

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. (orgs) *Mulheres e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo: Editora FPA, 2013. ISBN é 978-85-7643-146-6, (no prelo)

Regina Figueiredo¹

Nadja de Figueiredo Araújo²

A versão de 2011 da Pesquisa “Mulheres Brasileiras no Público e no Privado”, integra a problemática da contracepção de emergência, como método contraceptivo difundido na última década no Brasil. Sua importância é fundamental para o exercício dos Direitos Reprodutivos, não apenas por evitar gestações entre mulheres vítimas de violência sexual e estupro, mas também para promover a prevenção do grande número de gestações não-planejadas e, conseqüentemente abortos e casos de morbimortalidade materna, já que é o único método passível de utilização pós-coito, funcionando como um “plano B” em relações em que não houve uso de contraceptivo ou o este uso foi inconsistente e falho (MS, 2011).

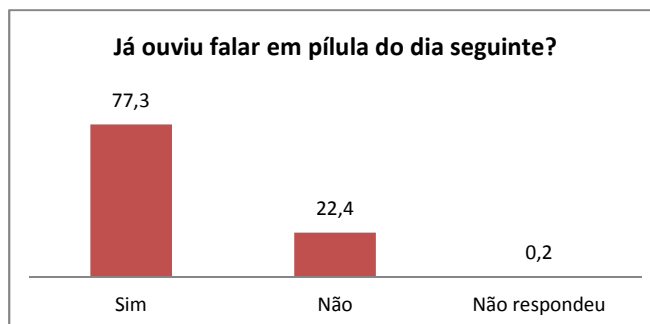
Em 1996 sua orientação foi introduzida nas Normas Técnicas de Planejamento Familiar federais, através da discussão e iniciativa de feministas e grupos de atuação com Planejamento Familiar durante a década de 1990 (Galvão, 1999). O método passou então a ser lentamente incorporado pelos programas de saúde pública e ampliado em sua oferta à população, chegando atualmente à Atenção Primária com oferta em várias unidades básicas de saúde. Nesse sentido, a relevância de avaliar o grau de informação a respeito do método e seu uso se faz fundamental.

Informação sobre Contracepção de Emergência

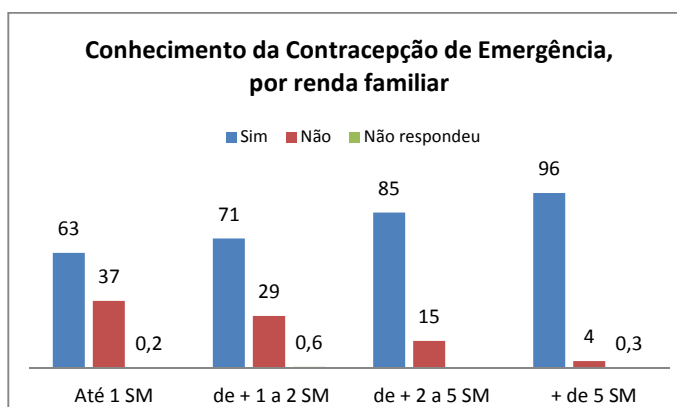
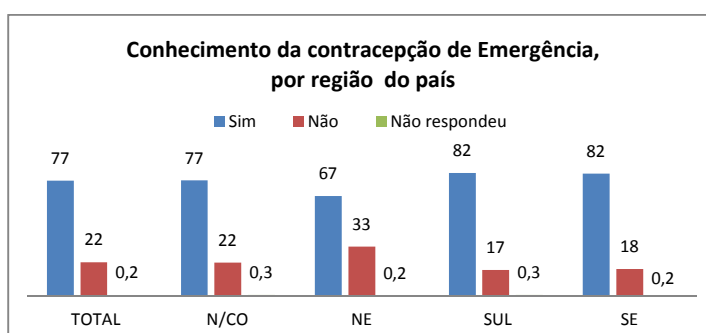
A pesquisa de 2010 aponta que a contracepção de emergência já é amplamente conhecida, por 77,3% das mulheres brasileiras.

¹ Socióloga, Mestre em Antropologia Social e da Saúde e Doutoranda em Saúde Pública pela USP e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Articuladora Nacional da REDE CE - Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência.

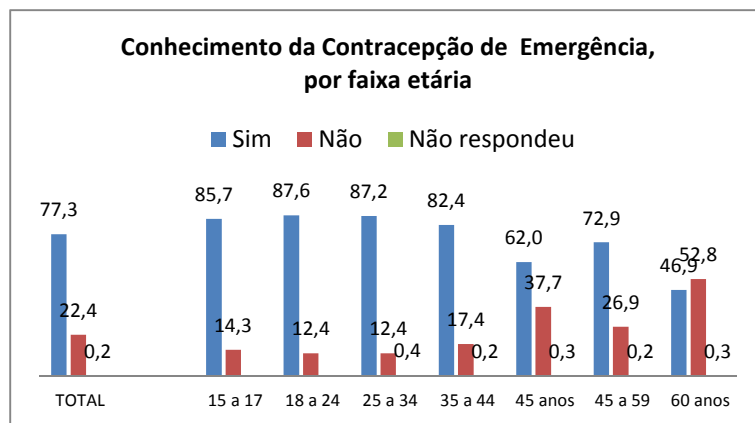
² Graduanda de Letras da USP e auxiliar de pesquisa no projeto Mulheres Brasileiras no Público e no Privado, Fundação Perseu Abramo e auxiliar de plantão de dúvidas da REDE CE - Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência.



