internacional sobre Contraceção de Emergência: um estudo dos argumentos para difusão dos contraceptivos de emergência em países em desenvolvimento*. 2015. 180p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.
 6. BASTOS, M. R. et al. Práticas contraceptivas entre jovens universitárias: o uso da anticoncepção de emergência. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.17, n.3, p.447-456, 2008.
 7. BERER, M. Dupla proteção: mais necessária do que praticada ou compreendida. *Reproductive Health Matters*, Londres, v.2, n.2, p.23-33, 2007.
 8. BERGALLO, P. El debate jurídico en torno a la anticoncepción de emergencia: una Mirada comparada. In: ARILHA, M. et al. (Org.). *Contraceção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010, p. 9-62.
 9. BONELL, C. Why is teenage pregnancy conceptualized as a social problem? A review of quantitative research from the USA and UK. *Culture, Health & Sexuality*, Ann Arbor, v.6, p.255-72, 2004.
 10. BORGES, A.L.V. et al. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 816-826, 2010.
 11. BOUER, J. *Sexo & Cia: dúvidas mais comuns (e as mais estranhas) que rolam na adolescência*. São Paulo: Publifolha, 2002.
 12. BOZON, M. *Sociologie de la sexualité*. Paris: Nathan, 2002.

13. BRANDÃO E. R. Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico. *In: HEILBORN, M. L. et al. (Org.). O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.* Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006. p. 61-95.
14. BRANDÃO, E. R. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1063-1071, 2009.
15. BRANDÃO, E. R. Iniciação sexual e afetiva: exercício da autonomia juvenil. *In: HEILBORN, M. L. (Org.) Família & sexualidade.* Rio de Janeiro: FGV, 2004, p. 63-86.
16. BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.1421-1430, Jul 2006.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. *Atitude para curtir a vida.* Caderno das Coisas Importantes. Brasília, DF:UNICEF,s.d. 21 p.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4.ed. Brasília, DF, 2002. 150p. (Série A. Normas e manuais técnicos, 40)
19. BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.* Brasília, DF, 2004. 82p.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estatísticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo.* Brasília,DF, 2005. 26p. (Serie A. Normas e manuais técnicos. Caderno, 1)
21. BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.* 2. ed. atual ampl. Brasília, DF, 2005. 68p. (Série A. Normas e manuais técnicos. Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno, 4)
22. BRASIL. Ministério da Saúde. *Marco teórico referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens.* Brasília, DF, 2007. 56p.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006).* Relatório. Brasília, DF, 2008. 583p.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde do adolescente: competências e habilidades*. Brasília, DF, 2008.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. 2.ed. Brasília, DF, 2011.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota técnica sobre anticoncepção de emergência*. ed.rev. Brasília, DF, 2011.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo para utilização do levonorgestrel*. Brasília, DF, 2012.
28. CABRAL, C. S. *Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade: agência individual, contextos relacionais e gênero*. 2011. 299p. Tese[Doutorado]- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2011.
29. CABRAL, C. S. *Socialização contraceptiva e o aprendizado da sexualidade: uma abordagem socioantropológica do processo de construção da prática contraceptiva*. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 18. Aguas de Lindoia, 19-23 nov. 2012. 17p.
30. CABRAL, C. S; HEILBORN, M. L. Avaliação das políticas públicas sobre educação sexual e juventude: da Conferência do Cairo aos dias atuais. In: *Compromissos do Governo Brasileiro com a Plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Rumos para Cairo + 20*. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República, 2010. p. 101-128.
31. CHABOT, C. et al. Morally problematic: young mothers' lives as parables about the dangers of sex. *Sex Education: sexuality, society and learning*, London, v.10, n.2, p.201-15, 2010.
32. CLAE. *Argumentos para la defensa legal de la anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe*. 2.ed. San José, Costa Rica: UNFPA/CLAE/ICEC, 2011. 27p.
33. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº. 1811, 14/12/2006. Normas técnicas para a utilização da contracepção de emergência. *Diário Oficial da União*, 17 jan. 2007.
34. COSTA, N. F. P. et al. Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p.55-60, 2008.

35. DÍAZ, S. et al. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 1 – Perceptions of emergency oral contraceptives. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1507-1517, 2003.
36. DÍAZ, S. et al. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 2 – Facilitating factors versus obstacles. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1729-1737, 2003.
37. DREZETT, J. Contraceção de emergência: normativas, usos, mitos e estigmas. In: ARILHA, M; LAPA, T. S; PISANESCHI, T. C. *Contraceção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos*. São Paulo: Oficina Editorial. 2010. pp. 63-90.
38. ESTUDOS DE COMUNICAÇÃO E SAÚDE (ECOS). *Marco Referencial para a Promoção e Defesa dos Direitos de Adolescentes e Jovens à Contraceção de Emergência*. São Paulo, 2006.
39. ELIAS, L. A.; BASTOS, F. I. Saúde Pública, Redução de Danos e a Prevenção das Infecções de Transmissão Sexual e Sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.:4721-4730, 2011.
40. FIGUEIREDO, R. et al. *Comportamento sexual, uso de preservativos e contraceção de emergência por adolescentes do município de São Paulo: estudo com estudantes de escolas públicas de ensino médio*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.
41. FIGUEIREDO, R.; BASTOS, S.; TELLES, J. L. Profile of the Free Distribution of Emergency Contraception for Adolescents in São Paulo's Counties. *Journal Human Growth Development*, São Paulo, v.22, n.1, p.105-115, 2012.
42. FIGUEIREDO, R.; ANDALAFT NETO, J. Uso de contraceção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. *Revista da SOGIA-BR*, São Paulo, ano 6, n.2, 2005.
43. FIGUEIREDO, R. et al. Distribuição da contraceção de emergência na atenção básica de São Paulo: caracterização de oferta em PSF e UBS dos municípios do estado. *BIS.Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, n.42, 2007.
44. FIGUEIREDO, R.; PAULA, S. H. B. Distribuição da contraceção de emergência nos municípios do estado de São Paulo: avaliação de

