Contracepção de Emergência:

atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégias de DST/AIDS

Regina Figueiredo
Silvia Bastos

Contracepção de Emergência:

atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégias de DST/AIDS

INSTITUTO DE SAÚDE

Instituto de Saúde
Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo – SP CEP: 01314-000
www.isaude.sp.gov.br
Ano 2008

Contracepção de Emergência

Atualização, Abordagem, Adoção e Impactos em Estratégias de DST/AIDS

ISBN 978-85-88169-13-5 Contracepção de emergência - atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégia de DST/AIDS

Elaboração: Regina Figueiredo e Silvia Bastos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Contracepção de emergência - atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégia de DST/AIDS / Regina Figueiredo e Silvia Bastos. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.
52p.

ISBN 978-85-88169-13-5
1. AIDS 2. Planejamento Familiar 3. Prevenção de Aids I. Figueiredo, Regina.

Instituto de Saúde
Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo – SP CEP: 01314-000
www.isaude.sp.gov.br
Ano 2008

Sumário

Apresentação 5

1. Contracepção de Emergência no Marco dos Direitos Sexuais e Reprodutivos 7

1.1 Gravidez não-planejada 7

1.2 Abortos 10

1.3 Esterilização Feminina 11

1.4 Baixa Utilização do Preservativo na Prevenção das DST/AIDS 12

1.5 Interface de Contracepção de Emergência com DST/AIDS – enfoque ne interconexão temática 13

2. Implementação da Contracepção de Emergência em Serviços Públicos Brasileiros 14

3. Alternativa Contraceptiva: o que é contracepção de emergência 16

3.1 Mecanismo de Ação 16

3.2 Eficácia, Segurança e Dosagens 17

3.3 Risco do Uso Repetido da Contracepção de Emergência 21

3.4 Efeitos Colaterais e Cuidados 23

4. Uso de Preservativo e Contracepção de Emergência:mulheres adultas 24

4.1 Principais Resultados de Estudos 24

4.2 Conclusões do Estudo com Mulheres Adultas 25

4.3 Material Informativo para Mulheres sobre Contracepção de Emergência em Consonância à Prevenção de DST/AIDS 26

5. Uso de Preservativo e Contracepção de Emergência: adolescentes e jovens.....31

5.1 Principais Resultados de Pesquisas Comportamentais no Brasil 32

5.2 Conclusões dos Estudos com Adolescentes e Jovens.....33

5.3 Material Informativo para Adolescentes e Jovens sobre Contracepção de Emergência 33

6. Mulheres com HIV/AIDS, Risco de Gravidez e Importância da Contracepção de Emergência.....38

6.1 Principais Resultados 38

6.2 Conclusões do Estudo com Mulheres afetadas por HIV/AIDS 39

7. Recomendações para a Introdução da Contracepção de Emergência em Ações de DST/AIDS.....41

7.1 Divulgação de Informação da Contracepção de Emergência.....41

7.2 Mensagens Chave 42

7.3 Distribuição 43

Referências Bibliográficas.....45

Apresentação

Este material toma por base e amplia a publicação "Contracepção de Emergência: alternativa contraceptiva em tempos de DST/AIDS"[1], atualizando sínteses de pesquisas envolvendo contracepção de emergência, produzidas sobre o método no Brasil, de 2000 a 2008.

Seu objetivo é embasar profissionais que atuam com DST/AIDS com informações sobre contracepção de emergência – método denominado popularmente de "pílula do dia seguinte", vendido em farmácias brasileiras desde 1998, que hoje tem saída de mais de 8.000.000 doses anuais – temática ainda de pouco domínio entre profissionais.

Procura assim, subsidiar, não apenas orientações sobre o tema nas ações de prevenção de DST/AIDS, mas também a forma de sua inclusão em orientações e, até, no fornecimento do método em ações de Saúde Sexual e Reprodutiva, voltadas ao público hetero e bissexual.

[1] NEPAIDS/USP, 2000.

1. Contracepção de Emergência no Marco dos Direitos Sexuais e Reprodutivos

A contracepção de emergência representa mais um Direito Sexual e Reprodutivo, pois oferece opção de prevenção à gravidez não-planejada, sendo um método amplamente estudado e aprovado com respeito à eficácia e segurança, sendo legítima a sua divulgação e acesso para todas as mulheres e casais.

Esse método, única opção contraceptiva pós-coito, contribui para a redução de série de problemas que afetam a Saúde Sexual e reprodutiva feminina:

1.1 Gravidez não-planejada

A gravidez não-planejada ocorre em todos os estratos socioeconômicos de nossa população. No país, independentemente das gravidezes subseqüentes ao estupro, cerca de, 25% das mulheres engravidam sem desejar e destas, 50% realizam aborto provocado1. Em 2000, foram registradas 247.884 internações por aborto em hospitais pagos pelo SUS, dos quais 67 com desfecho de óbito (Ministério da Saúde, 2004). Tais abortos relacionam-se a 5% das mortes maternas, que tem coeficientes muito elevados no país, de 34,79 mulheres por 100.000 nativivos (DATASUS, 2008).

No entanto, a conseqüência mais negativa ocorre nas parcelas mais vulneráveis, pela falta de condições socioeconômica adequadas, ou seja, entre mulheres pobres, na maioria da população, negras ou pardas e, também, entre adolescentes.

Os principais motivos para a ocorrência da gravidez não-planejada são: a falta de orientação sexual e afetiva às jovens e mulheres adultas, a não disponibilidade gratuita do conjunto de métodos contraceptivos cientificamente comprovados para a população e a condição ilegal do aborto, exceto em casos de estupro e risco de morte para a mãe.

1.1.1 Gravidez entre Adolescentes

Os altos índices de gravidez indesejada, abortamento e morbimortalidade materna, incluem a população jovem que, segundo estudo divulgado pela UNICEF (2002), mantém relações sexuais (33%), desses têm a experiência da gravidez (16%), dos quais vivem a maternidade (13%) e também de abortos (29%), não obstante. se observar um uso significativo do preservativo masculino (51%). Segundo outros estudos (Andalaft Neto, 2003), tais experiências decorrem da demora de adesão ao uso de métodos contraceptivos: a utilização de métodos contraceptivos ocorre, em média, um ano após o inicio da prática sexual em jovens e a gravidez ocorre, em geral, nos primeiros seis meses. Não por acaso, entre os nascidos vivos registrados no Brasil, 22,63% são filhos de meninas entre 15 e 19 anos, que é um alto índice de gravidez na adolescência (Ministério da Saúde, 2004).

Considerando tais índices e os transtornos na vida educacional, socioeconômica, mas principalmente afetiva e familiar dessas adolescentes, é necessário planejar ações para reduzir ao máximo tais problemas.

Em primeiro lugar, considera-se fundamental reconhecer a prática sexual entre adolescentes em nossa sociedade, independente da legitimidade ou desejo adulto. Dessa forma, torna-se indispensável desenvolver estratégias que permitam a prevenção da gravidez não-planejada nesta população através da estruturação de programas de Educação Sexual, disponibilidade de contraceptivos, em especial, do preservativo masculino e feminino e orientar quanto a possibilidade de contracepção pós-coito quando não houver uso de contracepção primária (antes ou na hora da relação sexual).

1.1.2 Gravidez Causada por Estupro ou Violência Sexual

Apesar da falta de dados gerais sobre a violência sexual no país e de sua sub-notificação, alguns estudos assinalam a grande ocorrência de estupros, apenas em 1995, a Secretaria de Segurança Pública do Rio de Janeiro registrou 3 estupros de meninas a cada dois dias, totalizando 45 estupros por mês , ou seja 540 estupros naquele ano07. Pode-se considerar este número baixo baixa pela falta de denúncia dessas ocorrências e supõe-se que existam cerca de 540 estupros por mês nos estados populosos. Segundo levantamentos recentes (IPAS, 2004), até julho de 2001,

as ocorrências de estupro haviam acarretado a realização de 17.787 procedimentos de abortamento legal em 24 hospitais autorizados a realizar tal prática .

Infelizmente, a legislação brasileira só prevê a interrupção da gravidez indesejada no primeiro caso e na sedução sexual de meninas menores de 14 anos. Nos demais casos, a ocorrência de gravidez indesejada se consolida ou induz à prática de abortos provocados, pondo em risco a saúde física e mental da mulher.

O uso da contracepção de emergência é feito em diversos serviços que prestam socorro às mulheres violadas sexualmente. Andalaft registrou redução de até 60% da necessidade de procedimentos abortivos após a inclusão da contracepção de emergência, em 2003, nos serviços que as atenderam (Folha de São Paulo, 2004). Porém, considera-se que em muitas regiões ainda seja necessária a sua inclusão e expansão, assim como a realização do atendimento dessas mulheres sem a necessidade de laudos policiais.

1.1.3 Gravidez Não-Planejada entre Negras e Pardas

Considerando que as negras e pardas (45% da população brasileira, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, 1999), são maioria nas classes mais baixas da população, portanto com baixa escolaridade e renda e menor acesso a serviços de cuidados à saúde. Também são as mais afetadas na sua saúde sexual e reprodutiva. O seu menor acesso aos diferentes contraceptivos decorrentes da insuficiência e baixa qualidade dos serviços de saúde contribui para casos de gravidez indesejada e, conseqüentemente, em abortos provocados, e que na maioria das vezes, em razão de seu baixo poder aquisitivo, são realizados em péssimas condições. Isso acarreta mais complicações e casos de morte mais numerosos que entre mulheres brancas.

Além do aspecto físico, acredita-se que outros fatores como a menor aceitação de filhos com mulheres negras em relações inter-étnicas (Pinto, 1998), a maior discriminação e, portanto, pior recepção, tratamento e acompanhamento pelos profissionais de serviços públicos de saúde, são elementos relevantes para a maior morbidade das negras e pardas que engravidam sem intenção.

A melhoria da situação socioeconômica dos negros brasileiros, apontada nas últimas pesquisas (Folha de São Paulo, 2008), bem como a inclusão do quesito cor/raça nos registros de saúde, permitem realizar um acompanhamento histórico das vulnerabilidades e melhorias das estatísticas de agravos que atingem esta parcela da população.

1.1.4 Gravidez Não-Planejada entre Soropositivas por HIV ou com AIDS

Por causa da epidemia de AIDS, torna-se necessário fazer observações sobre mulheres afetadas pelo HIV e que estejam conscientes de seu estado sorológico; a um só tempo, saliente-se o direito que têm à maternidade, igualmente a todas as outras mulheres que assim desejarem.

