



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE FARMÁCIA**

**MARTA SOARES PORTO**

**UTILIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NO BRASIL: REVISÃO  
DA LITERATURA**

**CEILÂNDIA, DF**

**2013**

MARTA SOARES PORTO

**UTILIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NO BRASIL: REVISÃO  
DA LITERATURA**

Monografia de Conclusão de Curso apresentada  
como requisito parcial para obtenção do grau de  
Farmacêutico, na Universidade de Brasília,  
Faculdade de Ceilândia.

**Orientador: Profa. Dra. Emília Vitória da Silva**

CEILÂNDIA, DF

2013

MARTA SOARES PORTO

**UTILIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NO BRASIL: REVISÃO  
DA LITERATURA**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Profa. Dra. Emília Vitória da Silva  
(FCE/ Universidade de Brasília)

---

Profa. Ma. Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners  
(FCE/ Universidade de Brasília)

---

Prof. Dr. Carlos Cezar Flores Vidotti  
(FACIPLAC/ Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central)

CEILÂNDIA, DF

2013

## **AGRADECIMENTOS**

Àquele que me deu a vida e me conheceu antes mesmo que eu nascesse: Deus. Agradeço por abençoar meus passos e iluminar o meu caminho através dos milagres que realiza todos os dias em minha vida, por ter traçado a minha história da forma mais bela e perfeita possível, por me dar forças para seguir seus planos e por me mostrar quem é o meu verdadeiro guia. Também agradeço à mãe do céu, Maria, que cuida e zela por mim intercedendo ao Pai para que o melhor aconteça, seu carinho e proteção de mãe me sustentam e me dão segurança.

Aos meus pais, Washington e Marília, que fizeram o possível e o impossível para que essa etapa se concretizasse. Eles que não mediram esforços para que tudo ocorresse da melhor maneira e, principalmente, por me apoiar, acreditar e cuidar de mim, ultrapassando distâncias e saudades, e me amando com o amor que não tem medida. Por serem os maiores exemplos que tenho na vida e meu eterno porto seguro. À minha irmã Laís por ter me acompanhado todo o tempo e dado seu apoio com sua ajuda, seu olhar carinhoso, seu silêncio e seu jeito único. Por ter me escutado e me amado acima de tudo.

Ao meu namorado Raphael, por ter compartilhado seu tempo, sua paciência, seu conhecimento e seu amor comigo. Por ter contribuído no trabalho com suas habilidades e sugestões, por me incentivar quando estava desanimada, me acalmar nos momentos de desespero, me ouvir quando eu precisava falar, por acreditar em mim e me dar todo o apoio para ir até o fim. Por ser o melhor companheiro que poderia existir para mim.

A todos os meus familiares que sonharam comigo a conclusão dessa trajetória: avós, tios e primos, que independente da distância torcem por mim, em especial aos que participaram mais de perto e foram essenciais para a viabilidade dos meus estudos: tio Antônio Marcos e madrinha Paula, primas Maria Luísa e Helena, tia Aldair (eternas saudades) e primo Marcelo Vianna por abrirem as portas de suas casas para me acolher e por terem me recebido como filhas e irmã.

Aos meus amigos que estiveram presentes de diferentes formas, aqueles que conheci na faculdade, os amigos de infância (Itacajá-TO) e do ensino médio (Colégio Marista de Palmas), os amigos de fé (Ágape de Jovens) e aqueles que a vida me

permitiu conhecer e escolher. Todos contribuíram à sua maneira e sua amizade me ajudou a concluir essa fase.

De forma particular, agradeço à professora e orientadora Emília Vitória da Silva por ter aceito o meu convite para trabalharmos juntas, por confiar em mim, por ter sido tão presente, prestativa e por me ensinar tanto. Sua postura profissional e pessoal é um exemplo para mim e me impulsionam a ser uma pessoa melhor. Também sou grata aos professores Micheline Meiners e Carlos Vidotti por participarem da banca examinadora e contribuírem com seus conhecimentos.

À Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia por proporcionar tantas oportunidades e condições para meu crescimento profissional, ao corpo docente de farmácia, que pelo ensino e dedicação permitiu formar profissionais completos.

Meus sinceros agradecimentos a todos que, de alguma forma, auxiliaram na minha formação e acreditaram em mim. Concluo esse curso com muito orgulho e com a certeza de que fiz o que estava ao meu alcance, considerando que posso e devo sempre melhorar e que serei uma farmacêutica dedicada em servir ao próximo e contribuir com a sociedade.

## RESUMO

A anticoncepção de emergência (AE), também conhecida como “pílula do dia seguinte”, é um método seguro e eficaz de prevenção da gravidez não planejada e possui indicação reservada a situações especiais ou de exceção. O público jovem representa parcela importante de usuários desse método contraceptivo, o único utilizado pós-coito. Investigar o nível de conhecimento, acesso e utilização da AE é fator fundamental para nortear políticas públicas que favoreçam a disseminação desse instrumento de saúde. Logo, este trabalho teve como objetivo realizar revisão da literatura e identificar estudos descritivos transversais, com aplicação de questionário, que relatam a utilização e conhecimento acerca da anticoncepção de emergência pela juventude brasileira. Para isso, foram levantados todos os artigos indexados nas bases de dados Lilacs, SciELO e Pubmed até o dia 14 de setembro de 2013 por meio dos descritores “*emergency contraception*”, “*emergency contraception Brazil*” e “*emergency contraceptive Brazil*”. Dos artigos recuperados nesta pesquisa foram selecionados apenas aqueles que se enquadraram nos critérios estabelecidos. Com isso, foram selecionados sete estudos e deles foram extraídas informações a respeito dos aspectos que envolveram o trabalho e seus principais resultados. Estas informações foram organizadas em tabelas e analisadas categoricamente, permitindo observar o modo como a juventude brasileira tem convívio com a AE. Constatou-se considerável nível de conhecimento e utilização, mas também de falta de informações corretas quanto à ação farmacológica, forma de utilização, segurança e eficácia do método.

**Palavras chave:** anticoncepção pós-coito; comportamento do adolescente; inquéritos epidemiológicos; Brasil.

## ABSTRACT

Emergency contraception (EC), also known as "morning-after" pills, is a safe and effective method of preventing unplanned pregnancy and has reserved indication for special situations or exception. The teen audience is an important part of users of this contraceptive method, the one used postcoital. To investigate the level of knowledge, access and use of EC is fundamental to guide public policies that favor the spread of this health tool. Therefore, this study aimed to review the literature and identify descriptive transversal studies, using a questionnaire, reporting the use and knowledge of emergency contraception for adolescents in Brazil. For this, we collected all the articles indexed in Lilacs, SciELO and Pubmed databases until September 14, 2013 through the descriptors "emergency contraception", "emergency contraception Brazil" and "emergency contraceptive Brazil." Of articles retrieved in this study were selected only those that met the criteria. With this, seven studies were selected and data was extracted from them about the issues surrounding the search and its main results. This data was organized in tables and analyzed categorically, allowing you to see how the Brazilian youth has lived with the EC. It found considerable level of knowledge and use, but also a lack of correct information about the pharmacological action, manner of use, safety and effectiveness of the contraceptive method measured.

**Keywords:** contraception, postcoital; adolescent behavior; health surveys; Brazil

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de experiência sexual, por estudo, entre jovens e adolescentes do sexo feminino .....	28
Gráfico 2 – Taxa de utilização da anticoncepção de emergência, por estudo, entre adolescentes e jovens.....	30
Gráfico 3 – Principais motivações que induziram ao uso da anticoncepção de emergência, por estudo, entre adolescentes e jovens .....	33
Gráfico 4 – Taxa de conhecimento prévio sobre anticoncepção de emergência, por estudo, entre adolescentes e jovens. ....	35



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição e quantificação dos principais objetivos dos estudos analisados .....	24
Tabela 2 – Descrição dos principais aspectos dos estudos analisados .....	25
Tabela 3 - Principais fontes de informação sobre anticoncepção de emergência, por estudo, entre adolescentes e jovens.....	37

## LISTA DE SIGLAS

AE	Anticoncepção de emergência
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
DF	Distrito Federal
DIU	Dispositivos intrauterinos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FHI	<i>Family Health International</i>
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
IPPF	<i>International Planned Parenthood Federation</i>
mg	miligrama
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
WHO	World Health Organization
UnB	Universidade de Brasília
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
1.1	A anticoncepção de emergência.....	12
1.2	Evolução regulatória da anticoncepção de emergência.....	15
1.3	Barreiras ao acesso .....	17
1.4	Vida sexual na adolescência.....	18
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
3.1	Objetivo Geral .....	22
3.2	Objetivos Específicos.....	22
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>24</b>
5.1	Caracterização dos estudos.....	24
5.2	Práticas sexuais e contraceptivas.....	27
5.2.1	Uso da anticoncepção de emergência .....	29
5.2.2	Conhecimento e opinião sobre a anticoncepção de emergência .....	35
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Durante a juventude, o comportamento contraceptivo apresenta uma dinâmica própria e os fatores determinantes do uso dos métodos disponíveis podem variar de pessoa para pessoa conforme o tipo de relacionamento afetivo-amoroso, experiências vividas, nível de conhecimento e outros parâmetros exclusivos para cada situação em que o adolescente se encontra (BORGES et al., 2010).