- dispensa em serviços e fluxos estabelecidos. *Revista Reprodução & Climatério*, v. 27, n. 2, p. 65-73, 2012.
45. GONÇALVES H. et al. Contraceptive medicalisation, fear of infertility and teenage pregnancy in Brazil. *Culture, Health & Sexuality*, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.201-215, February 2011.
46. HARDY, E. E. et al. Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.1031-1035, 2001.
47. HEILBORN, M. L. et al. (Org). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2006.
48. HEILBORN, M. L.; BRANDÃO, E. R.; DA SILVA CABRAL, C. Teenage pregnancy and moral panic in Brazil. *Culture, Health & Sexuality*, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.403-414, July-August 2007.
49. KNAUTH, D. et al. Sexualidade juvenil: aportes para as políticas públicas. In: HEILBORN, M. L. et al. (Org). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2006. p.400-416.
50. LEITE V. *Sexualidade adolescente como direito? A visão de formuladores de políticas públicas*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2014.
51. LEITE V. A sexualidade adolescente a partir de percepções de formuladores de políticas públicas: refletindo o ideário dos adolescentes sujeitos de direitos. *Psicologia. Clínica*, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 89-103, 2012.
52. LUKER, K. *Dubious conceptions: the politics of teenage pregnancy*. 2.ed. Cambridge: Harvard University, 1996.
53. LUKER, K. *Taking Chances: abortion and the decision not to contracept*. Berkeley/Los Angeles, CA: University of California, 1975.
54. LUPTON, D. (Ed.) *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. Cambridge: Cambridge University, 1999.
55. LUPTON, D. *Risk. Key Ideas*. London: Routledge, 1999.
56. LUPTON, D. *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: Sage, 1995.

57. OSIS, M. J. D. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 2481-2490, 2006.
58. PALERMO, T.; BLECK, J.; WESTLEY, E. Knowledge and use of emergency contraception: a multicountry analysis. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Washington, v.40, n.2, p.79-86, 2014.
59. SANTOS, O.A. et al. Determinantes do não uso da anticoncepção de emergência entre mulheres com gravidez não planejada ou ambivalente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v.48, n.Esp, p.16-23, 2014.
60. SCHALET, A. Must we fear adolescent sexuality? *Medscape General Medicine*, v.6, n.4, p. 1-22, 2004.
61. SCHALET, A.T. *Not Under My Roof: parents, teens and the culture of sex*. Chicago: University of Chicago , 2011.
62. SCHALET, A.T. Beyond Abstinence and Risk: a new paradigm for adolescent sexual health. *Women's Health Issues*, Washington, v.21, supl.3, p. 5-7, 2011.
63. SHOVELLER, J. A. et al. Identifying barriers to emergency contraception use among young women from various sociocultural groups in British Columbia, Canada. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Washington,D.C., v.39, n.1, p.13-20, 2007.
64. SIMONDS, W.; ELLERTSON, C. Emergency contraception and morality: reflections of health care workers and clients. *Social Science & Medicine*, Oxford, v.58, p.1285-1297, 2004.
65. SOUZA, R. A. *O debate social sobre a anticoncepção de emergência no Brasil (2005-2008)*. 2010. 140p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.
66. SOUZA, R. A.; BRANDÃO, E. R. À sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de emergência na mídia impressa brasileira (2005-2009). *Interface - Saúde Educação e Comunicação*, Bauru, v.16, n. 40, p.161-176, jan/mar 2012.
67. SOUZA, R. A.; BRANDÃO, E. R. Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos ser-

- viços públicos de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1067-1086, 2009.
68. SPENCER, G. et al. Examining the Concept of Choice in Sexual Health Interventions for Young People. *Youth & Society*, Ann Arbor v.4, n.6, p.756-778, 2014.
69. SPINELLI, M. B. A. S. Características da oferta da contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, nordeste do Brasil. São Paulo, *Revista Saúde & Sociedade*, São Paulo, v.23, n.1, p. 227-237, 2014.
70. TEIXEIRA M. et al. Representations and uses of emergency contraception in West Africa. a social anthropological reading of a northern medicinal product. *Social Science & Medicine*, Oxford, v.75, p.148-155, 2012.
71. WESTLEY, E. et al. A review of global access to emergency contraception. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, London, v. 123, n.1, p. 4-6, 2013.
72. WESTLEY E.; GLASIER, A. Emergency contraception: dispelling the myths and misperceptions. *Bull World Health Organ*, Geneva, v.88, n.4, p.243, 2010.
73. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Fact Sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs)*. Geneva, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.06_eng.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.
74. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Emergency contraception Fact sheet N°244. Geneva: 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>>. Acesso em: 15 abr 2016.