Os serviços de acompanhamento de soropositivas ou com sintomas de AIDS, têm orientado a utilização do preservativo masculino como método contraceptivo. Essa indicação procura prevenir não apenas a infecção de parceiros, mas também a própria mulher, de forma a não aumentar sua carga viral, desencadeando o agravamento ou aparecimento de sintomas da AIDS.

Apesar dessa recomendação, que muitas vezes vem acompanhada com a orientação de uso da pílula anticoncepcional, verifica-se um alto índice de gravidez entre as mulheres afetadas do vírus da AIDS. Em especial, a preocupação recai sobre aquelas cuja gravidez é indesejada e/ou possa causar agravos no seu estado de saúde. Considera-se que, em muitos casos, a recomendação de prevenção contraceptiva com preservativo não tem tido adesão (pelo menos não em todas as relações sexuais). Desta forma, a possibilidade de prática contraceptiva pós-coito, quando houver recusa do parceiro ao uso da preservativo, ou mesmo a não adesão voluntária ao seu uso, é vista como complemento ao ainda limitado conjunto de opções contraceptivas oferecidas às mulheres nos serviços de saúde, em contradição com o que é um direito de todos.

1.2 Abortos

Como decorrência inevitável da gravidez indesejada está o elevado número de abortos no país, de 1 a 1,2 milhão por ano, o que constitui na quinta causa de internação no Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde,

2008). Por causa da ilegalidade de sua realização (exceto para estupro e risco de morte da mulher), a maioria deles é realizada em condições precárias, culminando em complicações e até na morte da mulher.

Dados apontam que o aborto é responsável por 9% das mortes maternas e 25% de casos de esterilidade por causa tubária. Dos abortos realizados, cerca de, 5,3% estão na faixa entre 10 a 15 anos (Ministério da Saúde, 2008).

Entre as práticas mais utilizadas para a indução do aborto no país, está o uso de misoprostol, uma prostaglandina aprovada de início para prevenir úlceras gástricas entre pessoas que faziam uso de remédios analgésicos e para artrite e que podem provocar úlceras gástricas. As prostaglandinas têm emprego na indução do trabalho de parto e no abortamento, por isso o produto de marca *Cytotec* passou a ser usado irregularmente por venda em farmácias para finalidade abortiva e que também se encontra no mercado clandestino. Em 1990, perto de 70% das mulheres internadas com diagnósticos relacionados a abortos provocados informaram o uso deste produto (Costa, 1998). Esta importante mudança no aumento da utilização de misoprostol, quando feita em serviço médico, é muito efetiva, embora, quando autoadministrado e sem acompanhamento adequado, é menos eficaz e pode resultar em necessidade de internação para tratamento de complicações (Singh, 2007).

1.3 Esterilização Feminina

Os casos de gravidez indesejada e de abortos levam as mulheres a procurarem opções contraceptivas de alta eficácia. O país se destaca pelos índices de esterilização cirúrgica feminina, onde, 40,1% das mulheres unidas sob parceria heterossexual e 27,3% da população feminina geral estão esterilizadas (BEMFAM, 1996).

Os altos indíces de esterilização feminina revelam a preocupação feminina com o número de filhos e o ônus que elas vêm carregando com relação à responsabilidade pela concepção e pelo contrôle da fertilidade do casal. A um só tempo, assinala o descaso das autoridades públicas que oferecem opções limitadas às mulheres, levando-as a procurar a contracepção definitiva e por meio de intervenção cirúrgica que é invasiva e de difícil reversão.

1.4 Baixa Utilização do Preservativo na Prevenção das DST/AIDS

Pesquisas têm apontado o baixo índice de utilização métodos de barreira entre brasileiras em situação de parceria fixa (Santos, 2002). Em 1996, estudos já demonstravam que o uso de preservativos era de 4,3% e o diafragma não chegava a 1% entre as mulheres em idade reprodutiva que utilizam método contraceptivo (BEMFAM, 1996).

No entanto, o conhecimento do preservativo atualmente chega a 100%, inclusive entre jovens (Figueiredo *et al.,* 2008). A sua utilização por este público, porém ainda não é feita em 37% dos casos e, geralmente, entre pessoas com parceria fixa há "migração" para o uso da pílula anticoncepcional (Figueiredo e Andalaft, 2005; Figueiredo *et al*., 2008).

Tal aumento do uso de preservativo se deve à disseminação da ameaça da AIDS e da propagação de campanhas e programas preventivos, além da visualização do preservativo como uma opção contraceptiva possível, como se observa entre adolescentes (Figueiredo *et al.,* 2008).

Com o aumento da transmissão heterossexual em mais de 22 pontos percentuais, na década de 1990, (Ministério da Saúde, 1999), houve gradativamente uma diminuição da proporção de casos masculino/feminino para 2:1 na cidade de São Paulo (DATASUS, 2008), tornando indispensável maior preocupação com a prevenção da doença entre as mulheres, nos homens heterossexuais e nos homossexuais.

O crescimento dos casos da doença entre mulheres com parceria fixa aponta para a necessidade de associação do preservativo com a prevenção da gravidez diretamente, para ampliar o seu uso, já que entre os motivos de recusa do uso da camisinha entre as mulheres, a falta de confiança contraceptiva apareceu como segundo fator (Figueiredo e Peña, 2000).

Em vista dessas considerações, realça-se a possibilidade de divulgação da contracepção de emergência como recurso secundário (para casos de rompimento, vazamento ou deslocamento do preservativo durante a relação sexual), além do enfoque de uso correto da contracepção de emergência e dos riscos envolvidos em seu uso abusivo, principalmente entre adolescentes, para que não "aprendam", nem recomendem, seu uso incorreto entre seus conhecidos – forma de informação entre errônea "pares", confirmada por pesquisas que apontam que 73,6% dos usuários sabem do método por outro adolescente (Figueiredo *et al.,* 2008).

1.5 Interface de Contracepção de Emergência com DST/ AIDS – enfoque ne interconexão temática

A importância da compreensão da problemática da contracepção de emergência em ações relativas à DST/AIDS é essencial, na medida em que as políticas de contracepção e de Planejamento Familiar dizem respeito diretamente às ações com mulheres adultas e adolescentes. Esse aspecto se faz presente, tanto na prevenção primária à infecção por essas doenças e incentivo ao uso de preservativos, como método de prevenção, mas também na orientação e atenção aos portadores de HIV/AIDS.

Cabe esclarecer sobre a contracepção de emergência:

- pode ser complemento à prevenção e ao uso de preservativos;
- as consequências que pode ter nas usuárias que a adotarem de modo incorreto;
- a garantia de direito de regulação da fertilidade pela mulher infectada por HIV;
- como, quando e onde propagar e oferecer este recurso.

2. Implementação da Contracepção de Emergência em Serviços Públicos Brasileiros

O primeiro empenho do governo, ao incluir a contracepção de emergência entre os métodos contraceptivos regulamentados e disponíveis no país, fez parte do cenário crescente de conquistas dos Diretos Sexuais e Reprodutivos ampliação almejada em reformas políticas, porém não se efetivaram em ações práticas de saúde (Figueiredo, 2004). Os serviços públicos iniciaram a introdução do método apenas a partir de 2000, na estratégia de redução de gravidez indesejada decorrente de estupro, em Serviços de Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência Sexual (59 desses serviços foram equipados com este método).

Posteriormente, o Ministério da Saúde abriu cadastro para municípios interessados, e aumentou-se a oferta contraceptiva, quando 439 deles se inscreveram para a obtenção do insumo e dispensa em serviços básicos (Figueiredo, 2005). Essa estratégia de distribuição da contracepção de emergência para serviços em geral, vem seguindo as metas de Planejamento Familiar redefinidas em 2002 pela Coordenação Nacional de Saúde da Mulher, com objetivo de reduzir a diminuição da prática de esterilização cirúrgica feminina (considerada abusiva no país), bem como os índices de aborto provocado, através do acesso a métodos contraceptivos, que passaram a ser entregues diretamente aos municípios (Ministério da Saúde, 2004). A contracepção de emergência é a opção de prevenção ao aborto, a única para uso pós-coito, definida como método de complemento aos métodos contraceptivos de uso regular e estratégica pela possiblidade de repercutir decisivamente na resolução de graves problemas de saúde pública, como a mortalidade materna, muitas vezes, conseqüente da gravidez não-planejada e do aborto provocado e inseguro (Ministério da Saúde, 2005).

Com o desenvolvimento desta política, a oferta vem crescendo: em 2003, o Ministério da Saúde fez envio de 120.000 doses para aproximadamente 2.000 cidades (Folha de São Paulo, 2004); em 2005, sua distribuição atingiu praticamente todo o país, 352.000 doses integrando o conjunto básico de métodos contraceptivos, enviados a todos os 5.223 municípios com Programas de Saúde da Mulher e/ou Saúde da Família (Folha de São Paulo,

2005). Além da distribuição do insumo o Ministério da Saúde distribuiu manuais técnicos atualizados de Planejamento Familiar para 4.920 municípios (Figueiredo, 2004) e, em 2005, editou um manual específico sobre a contracepção de emergência, orientando sua prescrição, esclarecendo dúvidas e atualizando profissionais e serviços de saúde, que está em fase de distribuição (Ministério da Saúde, 2005).

Em 2006, o Ministério da Saúde enviou 292.490 doses do método. Só no estado de São Paulo, foram beneficiados 154 municípios com 57.558 doses (Ministério da Saúde, 2007).

A distribuição do produto, assim como de materiais técnicos-informativos, não resultou em nenhum acompanhamento até o momento na execução da política em âmbito municipal; a um só tempo, as secretarias estaduais de saúde não receberam orientações claras de acompanhamento e avaliação da política o que tem gerado falta de orientação aos municípios sobre suas competências. Especificamente no Estado de São Paulo, a Secretaria da Saúde até o momento não emitiu orientações sobre formas de divulgação, distribuição ou entrega da contracepção de emergência; seus municípios têm adotado diferentes estratégias para esta política e na maior parte das vezes desconhecidas e praticamente sem coesão com políticas estaduais de Planejamento Familiar, Prevenção de DST/AIDS e de Educação, e despertam reações desencontradas de profissionais de áreas distintas (Figueiredo e Bastos, 2008).