Infelizmente, como já era de se prever, essa informação não atinge igualmente todas as mulheres, mais predomina entre as que têm renda familiar mais alta e em regiões mais ricas e urbanizadas. Verificou-se um desconhecimento do método entre 49,8% das mulheres pesquisadas que vivem em áreas rurais, contra 80,2% das que residem em zonas urbanas.



A informação também é maior entre as faixas etárias mais jovens, confirmando informações de outros estudos realizados entre pessoas de Ensino Médio e universitário (Figueiredo & cols, 2008; e por Castro, 2009) que apontam que a difusão do método se deu via informações de boca a boca realizada por jovens e adolescentes que adquiriam a contraceção de emergência diretamente em farmácias, onde o papel do poder público, incluindo os de profissionais e serviços de saúde, foi praticamente insignificante.



Contraceção de Emergência em Situação de Violência Sexual e Estupro

A contraceção de emergência foi inicialmente inserida nos fluxos de atendimento de vitimadas por violência sexual e estupro em 1999, quando passou a constar na *Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. O documento orientava a oferta do método através de sua administração no formato Yuzpe, ou seja, com a administração de superdosagens de pílulas anticoncepcionais orais comuns (MS, 1999). Apenas em 2002, o Ministério da Saúde passou a adquirir o método já comercializado em dose pronta, enviando-o para serviços de atenção à violência sexual de espalhados no país (Figueiredo, 2004).

A introdução da contraceção de emergência na atenção às vítimas de violência sexual se mostrou fundamental na medida em que, até então, o procedimento realizado supunha aguardar o tempo da ocorrência da agressão para verificar a constatação ou não da ocorrência da gravidez. Em casos positivos, conforme previsto no Código Penal de 1940 (Brasil, 1940), a mulher teria opção de optar ou não pelo Aborto Legal, a partir daí iniciado o encaminhamento em hospitais ligados ao SUS – Sistema Único de Saúde. Essa disponibilidade, no entanto, só passou a ser efetivada pelo estado a partir de 1997, com a publicação da Resolução 258 pelo Ministério da Saúde, que obrigou a estruturação desses serviços, que foram instalados, na maioria das vezes em capitais.

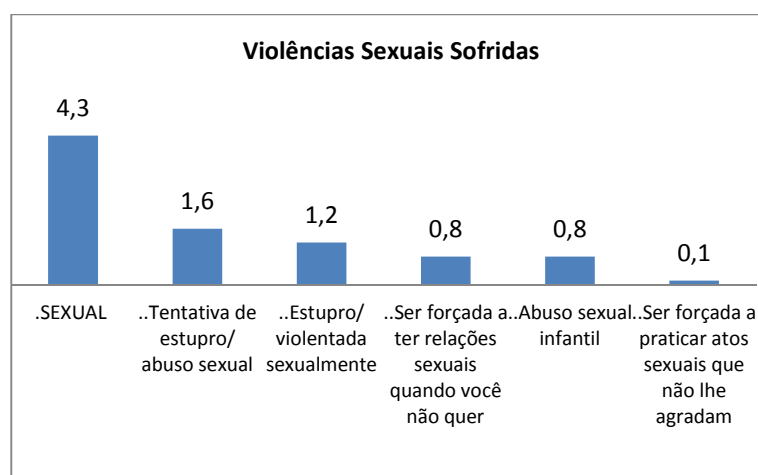
Assim, fora o componente da dificuldade de localização de hospitais públicos que prestam atendimento ao aborto legal, a mulher contava com uma série de dificuldades, como trâmites burocráticos de exames legais ou de falta de provas, que terminavam muitas vezes em ultrapassar o tempo inicial previsto para a realização do aborto, provocando uma série de transtornos de ordem emocional e física entre as violadas, que acabavam dando curso à gestação.

Independente desses percalços, os serviços de Aborto Legal realizaram em 2010, cerca de 1.680 desses procedimentos (DATASUS). Esse número até 2008 totalizava cerca de 2.900 procedimentos e caiu drasticamente em 42%, com a introdução de oferta de mais de 153.000 cartelas de contraceção de emergência em serviços de atendimento a vítimas de violência (SPM-PR, 2010), para serem utilizadas nas primeiras 72 horas após o momento da violência

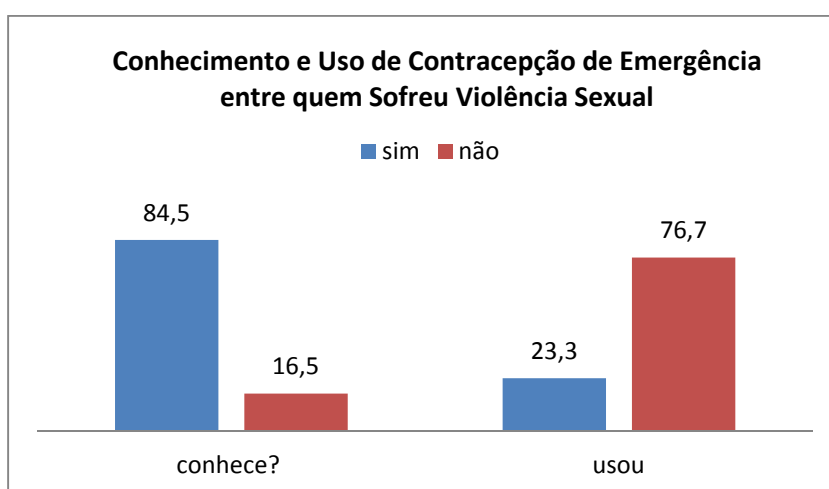
(Task Force, 1998), proporcionando uma média de 85% de eficácia contra a gravidez e dispensando a necessidade de espera pela gravidez e a realização de abortos legais.