Matérias de imprensa selecionadas:

75. FOLHA DE S. PAULO. (jornal). São Paulo, edição de 12/03/2005.
76. FOLHA DE S. PAULO. (jornal). São Paulo, edição de 30/04/2005.
77. FOLHA DE S. PAULO. (jornal). São Paulo, edição de 12/09/2006.
78. FOLHA DE S. PAULO. (jornal). São Paulo, edição de 17/06/2007.
79. O GLOBO. (jornal). Rio de Janeiro, edição de 27/01/2005.
80. O GLOBO. (jornal). Rio de Janeiro, edição de 29/01/2005.
81. O GLOBO. (jornal). Rio de Janeiro, edição de 04/03/2005.
82. O GLOBO. (jornal). Rio de Janeiro, edição de 08/03/2005.
83. O GLOBO. (jornal). Rio de Janeiro, edição de 09/03/2005.
84. O GLOBO. (jornal). Rio de Janeiro, edição de 19/06/2005.
85. O GLOBO. (jornal). Rio de Janeiro, edição de 25/08/2006.
86. O GLOBO. (jornal). Rio de Janeiro, edição de 16/09/2006.
87. O GLOBO. (jornal). Rio de Janeiro, edição de 30/03/2007.
88. O GLOBO. (jornal). Rio de Janeiro, edição de 21/03/2008.



Internet como Instrumento de Disseminação de Informações e Esclarecimento de Dúvidas sobre Contracepção de Emergência

Narita Godoy Silva, Monique Paluan Carvalho Sanchez,
Regina Figueiredo, Ana Luiza Vilela Borges

Resumo

É relatada a experiência do site e de mídias eletrônicas utilizadas pela Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência na interação com o público, além de fazer uma análise das perguntas recebidas. O site recebeu de 2002 a 2014 mais de 3 milhões de acessos (média de 252 mil visitas por ano). O público que envia perguntas é, quase na totalidade, composto por adolescentes e jovens. As dúvidas denotam carência de informações sobre sexualidade

e despreparo para o início da vida sexual segura, incluindo desinformação sobre contraceptivos e preservativos e sobre o próprio corpo, além de remeter a diversas situações de relações sexuais desprotegidas. De agosto de 2013 a janeiro de 2014, o Facebook da REDE CE foi alimentado com 100 postagens, recebendo cerca de 17.000 visualizações, média de 283 visualizações/dia. Salienta-se a importância do uso de mídias eletrônicas que sirvam como aporte educativo para adolescentes e jovens e para o público em geral, pois é um meio de comunicação que possibilita a resolução de dúvidas sobre assuntos de foro íntimo, como a sexualidade, ao mesmo tempo em que preserva a privacidade do indivíduo.

Em 2013, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (15), 85,6 milhões de brasileiros acima de 10 anos de idade (49,4% da população) já acessaram a internet nos 90 dias anteriores ao levantamento de dados, sendo 31,2 milhões de domicílios (48%) com acesso próprio. Tal acesso ocorre, na grande maioria das vezes, via computador (em 88,4% das casas e 45,3% da população), mas também com o uso de celulares, tablets ou outros equipamentos (presentes em 11,6% das casas).

Para Baptista (2), o uso da internet é indispensável para a busca de informações atualmente por permitir ubiquidade, ou seja, que a informação seja acessada de qualquer local do mundo; além da sincronicidade, que as informações sejam acessadas em tempo real.

O acesso à internet é feito, principalmente, por jovens na faixa etária de 15 a 19 anos, seguido pelo grupo de 20 a 24 anos, e decresce conforme aumenta a idade (15). A nova geração, com mais estudo que as anteriores, tem maior acesso à rede. Esse acesso cresce conforme também aumenta a escolaridade.

Pesquisas apontam que o acesso à internet reforça a troca de informações entre os adolescentes, sendo que dos 9 aos 16 anos, 70% dos indivíduos já possuem perfis em redes sociais on-line e 68% utilizam a rede para navegar nessas redes (19). Somente a plataforma Facebook possui 47 milhões diários de usuários no Brasil – segundo país do mundo que a acessa conforme informações da própria empresa (13), o que demonstra

seu potencial como meio de comunicação e obtenção de informações entre adolescentes e jovens brasileiros.

Identificar as fontes de informação e de troca de informação entre pares de adolescentes e jovens é fundamental para provê-los com informação de qualidade, inclusive com relação à saúde e, em especial, à saúde sexual e reprodutiva, já que o início dos contatos corporais que, muitas vezes, levam ao início das práticas sexuais, ocorre na adolescência. Indubitavelmente, o caminho para prover um início e vivência da vida sexual saudável passa pelo acesso à informação de qualidade.