Dentre os métodos contraceptivos existentes, destaca-se a anticoncepção de emergência (AE), também chamada de “pílula do dia seguinte”. A AE hormonal é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), pela *Family Health International* (FHI), pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e aprovada por agências reguladoras de diferentes países, incluindo-se a *Food and Drug Administration* (FDA) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Em vários países está incluída nas normas de atenção aos casos de violência (CAVALCANTE, 2009; CONSTANTINO, 2010).

No Brasil, a AE ainda enfrenta barreiras que dificultam sua utilização, mas, nos últimos anos, segue tendo seu acesso ampliado e vem ganhando o reconhecimento, em especial, do público adolescente. É importante conhecer como o método se encontra no cenário atual, principalmente a respeito das informações que circulam entre os jovens.

### 1.1 A anticoncepção de emergência

A anticoncepção de emergência é um importante método anticoncepcional para prevenir gravidez inoportuna ou indesejada. Diferente dos demais métodos existentes, é o único utilizado após a relação sexual (BRASIL, 2010; CAVALCANTE, 2009). Sua indicação é reservada a situações especiais ou de exceção que ressaltam seu caráter emergencial como relação sexual sem uso de método anticoncepcional, falha ou uso inadequado do método de rotina e violência sexual (HUTCHISON; SHAHAN, 2013; WHO, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) existem dois métodos de contracepção de emergência: pílulas hormonais orais e dispositivos intrauterinos de cobre (DIU). O método não hormonal quando utilizado até os cinco primeiros dias decorridos após a relação sexual desprotegida é a forma mais efetiva de contracepção de emergência disponível (WHO, 2012). Todavia, este método não está aprovado no Brasil como anticoncepção de emergência por ser técnica invasiva do corpo feminino e ter efeitos adversos graves (CAVALCANTE, 2009; FIGUEIREDO; BASTOS, 2008).

A AE hormonal constituiu-se, inicialmente, de compostos hormonais concentrados, com uma combinação de estrogênio e progesterona; foi desenvolvida para prevenir gravidez em resposta às consequências da violência sexual. Descrito em 1972, denominou-se método ou regime Yuzpe, em homenagem ao médico canadense que o descreveu, e passou a ser realizado pela utilização de pílulas hormonais combinadas contendo etinilestradiol (estrogênio) e levonorgestrel (progesterona) (SOUZA; BRANDÃO, 2009). Já ao final dos anos 1990, foi criado um medicamento composto somente por levonorgestrel, que teve sua efetividade aumentada e reduziu sensivelmente os efeitos negativos obtidos com o uso do método Yuzpe (PAIVA; BRANDÃO, 2012).

Os principais efeitos adversos decorrentes do uso da AE hormonal são causados pelo estrogênio (etinilestradiol), que também é fonte de interação farmacológica com alguns medicamentos, como os antirretrovirais. Além disso, deve ser evitado em algumas situações clínicas e possui contraindicações. Logo, tais desvantagens do método Yuzpe e a melhor eficácia da AE composta somente com progesterona (levonorgestrel) são os aspectos que tornam este, a primeira escolha para anticoncepção de emergência na atualidade (BRASIL, 2011; DREZETT, 2010).

Denominada popularmente como “pílula do dia seguinte” por sua utilização pós-coito, ao contrário do que sua denominação sugere, não é preciso esperar até o próximo dia para usar a AE e seu uso não se restringe a esse dia, podendo ser administrada até 120 horas (cinco primeiros dias) transcorridas após a relação sexual desprotegida (FAÚNDES; BRACHE; ALVAREZ, 2003; WHO, 2012). Contudo, ressalta-se que sua eficácia varia em função do tempo entre a exposição sexual e sua administração, sendo maior quanto mais próximo da relação for utilizada (BRASIL, 2011; HUTCHISON; SHAHAN, 2013).

Segundo Constantino (2010), se considerar-se os aspectos fisiológicos do aparelho reprodutivo, fecundação e gravidez, a vida intrauterina não se inicia necessariamente no dia seguinte ao de uma relação sexual, visto que para que a fecundação natural aconteça, o coito deve coincidir com a ovulação ou anteceder-lá por não mais de cinco dias. Isso corrobora com a ideia de que denominação popular dada a esse medicamento induz a erros e, por isso, deve ser abolida (SAITO; LEAL, 2007).

A AE pode atuar na primeira fase do ciclo menstrual impedindo ou retardando a ovulação através do suprimento do pico do hormônio luteinizante e também na segunda fase, interferindo na migração dos espermatozoides por meio do aumento da viscosidade do muco cervical, logo, impossibilita a fecundação (WHO, 2012). Esses mecanismos ocorrem simultaneamente e um deles prevalece, conforme o período do ciclo menstrual em que a AE é utilizada. Ambos são cientificamente demonstrados, ao contrário de mecanismos sugeridos de atuação no processo de nidação de ovo já fecundado, os quais foram refutados em pesquisas científicas reconhecidas pela OMS em 2003 (DREZETT, 2010; FIGUEIREDO; BASTOS, 2009).

Levonorgestrel está disponível em formulações de 0,75 mg (2 comprimidos) e 1,5 mg (1 comprimido). A primeira apresentação pode ser utilizada em duas doses, sendo que a inicial deve ser administrada após, no máximo, 72 horas da relação sexual, e a segunda, 12 horas depois da primeira; alternativamente, os comprimidos podem ser administrados de uma só vez, em dose única. A apresentação contendo 1,5 mg de levonorgestrel é administrada em uma única dose. Apesar de possuírem mesma segurança e eficácia, a apresentação de 1,5 mg se mostra mais vantajosa por melhorar a adesão (BRASIL, 2011; DREZETT, 2010).

Seu uso é seguro e não confere riscos à saúde da mulher se utilizado corretamente e com cautela. Os principais efeitos adversos são náusea, vômito, vertigens e fadiga (HUTCHISON; SHAHAN, 2013), sendo que os dois primeiros podem ser minimizados ou controlados com o uso de antieméticos (CAVALCANTE, 2009). A AE também pode induzir, em menor frequência, irregularidades menstruais, sensibilidade mamária, cefaleia e diarreia (BRASIL, 2010). A única contraindicação absoluta é a gravidez confirmada, apesar de evidências disponíveis sugerirem que seu uso não prejudica a mãe nem o feto. Logo, a possibilidade de aborto e teratogenia é, então, desconsiderada (CONSTANTINO, 2010; WHO, 2012).

Algumas orientações importantes a serem repassadas às usuárias se referem à ingestão do comprimido com alimento ou leite para evitar desconforto gástrico, repetição da dose caso haja ocorrência de vômito em até duas horas após a administração do medicamento, recomendação de método de barreira até a próxima menstruação, e alerta sobre a possibilidade de atraso ou adiantamento da próxima menstruação. Deve-se ainda, principalmente, orientar que a AE não previne Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e, reforçar o caráter de emergência em que deve ser utilizada, não devendo substituir métodos anticoncepcionais de uso regular (BRASIL, 2010).

Também é importante destacar que há menor eficácia no uso repetido da AE, o que se deve ao acúmulo das sucessivas taxas de falha por cada exposição. Não há evidências de que a repetição da AE resulte em suposto mecanismo de “tolerância” ao medicamento (BRASIL, 2011).

## **1.2 Evolução regulatória da anticoncepção de emergência**

Apesar da eficácia da AE ser conhecida há mais de 30 anos e foi somente a partir de 1995 que seu acesso foi ampliado, por meio do Consórcio Internacional de Anticoncepção de Emergência promovido pela OMS e outras instituições atuantes no campo da saúde sexual e reprodutiva (COSTA, 2008; PAIVA; BRANDÃO, 2012).

No que se refere ao contexto nacional, podem ser destacadas duas datas. A primeira em 1996, com a inclusão da AE (método Yuzpe) no Manual de Assistência ao Planejamento Familiar do Ministério da Saúde (MS), após oficina nacional promovida em 1995 pelo escritório do *Population Council* no Brasil e pela Coordenação de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde. A segunda foi o ano de 1999, com a comercialização, mediante prescrição médica, do primeiro produto específico para AE (levonorgestrel) no mercado brasileiro (DÍAZ et al., 2001).

Além do campo da saúde reprodutiva, outras áreas de estudo promoveram avanços na década de 1990 que contribuíram para a incorporação da AE no Brasil, como o combate à violência contra mulheres. Resultado disso foi a norma técnica “Prevenção e tratamento de agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, editada pelo MS, em 1998, e regulamentada apenas em 1999,

após embates no Congresso Nacional ocasionados por parlamentares que a consideravam “legitimadora do aborto” (HARDY et al., 2001).