Esse benefício, portanto, está intimamente ligado à busca rápida pelo serviço, o que nem sempre se observa em situações de violência sexual, onde muitas mulheres tardam a procurá-los devido à desorientação pelo trauma, mas principalmente por falta de informação sobre a possibilidade de disponibilidade desses medicamentos e de outros que previnem DST/HIV aids, disponíveis nesses serviços (MS, 2005a).

A pesquisa demonstra que além da desinformação geral sobre a existência da contracepção de emergência ainda atingir 22,4% das mulheres brasileiras, principalmente as pobres e de ambientes rurais, ela é necessária, visto que 2% das entrevistadas já haviam tido experiência e outras 4,3% sofreram tentativas de serem forçadas a fazer sexo/ ou vítimas de estupro.



Observou-se que entre essas mulheres que afirmaram ter sofrido violência sexual ou tentativa da mesma, 16,5% das mulheres nunca tinham ouvido falar no método e 23,3% utilizaram o método.



Isso demonstra a grande necessidade de difusão não só de informações sobre sua existência, mas dos locais e serviços onde o método possa estar disponível nessas situações de violência sexual, facilitando que as mulheres tenham informação prévia sobre seu uso e recorram a ele nessas situações emergenciais, tanto em serviços de pronto socorro, como serviços básicos de saúde próximos a suas residências, facilitando sua utilização.

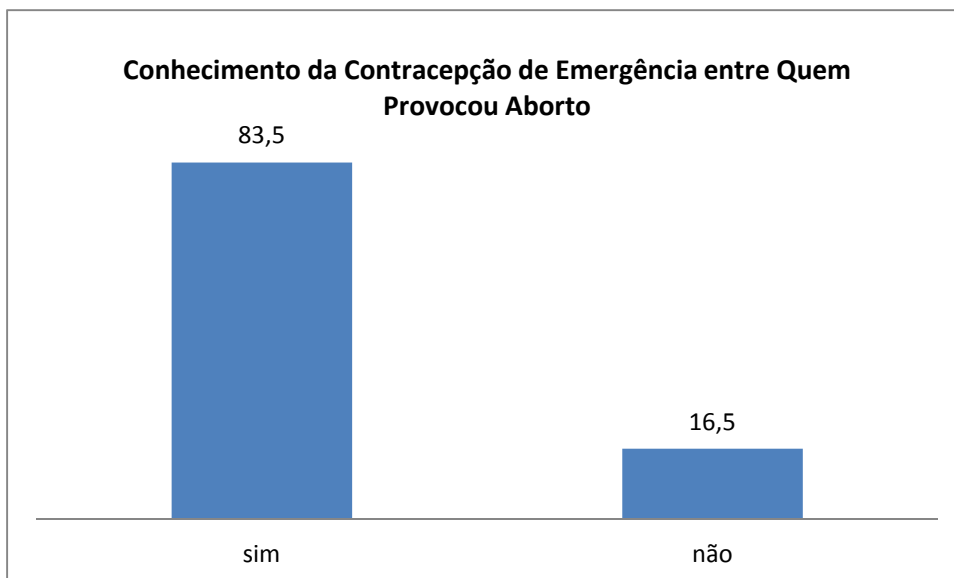
Contraceção de Emergência como Método Necessário para Não-Uso ou Falhas Contraceptivas fora de Situações de Violência

A contraceção de emergência, como está estabelecido pelo Ministério da Saúde, também deve ser orientada para situações de falha no uso de contraceptivos e no não uso destes durante as relações sexuais. Essa informação é relevante se observarmos que há uma quantidade enorme de gestações não-planejadas no Brasil devido a essas ocorrências, o que resultam, conforme aponta a pesquisa, em 15,8% de mulheres com experiências de aborto provocados.

Além dos abortos, a ocorrência verificada na pesquisa de 7,3% de meninas na faixa etária até 15 anos e mais 26,7% na faixa etária de 16 a 18 anos (totalizando cerca de 34,0% de gestações em menores de idade) expressa, na grande maioria dos casos a ocorrência de “acidentes de prevenção” na adolescência, onde essa gestação não foi planejada. Conforme Andalafti (2003), há um intervalo grande entre o início da vida sexual e a busca de métodos de prevenção à gravidez que varia de um a seis meses, período em boa parte das adolescentes já se põem grávidas, antes de recorrer ou ter acesso à contraceção comum. Várias são as razões para tal comportamento, mas pode-se salientar que a noção de risco é adquirida e o processo de prevenção contraceptiva aprendido socialmente (Figueiredo & Andalafti, 2004), ao mesmo tempo em que a noção de risco-ocorrência real pode ainda não estar solidificada, por isso a contraceção de emergência se mostra como uma estratégia fundamental para as mulheres em geral, mas especialmente para as adolescentes de forma a permitir uma intervenção pontual e pós-coito depois de uma situação sexual em que adolescentes ainda estão se identificando como seres sexualmente ativos. Esse aspecto de importância de informação e acesso é ressaltado pelo Ministério da Saúde nas Normas de Planejamento Familiar (MS, 2004), mas também nas orientações específicas de Atenção à Saúde do Adolescente (MS, 2005b).