Nos últimos anos, verifica-se que o início da vida sexual tem ocorrido cada vez mais cedo no Brasil (5), aos 15-16 anos, em média (15). Essas relações ocorrem, muitas vezes, de forma desprotegida, mas em grande parte das vezes seguem-se pela adesão de uso do preservativo masculino. Conforme vão se estabelecendo relacionamentos afetivos e sexuais mais estáveis entre adolescentes, este método vai sendo substituído pela pílula anticoncepcional oral, que ainda predomina nos relacionamentos de parceria entre os jovens (4, 9).

Independentemente do perfil de uso de métodos contraceptivos por adolescentes e jovens, que pode ser contínuo, descontínuo ou raro, é importante ressaltar que nenhum método é 100% eficaz, ou seja, há riscos efetivos de falha mecânica (no caso do preservativo) ou comportamental, ou da própria tecnologia, independentemente da adesão a sua utilização (14), o que sempre possibilita ocorrência de uma gravidez não planejada. A própria camisinha masculina – método mais conhecido e utilizado pelos adolescentes, seguido das pílulas anticoncepcionais orais diárias (17) – está sujeita a falhas comportamentais da forma de uso, mas também a falhas mecânicas do produto, avaliadas, respectivamente, em 3% e 14% (14).

O comportamento contraceptivo típico na adolescência é dinâmico e varia de acordo com o tipo de parceria vigente (11), havendo trocas de métodos ao longo de um mesmo relacionamento, além de esquecimentos e discontinuidades que caracterizam o início do uso dos métodos contraceptivos (9). Por esta razão, a contracepção de emergência se coloca como uma opção importante para evitar uma gravidez após a relação sexual desprotegida.

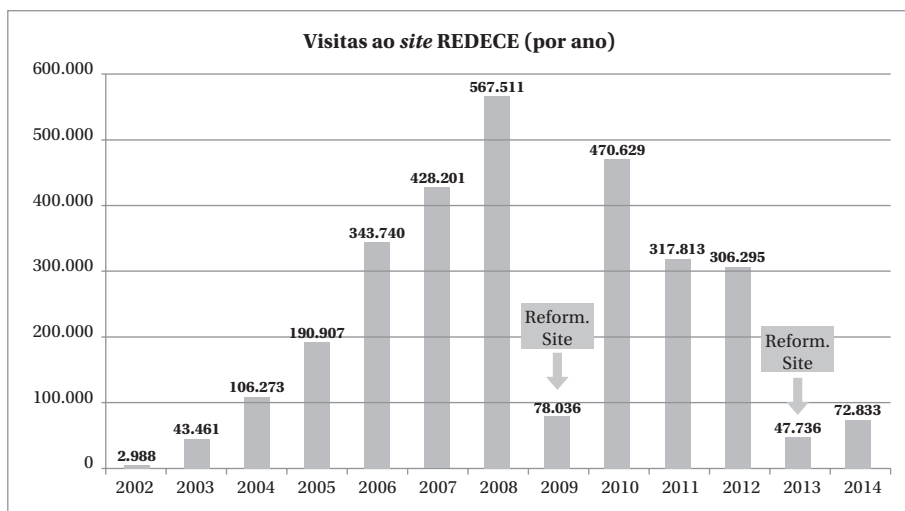
A contracepção de emergência está disponível no Brasil desde 1996 e é o único método contraceptivo regulamentado no país que previne a gravidez após a relação sexual desprotegida (16). Especialistas têm advertido que um dos principais obstáculos para sua utilização é o escasso conhecimento sobre seus mecanismos de ação e a dificuldade em obtê-la em serviços de saúde (1, 10).

Procurando preencher esta lacuna, a Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência (REDE CE) desenvolveu seu site, inicialmente vinculado como projeto ao site do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS/USP), articulando mais de 150 entidades governamentais, não governamentais e acadêmicas; disseminando informações sobre a contracepção de emergência por meio da troca de resultados de pesquisas, materiais educativos e técnicos; e realizando projetos de intervenção em formação e *advocacy*, pesquisas e produção de materiais educativos para técnicos, além de disponibilização de informações para o público. Para este último, em 2013, também foi estabelecido o uso de outras mídias digitais, como o Facebook REDE CE, em que são postados boletins informativos, informações técnicas, comentários de artigos da mídia e materiais educativos.

Para esse trabalho, a REDE CE conta com monitores que respondem questões enviadas eletronicamente pelo público, esclarecendo dúvidas e dificuldades, principalmente sobre contracepção de emergência, mas de todos os assuntos que abrangem sexualidade e práticas sexuais.

Disseminação eletrônica de informações sobre sexualidade, saúde sexual e reprodutiva e contracepção de emergência

Avaliando quantitativamente o acesso ao site da REDE CE, www.redece.org, desde a sua criação, verificam-se 3.276.423 visitas de 2002 a 2014, com uma média de 252.000 acessos/ano, 21.000 acessos/mês e 7.000/dia. Esses números devem ser olhados considerando que houve diminuição nos acessos em 2009 e 2013, decorrentes de mudanças de plataforma digital e modernização do site.



Os acessos são feitos por profissionais de saúde e estudantes, geralmente da área de saúde, que buscam as informações técnicas sobre contracepção de emergência, além de estudos e legislações. Os acessos são realizados também pelo público em geral, em sua quase totalidade residente no país, mas também residente em outros países que adotam a língua portuguesa, principalmente Portugal.