3. Alternativa Contraceptiva: o que é contracepção de emergência

A contracepção de emergência é opção contraceptiva que utiliza doses concentradas de hormônios sintéticos já usados em pílulas anticoncepcionais orais comuns à base de etinil-estradiol e levonorgestrel[1].

Emprega-se em vários países, incluindo o Brasil, constando nas normas de Planejamento Familiar desde 1996 (Ministério da Saúde, 1996). Como o método não interrompe gravidez já estabelecida, ou seja, não causa aborto, sua utilização é legal, mas de acordo com o Ministério da Saúde, só deve ser utilizada mediante prescrição médica.

O método é considerado um contraceptivo de segunda geração derivado da progesterona e da 19-nortesterona e está disponível em dose única (sob diversas marcas comerciais) de 2 comprimidos orais de levonorgestrel 0,75 e, atualmente, também em apenas 1 comprimido – uma vez que estudos divulgados na I Conferência Latinoamericana de Contracepção de Emergência, realizada em 2002 no Equador, demonstraram que o efeito de um dose de 1,5mg equivale a 2 doses de 0,75 mg de levonorgestrel com intervalo de 12 horas .

3.1 Mecanismo de Ação

A contracepção de emergência é a única forma de prevenção à gravidez utilizável depois de relação sexual. O método funciona interrompendo o ciclo reprodutivo da mulher, ou seja, alterando os fenômenos biológicos que culminam com a concepção.

A contracepção de emergência atua principalmente inibindo ou retardando a ovulação e prejudicando a mobilidade dos espermatozóides no útero, por isso seu efeito é anterior à fecundação (Ministério da Saúde, 2005).

A suposição de terceira forma de ação de que método impediria

[1] A inserção de um DIU (dispositivo intra-uterino) de cobre tipo T, até cinco dias da relação sexual desprotegida, também funciona como método de emergência, mas é menos utilizado por ser técnica invasiva do corpo feminino e ter efeitos adversos mais sérios. Essa brochura divulga apenas o método de emergência com base na anticoncepção hormonal, única forma incluída nas normas de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde (CONSÓRCIO PARA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA, 1996).

a implantação do óvulo fecundado nas paredes do útero **foi descartada** desde 2004, pela realização de diversos estudos (Ministério da Saúde, 2005). Esta atuação na nidação do óvulo, de qualquer forma, não seria considerada abortiva pelas normas científicas adotadas internacionalmente que consideram o início da gravidez somente com a implantação completa do ovo fertilizado na parede uterina.

O mecanismo de ação que resulta na prevenção da gravidez se dá conforme o momento do ciclo menstrual em que a mulher utiliza o método de emergência. Como o processo de fertilização, por causa da sobrevida dos espermatozóides, pode levar até 120 horas após da relação sexual, a contracepção de emergência deve ser utilizada nesse período de, no máximo, cinco dias (Ministério da Saúde, 2005).

Caso se inicie a implantação do óvulo fecundado nas paredes do útero, que ocorre normalmente 5 dias depois da fertilização, **o método é ineficaz e não provoca** seu descolamento, nem o descolamento das paredes do endométrio, portanto não é abortivo; a um só tempo seu uso não provoca danos ao feto que esteja em desenvolvimento, nem à gravidez.

Assim, com o uso do método é necessário esperar a vinda da menstruação, que geralmente vem próxima à data prevista sem o emprego do método, porém em 25% das mulheres pode ser antecipada ou retardar alguns dias. Como a contracepção de emergência não previne a gravidez para as relações que ocorram depois de seu uso, é indispensável a utilização de outras formas de contracepção para a prevenção da gravidez nas relações sexuais posteriores ao emprego deste método, até que a menstruação ocorra.

3.2 Eficácia, Segurança e Dosagens

A eficácia da contracepção de emergência não tem sido tão estudada como a dos outros métodos anticoncepcionais. Nos últimos anos, vários estudos avaliaram a eficácia deste método, com resultados, às vezes, conflitantes.

Também deve ser considerado, tomando em conta a possibilidade de uma mulher engravidar após de único coito, que é de cerca de 8%; e, levando em conta esse valor como base, são calculadas as gravidezes evitadas pela

contracepção de emergência. Com esse sistema de cálculo, a maioria dos estudos estabeleceu que o índice de proteção à gravidez com uso do método é de 99,6% se administrado nas primeiras 24 horas depois da relação sexual em que risco de gravidez, com, cerca de 98,9% de eficácia no uso até as primeiras 72 horas (3 dias) (Task Force on Postovulatory Methods on Fertility, 1998).)

A Organização Mundial da Saúde fez estudo multinacional para obter dados mais confiáveis sobre a eficácia da contracepção de emergência (Task Force on Postovulatory Methods on Fertility, 1998). O estudo realizado com mulheres, que receberam o método, demonstrou de maneira mais precisa, a eficácia do método e a influência do período de tempo quanto a eficácia.

A Tabela 1 mostra os índices de gravidez segundo tempo de uso da contracepção de emergência.

Tabela 1. Porcentagem de gravidez segundo tempo de ingestão de contracepção de emergência

Tempo de Uso	% de Gravidez	RR (IC 95%)
Até 24 horas	0,4	0,23 (0,05-1,24)
25 a 48 horas	1,2	0,29 (0,10-0,87)*
49 a 72 horas	2,7	0,57 (0,19-1,75)
Em Todos os Casos	1,1	0,36 (0,18-0,70)*

Fonte: Task Force on Postovulatory Methods on Fertility, 1998).

Com base na tabela de Wilcox, calculou-se a eficácia, levando em consideração o tempo de utilização (Tabela 2):

Tabela 2. Eficácia de ambos métodos segundo tempo de ingestão

	Levonorgestrel	
Até 24 horas	95%	
25 a 48 horas	85%	
49 a 72 horas	58%	
Em Todos os Casos	85% (74-93)	RR 0,34 (0,15-0,69)*

Fonte: Task Force on Postovulatory Methods on Fertility, 1998).

Estudos realizados entre 2002 e 2004 demonstraram que a utilização do método até 120 horas (5 dias) após de relação sexual, ainda apresenta sucesso, porém com baixa eficácia (menos de 15% no quarto e quinto dia), por isso e pela sua serventia de uso de emergência a Organização Mundial da Saúde, bem como o Ministério da Saúde estenderam a recomendação de uso até este período, como última opção para evitar-se uma gravidez não-planejada (OMS, 2006; Ministério da Saúde, 2005).

É importante ressaltar que análise secundária realizada pela OMS (Task Force on Postovulatory Methods on Fertility, 1998), mostra que a possibilidade de engravidar é 50% maior em cada período de 12 horas, em comparação com o período anterior. Em palavras simples, se uma mulher tomar a contracepção de emergência entre 12 e 24 horas tem 50% mais de probabilidade de engravidar do que nas primeiras 12 horas. A tendência persiste em todos os períodos.

Dosagens:

Até o momento, as apresentações de levonorgestrel de dose única (1,5mg) ou de duas doses (0,75mg cada) requerem prescrição médica no Brasil, e estão denominadas sob marcas (Postinor, Pozzato, Mini-Pil, Diad, Poslov, Nogravide, Prevyol, Pilem). No entanto, é provável que as empresas farmacêuticas, a médio e longo prazo, farão a produção da versão genérica.

Administração de doses de levonorgestrel:

- Dose única de 1 comprimido → para ingestão logo que possível, depois da relação sexual de risco.
- Dose de 2 comprimidos → ingestão dos 2 comprimidos juntos, logo que possível, depois da relação sexual de risco, uma vez que a OMS reconhece que o efeito é o mesmo que ingeridos separadamente.

Fonte: Ministério da Saúde, 2005; OMS, 2006.

Outra forma de se obter a dose necessária de contracepção de emergência é o uso de pílulas anticoncepcionais orais comuns, à base de hormônios sintéticos (progestogênio associado, ou não, com estrogênio. Considera-se que em razão de eventual falta das doses únicas, em serviços de saúde pública, do preço elevado da dose única vendida em farmácias e da possibilidade da falta da dose única em várias regiões do país, é indispen-

sável a divulgação da forma alternativa de utilização deste método, denominado Yuzpe (Ministério da Saúde, 1996).

No caso do uso de pílulas anticoncepcionais orais comuns, é necessária a utilização de mais comprimidos, para que a quantidade da substância tenha o efeito esperado. Assim, como existem no mercado vários tipos de pílulas anticoncepcionais orais, com composições diferentes, é necessário seguir a seguinte orientação:

Dose Preparada à Base de Pílulas Anticoncepcionais

Orais Comuns:

Pílulas de Baixa Dosagem:

- Marcas Nacionais Disponíveis Atualmente: NORDETTE®
  CICLO 21®
  MICROVLAR®
  LEVORDIOL®

Forma de Uso:

- 1ª dose (2 comprimidos) → tomada logo que possível, depois da relação sexual de risco

- 2ª dose (2 comprimidos) → tomada 12 horas depois da primeira dose*.

Pílulas de Média Dosagem:

- Marcas Nacionais Disponíveis Atualmente: NEOVLAR®
  EVANOR®
  NORMAMOR®

Forma de Uso:

- 1ª dose (4 comprimidos) → tomada logo que possível, após a relação sexual com risco de gravidez

- 2ª dose (4 comprimidos) → tomada 12 horas depois da primeira dose*.

* O uso de doses separadas por intervalos de 12 horas tem o propósito de reduzir os efeitos adversos de mal-estar temporário provocado pelo estrogênio (inexistente na dose única que contém apenas progestogênio), como enjôo, vômitos e dores de cabeça; também pelo mesmo motivo é indicada a ingestão das doses com alimentos.

3.3 Risco do Uso Repetido da Contracepção de Emergência

É importante enfatizar que não se deve comparar índices de falha da contracepção de emergência com os de métodos contraceptivos regulares, uma vez que o cálculo de sua eficácia tem por base o uso único, enquanto a eficácia de outros métodos é estabelecida pelo uso em um ano inteiro. Se uma mulher que tivesse três ou quatro coitos por mês utilizasse só contracepção de emergência, o índice de gravidez anual seria maior que o observado com outros métodos contraceptivo.

Abaixo a Tabela 3 mostra índices de gravidez/100 mulheres nos primeiros 12 meses de uso dos métodos contraceptivos regulares, comparando os valores quando o método é usado de maneira correta e consistente com os valores observados no uso rotineiro (Hatcher *et al*, 1998).