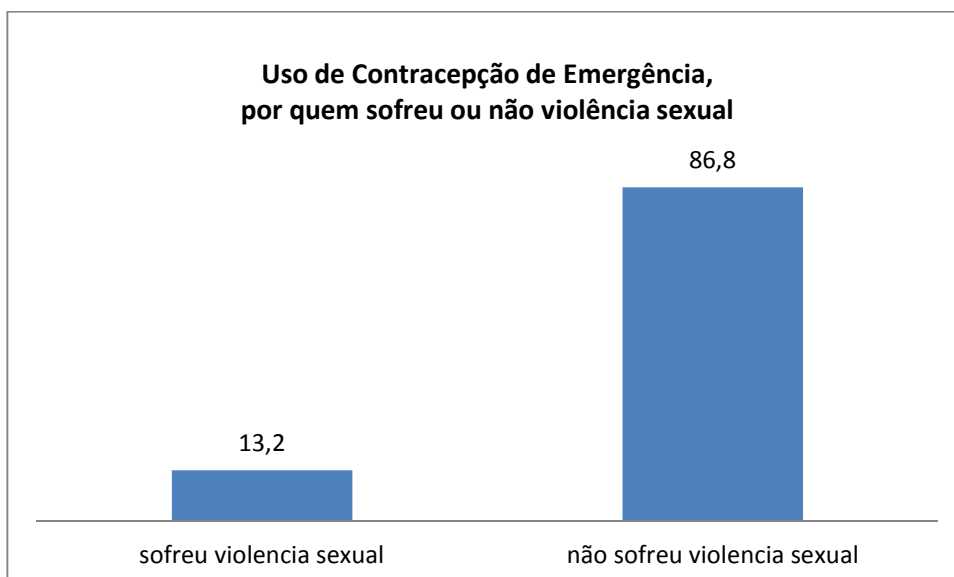
A informação ainda limitada de opções contraceptivas, incluindo a contraceção de emergência justifica o alto número de mulheres que alegaram ter tido experiências de abortos observados na pesquisa, além do fato de 4,7% delas terem recorrido a essa prática mais de uma vez.

O conhecimento da contraceção de emergência entre as mulheres que abortaram é de 83,5%. No entanto, não é possível saber se a ocorrência de aborto provocado foi anterior ou não a esta informação, mas demonstra que muitas mulheres que já abortaram (16,5%) não sabem que a contraceção de emergência e que, portanto, o uso de prevenção pós-coito existe. Esse desconhecimento é um fator importante que pode facilitar a ocorrência de abortos sequenciais em casos de exposição de risco de gravidez.



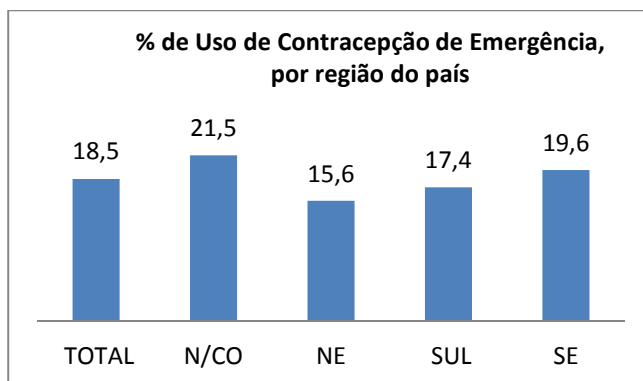
Isso demonstra que ainda há entraves no acesso a contraceptivos, principalmente entre jovens e adolescentes que nem sempre são bem recebidas em serviços de saúde antes de estarem grávidas (Figueiredo, Bastos e Lenz, 2012), demonstrando a presença ainda como tema-tabu de atender e assumir a vida sexualmente ativa de meninas adolescentes menores de idade, problema ligado à cultura de gênero machista solidificada por anos que impôs a abstinência sexual feminina antes do casamento e a culpabilização da prática sexual das adolescentes.

Entre as mulheres pesquisadas, 18,5% utilizaram a contraceção de emergência, sendo que dessas, o uso predomina, em 86,8% das vezes foi realizado em situações de risco não ligadas à violência sexual.



As características desse uso do método indicam 18,5% de experiência de uso por mulheres do país, com predominância das que estão nas regiões Sudeste e Norte/Centro Oeste, o que demonstra que o desconhecimento do método na região Centro-Oeste como um todo não determina o menor uso do método na região, que pode se concentrar possivelmente

em grandes centros urbanos como Brasília, visto que nota-se que o uso do método entre mulheres urbanas é maior, de 19,4%, contra 12,4% das mulheres que moram em áreas rurais.