Em 2000, foram iniciadas pelo MS as primeiras aquisições de AE, distribuindo-a inicialmente aos Serviços de Atendimento às Vítimas de Violência e, a partir de 2002, passou a ser item dos anticoncepcionais disponibilizados aos municípios pelo Programa de Planejamento Familiar (CAVALCANTE, 2009).

No ano de 2005, foram realizadas medidas fundamentais para ampliação do acesso à AE, como a publicação do manual “Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde” elaborado pelo MS e o aumento da distribuição da AE nos serviços públicos. Além disso, aconteceu o “Fórum 2005: Adolescência e Contracepção de Emergência”, que discutiu e elaborou estratégias para facilitar o acesso dos adolescentes à AE. Este evento forneceu subsídios teóricos e técnicos para a publicação, em 2006, da Resolução nº. 1.811 do Conselho Federal de Medicina, que estabelece normas técnicas para o uso da AE e a considera um método não abortivo, podendo ser usado em qualquer idade (SAITO; LEAL, 2007; SOUZA; BRANDÃO, 2009).

De acordo com Brandão e Souza (2009), ainda em 2006, o MS editou a Nota Técnica sobre a AE que trata da definição, do mecanismo de ação, de indicações de uso, prescrição e de outros esclarecimentos, o que se torna mais um instrumento para legalizar e legitimar a contracepção pós-coito no cenário nacional. Houve também o reconhecimento de que a prescrição da AE nas situações de exposição a risco iminente de gravidez constitui dever do médico e direito do adolescente.

Na mesma linha, Constantino (2010) afirma que o direito a métodos contraceptivos são assegurados pela legislação brasileira. Os direitos sexuais e reprodutivos, incluindo os da informação e escolha do método contraceptivo para planejamento familiar, têm garantia no art. 226, parágrafo 7º, da Constituição de 1988. Este autor também afirma que a Lei Federal 9.263/96, do planejamento familiar, estabelece, em seu art. 9º, que *é responsabilidade do Estado oferecer todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.*

Em agosto de 2013 foi sancionada a Lei Federal nº 12.845, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual,



incluindo a distribuição de AE dentre os serviços prestados, denominada como “profilaxia da gravidez” (BRASIL, 2013). Embora o panorama seja de ampliação do acesso na área de saúde e direitos reprodutivos, registram-se entraves que podem atrasar esse processo (FIGUEIREDO; BASTOS, 2009).

### **1.3 Barreiras ao acesso**

O acesso à AE pode ser dificultado por vários fatores, tais como falta de informação, incluindo a percepção equivocada de que o método poderia ser abortivo, divulgação inadequada dos locais onde pode ser adquirida, aspectos morais e culturais, preço dos produtos e a exigência de prescrição médica (COSTA et al., 2008; PAIVA; BRANDÃO, 2012).

Segundo Paiva e Brandão (2012)

[...] A busca para ampliação do acesso à AE está ligada ao interesse em diminuir a taxas de gravidez na adolescência, gravidez não planejada, aborto inseguro e suas consequências. Por isso alguns países desenvolvidos têm formulado políticas para diminuir tais barreiras, dentre elas, pode-se citar a política de provisão antecipada do medicamento para as mulheres (antes do ato sexual desprotegido), e a permissão legal para que o farmacêutico forneça a AE sem receita médica, mediante cumprimento de protocolos específicos.

No Brasil, houve apenas um pronunciamento favorável à suspensão da prescrição médica para provisão da AE do Ministro da Saúde, em 2007, mas que não obteve repercussão em termos de ampliar o debate sobre outras formas de acesso (PAIVA; BRANDÃO, 2012).

Formulações específicas de AE são lançadas no mercado constantemente, mas nem todos os países da America Latina a fornecem em seus serviços públicos, e em sua maioria, os que fornecem ainda a restringem a casos de violência sexual (SOUZA; BRANDÃO, 2009). Atualmente, no Brasil, há 12 produtos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo três genéricos (ANVISA, 2013). Frente à realidade da America Latina, o Brasil apresenta avanços, sendo o primeiro país dentre eles a introduzir um produto específico no setor privado (DÍAZ et al., 2001).

No entanto, ideias errôneas disseminadas pela falta de conhecimento, juntamente com o estigma infundido à AE quanto a aspectos morais e religiosos,

ainda são barreiras que levam a uma situação de prática não sistemática e de restrição da sua prescrição. Tais premissas influenciam atitudes profissionais de recusa à prestação do serviço principalmente pela crença de que a AE seja um método abortivo precoce (PERPÉTUO, 2010).

E ainda, disseminou-se um receio de que sua promoção implicaria em um uso indiscriminado e abusivo, podendo resultar em uma diminuição no uso dos métodos regulares de anticoncepção e aumento de DST/AIDS por desconhecimento da sua não prevenção. Apesar dessas ideias permanecerem presentes na atualidade, pesquisas realizadas em âmbito nacional e internacional vêm demonstrando que a popularização da AE não influencia nesses aspectos questionados (CAVALCANTE, 2009; CONSTANTINO, 2010, COSTA, 2008; FIGUEIREDO; SEIXAS, 2008; SOUZA; BRANDÃO, 2009).

#### **1.4 Vida sexual na adolescência**

A adolescência, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), compreende o período entre 12 e 18 anos, mas, por orientação do MS os serviços de atenção à saúde levam em consideração a recomendação da OMS, que ampliou essa faixa para 10 a 24 anos, dividindo-as nos subgrupos: pré-adolescentes (10 a 14 anos), adolescentes (15 a 19 anos) e jovens (20 a 24 anos) (BRASIL, 1990; LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

É uma fase caracterizada por modificações biológicas, denominada puberdade, na qual se inclui a eclosão hormonal e a maturação sexual; a partir de então, o adolescente, entre outros aspectos, passa a ter capacidade reprodutiva. Cabe ainda mencionar em relação a esta etapa, questões relativas à vulnerabilidade e ao risco que induzem o adolescente a práticas sexuais desprotegidas e conseqüente gravidez, a qual pode resultar em abortos, transtornos educacionais, socioeconômicos, afetivos e familiares (CONSTANTINO, 2010; FIGUEIREDO; BASTOS, 2008).

Na cultura popular, ainda há descompasso da mentalidade das famílias com relação à realidade da prática sexual dos adolescentes. Em geral, há uma dramatização da sexualidade dos adolescentes: os pais preferem acreditar que seus

filhos e filhas não se dedicam à atividade sexual, o que dificulta a discussão sobre sexualidade no âmbito familiar (SOUZA; BRANDÃO, 2008).

Como se sabe que boa parte dos adolescentes mantém relações sexuais sem o conhecimento da família, cabe ao poder público resguardá-los de situações mais onerosas, do ponto de vista da saúde, desde que eles assim desejem e solicitem. Logo, o Ministério da Saúde preconiza que adolescentes não necessitam da presença de pais ou responsáveis para receber orientação, indicação ou o próprio insumo contraceptivo (FIGUEIREDO; SEIXAS, 2008). O ECA garante o direito igualitário, não podendo o adolescente sofrer discriminação de atenção, prevenção ou promoção à saúde em razão de sua condição de menor jurídico (BRASIL, 1990). Assim, a luta pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes tem se pautado nos princípios do ECA para a exigência de atenção preventiva e assistência de adolescentes com relação às práticas sexuais (FIGUEIREDO; BASTOS, 2009).

Com o objetivo de direcionar as práticas de atenção em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes, o Ministério da Saúde lançou os documentos “Marco legal: saúde, um direito dos adolescentes” e, em agosto de 2005, e “Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens”, em 2006. Esses documentos salientam o direito dos adolescentes ao acesso à atenção em ginecologia, prevenção de gravidez e DST/AIDS e às diversas opções contraceptivas incluindo o preservativo e a anticoncepção de emergência. (FIGUEIREDO, 2010)

## 2 JUSTIFICATIVA

A adolescência constitui-se em fase de maturidade, evolução dos padrões psicológicos, formação da identidade e passagem do estágio de dependência da vida infantil para o de independência da vida adulta, fatores que favorecem, muitas vezes, a prática do sexo desprotegido (FIGUEIREDO; BASTOS; TELLES, 2012). Como consequência disso, a gravidez na adolescência é fator frequente e, por suas repercussões, se constitui atualmente como um problema social e de saúde pelo potencial risco e impacto que representa, destacando-se dentre eles o aborto e as taxas de morbi-mortalidade infantil e materna (SAITO; LEAL, 2007).

Visto que o acesso ao conhecimento sobre todos os métodos contraceptivos é um direito dos adolescentes, ressalta-se a importância da AE dentro da proposta de educação sexual, devendo fazer parte da orientação anticoncepcional como um todo (SAITO; LEAL, 2007).