Tabela 3. Indíce de Gravidez por 100 Mulheres nos Primeiros 12 Meses de Uso

	0-1 Muito Eficaz		2-9 Eficaz		10-30 Um Tanto Eficaz

Eficácia por grupo	Método de planejamento familiar	Uso típico (rotineiro)	Uso correto e consistente
Sempre Muito Eficazes	Implantes Norplant	0,1	0,1
	Vasectomia	0,15	0,1
	Injetáveis AMP-D e NET- EN	0,3	0,3
	Esterilização feminina	0,5	0,5
	DIU T-Cu380A	0,8	0,6
	Anticoncepcionais orais apenas de progestogênio, durante a amamentação	1	0,5

Eficácia por grupo	Método de planejamento familiar	Uso típico (rotineiro)	Uso correto e consistente
Eficazes em uso típico e Muito Eficazes em uso correto	LAM (por 6 meses somente)	2	0,5
	Pílulas Anticoncepcionais Orais (ACOCs)	6-8	0,1
Relativamente Eficazes em uso típico) Eficazes e usados correta e consistente-mente	Preservativo masculino	14	3
	Diafragma com espermicida	20	6
	Métodos Comportamentais	20	1-9
	Preservativo feminino	21	5
	Espermicidas	26	6
	Nenhum Método	85	85

Fonte: Hatcher *et al*, 2001.

Assim, a contracepção de emergência **não é recomendada para uso freqüente** porque os outros métodos contraceptivos oferecem maior eficácia, portanto, menor chance da mulher engravidar. Além disso, o uso freqüente não deve ser feito por razões que serão expostas no item **Cuidados e Efeitos Colaterais**.

Quando usada da maneira recomendada, ou seja, esporadicamente ou só em situações de emergência por falha de método regularmente usado, a contracepção de emergência não tem efeitos secundários graves e tem raras contra-indicações médicas para sua utilização. O uso freqüente (várias vezes por ciclo) poderia acarretar vários efeitos secundários.

Ressalta-se, também, que a contracepção de emergência não impede o contato entre as mucosas sexuais, o muco vaginal e o sêmen, por isso **não evita e nem previne doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a infecção pelo HIV/AIDS**. É necessária a utilização de métodos de barreira, em especial o preservativo masculino e/ou o preservativo feminino para realizar a prevenção dessas infecções e doenças.

3.4 Efeitos Colaterais e Cuidados

Efeitos colaterais comuns que podem ocorrer no uso da contracepção de emergência são: náusea, enjoo, vômito e dor de cabeça. As doses da contracepção de emergência devem ser tomadas com alimentos ou à noite para reduzir efeitos adversos comuns. O uso profilático de antieméticos pode reduzir a náusea em algumas mulheres. Estudos demonstraram que a dose única (levonorgestrel) produz menos náusea do que o método de Yuzpe.

Outros efeitos menos comuns são: sensibilidade nos seios, sangramento irregular, menstruação adiantada ou atrasada alguns dias, cefaléia ou tontura. É importante salientar que, em caso de vômitos, a dose deve ser tomada novamente, pois a substância pode ter sido eliminada.

A contracepção de emergência não provoca efeitos graves nas mulheres que a utilizam, nem efeitos teratogênicos, ou seja, não causa danos ao feto, caso falhe. Ela é segura, inclusive para mulheres que não podem tomar estrogênio. Ressalte-se que, em caso de gravidez, ela não faz efeito, ou seja, não interrompe a gravidez estabelecida (Ministério da Saúde, 2005).

Um cuidado indispensável depois do uso da contracepção de emergência é o emprego de outro método contraceptivo (de preferência o preservativo) em todas as relações posteriores até a chegada da menstruação. A contracepção de emergência não atua em relações sexuais subseqüentes ao seu emprego.

Além dos cuidados com seu uso, é indispensável saber que a contracepção de emergência não protege contra as DST e AIDS. É necessário preveni-las com o uso de preservativo e, em caso de relações forçadas e/ou estupro, adotar esquema profilático para DST não virais, HIV, hepatite e outras infecções virais disponível em serviços de atendimento às vítimas de violência sexual e/ou estupro, além de posterior teste anti-HIV para verificar se houve infecção.

4. Uso de Preservativo e Contracepção de Emergência: mulheres adultas

Em 2000, foi realizada a pesquisa quantitativa "Contracepção de Emergência e Preservativos: Conhecimento, Aceitação e Percepção para a Prevenção de Gravidez Não-Planejada, DST e HIV/AIDS" (Figueiredo e Peña, 2000), na Favela Monte Azul na Zona Sul da cidade de São Paulo. O estudo procurou avaliar (1) os motivos de recusa de uso do preservativo por mulheres adultas de baixa renda e (2) verificar a hipótese da contracepção de emergência servir ou não como incentivo ao uso da camisinha por complementar suas possíveis falhas.

No momento do estudo não havia nenhuma divulgação nacional sobre a possibilidade ou recomendação de uso da contracepção de emergência pelas mulheres, apesar da inclusão em Normas de Planejamento Familiar estar vigente desde 1996 e a venda em farmácias ter sido iniciada em agosto de 1998.

Em estudo posterior, COSTA *et al* (2008) compararam estratégias de distribuição da contracepção de emergência em serviços de saúde, avaliando a melhor forma de orientação do método para o público em geral.

4.1 Principais Resultados de Estudos

O estudo de Figueiredo e Pena (2000) demonstram que das mulheres entrevistadas, mais de 75% acreditam ter risco de engravidar e 70% acreditavam na possibilidade de contrair uma DST. Por essa percepção de exposição às DST, 42% creditam ao preservativo a proteção total contra doenças, porém apenas 20% crêem que haja proteção contra gravidez, pela possibilidade de rupturas e vazamentos. A percepção de risco do preservativo advém da opinião de mais de 30% das que já utilizaram o método de barreira. **Essa falta de crença na eficácia do preservativo faz com que não seja visto como opção de método preventivo, com prioridade na escolha de outros métodos – que não atuam com dupla prevenção, mas sim como substituição da possibilidade de uso do preservativo.** A maior parte das entrevistadas e praticamente todas com parceiro fixo utilizam pílula (60,7%), e injeção hormonal como método preventivo de gravidez (Figueiredo *et al,* 2000). Apesar de 75% já terem usado preservativo

masculino e, inclusive, 37,8% já terem, elas mesmas, colocado camisinhas em parceiros, apenas 15,4% a utilizavam naquela ocasião.

Entre as pesquisadas, 33,3% já haviam ouvido falar sobre a contracepção de emergência, e uma parte delas (10%) a considerava um método abortivo, por isso, em circunstâncias de falha de preservativo, 85% declararam que teriam que prosseguir com a provável gravidez e 13,3% declararam que teriam que fazer aborto se ocorresse a gravidez.

Esclarecidas sobre a forma de uso e modo de ação da contracepção de emergência, 90,8% das mulheres entrevistadas afirmaram que informariam sobre o método para suas amigas usarem. Em caso de necessidade de uso próprio, 80,8% utilizariam e 40% alegaram acreditar que haveria aumento no uso de preservativos, caso houvesse amplo conhecimento da contracepção de emergência, uma vez que as mulheres iriam perder o medo da gravidez (motivo alegado por 22,7%) e iriam querer prevenir DST/ AIDS (motivo alegado por 50%).

Costa *et al* (2008), desenvolveram um estudo comparando a entrega da contracepção de emergência de duas formas distintas, para avaliar seu impacto sobre o uso de outros contraceptivos. No primeiro grupo, as mulheres receberam **apenas informação** sobre o método e sua disponibilidade e forma de uso (Grupo Controle). O segundo grupo recebeu informação e a própria **entrega antecipada** do medicamento (Grupo Medicado). Conforme os resultados da pesquisa, entre as 823 pessoas envolvidas, a maioria (61%) não usou o método. Entre os que usaram, houve maior uso no Grupo Medicado, 57%, que recebeu antecipadamente o método, contra 18% do Grupo Controle que não recebeu. Os autores ressaltam que este uso foi mais rápido do que no Grupo Controle, aumentando a eficácia do método e que houve aumento significativo no uso de anticoncepcionais regulares entre os sujeitos que usaram a contracepção de emergência no Grupo Medicado com relação ao do Grupo Controle (88% *versus* 97%), demonstrando que a entrega ampliaria o acesso de uso ao método, porém não reduziram o uso regular de outros contraceptivos, incluindo preservativos.

4.2 Conclusões do Estudo com Mulheres Adultas

Figueiredo e Peña (2000) apontam que a orientação prioritária de escolha de método contraceptivo em razão de vulnerabilidade à gravidez não-planejada e não à vulnerabilidade às DST/AIDS. Considera que fornecer

informação sobre um método que dê apoio ao preservativo, em caso de falha, é fundamental e deve ser divulgado para a população feminina, estimulando a superação do medo de falhas do preservativo e aumentar casos de sua adoção.

Costa *et al* (2008), ressaltam que a entrega antecipada da contracepção de emergência é importante para aumentar o acesso, o uso rápido e mais eficaz do método, ao mesmo tempo em que não prejudica a adoção de outros contraceptivos, incluindo o preservativo.

Não à toa, autores como Lugones (2006) defendem que o método seja vendido sem prescrição médica em farmácias como já ocorre em vários países da Europa e nos Estados Unidos, uma vez que por sua necessidade ser de emergência não deve haver necessidade de nenhum outro empecilho que possa vir a impedir o seu uso imediato. Moreau *et al* (2006) confirma esta percepção ao observar que a venda sem receita na França proporcionou maior e mais rápido uso do método pelas mulheres, porém, sem impactar negativamente no uso de contraceptivos de uso regular.

De qualquer forma, Allen *et al* (2007) reforçam que a ampliação do acesso ao método seja acompanhada de ações educativas de informação, como uma prioridade de Saúde Pública, de forma que contribua efetivamente para a redução do número de gestações não-planejadas e abortos com seu uso correto e efetivo.