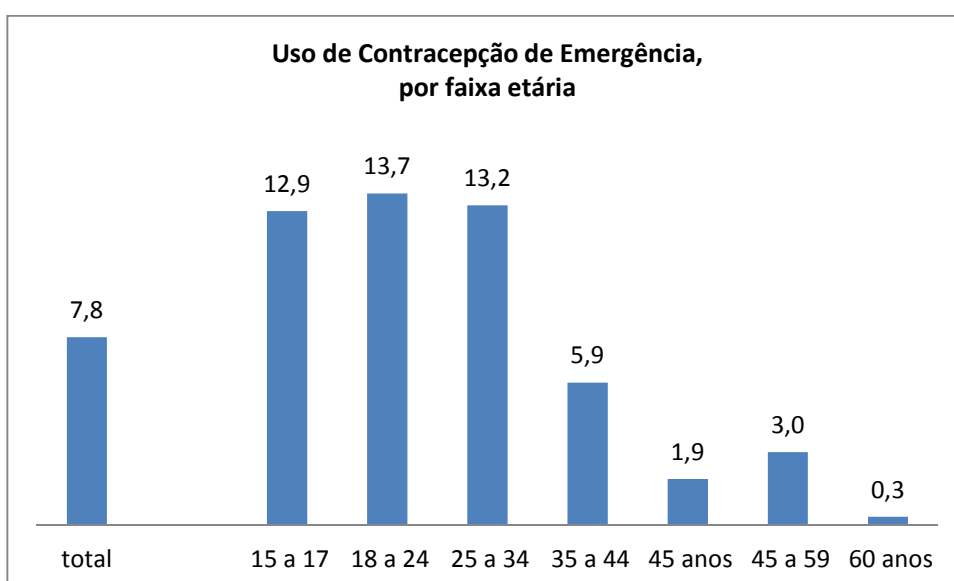
É interessante ressaltar a postura predominantemente favorável ao método (de 56,2%), visto que, além das 18,5% que recorreram ao método, outras 37,7% alegaram que fariam uso dele em caso de necessidade.

P47a/b - A pílula do dia seguinte evita a gravidez. Qual das seguintes situações se aproxima mais do seu caso, em relação a essa pílula:....? Quantas vezes ?

(Estimulada e única, em %)

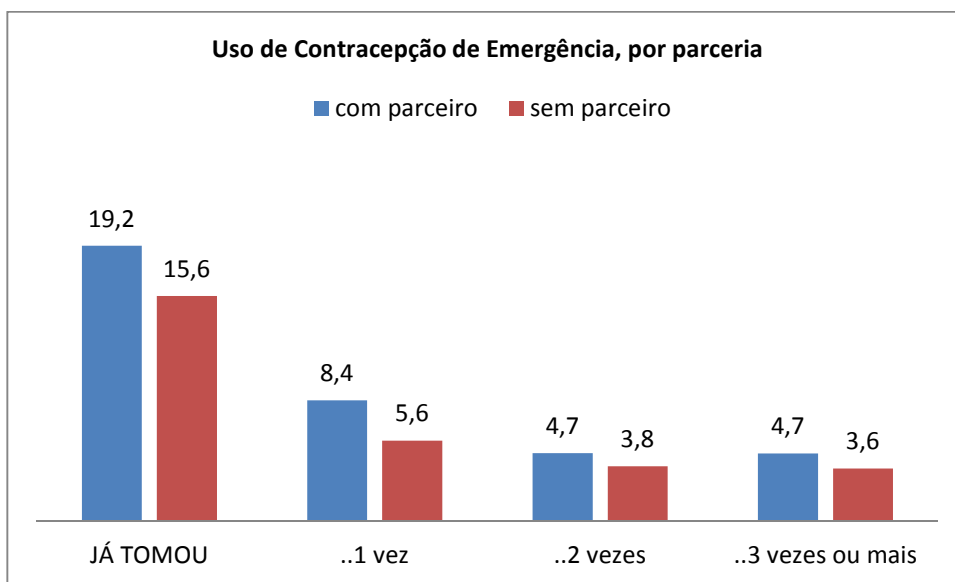
JÁ TOMOU	18,5
NUNCA TOMOU MAS TOMARIA PARA EVITAR UMA GRAVIDEZ INDESEJADA	37,7
NUNCA TOMOU NEM TOMARIA	40,6
OUTRA RESPOSTA	0,6
NÃO SABE/ NÃO RESPONDEU	2,6
	100,00

A utilização da contraceção de emergência se mostra maior entre o público adolescente e jovem, predominantemente abaixo dos 17 anos (67,2%) embora seja feito por todas as faixas etárias.

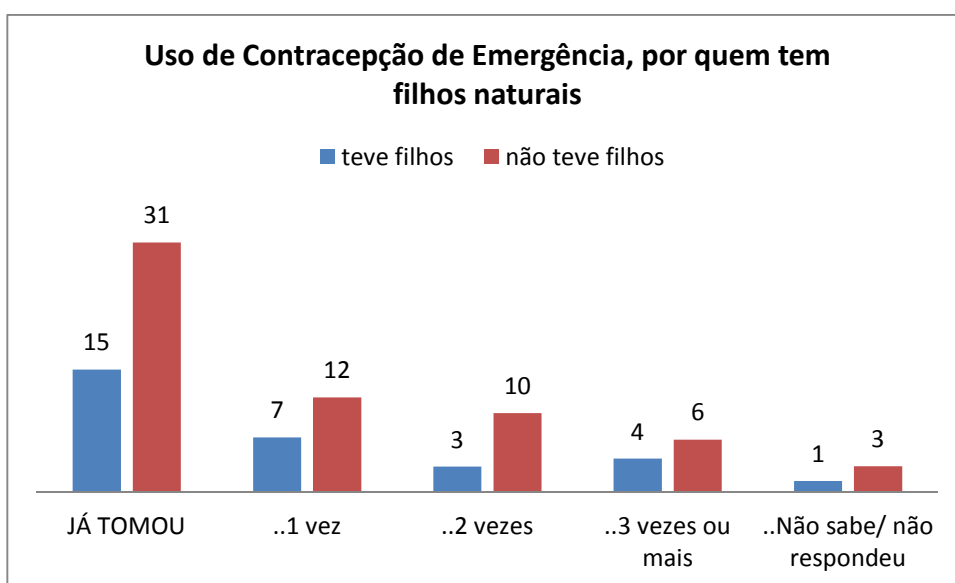


Da mesma forma, está presente em todas as faixas de renda familiar, demonstrando que é um fenômeno ligado a padrões de comportamento sexual e riscos ligados às exposições de risco da faixa etária adolescente e jovem.