A partir de 2005, a ampliação do acesso à AE, ocorrida por meio da implantação de políticas públicas favoráveis, vem tornando-a cada vez mais conhecida e presente na vida dos brasileiros. A anticoncepção de emergência ainda encontra-se em processo de aceitação pela sociedade, que sempre impôs barreiras à sua efetiva implantação. Sua importância nos âmbitos da saúde e social é comprovada a cada dia, principalmente através da disseminação da informação. Nesse aspecto, ressalta-se a relevância do desenvolvimento e acompanhamento de estudos multicêntricos nacionais que retratem a situação da AE no Brasil e, em especial, reconheçam o comportamento dos adolescentes frente a esse método.

Dessa forma, a avaliação do grau de conhecimento e uso da AE por adolescentes, em especial aos pertencentes ao sexo feminino, permite um melhor entendimento de sua utilização e fornece informações úteis sobre seus perfis farmacoepidemiológicos. Isso poderá direcionar o desenvolvimento de medidas educativas que possam corrigir e melhorar as informações veiculadas sobre o tema nesse público.

Considera-se que estudos investigativos com aplicação de questionário são estratégias válidas de mensuração do grau de conhecimento e utilização da AE por adolescentes. Com isso, esse trabalho propõe-se a fazer um levantamento dos

estudos já realizados no país com esse propósito, considerando a falta de estudos na literatura com tal finalidade, a fim de condensar as informações existentes no âmbito do comportamento contraceptivo da juventude brasileira em relação à anticoncepção de emergência.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Realizar revisão da literatura e identificar estudos descritivos transversais que relatam a utilização e conhecimento acerca da anticoncepção de emergência pela juventude brasileira.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Conhecer o perfil de utilização da anticoncepção de emergência, no Brasil;
- Identificar as principais motivações que levaram ao uso da anticoncepção de emergência, no Brasil;
- Saber como aconteceu o acesso ao medicamento;
- Verificar o nível de conhecimento dos adolescentes e jovens brasileiros sobre a anticoncepção de emergência.

#### 4 METODOLOGIA

O estudo realizado consiste em uma revisão bibliográfica teórica de estudos descritivos transversais sobre utilização e conhecimento da anticoncepção de emergência por adolescentes e jovens, realizados com aplicação de questionário.

Foram levantados todos os artigos indexados nas bases de dados Lilacs, SciELO e Pubmed até dia 14 de setembro de 2013. Os descritores utilizados na busca foram os seguintes: na base Lilacs, “*emergency contraception Brazil*” e “*emergency contraception*” com filtro em “adolescente”; na base SciELO, “*emergency contraception*” sendo a pesquisa realizada para o contexto brasileiro; e, na base Pubmed, “*emergency contraceptive Brazil*”.

Dos artigos recuperados nesta pesquisa inicial, foram selecionados apenas aqueles que se enquadraram nos critérios de inclusão: 1) temática anticoncepção de emergência; 2) estudo descritivo transversal; 3) público adolescente ou jovem; 4) aplicação de questionário.

Desses, foram extraídas informações em relação a: objetivos principais, tipo de estudo, público-alvo, amostra populacional, instrumento de coleta empregado, período, ambiente de aplicação do questionário, localidade, ano de publicação; além de realizar uma síntese dos resultados. Estas informações foram organizadas em tabelas e analisadas categoricamente, fundamentando-se nos resultados mais relevantes e frequentes a fim de melhor compreender o perfil de utilização e conhecimento sobre anticoncepção de emergência por adolescentes no Brasil.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização dos estudos

A busca na base de dados Lilacs com o termo “emergency contraception Brazil”, obteve 17 resultados, já “emergency contraception” com filtro em “adolescente”, resultou em 18 estudos. Na base SciELO, utilizou-se o termo “emergency contraception” e a pesquisa foi realizada para Brasil, apresentando 25 resultados. E ainda, na base Pubmed, “emergency contraceptive Brazil” localizou 23 artigos. Dentre esses resultados, buscou-se somente aqueles estudos que se enquadraram nos critérios propostos na metodologia, assim obtendo sete artigos, (descritos na Tabela 2).

Por meio do método utilizado para esta revisão, observa-se que há variedade de tipos de estudos desenvolvidos no Brasil sobre o tema e indexados nas bases pesquisadas. Contudo, as semelhanças existentes entre os estudos selecionados permitem que eles sejam comparados entre si. A Tabela 1 elenca seus principais objetivos em comum, enquanto a Tabela 2 lista os principais aspectos considerados na análise desses estudos.

Tabela 1 – Descrição e quantificação dos principais objetivos dos estudos analisados

<b>Objetivo principal do estudo</b>	<b>Número de artigos</b>
Caracterizar o comportamento sexual e contraceptivo	4
Descrever a prevalência de consumo e perfil de utilização da anticoncepção de emergência	6
Conhecer os determinantes do uso da AE	2
Identificar o nível de conhecimento da AE	5



Tabela 2 – Descrição dos principais aspectos dos estudos analisados

<b>Autor</b>	<b>Ano de Publicação</b>	<b>Público-alvo</b>	<b>Tamanho da amostra</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Período do estudo</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Localidade</b>
ALANO et al.	2012	Mulheres universitárias do primeiro ano de graduação	360	18 a 45	Set a out/2008	Questionário autoaplicável	Salas de aula	Universidade no sul de Santa Catarina
BATAGLIÃO; MAMEDE	2011	Alunas de enfermagem	327	18 a 46	Ago e set /2009	Questionário	Salas de aula	Universidade no município de Ribeirão Preto, SP
SILVA et al.	2010	Estudantes de graduação do primeiro ano de cursos da área da saúde	611	16 a 19	Início dos anos letivos de 2006 e 2007	Questionário semi-estruturado autoaplicável	Sala de aula	Universidades de Goiás, Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Norte
BORGES et al.	2010	Estudantes de graduação	487	18 a 25	Dez/2007	Questionário <i>online</i>	Eletrônico	Universidade do estado de São Paulo
ARAÚJO; COSTA	2009	Estudantes da rede pública estadual de ensino médio	4210	14 a 19	Abr a out/2006	Questionário autoaplicável	Salas de aula	Escolas em municípios de Pernambuco
BASTOS et al.	2008	Estudantes de graduação do sexo feminino	154	Até 24	20 a 29 de jun/2006	Questionário estruturado <i>online</i>	Salas de aula e eletrônico	Universidade no município de São Paulo, SP
FIGUEIREDO et al.	2008	Alunos de Ensino Médio	4929	Menos de 14 a mais de 25	Segundo semestre letivo/2006	Questionário autoaplicável	Salas de aula	Escolas do município de São Paulo

Pode-se constatar que os objetivos dos estudos apresentam similaridade, o que condiz com o propósito de associar seus resultados. Os dados informados na Tabela 1 referem-se apenas aos objetivos principais em comum entre os estudos. No entanto, ressalta-se que todos os artigos apontaram mais de um objetivo principal, logo, foram contabilizados mais de uma vez na tabela. Em síntese, apesar de cada um possuir seus próprios objetivos, em geral, todos eles buscaram obter as mesmas informações, mesmo que não citadas nesse tópico, como acesso e opinião sobre a anticoncepção de emergência.

Observa-se que são estudos publicados nos últimos cinco anos, realizados entre 2006 e 2009 em escolas e universidades de diferentes localidades brasileiras, destacando-se o Estado de São Paulo, por sediar quatro estudos, e ainda, vale ressaltar que um dos estudos incluiu quatro estados de diferentes regiões do Brasil (Santa Catarina, São Paulo, Goiás e Rio Grande do Norte). O período em que os estudos foram realizados coincide com a época em que a AE teve seu acesso ampliado no país, em especial no sistema público de saúde, por meio de medidas tomadas pelo Ministério da Saúde (SOUZA; BRANDÃO, 2008).

Em todos os trabalhos, o instrumento utilizado foi um questionário autoaplicável, embora nem todos tenham especificado se faziam referência a questionário estruturado ou semi-estruturado. Dois estudos tiveram aplicação em ambiente eletrônico enquanto os demais foram respondidos presencialmente em salas de aula. Quanto ao período de realização da pesquisa, nota-se que os estudos com amostra maior que 4000 demandaram mais tempo que os demais, que gastaram cerca de 1 a 2 meses.

Em relação ao público-alvo, todos eram estudantes, em sua maioria, universitários (apenas dois estudos foram feitos com estudantes colegiais); quatro estudos trabalharam tanto com homens quanto com mulheres, enquanto três entrevistaram apenas mulheres. A respeito do tamanho da amostra, este variou entre 154 e 4929 entrevistados.

Considerando a faixa etária estudada, houve algumas variações, pois enquanto grande parte das investigações obteve faixa etária restrita de um público adolescente e jovem, as demais incluíram adultos, apesar de serem minoria, o que permitiu enquadrá-los na pesquisa, pois mesmo com a inclusão de alguns adultos o foco dos estudos foi, majoritariamente, a juventude. Contudo, tal parâmetro exige atenção no momento da interpretação dos resultados. E ainda sobre esse aspecto,

nota-se que a forma de apresentação dos valores não foi padronizada, pois na tentativa de organizar os dados, dois estudos não definiram exatamente as idades mínimas e máximas dos entrevistados.