Observa-se que, desde 2012, houve queda progressiva no número de perguntas do público, sendo que não foi recebida qualquer questão em 2014. Embora não se saiba exatamente as razões para essa ocorrência, acredita-se que muitos adolescentes e jovens passaram a recorrer às redes sociais, incluindo o Facebook, para obter mais informações sobre a contracepção.

A análise qualitativa das questões e dúvidas enviadas por e-mail ao site da REDE CE de 2008 a 2014 foi realizada. As questões foram classificadas em 19 categorias, descritas na tabela a seguir. Ressalte-se que quatro categorias (c1 a c4) referem-se à contracepção de emergência e perfazem 342 perguntas de internautas. Por outro lado, 247 questões (62,2%) versam sobre outros temas ligados à sexualidade e não à contracepção de emergência propriamente dita. Pelo teor das questões enviadas, pode-se perceber que a quase totalidade foi enviada por adolescentes ou jovens em início de relacionamento sexual, sendo sempre muito específicas,

com relatos do contexto da situação afetiva, de tipo de vínculo e breve descrição do relacionamento e/ou parceria sexual em que se situa.

Tabela – Variedade de Perguntas Enviadas pelo Público ao Site *www.redece.org*, segundo categorias temáticas. Brasil, 2008 a 2014.

Temas	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	% no total
a - Sexualidade	2	2	2	2	-	-	-	2,3
b - Preservativo masculino	1	1	2	3	1	-	-	2,3
c1 - Eficácia de contracepção de emergência, após uso	34	17	16	6	2	1	-	22,2
c2 - Efeitos colaterais da contracepção de emergência	1	1	1	-	-	-	-	0,9
c3 - Contracepção de emergência, de quem pretende usá-la	7	5	2	1	-	-	-	4,4
c4 - Efeito abortivo da contracepção de emergência	1	-	-	-	-	-	-	0,3
d - DST e AIDS ou Sintomas	9	8	7	4	-	-	-	8,2
e - Corpo feminino - aspectos em geral anatomofisiológicos	8	4	6	3	1	-	-	6,4
f - Corpo masculino - aspectos em geral anatomofisiológicos	10	8	9	1	2	-	-	8,8
g - Gravidez	1	-	2	-	-	-	-	0,9
h - Orgasmo e prazer	12	2	6	2	-	-	-	6,4
i - Penetração	4	1	1	-	1	-	-	2,0
j - Pílula anticoncepcional comum	11	8	10	8	2	1	-	11,7
k - Gestação e risco	3	6	3	3	3	-	-	5,3
l - Relacionamentos e namoro	18	6	6	2	-	-	-	9,4
m - Violência física	5	1	3	-	-	-	-	2,6
n - Sexo oral	-	1	-	1	-	-	-	0,6
o - Sexo anal	2	4	1	-	1	-	-	2,3
p - Outros	2	-	-	6	2	-	-	2,9
Totais	131	75	77	42	15	2	-	100,0

Verifica-se que as dúvidas mais frequentes estão inclusas nas categorias c1 - contracepção de emergência e relato de uso e dúvida de eficácia; l - relacionamentos e namoro; e j - pílula anticoncepcional comum. Se somarmos todas as dúvidas sobre contracepção e gravidez e relação sexual de risco de gravidez [2,3% (b) + 22,2% (c1) + 0,9% (c2) + 4,3% (c3) + 0,3% (c4) + 0,9% (g) + 11,7 (j) + 5,3% (k)], obtém-se 47,9% do total, mostrando que o principal foco de metade das dúvidas do público internauta situa-se na dimensão da prevenção da gravidez.

As perguntas mais comumente feitas por internautas adolescentes e jovens estão exemplificadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Exemplo de Perguntas Enviadas pelo Público ao site *www.redece.org*, segundo as categorias temáticas de análise de maior frequência. Brasil, 2008 a 2010.

Temática/ Assunto	Exemplo de Questão
c 1 - Eficácia da Contracepção de Emergência, após relato de uso.	“Eu tomei a pílula Diad, numa certa hora, (ex: 21:00 hs e teria que tomar o outro comprimido as 9:00 da manhã, só que eu esquecia, e tomei as 18:00). Gostaria de saber quais são os riscos que eu corro para engravidar, e se tem algum problema ou não?”
c 2 - Efeitos colaterais da contracepção de emergência	“Eu sempre uso camisinha nas relações com a minha namorada. Mas às vezes ela estoura e eu já logo compro a pílula do dia seguinte, mas isso não ocorre com frequência... digamos que acontece uma vez a cada 3 ou 4 meses, e eu gostaria de saber quais são as consequências desta pílula, tem consequências graves?”
c 3 - Contracepção de emergência de quem pretende usá-la.	“Depois de 4 dias de ter esquecido de tomar o remédio tive relações sexuais sem proteção de barreira, porém com coito interrompido. Gostaria de saber qual a probabilidade de ter engravidado e se devo utilizar a pílula do dia seguinte.
c 4 - Efeito abortivo da contracepção de emergência.	“Gostaria de saber, se por um acaso a gravidez já estiver no segundo mês, ou seja, na 8ª semana de gestação e a parceira não souber, o uso da pílula do dia seguinte pode causar aborto?”
f - Corpo masculino – aspecto em geral anatomofisiológico.	“Enquanto estava a ter relações sexuais com a minha parceira rebentou-me um fio de pele que se situa entre a glândula e a pele, acha que há algum problema nisso?”
j - Pílula anticoncepcional comum.	“tomo a pilula há 4 (anos) aproximadamente, na última quarta feira esqueci-me de tomar a pilula, e ontem durante a tarde tive relações sexuais... o que faço?”
l - Relacionamentos e namoro.	“Se, por exemplo, eu discuti com ele ou aconteceu alguma coisa e ele não tá com vontade de fazer sexo e eu tô com vontade, o que posso fazer para ele querer?”
m - Violência física	“Sábado, ele aprontou outra, mas amanhã, tenho que voltar à Delegacia para dar continuidade no processo. Vou aproveitar e registrar um novo BO [Boletim de Ocorrência] por injúria. Agora ele vai ter que se explicar perante a Delegada. Não tenho mais medo.”