Embora haja a ideia geral de que o uso se dê rotatividade de parceria entre adolescentes, verifica-se que a maioria das usuárias são adolescentes jovens com parceria, como já apontaram pesquisas anteriores (Bataglião & cols, 2011; Figueiredo & cols, 2008).



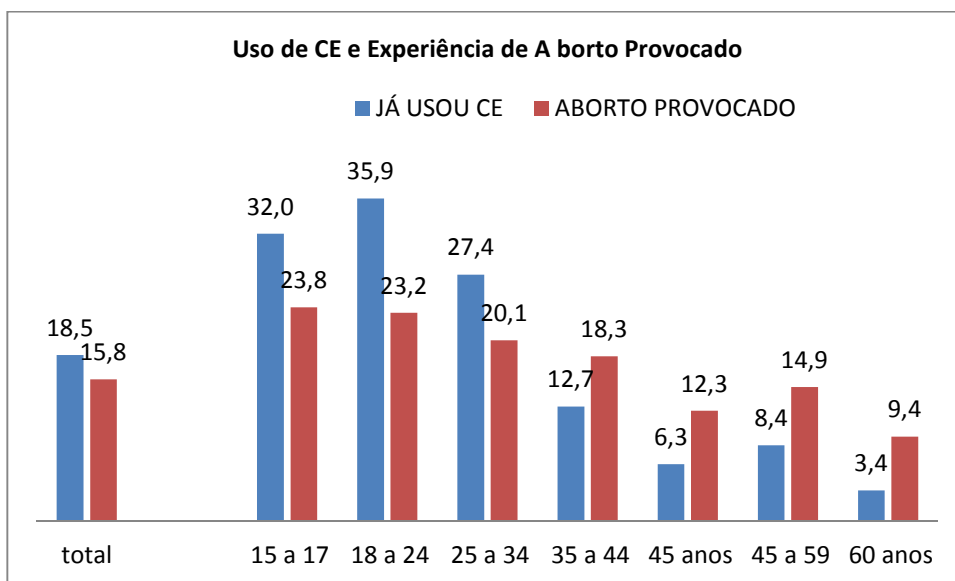
Esses casais jovens que utilizam o método são normalmente, parcerias iniciais do ponto de vista de composição de parceria e residência, onde geralmente não há filhos.



Nesse sentido, cabe interrogar se não seria a falta de acesso aos contraceptivos regulares e uma rejeição em dar continuidade no uso de preservativo nas parcerias fixas, os motivos que levam a um maior uso da contracepção de emergência “proposital”, visto que para quem não sabe de seus riscos de falha em caso de uso repetido (MS, 2011), seu uso pós-coito pode ser visto como mais cômodo e facilitado. Essa detecção da recusa de uso de

preservativo entre parcerias fixas já é apontada em publicações que discutem a prevenção de HIV/aids entre heterossexuais (CRT, 2010). Isso indica a necessidade de atuação educativa dirigida a esses adolescentes e jovens com parceria fixa, para que fixem o uso de contraceptivos de uso rotineiro comuns, ao mesmo tempo em que sejam desenvolvidas estratégias que facilitem esses jovens casais com residência ou não à inserção em programas de Planejamento Familiar de serviços públicos de saúde.

Cabe lembrar que o uso da contracepção de emergência entre o público adolescente e jovem, deve ser visto como um benefício, na medida em que são essas faixas que mais apresentam na pesquisa altos índices de aborto provocado, evidenciando grande prática sexual de risco e a importância e a necessidade de uma opção de prevenção à gravidez pós-coito para este público.



Com relação ao uso seguido e frequente da contracepção de emergência, ao contrário da tendência sugerida por estudos anteriormente realizados no período de 2005 e 2009 (Figueiredo & cols, 2008; Moraes & cols, 2008; Lefevre & cols, 2010), a pesquisa com amostra brasileira aponta a utilização repetida por mais de uma vez foi realizado por mais da metade das usuárias do método (9,1%), principalmente entre as mais jovens na faixa etária de 15 a 34 anos, sendo mais comum abaixo dos 24 anos.

P47a/b - A pílula do dia seguinte evita a gravidez. Qual das seguintes situações se aproxima mais do seu caso, em

relação a essa pílula:....? Quantas vezes ?

(Estimulada e única, em %)

JÁ TOMOU	
..1 vez	7,8
..2 vezes	4,5
..3 vezes ou mais	4,6
..Não sabe/ não respondeu	1,6
Total	18,5

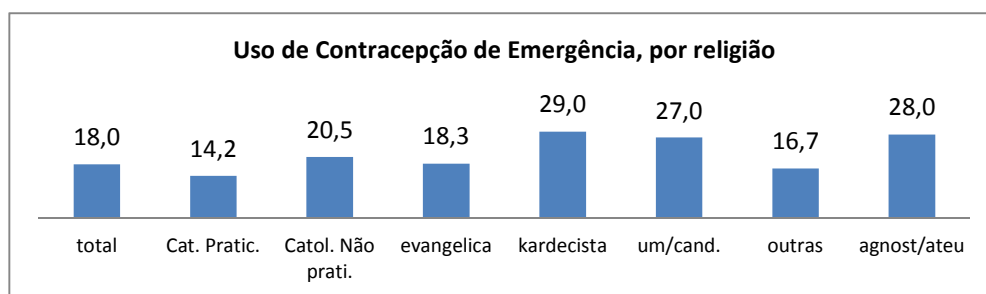
..Desvio Padrão	12,4
..Erro Padrão	0,7

	total	15 a 17	18 a 24	25 a 34	35 a 44	45 anos	45 a 59	60 anos
..1 vez	7,8	12,9	13,7	13,2	5,9	1,9	3,0	0,3
..2 vezes	4,5	10,5	11,0	6,4	2,6	0,6	0,8	0,3
..3 vezes ou mais	4,6	5,6	9,8	6,5	2,4	2,0	2,1	1,8
..Não sabe/ não respondeu	1,7	2,9	1,4	1,4	1,8	1,9	2,6	0,9