Vale ressaltar também, que diferentes nomenclaturas foram utilizadas para um mesmo propósito, tornando o processo de comparação dificultoso, por conseguinte, para facilitar a interpretação dos dados, este trabalho buscou reorganizar as ideias agrupando-as em termos únicos que pudessem sintetizar os resultados apresentados.

## **5.2 Práticas sexuais e contraceptivas**

O principal parâmetro a ser inicialmente analisado nesse tipo de pesquisa foi o da experiência sexual. Alguns estudos apresentaram dados tanto exclusivamente femininos como de ambos os sexos. Contudo, observou-se que apesar desse aspecto possuir diferença bastante significativa no estudo de Araújo e Costa (2009) (70,4% masculino *versus* 26,4% feminino), no trabalho de Borges et al. (2010) ela já não foi estatisticamente significativa (75,1% masculino *versus* 76,3% feminino). Logo, considerando tais variações, optou-se por comparar apenas os resultados das entrevistadas do sexo feminino.

Em média, mais de 70% das entrevistadas já havia tido relação sexual em três dos quatro estudos que apresentaram essa informação. Entretanto, o último estudo retratou valor bastante inferior aos demais, o que pode ser justificado pela idade do público entrevistado, pois esse foi o único realizado em colégio e a idade das estudantes variou de 14 a 19 anos, enquanto nos demais essa variação iniciou-se próximo aos 18 anos e chegou a até 45 anos (Gráfico 1).

Quanto à idade em que aconteceu a primeira relação sexual das meninas, as médias apresentadas não tiveram um padrão, pois em Figueiredo et al. (2008) foi 15,4, em Silva et al. (2010) 16,65, em Alano et al. (2012) 17,1 e, em Bastos et al. (2008) 18,3 anos. Em comparação com esses dados pode-se colocar a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) realizada em 2006, que constatou que a idade média da iniciação sexual das adolescentes brasileiras foi de 15,2 anos (PERPÉTUO, 2010). Logo, apesar de serem superiores

ao resultado da PNDS 2006, os valores dos estudos corroboram os achados dessa pesquisa nacional, que afirma que a atividade sexual é precoce e frequente entre as adolescentes brasileiras, expondo-as ao risco de uma gravidez desde idades muito jovens.

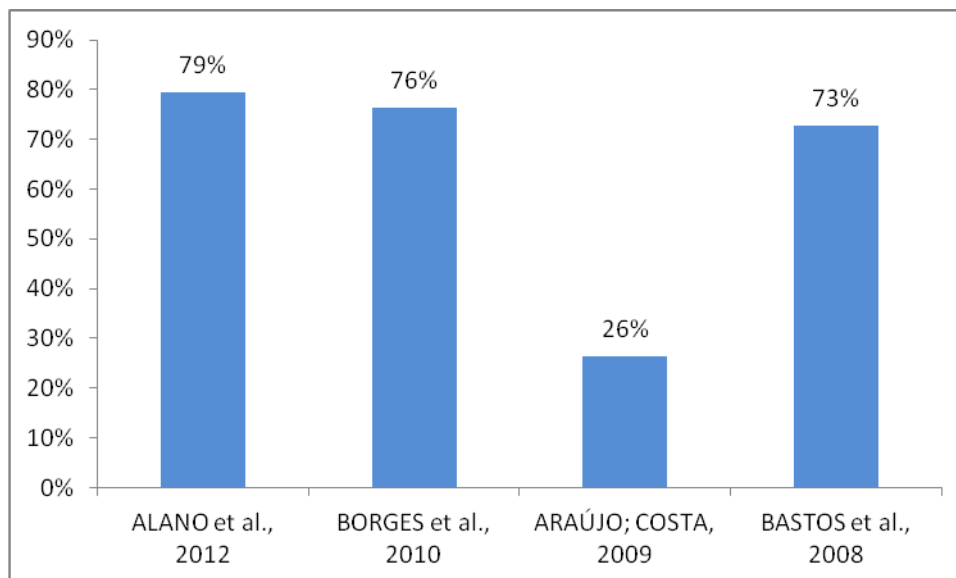


Gráfico 1 - Taxa de experiência sexual, por estudo, entre jovens e adolescentes do sexo feminino

Três estudos também mostraram dados sobre o número de parceiros sexuais ao longo da vida, sendo uma média de 2,5 em Bastos et al. (2008) e 1,65 em Silva et al. (2010); já o trabalho de Araújo e Costa (2009) retratou valores em porcentagem, destacando que 59,5% das adolescentes e jovens tiveram apenas 1 parceiro, mas houve também uma parcela de 5,1% que tiveram 6 ou mais parceiros sexuais.

Já em relação às práticas contraceptivas, 96,4% das alunas entrevistadas por Figueiredo et al. (2008) referiram utilização de preservativo masculino, 45,9% pílula anticoncepcional, 11,6% anticoncepção de emergência e 3,9% injeção hormonal. Borges et al. (2010) e Bastos et al. (2008) optaram por trabalhar com informações referentes tanto à primeira quanto à última relação sexual, e os resultados mantiveram padrão semelhante de resposta. Bastos et al. (2008) relatam que a porcentagem de mulheres que usaram algum contraceptivo foi de 83,9% na primeira relação e 93,8% na última.

A respeito do tipo de método contraceptivo utilizado, observa-se semelhança entre os estudos na redução do uso de preservativo masculino e aumento de uso da pílula anticoncepcional. Para Borges et al. (2010) o índice de uso do preservativo apresentou queda de 85,8% para 62,9%, já o uso da pílula aumentou de 21,3% para 58,4%; Bastos et al. (2008) não quantificaram esses achados, apenas os apresentaram em gráfico, mas observou-se alteração similar à de Borges et al. (2010) no perfil de uso desses métodos entre a primeira e a última relação sexual. Outros métodos anticoncepcionais não apresentaram grandes diferenças, como a anticoncepção de emergência, que teve seus índices de utilização reduzidos em ambos os trabalhos, sendo quantificada em Borges et al. (2010) em uma queda de 0,5 pontos percentuais.

### **5.2.1 Uso da anticoncepção de emergência**

A anticoncepção de emergência foi utilizada pelas estudantes em proporções semelhantes nos estudos de Alano et al. (2012), Bastos et al. (2008) e Silva et al. (2010), sendo a prevalência próxima a 45% (Gráfico 2). Borges et al. (2010) apresentaram o maior valor entre os estudos: 50,4%, mas é importante considerar que esse número resulta de entrevista feita com homens e mulheres, contudo em seu estudo constatou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre os sexos nesse aspecto, apesar de que a resposta masculina pode possuir viés.

Já Bataglião e Mamede (2011) apresentaram o menor índice: 20,8%, entretanto ressalta-se que enquanto os demais estudos fizeram esse questionamento apenas para aqueles estudantes sexualmente experientes, nesse trabalho não houve seleção quanto a este critério. Além de que, essa pergunta foi direcionada para os últimos doze meses antecedentes à data da entrevista, assim como fizeram Araújo e Costa (2009), que também revelaram baixo índice em comparação aos demais (27,5%).

Todavia outro aspecto que pode ser levado em consideração quanto à experiência com anticoncepção de emergência é a faixa etária do público entrevistado, visto que os dois estudos realizados com colegiais, Araújo e Costa (2009) e Figueiredo et al. (2008), mostraram esses valores menores que aqueles

apresentados pelo público universitário. Figueiredo et al. (2008) identificaram índice de 37% e ainda, observaram relação com o aumento do uso do método e a idade.

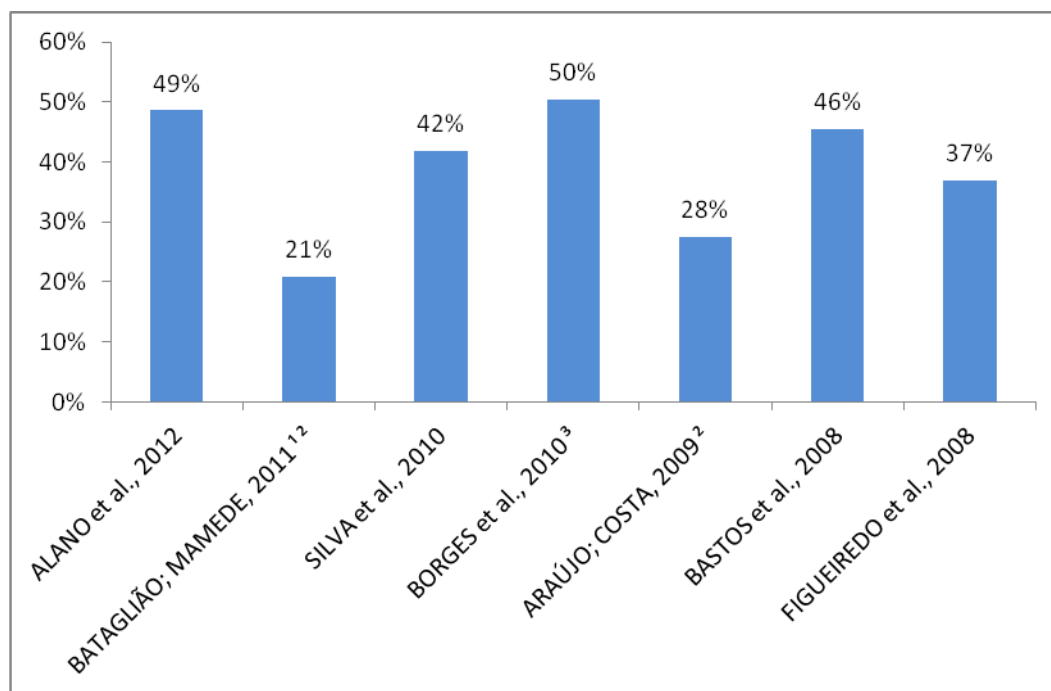


Gráfico 2 – Taxa de utilização da anticoncepção de emergência, por estudo, entre adolescentes e jovens