O Facebook da REDE CE foi alimentado com 100 postagens no período de agosto de 2013 a dezembro de 2014 e conta com 139 adolescentes e jovens que “curtiram” postagens e que, por isso, ficam cadastrados

recebendo automaticamente todas as nossas inserções na rede social em suas próprias páginas, servindo como replicadores de informação para seus conhecidos e amigos. Como é “aberto”, o Facebook da REDE CE pode ser visitado também por outras pessoas além das cadastradas, o que gerou uma corrente de acessos que somaram 17.000 visualizações das postagens no semestre, média de 283 visualizações por dia. As postagens versaram sobre matérias e discussões atuais sobre sexualidade, métodos contraceptivos e saúde sexual e reprodutiva, visualização para troca de materiais educativos e cartilhas e de boletins de informes produzidos pela própria REDE CE (Quadro 2).

Quadro 2 – Temáticas postadas no Facebook REDE CE

- Abortos
- Contraceção de Emergência: indicação, ação, efeitos colaterais
- Contraceção de Emergência: pesquisas sobre conhecimento e uso
- Distribuição da contraceção de emergência
- DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis)
- Informações sobre contraceção de emergência
- Informações sobre gravidez
- Menstruação
- Métodos contraceptivos em geral e planejamento reprodutivo
- Parto
- Sexualidade em Geral
- Vacinação contra o HPV

Discussão

As questões recebidas pelo site da REDE CE, bem como a verificação do Facebook e do acesso ao site, apontam uma diversidade de dúvidas dos internautas não específicas à contraceção de emergência. Estas dúvidas parecem surgir da prática cotidiana da sexualidade e estão ligadas a vários aspectos da vida em parceria, como relacionamentos afetivos, relações sexuais, violências, entre outros, principalmente de adolescentes e jovens. Isso leva a crer que espaços para orientação sobre sexualidade são necessários de forma mais interativa, principalmente para este público, tal como a que a internet possibilita, uma vez que materiais educativos tradicionais e

programas de divulgação expandem informação, mas não têm a possibilidade de interagir e, ao mesmo tempo, preservar a privacidade.

O caráter das dúvidas também sugere que o público internauta do site tem como foco a prevenção da gravidez. Se, por um lado, isto é esperado para um site cujo tema central é a contracepção; por outro lado, os relatos demonstram que doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive a aids, são lembradas no relato das relações sexuais apenas por aqueles que relatam possíveis sintomas de infecções.

As dúvidas de adolescentes e jovens apontam que as orientações familiares relativas à sexualidade ainda se mostram bastante restritas, principalmente quanto ao início da vida sexual destes, tema que, pelos relatos, parece ser evitado; portanto, configurando uma realidade em que a família não se apresenta como o espaço prioritário para a transmissão de informações técnicas sobre saúde sexual e reprodutiva, parecendo estar muito mais preocupada com a transmissão de valores morais para os filhos, conforme apontam outros autores (3, 7-8).

A contradição entre o que as bulas e alguns profissionais de saúde informam sobre o intervalo de ingestão dos comprimidos e o que de fato é preconizado a partir de 2010 gera confusão para o público, já que uma das perguntas mais frequentes foi justamente sobre se os comprimidos podem ser tomados juntos ou se devem ser tomados separados com um intervalo de 12 horas. Segundo o Ministério da Saúde, nas embalagens de contracepção de emergência com dois comprimidos, estes devem ser tomados juntos, como já orienta a prescrição da nova apresentação de marcas que adotam um só comprimido (16), embora bulas desatualizadas presentes nas embalagens dos medicamentos disponíveis no mercado brasileiro ainda orientam ingestão com intervalo de 12 horas entre ambas, o que promove esquecimentos e atrasos de uso e a redução de sua eficácia (16).