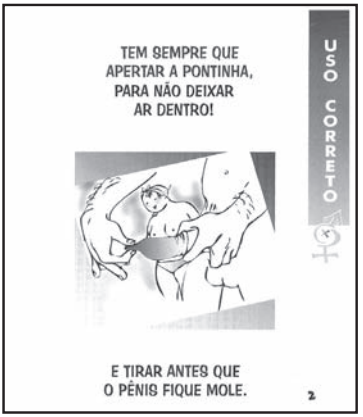
4.3 Material Informativo para Mulheres sobre Contracepção de Emergência em Consonância à Prevenção de DST/AIDS

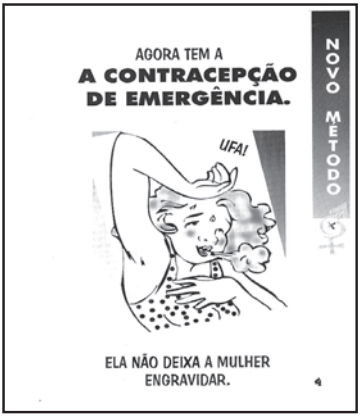
Esse estudo de Figueiredo e Pena (2000) propôs a elaboração de material educativo sobre contracepção de emergência dirigido a mulheres de baixa renda — população que vem sendo pesquisada e com a qual há maior preocupação com os temas pelo aumento de casos de AIDS e o número de gravidezes não planejadas e, consequentemente, abortos.

A versão final, construída a partir de discussão em grupo focal de mulheres residentes na Favela Monte Azul em São Paulo, deu prioridade a:

- informações sobre a contracepção de emergência (utilidade, modo de usar, modo de ação não abortiva, etc).
- afirmar a camisinha como método ideal e seguro, inclusive para a prevenção da gravidez e DST/AIDS:

Material Informativo Produzido





OBS : Material em fotolito à disposição para reprodução de cópias com os autores.

O QUE FAZ

A CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA EVITA A GRAVIDEZ, SEM PROVOCAR SANGRAMENTO.

6

O QUE FAZ

NÃO É SEMPRE NA HORA DA RELAÇÃO QUE A MULHER ENGRAVIDA. ÀS VEZES, DEMORA UM POUCO.

ASSIM, DÁ TEMPO DE USAR A CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA E ESPERAR A MENSTRUAÇÃO CHEGAR. (ELA PODE ADIANTAR OU ATRASAR UNS DIAS).

7

QUANDO USAR

- SE A CAMISINHA ESTOUROU OU VAZOU;
- SE FOI FORÇADA A FAZER SEXO;
- SE NÃO USOU NADA PARA EVITAR FILHOS ANTES DO SEXO.

8

ATENÇÃO

NÃO É PARA USAR A CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NO DIA-A-DIA. SÓ EM CASO DE EMERGÊNCIA, MESMO!

TAMBÉM NÃO É PARA USAR NO LUGAR DOS OUTROS MÉTODOS DE EVITAR FILHOS.

9

PREVENÇÃO

VEJA, ELES SÃO MAIS SEGUROS:

PROCURE INFORMAÇÃO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

10

ONDE ACHAR

11

CUIDADOS

TOME SEMPRE
A CONTRACEPÇÃO DE
EMERGÊNCIA
COM ALIMENTOS.

DEPOIS DE TOMAR,
CONTINUAR SE PROTEGENDO
CONTRA A GRAVIDEZ!!

12

ALTERNATIVA

SE NÃO ACHAR OU
NÃO PUDER COMPRAR
A CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA DE
DOSE PRONTA...,

...PODE FAZER COM
DOSES ESPECIAIS DE
ALGUMAS PÍLULAS
ANTICONCEPCIONAIS COMUNS.

13

ALTERNATIVA

VEJA COMO TOMAR
ESSAS DOSES ESPECIAIS*:

Tomar 2 comprimidos juntos e depois de 12 horas, tomar mais 2.

⇨ PÍLULAS DE MÉDIA DOSAGEM:
- NEOVLAR
- EVANOR
- NORMAMOR

ou...

Tomar 4 comprimidos juntos e depois de 12 horas, tomar mais 4.

⇨ PÍLULAS DE BAIXA DOSAGEM:
- MICROVLAR
- NORDETTE
- LEVORDIOL
- CICLO 21

* Isto não é uma receita médica.

14

ATENÇÃO

A CONTRACEPÇÃO DE
EMERGÊNCIA NÃO EVITA
AIDS NEM DOENÇAS.

Mais Informações
http://www.usp.br/nepaids

APOIO:

Saúde

SUS
Sistema Único
de Saúde

São Paulo

REALIZAÇÃO:

Universidade da Califórnia- Los Angeles,
Departamento de Ciências de Saúde Comunitária

5. Uso de Preservativo e Contracepção de Emergência: adolescentes e jovens

5.1 Principais Resultados de Pesquisas Comportamentais no Brasil

Estudo realizado em 2001, de Figueiredo e Peres (2002), apontou que a contracepção de emergência era conhecida por 59% dos adolescentes de ensino médio pesquisado em São Paulo e havia sido utilizada por 12% deles. Apesar desse uso, 69,8% dos que recorreram a essa solução de emergência usaram preservativo e 46,0% declaram esta adoção "em todas as vezes" que tiverem relações sexuais.

O estudo mostra ainda que a preocupação com DST/AIDS é maior (95,7% dos entrevistados) do que a preocupação com a gravidez (91,3%), o que, no entanto, não se mostrou decisivo para sua utilização com parceiros fixos, visto que 19,3% abririam mão do uso da camisinha conforme o tipo de parceiro.

Em 2006 (Figueiredo *et al,* 2008), em estudo realizado em amostra probabilística representando todos os jovens de Ensino Médio da cidade de São Paulo, demonstrou que a contracepção de emergência já era conhecida por mais de 85,4% dos adolescentes de escolas públicas da cidade de São Paulo e foi utilizada por 30,1% dos sexualmente ativos. Apesar de estudos realizados em serviços de saúde que dispensam o método terem se preocupado com o uso repetido deste (Monteleoni *et al,* 2005), a pesquisa escolar apontou que a utilização freqüente foi feita por menos de 15% desses jovens que adotaram o método de emergência, particularmente aqueles que não utilizam preservativos em todas as relações, demonstrando que o uso do método de emergência nesse caso se deveu a comportamento propositado de não uso de preservativos com parceiro regular (76,2% dos casos de uso).

Ambas as pesquisas (Figueiredo e Peres, 2000; Figueiredo *et al,* 2008) apontam que a informação sobre contracepção de emergência chega aos jovens em 65,2% das vezes por comunicação boca-a-boca entre gru-

pos da mesma faixa etária e sua aquisição é realizada em 73,6% dos casos em farmácias, sem nenhuma orientação de adultos (Figueiredo *et al,* 2008). Também enfatizam aspectos já salientados por Figueiredo e Andalaft Neto (2005) que a população adolescente precisa ter informação e acesso correto a este produto, à medida que apresentam comportamentos de vulnerabilidade, em seu "aprendizado" preventivo quanto à sexualidade, os expõe a riscos que podem ser reduzidos com a sua oferta; ou seja, primeiro iniciam a relação sexual, depois de passar a práticas esporádicas percebem o risco da gravidez e, apenas posteriormente, o de DST/AIDS.

Num público mais velho de universitários, Borges e Fujimore *et al* (2008), entrevistando 555 estudantes da USP com questionário *on line,* estruturado enviado por *e-mail,* a prevalência de uso da contracepção de emergência entre as mulheres foi 51,7%. O uso ocorreu, em média, 2,4 vezes, utilizado, tanto na primeira relação sexual mantida (por 1,6%), como no último sexo realizado (2,2%), em cerca de 1/3 das vezes (35,9%) por conta de falhas no uso do método regular e, por outro terço (30,9%) por "esquecimento" do método de uso regular. Os autores reforçam que 33,2% relataram ter recorrido à contracepção de emergência por insegurança quanto à eficácia do método usual. Da mesma forma que os adolescentes citados na pesquisa anterior, a aquisição foi feita em farmácias por 99,2%.

5.2 Conclusões dos Estudos com Adolescentes e Jovens

Adolescentes já conhecem a contracepção de emergência e a utilizam conforme necessidade. Esse uso busca suprimir a utilização para evitar gravidez sob práticas de risco pelo não uso de preservativo, mas também nas falhas dele. Confirmando estudos internacionais (Belzer,2003; Raine, 2005), o aumento da oferta do método não causa queda de emprego de preservativo ou abandono de outros métodos anticoncepcionais de uso regular para 85,5% dos jovens , segundo Figueiredo *et al* (2008). Há, no entanto, significante porcentual (14,5%) que faz uso incorreto e repetido e que estão desinformados sobre o potencial de falha do método em uso seqüencial – jovens geralmente em relações de parceria fixa que ao não usarem propositalmente nenhuma proteção contraceptiva, recorrem ao método de emergência (Figueiredo *et al,* 2008).

Também é importante salientar o desconhecimento sobre a forma de ação, eficácia e uso da contracepção de emergência. Essas conclu-

sões confirmam estudos internacionais (Mollen *et al*, 2008) que apontam um desconhecimento quanto ao uso repetido do método, são pouco compreendidos entre os jovens.

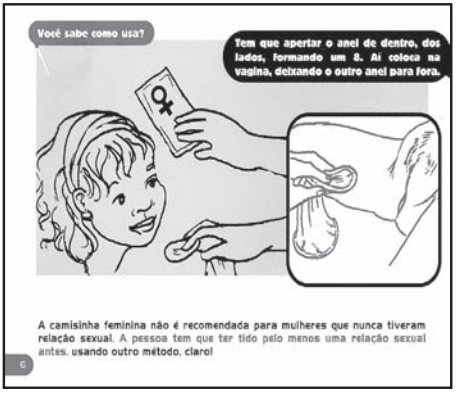
É indispensável que serviços de saúde e de DST/AIDS sejam ativos na promoção de informações sobre contracepção de emergência para adolescentes, esclarecendo sobre o risco de falha do método em caso de uso repetido, de modo a re-orientar condutas arriscadas. Não se deve desconsiderar que a discussão do tema já faz parte do repertório dos adolescentes e jovens e não pode ser ignorada por prestadores de serviços de saúde e educadores.

Também, por esse motivo, autores como Clements *et al* (2006) crêem que profissionais que atuam nos cuidados primários de Saúde e com defendem que seja realizado uma pequena entrevista com usuárias no momento da entrega da emergência, de forma não apenas identificar a causa do sexo desprotegido e a freqüência do uso do método, mas possibilitar a orientação sobre as alternativas contraceptivas de uso regular e o encaminhamento para o Planejamento Familiar.