<sup>1</sup>Refere-se a estudantes com ou sem experiência sexual

<sup>2</sup>Referente aos 12 meses que antecederam o estudo

<sup>3</sup>Inclui dados masculinos e femininos

No entanto, o mesmo não foi notado em todos os estudos, pois Alano et al. (2012) constataram que, em seu trabalho, quanto menor a idade, maior foi a prevalência de utilização do método. Tais controvérsias podem ser justificadas pelo apresentado na PNDS 2006, que revela que maior índice de uso é observado nas idades entre 20 e 24 anos e menor entre os que se encontram na faixa etária compreendida entre 15 e 19 anos (PERPÉTUO, 2010). Ademais, os valores encontrados revelam taxa considerável de utilização do método, mas que apresentam variações conforme cada realidade.

Sobre a frequência de utilização, os estudos divergiram na forma de apresentação dos resultados; quatro deles calcularam uma média de uso (três destes apresentaram desvio padrão) enquanto os outros três utilizaram porcentagem. Isso dificulta a consolidação dos dados e posterior análise, mas

observa-se que não houve muita diferença entre os resultados. A média de Bastos et al. (2008), Silva et al. (2010) e Alano et al. (2012) foram, respectivamente, 1,8; 1,83 e 2,4. Nesses trabalhos o resultado referia-se exclusivamente ao sexo feminino. Já os demais apresentaram apenas os dados que incluíam a resposta das moças e dos rapazes (referentes às parceiras sexuais destes). Os valores foram semelhantes: a média de Borges et al. (2010) foi 2,4 e o percentual dos que já utilizaram o método mais de uma vez foi de 44% em Bataglião e Mamede (2011) e 46,2% em Figueiredo et al. (2008).

A forma de apresentação desses resultados de Araújo e Costa (2009) se deu de maneira exclusiva, o que dificultou a comparação com os demais estudos, mas foi possível verificar dado importante: o índice de jovens que utilizaram a AE mais de três vezes foi de 36,36%. Tal percentual se mostra elevado, principalmente quando comparado com o apresentado por Bataglião e Mamede (2011) que foi de 11%, contudo este índice deve ser considerado com cautela, pois representa a repetição de uso apenas em um período de 12 meses anteriores à pesquisa, diferentemente do outro estudo que a mensurou considerando o uso na vida. Apesar disso, esses dados permitem concluir que o público jovem parece compreender o caráter emergencial da AE pelo índice não tão elevado de uso repetido do método, pois todos os estudos demonstraram que a maior parte dos adolescentes e jovens o utilizou apenas uma vez na vida.

Apenas dois estudos retrataram a forma de uso da anticoncepção de emergência em relação ao tempo decorrido entre o ato sexual e administração do medicamento. Na pesquisa de Alano et al. (2012) 97,1% afirmaram ter feito uso da medicação em até 72 horas, enquanto 2,9% não souberam responder. Dentre os que responderam, a grande maioria (87,1%) o fez em até 24 horas. Em contrapartida, os resultados de Araújo e Costa (2009) foram apresentados de maneira diferente: utilização em até 72 horas foi de apenas 32,2%, quando falta a menstruação 16,9%, antes do ato sexual 28,5% e após as 72 horas 22,5%.

Esses resultados demonstram, por meio das diferentes formas de utilização relatadas, quão variado é o nível de informação sobre a AE. Sabe-se que a eficácia do medicamento depende do tempo decorrido entre a relação sexual desprotegida e sua administração, sendo maior quanto mais precoce for o uso. E ainda, segundo estudos realizados entre 2002 e 2004, revelou-se que a utilização da AE depois de

72 horas após a relação sexual desprotegida possui eficácia menor que 15% no quarto e quinto dia (FIGUEIREDO; BASTOS, 2008).

Com isso é possível notar a discrepância na forma de utilização da AE entre os dois trabalhos citados, sendo que em Alano et al. (2012) o uso correto merece destaque. Já para Araújo e Costa (2009), chama atenção a taxa de estudantes que utilizaram o método de forma incorreta, pois sabe-se que a utilização antes do ato sexual não é eficaz assim como sua utilização após 120 horas decorridas da relação sexual desprotegida. Além disso, utilizar o método quando falta a menstruação, em caso de gravidez estabelecida, não acarreta em interrupção da gravidez, pois não possui efeito abortivo.

As motivações para o uso foram agrupados em: falha no método utilizado, esquecimento/não uso e, insegurança. Os resultados apresentados não tiveram padrão de resposta (Gráfico 3). O estudo de Figueiredo et al. (2008) não foi incluído nessa comparação por retratar dados masculinos e femininos e por restringir o questionamento aos seis meses anteriores à pesquisa e à última utilização. Alano et al. (2012) mostraram esse parâmetro de maneira exclusiva: não uso de preservativo (44,6%), rompimento do preservativo (39,6%) e uso incorreto do anticoncepcional oral (25,2%). Este último, por poder pertencer tanto ao quesito falha no método quanto a esquecimento/não uso, motivou a não inclusão do estudo no gráfico. Já Silva et al. (2010) não apresentaram valores, apenas citaram que nos estados de São Paulo e Santa Catarina o principal motivo de uso foi o rompimento do preservativo enquanto em Goiás e no Rio Grande do Norte a razão que mais motivou a utilização foi a ausência de uso de outros métodos contraceptivos.

Nota-se que a ocorrência de falha no método anticoncepcional utilizado foi a principal motivação que levou ao uso em duas das três investigações analisadas, sendo que naquela em que não ocupou a posição de destaque, apresentou apenas 1 ponto percentual a menos que a motivação mais citada. Apesar da similar proporção entre as motivações mais frequentes no estudo de Borges et al. (2010), merece destaque aquela que foi a mais relatada, com 34,6%: insegurança quanto ao método utilizado; pois embora não seja uma das indicações recomendadas de uso da anticoncepção de emergência, foi relatada como uma das principais motivações em todos os estudos.



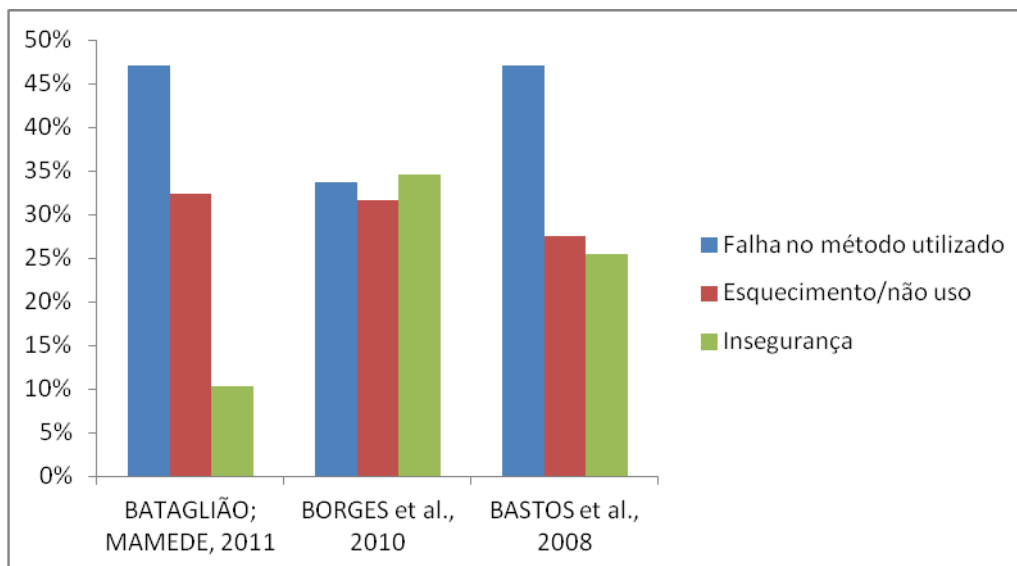


Gráfico 3 – Principais motivações que induziram ao uso da anticoncepção de emergência, por estudo, entre adolescentes e jovens

A respeito do acesso ao medicamento, todos os estudos apontaram para uma obtenção majoritariamente realizada em farmácias comerciais: Bataglião e Mamede (2011) 100%, Borges et al. (2010) 99% - sendo 1% em instituição de saúde - , e Bastos et al. (2008) 94,1%. A pesquisa de Figueiredo et al. (2008) não diferenciou a resposta de moças e de rapazes e apresentou tal resultado de forma singular: 73,6% obtiveram a AE em farmácias, 21,7% por meio do parceiro, e 10,7% em posto de saúde ou por meio de médico; contudo ressalta-se que o percentual obtido por meio do parceiro pode ser somado tanto à obtenção em farmácias quanto em instituições de saúde.