Estudos que analisaram as dúvidas de internautas sobre contracepção de emergência em outros países, como a Austrália (20), também demonstraram que, tal qual foi observado no site brasileiro, grande parte das questões continha dúvidas sobre aspectos básicos de sexualidade e saúde reprodutiva, como dúvidas sobre formas de evitar a gravidez, sobre a contracepção de emergência ser abortiva, o momento de utilizá-la, se

há necessidade de penetração para ocorrência de gravidez, etc. Segundo esses autores, a origem desses equívocos é diversa, não sendo possível identificar uma única causa.

Outro estudo realizado na França (12) apontou que as perguntas mais frequentes (38%) dos internautas estavam relacionadas à preocupação com efeitos físicos colaterais da contracepção de emergência, como hemorragia vaginal e distúrbios menstruais. Já as dúvidas recebidas dos profissionais de saúde estavam concentradas na necessidade de documentação adicional para aquisição da contracepção de emergência e explicações sobre seu mecanismo de ação, revelando a necessidade de capacitação e atualização desses profissionais.

Um terceiro estudo conduzido nos Estados Unidos (21) relatou que as principais dúvidas diziam respeito à ocorrência de efeitos colaterais, como sangramento após o uso da contracepção de emergência. Chamou a atenção dos autores que uma internauta perguntava se a ocorrência do sangramento era sinal do bom funcionamento do método ou de ineficácia quando não havia ocorrido. Este relato também apontava dúvidas sobre outros efeitos adversos ao uso do método, como náusea, inchaço, dores de cabeça, ganho de peso, ou interferência no desenvolvimento do feto (21).

Todos estes estudos apontam a tentativa comum de pesquisadores e profissionais de saúde em melhorar a deficiência de disponibilização de informações existentes entre a população sobre sexualidade, reprodução e contracepção de emergência, tanto no Brasil, quanto em países desenvolvidos e quanto ainda é necessário se avançar na melhoria do conhecimento sobre este método, mesmo em tempos de acesso fácil e rápido a informações, como no caso da internet.

Conclusões

Considerando a realidade descrita, o uso de estratégias de mídia digital como o Facebook ou um site dedicado à prestação de informações e esclarecimento de dúvidas sobre a contracepção de emergência mostra-se uma ferramenta útil para a população. Mídias eletrônicas têm sido de

grande valia para a promoção da saúde no que se refere a esclarecer dúvidas e fornecer orientações básicas sobre saúde sexual e reprodutiva, tendo como vantagem a garantia do anonimato, a possibilidade de linguagem informal e o uso em espaços privados ou domésticos que permitem a descrição, sem pudores de práticas afetivo-sexuais, que se constituem na intimidade de cada um.

Especificamente com relação a adolescentes e jovens, fica explícita a necessidade desses espaços de esclarecimentos, uma vez que a família não constitui, em muitos casos, elemento de diálogo e facilidade de esclarecimentos sobre os temas relativos à sexualidade e à contracepção.

As dúvidas dos internautas brasileiros apontam a necessidade e foco na abordagem da sexualidade, mas principalmente de carência de informações sobre o início de práticas sexuais protegidas, demonstrando a necessidade de acesso a estratégias de prevenção da gravidez não planejada. Nesse sentido, a contracepção de emergência é abordada como uma preocupação central, e a busca de informações sobre seu funcionamento e eficácia são pautadas com frequência pelo público, principalmente adolescente e jovem, e está mais preocupado em reduzir seu risco de gravidez vivido, futuro e hipotético e discutir apenas questões relativas a esse uso que possa impactar em seu cotidiano ou consciência, como a dúvida de que o método possa ser utilizado com frequência, o receio de que seja abortivo e possa causar efeitos colaterais ou constituir-se em ação negativa do ponto de vista religioso/moral ou legal.

Esse público tem extrema dificuldade em somar a prevenção contraceptiva à prevenção de DST e aids. Por isso, o foco da informação deve priorizar a abordagem integral do problema, embasando as mudanças relativas à sexualidade, as expectativas de comportamento de ambos os sexos e a necessidade de prevenção de gravidez conjunta com a prevenção de DST/aids, para que não haja indução e uso errôneo ou repetido da contracepção de emergência. Assim, a internet facilita o alcance de informações necessárias, práticas e fundamentais.

Referências

1. ALVES, S. V.; LUDEMIR, A. B.; RIBEIRO, C. *Diagnóstico da contracepção de emergência na rede municipal de saúde do Recife*. Recife: Grupo Curumim, 2004. Disponível em: <http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/Diag_Contracepcao.pdf>.
2. BAPTISTA, D. M. A utilização da internet como ferramenta indispensável na busca contemporânea de informação: alguns aspectos relevantes. *Informação & Informação*, Londrina, v.12, n.1, jan 2007. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1754>>
3. BORGES, A.L.V.; NICHATA, L.Y.I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.14, n.3, p.422-427, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a17.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
4. BORGES, A.L.V. et al. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.816-826, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400023>. Acesso em: 15 abr. 2016.
5. BORGES, A.L.V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.499-507, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/16.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. *Relatório*. Brasília: MS/SC&TIE, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_pnds_2006.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.
7. CANO, M. A. T.; FERRIANI, M. G. C. A família frente à sexualidade dos adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.13, n.1, p.38-46, 2000. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/>>

wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=677&indexSearch=ID>. Acesso em: 15 abr. 2016.