Borges e Fujimore (2008) salientam, ainda, que jovens universitárias, apesar da escolaridade, também não fazem uso consistente de contraceptivos, por isso adotam a contracepção de emergência quando há comportamentos inseguros, por isso a importância fundamental de se garantir acesso aos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva aos jovens.

5.3 Material Informativo para Adolescentes e Jovens sobre Contracepção de Emergência

O estudo realizado por Figueiredo e Perez (2001) propiciou o desenvolvimento de material informativo e educativo sobre contracepção de emergência, produzido com um grupo focal de adolescentes depois de discussão do tema. Essa experiência demonstrou que materiais que abordem o método para adolescentes devem ressaltar o risco de uso repetido e a importância na adoção de contraceptivos de uso regular, principalmente o preservativo, enfatizada como prevenção ideal por ser prática e de fácil acesso para jovens e que tem potencial de dupla prevenção também com relação às DST/AIDS.



OBS : Material em fotolito à disposição para reprodução de cópias com os autores.

Ela já vem com lubrificação, que serve para facilitar a penetração e aumentar a sensibilidade na relação sexual.

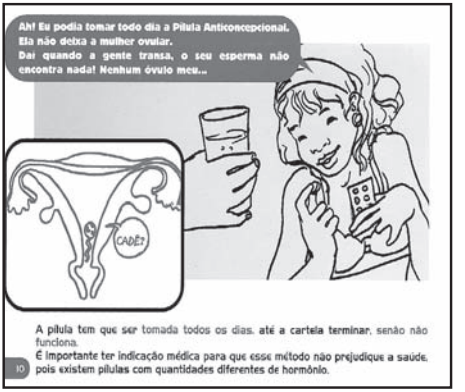
7

Existem **vários outros métodos para evitar uma gravidez**, que podem ser usados após uma consulta ao médico ou à médica ginecologista.

8

A gravidez pode acontecer sempre que um homem e uma mulher tem relação sexual **com penetração vaginal**. Por isso, é importante que os **dois** estejam informados e preparados para evitá-la, caso não queiram ter um filho.

9



A pílula tem que ser tomada todos os dias, **até a cartela terminar**, senão não funciona.
É importante ter indicação médica para que esse método não prejudique a saúde, pois existem pílulas com quantidades diferentes de hormônio.

10

O diafragma é mais eficiente contra a gravidez se for usado com espermicida. É preciso passar o creme nas bordas, apertar dos lados e colocar na vagina até 2 horas antes da relação sexual. Depois de transar, esperar pelo menos oito horas para retirá-lo, puxando com o dedo. Assim, dá tempo para que os espermatozóides morram. Então é só lavar, enxugar e guardar.

11

O DIU evita o encontro do espermatozóide com o óvulo e que esse óvulo, quando fecundado, cole na parede do útero.
O DIU só deve ser usado com acompanhamento médico constante, pois ele pode facilitar o desenvolvimento de doenças e infecções.

12

Esses três métodos evitam a ovulação da mulher. Como são feitos de hormônios artificiais, precisam de indicação médica para serem usados. **Não são métodos recomendados para adolescentes**, porque eles estão em fase de desenvolvimento hormonal.

13

Durante a ovulação, a temperatura da mulher sobe cerca de 1/2 grau e o muco vaginal fica mais elástico, como a clara de ovo cru. Porém, o ritmo de vida interfere nessas mudanças e nunca dá para saber com certeza os dias férteis. Por isso, o melhor mesmo é não arriscar usar esses métodos.

14

Antes de ejacular, o pênis solta uma lubrificação que já contêm espermatozóides, por isso o tirar fora (coito interrompido) pode engravidar.

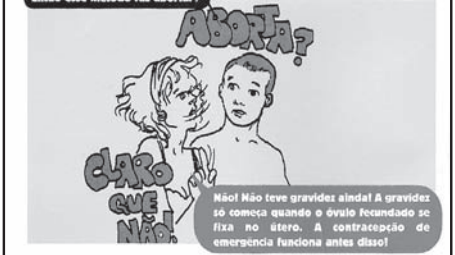
15

A contracepção de emergência é um método que pode ser usado depois da relação sexual, quando há algum risco de gravidez.
Portanto, quando houve falha de algum método, ou você não usou contraceptivo, ou foi forçada a fazer sexo, você pode utilizá-la.

16

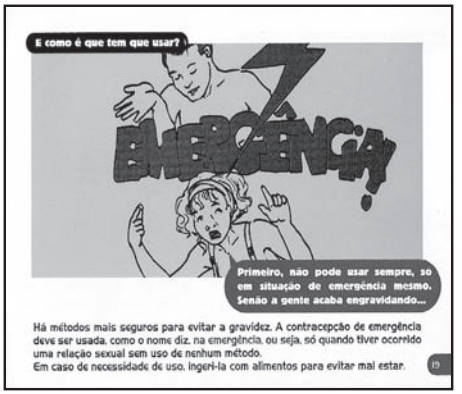
Não é na hora da relação que a mulher engravida. Assim dá tempo de usar a **contracepção de emergência** que funciona até 72 horas (3 dias) **depois que a relação sexual já ocorreu.** Quanto antes usar, mais funciona.

17



Quando a contracepção de emergência é usada, não há sangramentos. Tem que esperar a menstruação vir normalmente. Ela pode atrasar ou adiantar alguns dias. E lembre-se, a contracepção de emergência NÃO funciona para as relações sexuais seguintes. Use sempre outro método.

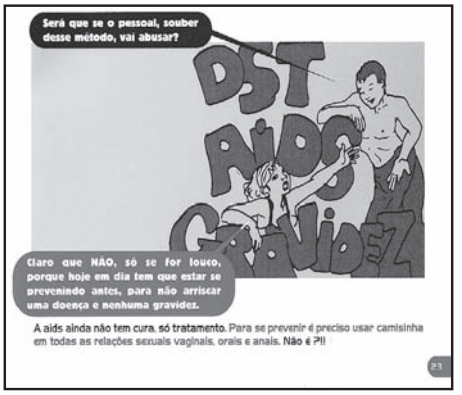
18


E como é que tem que usar?
EMERGÊNCIA!
Primeiro, não pode usar sempre, só em situação de emergência mesmo. Senão a gente acaba engravidando...
Há métodos mais seguros para evitar a gravidez. A contracepção de emergência deve ser usada, como o nome diz, na emergência, ou seja, só quando tiver ocorrido uma relação sexual sem uso de nenhum método.
Em caso de necessidade de uso, ingerí-la com alimentos para evitar mal estar.
19

E se ficar usando toda hora? Se abusar?
ABUSO
Ela pode desregular o ciclo menstrual. Além disso você estará arriscando uma gravidez e pegar DST e até aids.
Para usar sempre, os outros métodos de evitar filhos são mais seguros que a contracepção de emergência. Ela também não evita doenças sexualmente transmissíveis (DST), nem AIDS. Para evitá-las só usando a camisinha mesmo!
20

Onde se pode conseguir a contracepção de emergência?
Posto de Saúde
Bom, o ideal é consultar um profissional de saúde para buscar orientação...
Todo mundo deve ir sempre a um Posto de Saúde, para conhecer seu corpo, tirar suas dúvidas e, se preciso, buscar solução para os seus problemas.
De preferência, consuma medicamentos sempre com receita médica, para evitar complicações.
21

Então, você compra a contracepção de emergência na farmácia?
+ 12hs
E, pode ser, se o posto não tiver para dar. Daí você toma um comprimido logo e outro depois de 12 horas.
A contracepção de emergência vem em 2 comprimidos, um que deve ser tomado logo que possível após a relação sexual de risco, outro após 12 hs da primeira dose. Também pode ser feita com doses combinadas de pílulas anticoncepcionais.
Procure informações sobre isso num posto de saúde.
22


Será que se o pessoal, souber desse método, vai abusar?
DST
AIDS
GRAVIDEZ
Claro que NÃO, só se for louco, porque hoje em dia tem que estar se prevenindo antes, para não arriscar uma doença e nenhuma gravidez.
A aids ainda não tem cura, só tratamento. Para se prevenir é preciso usar camisinha em todas as relações sexuais vaginais, orais e anais. Não é ?!!
23

É por isso que a gente sempre usa camisinha. Agora vamos usar bem direitinho....
Já pensou se a gente não soubesse de todos esses métodos de evitar filho???
Da gravidez nasce um bebê que precisa de alimento, moradia, cuidados, atenção e carinho. É melhor planejar este momento devagar e para a melhor hora da vida de cada um.
24
PACIFIC INSTITUTE FOR WOMEN'S HEALTH
GTPOS

6. Mulheres com HIV/AIDS, Risco de Gravidez e Importância da Contracepção de Emergência

Em estudo, realizado com apoio da Fundação McArthur em 2001 no município de Santo André – SP (Figueiredo, 2001), foi analisado o uso de preservativos no conjunto de mulheres com HIV/AIDS notificadas na cidade. Foram entrevistadas 183 mulheres, focando o uso de preservativo depois da infecção pelo HIV e durante a gravidez.

6.1 Principais Resultados

O estudo encontrou que 37,2% não utilizavam o preservativo depois da infecção em relações sexuais, e 45% adotaram outros contraceptivos mais seguros e ou realizaram ou quiseram realizar a esterilização cirúrgica. Essa busca por métodos de alta eficácia preventiva com relação à gravidez reflete a preocupação com o tema verificado na pesquisa.

Independentemente do uso de outros métodos, 62,8% utilizaram o preservativo em suas relações sexuais, e 17,4% faziam uso associado deste com a pílula anticoncepcional, 1,8% com o DIU e 1,8% com espermicidas, visto que do total, 78,7% consideravam que o preservativo não apresenta a segurança desejada com relação à gravidez. A insegurança na eficácia contraceptiva do preservativo reflete experiências de falhas no uso do método, informadas por 38% das que o utilizaram: rompimentos, vazamentos ou permanência do preservativo em seus corpos após o término da relação sexual. Esses riscos vividos somam-se a 19,1% de entrevistadas que alternam seu uso com métodos comportamentais (coito interrompido, tabelinha, duchas vaginais), alegando "descanso", "preguiça", "falta de vontade" ou "falta" de preservativo na hora do sexo.