Com relação a outras necessidades de uso da contracepção de emergência, cabe lembrar que o método também tem uma função importante para situações eventuais de falhas mecânicas ou de colocação/retirada no uso do preservativo, conforme indicou estudos entre jovens (Figueiredo & cols, 2008). Essas situações de falha não foram levantadas na pesquisa atual, porém é importante salientar que 19% das mulheres pesquisadas afirmaram utilizar o preservativo masculino como método, o que potencializa a importância deste método de emergência como contraceptivo complementar para evitar risco de gravidez.

Interferências Morais e Religiosas no Uso da Contracepção de Emergência

A pesquisa explicita que embora tenha sido feito por mulheres pertencentes a todas as religiões, o uso da contracepção de emergência se mostra 10% menor entre católicas praticantes e entre evangélicas se comparados com pessoas agnósticas, cardécistas e atéias.



Essa informação aponta o peso da orientação religiosa na utilização do método, uma vez que 40,6% pesquisadas que alegaram que não utilizariam o método, na maioria das vezes, 34,4%, alegando motivos relacionados a questões morais, principalmente a percepção (já demonstrada incorreta) de que o método possa ser abortivo, opinião referida por 19,6%. Essa referência é muito maior entre católicos não-praticantes e cardécistas, mas também se mostra presente entre os evangélicos e os católicos praticantes.

	TOTAL	cat, pratic.	catol. não prat.	evangelico	kardecista	umband/cand	outras	agnóst/ateu
ABORTO	19,6	16,4	27,0	19,2	30,9	0	15,5	0
...É abortivo...	16,6	12,1	24,5	16,3	30,9	0	15,5	0
...Poderia matar um "inocente"/ tirar vida.	3,8	4,3	4,0	4,4	0	0	0	0
...outras resp. aborto	0,4	0,9	0	0	0	0	0	0

RAZÕES MORAIS	14,8	10,0	16,0	19,1	20,7	0	28,2	15,8
...Se engravidar deve arcar com conseq	5,6	5,0	5,8	4,2	20,7	0	10,8	7,9
...Devemos ter consciência .../ assumir	5,1	4,1	5,1	4,6	0	0	11,6	7,9
...É pecado	2,5		1,2	6,3	10,3	0	5,8	0
...Outras resp. morais	2,3	1,7	3,8	4,1	0	0	0	0

Isso demonstra que posições preconizadas por instituições religiosas brasileiras contrárias ao aborto, tem se expandido para a tentativa de contenção de acesso à estratégias contraceptivas, no caso atual à contracepção de emergência, como já fizeram no passado nas tentativas de contenção à expansão do uso do DIU e da própria pílula anticoncepcional no país (Pedro, 2003). Esses grupos, normalmente ligados a igrejas neo-pentecostais que se organizam procurando pressionar legislações e execuções de políticas de acesso ao medicamento, como demonstraram Arilha e Citeli (2010) com a análise de ações ocorridas nos municípios de Jundiaí, São José dos Campos e Jacareí, no estado de São Paulo, utilizam como estratégia a falta de informação sobre a forma como o método age, associando a contracepção de emergência erroneamente ao aborto.

Essa desinformação não é exclusiva de grupos religiosos, uma vez que até 2002 estudos não definiam explicitamente o mecanismo de ação do método, supondo que pudesse agir como uma barreira uterina para a implantação de ovos fecundados. Estudos posteriores descartaram esta hipótese, porém a informação ainda não é suficientemente difundida entre o público e profissionais (MS, 2011), por vezes produzindo discursos errôneos inclusive da classe médica e de Ginecologia e Obstetrícia como demonstraram pesquisas feitas por Galvão (1999) e Alvez & cols (2004).

Da mesma forma, eventualmente ocorrem confusões quanto a contracepção de emergência, feita à base de levonorgestrel, e a pílula abortiva RU486 à base de mifepristona, que já foram editadas por materiais impressos na própria mídia brasileira que, juntamente à desinformação sobre o mecanismo de ação do método, nem sempre tem cumprido um papel esclarecedor do assunto como mostrou Souza e Brandão (2012).

Isso demonstra a necessidade de continuidade de ações de intervenção entre profissionais de saúde como as que vem sendo realizadas por diversas entidades brasileiras, como a FEBRASGO – Federação de Ginecologia e Obstetrícia (CCR, 2010), a Associação Brasileira de Pediatria (Saito, 2003) e do próprio Ministério da Saúde (MS, 2011), além de organizações da sociedade civil (Figueiredo & Peña, 2002), que tentam produzir capacitações, produção de materiais técnicos e educativos e ações de advocacy visando esclarecer o método e minimizar a ação de grupos conservadores, principalmente religiosos que com discursos pelo direito à vida, acabam atentando contra a expansão dos Direitos Reprodutivos entre a população brasileira.