8. DIAS, A.C.G.; GOMES, W.B. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.4, n.1, p.79-106, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v4n1/a06v04n1.pdf/lsearch=%22a%20fam%C3%ADlia%20da%20adolescente%20gravida%22>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
9. FIGUEIREDO, R.; ANDALAFT NETO, J. Uso da Contracepção de emergência e camisinha ente adolescentes e jovens. *Revista da SOGIA-BR*, São Paulo, v.2, n.6, p.4-6, 2005. Disponível em: <<http://redece.org/Artigo%20Figueiredo%20e%20Andalafti%20AMPLIADO.pdf>>. Acesso em: 15 abr 2016.
10. FIGUEIREDO, R.; BASTOS, S.; TELLES, J. T. Profile on the Free Distribution of Emergency Contraception for Adolescents in São Paulo's Counties. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v.22, n.1, p.1-15, 2012. Disponível em: <<http://www.redece.org/artigo%20ce%20municipios%20adolescentes.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
11. FIGUEIREDO, R. et al. *Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência por adolescentes do município de São Paulo: estudo com estudantes de escolas públicas de Ensino Médio*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. Disponível em: <<http://redece.org/Artigo%20Figueiredo%20e%20Andalafti%20AMPLIADO.pdf>>. Acesso em: 15 abr 2016.
12. GAINER, E. et al. Surfing on the morning after: analysis of an emergency contraception website. *Contraception*, v.67, n.3, p.195-199, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12618253>>. Acessado em: 15 abr. 2016.
13. GOMES, E.S. Brasil é o 2º país com mais usuários que entram diariamente no Facebook. In : *Globo.com*. Tecnologias e games. São Paulo, 12 set. 2013. [plataforma *on line*]. Disponível em: <<http://g1.globo.com/tecnologia/noticia/2013/09/brasil-e-o-2-pais-com-mais-usuarios-que-entram-diariamente-no-facebook.html>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

14. HATCHER, R. A. et al. *Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção: um manual para pessoal clínico*. Baltimore (EUA): Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, 2001. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-598062>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
15. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2013*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual da anticoncepção de emergência: perguntas e resposta para profissionais da saúde*. Brasília, DF, 2011. 46p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos uma prioridade do governo*. Brasília, DF, 2005. 24p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.
18. REDE CE – Rede Brasileira de Promoção de Informação e Disponibilização da Contraceção de Emergência. *Site REDE CE*. [Internet]. Disponível em: <<http://www.redece.org>>.
19. TIC KIDS ONLINE BRASIL 2012. *Pesquisa sobre o uso da Internet por crianças e adolescentes*. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2013. [livro eletrônico] Disponível em: <<http://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic-kids-online-2012.pdf>>.
20. WYNN, L. L.; FOSTER, A. M.; TRUSSELL, J. Can I get pregnant from oral sex? Sexual health misconceptions in e-mails to a reproductive health website. *Contraception*, v. 79, n. 2, p. 91–97, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19135564>>
21. WYNN, L.; TRUSSELL, J. The morning after on the internet: usage of and questions to the emergency contraception website. *Contraception*, v.72, n.1, p.5-13, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15964285>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

Siglas e Abreviaturas Utilizadas

AE	anticoncepción de emergência (contraceção de emergência)
COCs	Yuzpe method of combined oral contraceptives (método de combinação de contraceptivos orais Yuzpe)
CDER	Centro de Avaliação e Pesquisa de Drogas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLAE	Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (Consórcio Latino-americano de anticoncepção de emergência)
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DIU	dispositivo intrauterino
DST	doenças sexualmente transmissíveis
EC	emergency contraception (contraceção de emergência)
ASEC	American Society for Emergency Contraception (Sociedade Americana de Contraceção de Emergência)
ECEC	The European Consortium for Emergency Contraception (Consórcio Europeu de Contraceção de Emergência)
CONICET	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conselho Nacional de Investigações Científicas e Técnicas), da Argentina
ECPs	emergency contraceptive pills (pílulas anticoncepcionais de emergência - PAE)
EMA	European Medicines Agency's
EU	European Union (União Europeia)
FDA	Food and Drug Administration (Agência de Drogas e Medicamentos)
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HIV	human immunodeficiency virus (imunodeficiência adquirida humana)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICEC	International Consortium for Emergency Contraception (Consórcio Internacional de Contraceção de Emergência)
ISP	Instituto de Salud Pública de Chile (Instituto de Saúde Pública do Chile)
IUD	copper-bearing intrauterine device (DIU)
LGBTI	lesbianas, gays, bissexuais, trans e intersex (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e intersexos)
LH	hormônio luteinizante
NEPAIDS/USP	Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	organizaciones no gubernamentales (organizações não governamentais)
ONU	Organização das Nações Unidas
PAE	píldora anticonceptiva de emergencia (pílula anticoncepcional de emergência)
PDL	Projeto de Decreto Legislativo
PL	Projeto de Lei
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
REDE CE	Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contraceção de Emergência

SBRH	Sociedade Brasileira de Reprodução Humana
STI	sexually transmitted infection (infecções sexualmente transmissíveis)
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	ulipristal acetate (acetato de ulipristal)
UN	United Nations (Nações Unidas)
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