Por causa do uso contínuo de preservativos por muitos anos estiveram expostas a falhas contraceptivas, que totalizam 27,3% casos de gravidez depois de informação de infecção por HIV/AIDS, sendo apenas 12% casos de gravidezes consideradas desejadas. **A gravidez não-planejada ocorreu, portanto, para 88% das entrevistadas, relacionada com de acordo com os depoimentos, em 40% dos casos, a falhas mecânicas**

e/ou de comportamento ligadas ao uso de preservativos masculinos, como rompimentos efetivos ou mesmo sua falta no momento da relação sexual. Do total das gravidezes, 22% resultaram em abortos provocados por essas mulheres.

A contracepção de emergência não esteve disponível nesses casos, uma vez que era de conhecimento superficial (já tinham ouvido falar) por 45,9% e totalmente desconhecida por 51,4%, por isso apenas 2,7% dessas entrevistadas informaram ter feito seu uso nessas situações de risco (Figueiredo, 2002).

6.2 Conclusões do Estudo com Mulheres afetadas |por HIV/AIDS

A pesquisa demonstrou o elevado grau de vulnerabilidade de mulheres afetadas de HIV/AIDS à gravidez não planejada e, por extensão a abortos provocados. Esse risco decorre da sua maior exposição em tempo e frequência não apenas a falhas mecânicas do uso do preservativo, mas a falhas de comportamento que se mostraram relacionadas ao seu uso por longo prazo: alternância com coito interrompido*, preguiça na colocação* (incomodo ao ter que interromper o ato sexual), falta de preservativo no momento do sexo, etc.

Nesse sentido, a informação e o acesso à contracepção de emergência, de preferência de forma antecipada à relação de risco, é indispensável e deve ser realizado nos serviços de atendimento de HIV/AIDS, tanto pela equipe ginecológica, como pelos responsáveis pelo fornecimento de preservativos. Esse direito garante que essas mulheres não corram riscos adicionais com relação à gravidez e, ao um tempo, poderem adotar com tranqüilidade e segurança o preservativo, pois saberão que têm uma segunda opção a recorrer em caso de falhas (Figueiredo, 2000).

Infelizmente, ainda não foram produzidos materiais específicos abordando o tema da contracepção de emergência, dirigidos às mulheres portadoras de HIV/AIDS.

Também o acesso ao método é restrito e desconhecido por esse público, conforme observou Figueiredo (2002), embora, recentemente, pesquisa de Figueiredo e Bastos (2008) tenha apontado que, entre os municípios do estado de São Paulo que possuem serviços de Atenção a Portadores

de HIV/AIDS, 79,6% afirmam ter introduzido a distribuição da contracepção de emergência, 76,9% dispensando-a sem qualquer necessidade marcação de consultas ou agendamente.

De qualquer forma, ainda há necessidade de expandir informação e acesso para que atinja 100% das mulheres com HIV/AIDS usuárias de preservativo, que têm uma maior vulnerabilidade progressiva de falhas deste método, pelo seu tempo de uso contínuo na vida.

7. Recomendações para a Introdução da Contracepção de Emergência em Ações de DST/AIDS

Segundo a análise dos fatores observados foram propostas várias recomendações com relação à divulgação de informação sobre a contracepção de emergência e sua distribuição.

7.1 Divulgação de Informação da Contracepção de Emergência

- **Existe a necessidade de que as mulheres conheçam e tenham acesso à contracepção de emergência para evitar casos de gravidez não desejada e abortos.** O ideal é que esteja disponível um produto de dose única em lugares estratégicos — farmácias, ambulatórios, centros de saúde, etc., e de baixo custo;
- **Em caso de falta ou acesso difícil à contracepção de emergência na dose única,** inclusive por causa de seu custo elevado, **é necessário difundir a opção da utilização de pílulas anticoncepcionais orais comuns na formulação de dose de contracepção de emergência pelo método Yuzpe;**
- **Estratégias de comunicação e divulgação deste outro método devem ser adotadas, uma vez que pesquisas indicam que a população já conhece o método por meio de boca-a-boca**.
- **A contracepção de emergência deve ser divulgada com a utilização de materiais, como folhetos e cartazes desenvolvidos com linguagem popular e terminologia simples, especialmente para pessoas com pouca escolaridade.** Porém, é indispensável que o trabalho preventivo com mulheres se realize sob forma verbal em atividades de grupos;
- **Materiais educativos voltados a adolescentes e jovens que orientem contracepção de emergência,** devem salientar o seu pronto uso para casos de emergência, os riscos de falha no uso repetido ou freqüente deste método, e também apresentar orientações sobre outros métodos

contraceptivos de uso regular com enfatize na importância de adoção de preservativo na promoção da prevenção conjunta de DST/AIDS e gravidez, na proteção mútua do parceiro e na preservação da vida;

- **É importante que sejam criados materiais educativos ou adicionadas informações sobre a contracepção de emergência para mulheres com HIV/AIDS,** uma vez que por utilizarem preservativo por longos períodos de vida, apresentam risco acumulado de falhas e, portanto, de gravidezes não desejadas.

7.2 Mensagens Chave

- A contracepção de emergência deve ser difundida levando em conta as DST/HIV/AIDS, e **associando a importância do uso contínuo** do preservativo como método de dupla proteção para prevenir gravidez e DSTs;
- Essa recomendação pode estar presente nas etapas de aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV e, mesmo diante do teste rápido, dos testes para sífilis e de hepatites, todo usuário (de qualquer sexo) deve ser orientado para usar preservativo em todas as relações sexuais e se houver falha do método de barreira, utilizar a contracepção de emergência como providência contraceptiva;
- Deve ser ressaltada que a contracepção de emergência é o único método contraceptivo pós-coito, explicando seu modo de ação para que fique claro que não é um método abortivo;
- Deve-se enfatizar que a eficácia da contracepção de emergência é maior quanto mais cedo for utilizada e que atua até 5 dias depois da relação (120 horas), porém sua eficácia é maior quanto mais cedo for utilizada;
- O método deve ser divulgado com o nome "contracepção de emergência", ou com terminologia própria conforme o lugar, pois o termo "pílula do dia seguinte" foi interpretado por muitas mulheres entrevistadas como abortivo ou que causa sangramento, como o misoprostol (*Cytotec);*
- A difusão da contracepção de emergência **deve reforçar a idéia de ser um método para casos de emergência, porque há risco no uso contínuo e/ou substituição de métodos contraceptivos regulares e preservativos por desinformação da população;**

- A **informação de sobrecarga hormonal em caso de uso repetido ou freqüente e, principalmente, de possibilidade de falha superior a qualquer outro contraceptivo** deve ser difundida para mulheres e adolescentes;
- É importante salientar que, a contracepção de emergência é um **método complementar para mulheres usuárias de preservativo, tanto o masculino como o feminino que façam freqüentemente ou eventualmente sexo com homens.**

7.3 Distribuição

- Recomenda-se que haja introdução da informação e, se possível, dispensa da contracepção de emergência em serviços de saúde onde haja distribuição de preservativos, divulgando os problemas de uso ou falha deste; esta distribuição conjunta da contracepção de emergência com o preservativo deve ser feita com orientação detalhada;
- Recomenda-se também, que outros serviços de saúde da rede pública e privada, incluindo serviços de emergência médica e de atendimento às vítimas de violência sexual, também integrem a contracepção de emergência aos seus serviços/programas, (Ministério da Saúde; Population Council, 1996); além de serviços que lidem com populações em risco, como dependentes químicos, profissionais do sexo, pessoas com transtornos mentais graves ou com déficit mental;
- Deve ser ressaltado continuamente que o uso da contracepção de emergência não provocará sangramentos nem antecipará a menstruação, pois não é abortiva e **que será necessário o uso de algum outro método contraceptivo em todas as demais relações sexuais até que ocorra a próxima menstruação.**
- A difusão da contracepção de emergência tem que levar em conta a possibilidade de alguém não se preocupar com a prevenção das DST/HIV/AIDS, por isso, sempre que possível, deve-se informar e ressaltar a importância de se proteger dessas afecções;
- A oferta da contracepção de emergência entre mulheres que fazem utilização continua de preservativo é indispensável, em razão de falhas no uso dele, inclusive entre mulheres com HIV/AIDS;

- A ênfase no discurso de prevenção deve ser dada incluindo mulheres e/ou adolescentes e seus parceiros;
- Ressalte-se aos profissionais que atuam na área de Saúde Sexual e Reprodutiva (incluindo DST/AIDS) que vejam a contracepção de emergência como direito de exercício de direitos sexuais e reprodutivos e de complemento aos métodos de Planejamento Familiar;
- Considera-se que a divulgação da contracepção de emergência não deve ser vista como reforço ao auto-tratamento; mas como uma redução de riscos e da utilização de remédios e práticas abortivas que são comuns no país e afetam muito mais a saúde física e psíquica de mulheres adolescentes, jovens e adultas;
- É necessário que serviços de saúde e de DST/AIDS sejam ativos na promoção de informações sobre contracepção de emergência para adolescentes, esclarecendo sobre o risco de falha do método em caso de uso repetido, de modo a re-orientar condutas de risco. Não se deve desconsiderar que a discussão do tema já faz parte do repertório dos adolescentes e jovens e, por isso, não pode ser ignorada.
- Considerando que adolescentes estão mais propensos a ter relações sexuais de risco, pela não utilização de proteção – uma vez que estão "aprendendo" a ser sexualmente ativos, a cuidar de si e das conseqüências de seus atos (Figueiredo e Andalaft Neto, 2005) –, é um público que têm especial à informação e ao acesso à contracepção de emergência em serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2006) em qualquer situação de risco para gravidez (Ministério da Saúde,1998) e também como recomenda o Estatuto da Criança e do Adolescente quanto ao direito igualitário de acesso a saúde por este público (Ministério da Justiça, 1990);
- A oferta do método para jovens e adolescentes pode ser vista como um momento de vínculo com este público e encaminhamento para a escolha de contraceptivos regulares e orientação sobre os riscos de falha do uso repetido;
- O fornecimento da contracepção de emergência para mulheres que utilizam continuamente e exclusivamente o preservativo como método contraceptivo, deveria se antecipar ao risco, ou seja, as mulheres deveriam receber a contracepção de emergência para usar em caso futuros de falha de preservativo.

Referências Bibliográficas

ALLEN R H. GOLBERG A B. Emergency contraception:a clinical review. 2007 V50 (4) .927-936.

BEMFAM, E. **Pesquisa Nacional sobre a Demografia e Saúde,** São Paulo, BEMFAM, 1996.