Sobre esse acesso é importante destacar que a grande maioria dos adolescentes e jovens obteve o medicamento sem prescrição médica. Apenas Borges et al. (2010) e Silva et al. (2010) citaram a porcentagem que a apresentou no ato de aquisição da AE: 5,9% e 5,3%, respectivamente. Isso demonstra o quanto a exigência de prescrição médica, regulamentada pela ANVISA, não é respeitada nas farmácias do país.

Ainda considerando o principal meio de acesso a esse método, Bataglião e Mamede (2011) questionam se orientações adequadas estão sendo transmitidas às usuárias desse medicamento, principalmente em relação ao uso e aos riscos inerentes a ele, e ainda se os serviços de atenção à saúde fazem ou estão

preparados para esse tipo de orientação, levando em conta que muitas vezes quem realiza o atendimento não é o profissional capacitado para isso.

As respostas para alguns desses questionamentos foram apresentadas em Alano et al. (2012) que informaram que apenas 35,3% das mulheres afirmaram ter recebido alguma informação no momento da compra. A mais frequente das orientações foi a respeito do intervalo entre doses na administração do medicamento com doses divididas (75,5%), seguido pelo tempo de uso após a relação sexual (57,1%) e efeitos colaterais (18,4%).

Apenas Alano et al. (2012) relataram quais foram as principais reações adversas apresentadas pelas usuárias do método e sua proporção. Ao total, 20,9% daquelas que utilizaram a anticoncepção de emergência tiveram alguma reação adversa ao medicamento, destas, 44,8% citaram alteração do ciclo menstrual, 27,6% sangramento, 44,8% náuseas, 13,8% vômito e 10,3% cefaleia.

Sobre os levantamentos relacionados ao acesso, é importante avaliar a realidade nacional atual. Apesar de terem sido desenvolvidas políticas de acesso a AE no sistema público brasileiro, o meio mais utilizado permanece sendo as farmácias comerciais. Esses estabelecimentos, na maioria das vezes, não dispõem de profissionais capacitados para orientar os usuários da AE, o que prejudica a eficácia do tratamento já que o método ainda não é bem conhecido pela população.

No entanto, se a maior parte das consumidoras busca tal via, é urgente pensar na diversificação das políticas de acesso ao método. Seguindo esse raciocínio, considera-se a relevância de discutir a questão do não cumprimento da exigência de prescrição médica para dispensação da AE nas farmácias do país, pois se por um lado a venda livre amplia o acesso, de outro a falta de controle por parte de profissionais de saúde pode resultar na utilização incorreta do método.

Considerando o cenário mundial, países europeus e da América do Norte estabeleceram estratégias políticas próprias para a provisão de AE, dentre eles destaca-se o programa *Pharmacy Access*, desenvolvido em alguns estados americanos. Tal estratégia permite acesso direto ao método nas farmácias, com farmacêuticos habilitados, que trabalham conforme protocolos de acordos colaborativos com a categoria médica; o que lhes dá o direito de prescrever certas drogas descritas no acordo, como a AE (PAIVA; BRANDÃO, 2012). Trazendo essa possibilidade para o contexto brasileiro, pode-se mencionar que o primeiro passo para tornar viável a implantação de tal estratégia no Brasil se deu com a publicação

da Resolução 586/2013 do Conselho Federal de Farmácia, que regula a prescrição farmacêutica.

## 5.2.2 Conhecimento e opinião sobre a anticoncepção de emergência

Quando questionadas a respeito do conhecimento sobre anticoncepção de emergência a grande maioria das entrevistadas informaram conhecer o método, como apresenta a Gráfico 4A. Destaca-se a elevada porcentagem (36,1%) de meninas que não conheciam a AE no estudo de Araújo e Costa (2009). Os resultados ilustrados no gráfico referem-se apenas às respostas do sexo feminino, contudo, confrontando os dados dos estudos que apresentaram tanto conhecimento feminino quanto masculino, nota-se que enquanto em Silva et al. (2010) essa diferença entre os sexos foi mínima: 1,1%, em Figueiredo et al. (2008) foi relevante: 13,9%. Entretanto, em ambos foi verificado maior nível de conhecimento pelo sexo feminino (Gráfico 4B) e ainda, o estudo de Figueiredo et al. (2008) revelou menor conhecimento até 15 anos de idade, independente do sexo.

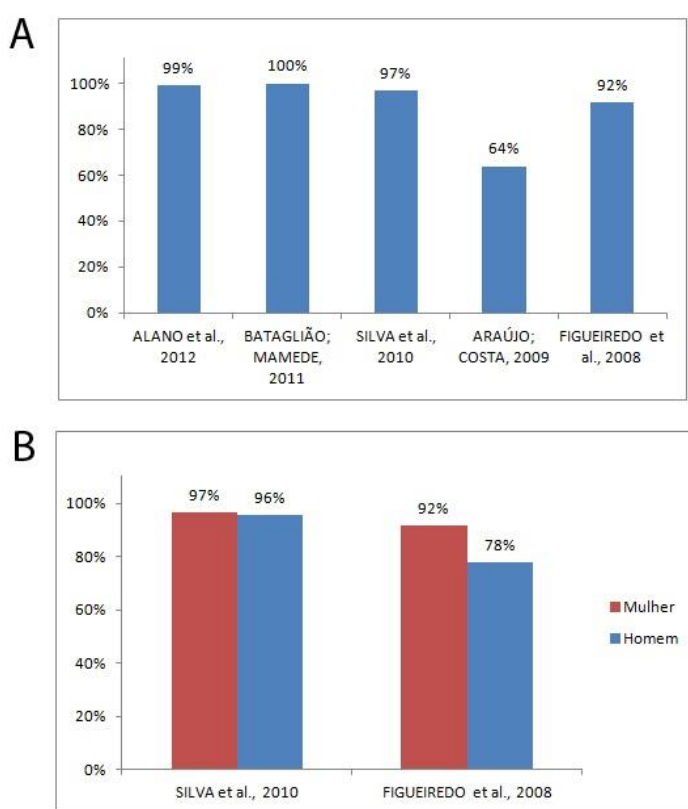


Gráfico 4 – Taxa de conhecimento prévio sobre anticoncepção de emergência, por estudo, entre adolescentes e jovens. A) Apenas mulheres. B) Mulheres e homens

Nota-se que, com exceção dos índices de Araújo e Costa (2009), os valores revelados são elevados, principalmente quando comparados com os apresentados pela PNDS 2006, que quantifica em pouco mais de 70% o conhecimento da AE pela juventude feminina brasileira. Considerando-se tais valores é válido reforçar, como afirmado por Lefevre e Lefevre (2010), que conhecer o método não significa saber como adquiri-lo e utilizá-lo.

As diferentes fontes de informação sobre a AE foram relatadas em três estudos, elas não foram muito homogêneas, pois enquanto em Araújo e Costa (2009) os três principais meios de obtenção de informação foram: pais ou parentes, seguido de amigos, e depois de profissionais de saúde; para Bataglião e Mamede (2011) e Figueiredo et al. (2008) os três meios mais frequentes foram escola/faculdade, mídia e amigos (Tabela 3). Em Araújo e Costa (2009) e Bataglião e Mamede (2011) os dados foram exclusivamente de entrevistadas do sexo feminino.

A mídia foi uma das fontes de informação mais relatadas, exceto em Araújo e Costa (2009), já a escola/faculdade foi bem expressa em todos os estudos. Contudo, a fonte mais prevalente foi os amigos, a única presente entre as três principais de cada estudo. Ainda considerando esse parâmetro, nota-se que dentre esses três estudos, o meio de obtenção de informação menos frequente foi a farmácia. Os serviços e profissionais de saúde também foram pouco citados, exceto em Araújo e Costa (2009), onde este meio esteve entre os três principais. A análise desses dados permite inferir que é importante se ater ao tipo de informação que circula sobre a AE, visto que dentre as fontes citadas nos estudos a principal delas é, ao mesmo tempo, a menos confiável. Recomenda-se maior disseminação de informações consistentes, preferencialmente oriundas de profissionais de saúde e professores capacitados.

Bastos et al. (2008) verificaram em seu trabalho que 86,3% das meninas conheciam alguém que já havia usado o método, já em Figueiredo et al. (2008) esse valor foi inferior, 55,2%, e obtido por entrevista com os públicos masculino e feminino. Segundo Borges et al. (2010), o conhecimento da AE é elemento favorável à sua utilização, logo, correlacionando tal informação com os achados acima retratados, supõe-se que conhecer alguém que já utilizou AE também pode influenciar o uso desse método.