Considerações Finais

A pesquisa demonstra que a contracepção de emergência já é de amplo conhecimento entre as mulheres, embora a informação precise chegar à regiões e mulheres mais pobres.

Apesar da informação de existência do método, há desconhecimento sobre sua forma de ação, fato que dá margem a interferência de grupos religioso que tentam “demonizá-lo” e dificultar o acesso das mulheres ao mesmo, com o falso argumento de que seja abortivo.

O impacto do acesso á contracepção de emergência em serviços de atenção à violência sexual é amplo, apesar da pouca quantidade e localização restita desses serviços em capitais e levou a uma queda significativa na ocorrência de gestações pós-estupro e, conseqüentemente, de necessidade de realização de procedimentos de aborto legal.

No entanto, o uso majoritário ocorre em situações de risco cotidianos, principalmente vividos por jovens e adolescentes não ligadas à violência, mostrando que o impacto sobre a redução de gestações e abortos entre este público deve ser positivo.

No entanto, adolescentes e jovens em parceria fixa precisam ter acesso a serviços de saúde e informações corretas sobre o método para que não passe adotá-lo como contraceptivo de uso rotineiro.

Ainda cabe ao poder público a facilitação de acesso à contracepção de uso regular e na atualização e melhor difusão da contracepção de emergência via serviços de saúde pública, de forma que a informação correta sobre sua serventia e eficácia seja correta e fornecida por profissionais para que não seja apenas passada através do boca-a-boca informal das pessoas.

Referências Bibliográficas

Andalafiti, Jorge. Comportamento sexual na Adolescência – o papel da anticoncepção de emergência. *Jornal da SOGIA – BR*, 6(4), jan, fev, mar/2003.

Arilha M, Citeli 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 TS, Pisaneschi TC. *Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos*. São Paulo: CCR – Comissão de Cidadania e Reprodução; 2010.

Bataglião, Conhecimento e utilização da Contracepção de Emergência por acadêmicos de enfermagem.

Castro JF, Rodrigues VMCP. Conhecimentos e atitudes dos jovens face à contracepção de emergência. São Paulo: *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2009; 43(4): 889-94.

CRT Aids. *Prevenção de DST/aids em Situação de Conjugalidades*. São Paulo: CRT/aids, 2010.

Figueiredo R. *Contracepção de Emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional*. Rio de Janeiro: *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva - IPAS*, Setembro de 2004. Formato Eletrônico em <http://www.ipas.org.br>

- Figueiredo R, Peña M. Promoção da contracepção de emergência no Brasil associada a prevenção da aids. Agende, Experiências em advocacy em saúde e direitos reprodutivos. Brasília: Agende; 2002.
- Figueiredo R, Andalaft Neto J. Uso de contracepção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. Rev SOGIA. 2005; 6(2):4-6
- Figueiredo R, Escuder MM, Puppo LR, Porto Alvez MCG. Conhecimento e Uso de Contracepção de Emergência por Adolescentes: estudo com estudantes de Ensino Médio de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. 36p.
- Figueiredo R, Bastos S. Saúde e direitos sexuais e reprodutivos: o poder judiciário deve garantir o acesso à contracepção de emergência. In Keinert TMM, Bastos de Paula SH, Bomfim, JRA (orgs). As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. 233p. (Série Temas em Saúde Coletiva, 10).
- Figueiredo R, Bastos SH, Telles JL. Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes em municípios do estado de São Paulo. Rev Bras de Crescimento Desenvolvimento Hum. 2012; 2.
- Galvão L, Díaz J, Díaz M, Osis MJD, Clark S, Ellertson C. Emergency contraception: knowledge, attitudes and practices among Brazilian obstetrician-gynecologists. Int Fam Plan Perspect. 1999; 25(4):168-71
- Lefevre F (org). O profissional de saúde, o adolescente e a contracepção de emergência: ajudando a decidir. São Paulo: IPDSC; 2010. 32p.
- Ministério da Saúde. Contracepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
- 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: Editora do Ministério da Saúde; 2005a.
- Ministério da Saúde. Marco legal: Saúde, um direito dos adolescentes. Brasília, 2005b. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
- Ministério da Saúde. Norma Técnica de Atenção a Vítimas de Violência Sexual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 1999.
- Moraes SDTA, Alanino S, Amaral SF, Segri NJ; Di Caprio L G, Moraes EM. Uso de contracepção de emergência entre estudantes de medicina da Uninove. São Paulo: UNINOVE- Faculdade de Medicina; 2008.
- Pedro JM. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. Rev. Bras. Hist. 23(45) São Paulo; 2003.
- Saito MI, Leal MM. O exercício da sexualidade na adolescência: a contracepção em questão. São Paulo: Revista de Pediatria, 25(1): 36-42, 2003.
- Souza RA, Brandão ER. À sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de emergência na mídia impressa brasileira (2005-2009). Bauru: Interface - Comunic., Saude,

Educ.; 2012. Disponível em [p://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012005000017&script=sci_arttext].

SPM-PR - 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: SPM-PR; 10.02.2010. On line. Disponível em [http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/levantamento-aponta-queda-no-numero-de-abortos-legais-realizados-no-pais].

Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, Suisse Piaggio, G, Von Hertzen H, Grimes, DA, Van Look PFA. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Lancet, 353(9154): 428-33; 1998.

Teixeira de Araujo SD.

Vieira LM, Saes SO, Dória AAB, Goldberg, TBL. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. Recife: Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, 6(1):135-40, 2006.