BERQÚO, E.; **Pesquisa Nacional sobre a Demografia e Saúde,** Ministério de Saúde. Assessoria de Comunicação Social, Divisão de Jornalismo, 1999.

BELZER, M. *et al.* Advanced Supply of Emergency Contraception for Adolescent Mothers Increased Utilization without Reducing Condom or Primary Contraception Use. **Journal of Adolescent Health ,** n. *32*(2), 2003. p.122-123.

BORGES, A.L.V; FUJIMORE, E.; NICHIATA, I.YI. **O uso da anticoncepção de emergência entre jovens universitárias.** São Paulo 2008. Disponível em: www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docs-PDF/ABEP2008_1424.pd

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anticoncepção de emergência - perguntas e respostas para profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil. **Uma análise da situação de saúde no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília :Ministério da Saúde, 2005. 822 p. (Série C. Projetos, Programas).

Center for Disease Control and Prevention MMWR, 2005;54(4):100.

CONSÓRCIO PARA A ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA. **Pílula Anticoncepcional de Emergência: pacote informativo para provedores de saúde e direitos de programas de saúde.** Seattle, Washington, 1996.

COSTA, S.H. Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics** 63 Suppl1: S131-9, (1998).

COSTA, N.F.P.; FERRAZ, E.A.; SOUZA, C.T.; ALMEIDA, M.G. Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. **Rev. bras. ginecol. obstet**; 30(2): 55-60, fev. 2008.

DREZETT, J. Contracepção de emergência e violência sexual.. Quito: **Anais da I Conferência Latino-americana de Anticoncepcion de Emergência,** 2002. Disponível em http://www.ipas.org.br/arquivos/jefferson/ CLAE.

FIGUEIREDO, R. Uso de Preservativos, Risco e Ocorrência de Gravidez Não-Planejada e Conhecimento e Acesso à Contracepção de Emergência entre Mulheres com HIV/AIDS. Rio de Janeiro: **Ciência e Saúde Coletiva**, submetido e aguardando publicação.

FIGUEIREDO, R. Comportamento Sexual e Reprodutivo de Mulheres com HIV/AIDS antes e após a infecção pelo HIV. Rio de Janeiro: **Revista Ciência e Saúde Coletiva** (aprovado e aguardando publicação).

FIGUEIREDO, R. **Relatório Parcial do Projeto Contracepção e Prevenção às DST/AIDS entre mulheres: revisão de aspectos clínicos e comportamentais Estudo de um novo modelo de intervenção.** São Paulo, NEPAIDS/USP, Junho de 2001. Disponível em http://www.redece.org

FIGUEIREDO, R.; BASTOS, S. **Relatório Final da Pesquisa de avaliação e monitoramento da distribuição da contracepção de emergência nos municípios do estado de São Paulo.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.

FIGUEIREDO, R; Porto Alves, M. C.; Escuder, M. M.; Puppo, L. R. **Relatório Final da Pesquisa sobre Uso de Contracepção de Emergência entre Adolescentes de Escolas Públicas do município de São Paulo.** São Paulo:Instituto de Saúde, 2008.

FIGUEIREDO, R; Porto Alves, M. C.; Escuder, M. M.; Puppo, L. R. Impacto do Uso de Contracepção de Emergência sobre Uso de preservativos entre Adolescentes. **Anais da Conferência Internacional de AIDS**, México, 2008.

FIGUEIREDO, R.; ANDALAFT NETO, J. Uso de Contracepção de Emergência e Camisinha entre Adolescentes e Jovens. São Paulo, **Revista da SOGIA-BR,** ano 6, nº **2**, abril/maio/junho 2005. Disponível em http://www.redece.org

FIGUEIREDO, R.; PERES, C. RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA **Estudo Exploratório sobre Uso de Contracepção de Emergência por Adolescentes na Cidadede São Paulo 1ª Conferência Del CLAE – Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y En Caribe.** Quito, CLAE, outubro de 2002. CD Room. Disponível em http://www.redece.org

FIGUEIREDO, R..; PEÑA, M. **Contracepção de Emergência e Preservativos: Conhecimento, Aceitação e Percepção para a Prevenção de Gravidez Não-Planejada, DST e HIV/AIDS.** Relatório Final da Pesquisa, março de 2000. Disponível em http://www.redece.org

FOLHA DE SÃO PAULO. Preconceito Racial Diminui no Brasil. São Paulo: DATAFOLHA/**Folha de São Paulo,** 23/11/08.

FOLHA DE SÃO PAULO. Cresce Distribuição da Pílula do Dia Seguinte. São Paulo: **Folha de São Paulo**, 12/04/2004. Disponível em [http://sistemas.AIDS.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=5565]. Acessado em Novembro de 2008.

FONSECA, W.; Misago, C.; Correia, L.L.; Parente, J.Á.; Oliveira, F.C. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 30 (1):13-18, 1996.

HATCHER, R.A.; RINEHART, W.; BLACKBURN, R.; GELLER, S.E.; SHELTON, J.D. Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção: um manual para pessoal clínico. Baltimore (EUA): Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, 2001.

IPPF. **Statement on emergency contraception.** IPPF Medical Bulletin, 26 (6):1-2, 1994.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília, 1990. [http://www.mj.gov.br/sedh/conanda/eca.htm]

LAURENTI, R.; Jorje, M.H.P.M.; Gotlieb, S.L.D. Mortalidade em mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na Mortalidade Materna. In: Simões, C: **Saúde no Brasil, Conceitos, Programas e Indicadores.** IBGE, 2004. CD-ROM.

LUGONES**,** M.; RAMÍREZ, M. **Anticoncepción de emergencia** en la adolescencia. **Rev Cubana Pediatr.** ;78(2):1-5.2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE e THE POPULATION COUNCIL, Relatório **da I Oficina Brasileira sobre Contracepção de Emergência,** 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Planilha de dispensa de contraceptivos. Brasília: Área Técnica de Saúde da Mulher, 2006. arquivo enviado ao Instituto de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Contracepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2005. Série F. Comunicação e Educação em Saúde Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 3.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Marco Legal Sáude, um Direito de Adolescentes. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, 2006. Versão preliminar. Série Normas e Manuais Técnicos.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Marco Teórico e Referencial de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens.** Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, 2006. Série Normas e Manuais Técnicos.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. Estatísticas. Website www. aids.gov.br, 2007.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. DATASUS. Website www.datasus.gov.br , 2007.

MOLLEN, C.J.; BARG, K.F, HAYES, K.L.; GOTCSIK, M.; BLADES, N.M.; SCHWARZ, D.F. Assessing Attitudes About Emergency Contraception Among Urban, Minority Adolescent Girls: An In-depth Interview Study . **Pediatrics**, Aug. 122 (2): 395-401,2008.

MONTELEONI, M. L.; TAKIUTI, A. D; CONCEIÇÃO, I.; KERR, J. Anticoncepção de Emergência e a Adolescente. Apresentação oral no **Congresso Latinoamericano de Gineco-Obstetrícia,** 2005. Apresentação oral.

MOREAU F, BAJOS N, TRUSSELL J. The impact of pharmacy access to emergency contraceptive pills in France. **Contraception.** Jun;73(6):602-8. 2006 .

Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. **Contraception**, 2005; 71: 202-207.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1992. **Preservativo Masculino: hoje mais necessário do que nunca!.** Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

OPAS. **Health in the Americas,** edição 1998.

PIAGGIO, G. *et al*. (on behalf of the Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation). Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen, **The Lancet,** Vol 353: 721, February 27, 1999.

PINTO, E. Aborto e Relações Inter-Étnicas: uma breve abordagem. **Jornal da RedeSaúde**, nº 16, setembro de 1998.

PROGRAMA DE DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Boletim Epidemiológico de AIDS do Município de São Paulo- subsídios para um estudo regional.** Ano II, Número 4, 1998.

PIROTTA KCM, SCHOR N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. São Paulo: **Revista de Saúde Pública** 2004; 38(4): 495-502.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê Violência Contra a Mulher - interesse de toda a sociedade**. Brasil, RFS,1999.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê Adolescentes - Saúde Sexual e Reprodutiva**. Brasil, RFS, 1999.

RAINE, T. et. Col. Direct Access to Emergency Contraception Through Pharmacies and Effect on Unintended Pregnancy and STIs – a randomized controlled trial. **Journal of the American Medical Association, n. 293,** 2005. p.54-62.

SAITO M I, LEAL M M. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. **Rev. Paul Pediatr.** vol 25 (2) São Paulo, jun 2007

SANTOS, N. As Mulheres e suas decisões reprodutivas, diante da Epidemia de HIV/AIDS. Tese de Doutoramento em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002.

SINGH S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. **Lancet,** 2006 Nov 25 ;368, (9550): 1887 – 1892.

TASK FORCE ON POSTOVULATORY METHODS OF FERTILITY REGULATION, Randomised controlled trial of levonorgestrel versus Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. **The Lancet,** Vol 352:428-33, Aug 8, 1998.

TASK FORCE ON POSTOVULATORY METHODS OF FERTILITY REGULATION, SUISSE PIAGGIO, G. ; VON HERTZEN, H. ; GRIMES, D.A. ; VAN LOOK P.F.A.; Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. **Lancet** vol. 353, no9154, 1999. [Note(s): p. 721] (5 ref).

TRUSSEL, J. *et al.* Comparative contraceptive efficacy of the female condom and other barrier methods. **Family Planning Perspectives**, 26 (2):66-72, 1994.

VALENZUELA, Ca.Y. Anticoncepción de emergencia, Levonorgestrel y embarazo ectópico. **Rev. méd. Chile,** maio 2005, vol.133, no.5, p.612-613. ISSN 0034-9887.

Sobre as Autoras:

Regina Figueiredo
Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Membro do NEPAIDS – Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da USP e Articuladora Nacional da REDE CE – Rede Brasileira de Promoção de Informações e Dispoinibilização da Contracepção de Emergência

Silvia Bastos
Pesquisadora do Instituto de Saúde (IS) da Secretaria da Saúde de São Paulo e Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas e Práticas de Saúde do Instituto de Saúde do Grupo de Pesquisa de Avaliação de Serviços e Programas de saúde da Universidade de São Paulo.

editoração, ctp, impressão e acabamento

imprensaoficial

Rua da Mooca, 1921 São Paulo SP
Fones: 2799-9800 - 0800 0123401
www.imprensaoficial.com.br

INSTITUTO DE SAÚDE

Contracepção de emergência

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

GOVERNO DE SÃO PAULO