Tabela 3 – Principais fontes de informação sobre anticoncepção de emergência, por estudo, entre adolescentes e jovens

Fonte de informação	FIGUEIREDO et al., 2008 <sup>1,2</sup>	BATAGLIÃO; MAMEDE, 2011 <sup>2</sup>	ARAÚJO; COSTA, 2009
Escola/Faculdade	48,7%	65,1%	11,8%
Amigos	65,2%	61,2%	15,6%
Mídia	47,4%	63,6%	6,0%
Pais ou parentes	-	-	15,7%
Profissionais de saúde	20,2%	-	14,1%
Farmácias	16,1%	-	3,3%

<sup>1</sup>Inclui respostas masculinas e femininas

<sup>2</sup>Os entrevistados tiveram a liberdade de escolher mais de uma opção

Já sobre o mecanismo de ação da anticoncepção de emergência, Bataglião e Mamede (2011) verificam que apenas 17,7% das entrevistadas conhecem a ação correta do medicamento. Esse dado é relevante, pois o nível de conhecimento sobre a ação farmacológica da AE é fundamental para sua correta utilização, e esse valor representa a falta de esclarecimento sobre o método entre a população jovem. Em contrapartida, outro dado importante foi o apresentado por Alano et al. (2012), o qual revela que 85% das estudantes têm conhecimento de que a AE não previne DST/AIDS.

O estudo de Figueiredo et al. (2008) trabalhou ainda com informações sobre a relação entre conhecimento do método e as experiências: sexual, contraceptiva e de gravidez, constatando que todas elas foram determinantes para maior conhecimento da anticoncepção de emergência. Também verificaram que: 26,9% dos que conheciam a AE consideram seu uso prejudicial à saúde; 22,2% consideram que o método possui boa eficácia, enquanto 54,1% acredita que sua eficácia é baixa ou duvidosa.

Ainda em Figueiredo et al. (2008) 16,9% dos entrevistados acreditam que a AE pode ser usada frequentemente. Já entre os que já a utilizaram, 39,9% afirmaram que uso deveria ser “às vezes” e 40,7% “nunca” ou “quase nunca”.

Questionamento semelhante foi feito em Silva et al. (2010) e as respostas foram: 81% acham que a AE pode trazer risco à saúde, 40,7% sabiam que pode usá-la até 72 hs após relação, 48% achava que tinha de 24 a 48 hs para usar. Apenas 19% conheciam todas as indicações, e uma parcela de 6% respondeu que a AE poderia ser usada como método de rotina. Esse último resultado também foi observado em outros estudos como o de Duarte et al. (2012) no qual adolescentes grávidas foram entrevistadas e foi relatado que 10% delas acreditavam que o método poderia ser usado todos os dias.

A respeito da opinião sobre a anticoncepção de emergência, em Silva et al. (2010) 68,9% sugerem que há risco de negligenciar uso de contraceptivos de rotina caso tenham conhecimento da AE, mas para Figueiredo et al. (2008) 86,3% afirmaram que gostariam de receber mais informações sobre esse método. Quando interrogados por Silva et al. (2010) sobre a possibilidade de uso, 47,1% das meninas disseram que usariam, 17% não usariam e 35,9% não saberiam se usariam, já os meninos, 48,9% disseram que aconselhariam o uso, 34,4% não usariam e 16,9% não saberiam se usariam. A maioria das que usariam anticoncepção de emergência achava que o método traz riscos à saúde, que a possibilidade de uso pode estimular os adolescentes e jovens a terem relação sexual desprotegida; porém não o considerava um método abortivo.

Todas as informações levantadas nos estudos selecionados revelam certa inconsistência, pois vários resultados apresentam divergências entre as investigações. Contudo, é importante ressaltar que os estudos analisados utilizaram-se de informações retrospectivas, podendo estar sujeitas a erros de memória. E ainda, as diferentes metodologias usadas nas pesquisas caracterizaram a heterogeneidade da forma de apresentação dos resultados, o que consistiu, neste trabalho, em uma grande limitação, pois dificultou a comparação entre os estudos e, com isso, a análise efetiva dos resultados.

Tal constatação demonstra e reforça a necessidade de elaboração de protocolos de pesquisa próprios, como sugerido no Fórum 2005: Adolescência e Contracepção de Emergência (SAITO; LEAL, 2007). Isso facilitará o reconhecimento do comportamento dos adolescentes e jovens frente à AE por meio de avaliação de uso e dos seus desdobramentos. Nesse sentido, estudos descritivos transversais, com aplicação de questionário, se mostram válidos e viáveis para retratar a situação

da anticoncepção de emergência entre a população jovem brasileira e, por isso, é importante que esses estudos continuem sendo realizados.

Sabendo da farmacoepidemiologia desse medicamento no Brasil, torna-se viável e efetiva a elaboração de medidas que reforcem e aprimorem o conhecimento já existente e corrijam os erros disseminados pelas informações errôneas. E ainda, ressalta-se a importância da atuação do farmacêutico nesse campo, sua contribuição pode melhorar de forma considerável o modo como a população lida com esse instrumento de saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecendo o papel fundamental da anticoncepção de emergência na prática contraceptiva da juventude, apesar das limitações enfrentadas quanto à heterogeneidade dos estudos analisados, este trabalho permitiu concluir que:

- Parcela considerável da juventude brasileira com vida sexual ativa relatou já ter experiência com anticoncepção de emergência, apresentou baixa frequência de uso e divergiu entre os estudos quanto à sua forma de utilização (correta e incorreta);
- As motivações que levaram ao uso da AE dividiram-se entre: falha do método utilizado, esquecimento/não uso e, insegurança;
- O acesso ao medicamento aconteceu majoritariamente em farmácias e sem apresentação de prescrição médica;
- A anticoncepção de emergência é conhecida pela grande maioria dos adolescentes e jovens, que obtiveram informação sobre o método principalmente por meio de amigos. Parcela representativa tem conhecimento de que a AE não previne DST/AIDS, mas conhece pouco o mecanismo de ação e, apesar de possuir pensamentos errôneos sobre o método, demonstram facilidade de aceitação.



## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA [Página da Internet]. **Banco de Dados de Medicamentos**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Servicos/Consulta+a+Banco+de+Dados/Medicamentos>>. Acesso em 22 out 2013.

ALANO, G. M., COSTA, L. N., MIRANDA, L. R., GALATO, D. Conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, set. 2012.

ARAÚJO, M. S. P., COSTA, L. O. B. F. Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p. 551-562, mar. 2009.

BASTOS, M. R.; BORGES, A. L. V.; HOGA, L. A. K.; FERNANDES, M. P.; CONTIN, M. V. Práticas contraceptivas entre jovens universitárias: o uso da anticoncepção de emergência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 447-456, set. 2008.

BATAGLIÃO, E. M. L.; MAMEDE, F. V. Conhecimento e utilização da contracepção de emergência por acadêmicos de enfermagem. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 15, n. 2, p. 284-290, 2011.

BORGES, A. L. V., FUJIMORI, E., HOGA, L. A. K., CONTIN, M. V. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 816-826, abr. 2010.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 ago. 2013. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei 8069/1990. Estatuto da criança e do adolescente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formulário Terapêutico Nacional: Renome 2010**. - 2. Ed -. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 810-811.

CAVALCANTE, M. de S. **Perfil de utilização de contraceptivo de emergência a partir de um serviço de atendimento farmacêutico de uma rede de farmácias comunitárias**. 90 f. (Mestrado), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

CONSTANTINO, C. F. Contracepção de emergência e adolescência: responsabilidade e ética. **Revista Bioética**, v. 18, n. 2, p. 347-361, 2010.

COSTA, N. F. P., FERRAZ, E. A., SOUZA, C. T., SILVA, C. F. R., ALMEIDA, M. G. Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 2, p. 55-60, 2008.

DÍAZ, J., BARACAT, E., GALVÃO, L., DÍAS, M. O lugar da contracepção de emergência no planejamento familiar no Brasil. **Feminina**, v. 29, n. 3, p. 153-156, 2001.

DREZETT, J. Contracepção de emergência: normativas, usos, mitos e estigmas. In: ARILHA, M., LAPA, T. S., PISANESCHI, T. C. **Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos**. São Paulo, Oficina Editorial, 2010, p. 63-89.

DUARTE, C. de F.; HOLANDA, L. B.; MEDEIROS, M. L. de. Avaliação de conhecimento contraceptivo entre adolescentes grávidas em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal. **J Health Sci Inst**, v. 30, n. 2, p. 140-143, 2012.

FAÚNDES, A., BRACHE, V., ALVAREZ, F. Emergency contraception-clinical and ethical aspects. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 82, 297–305, 2003.

FIGUEIREDO, R. Contracepção de emergência: estratégia fundamental para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de jovens e adolescentes. In: ARILHA, M., LAPA, T. S., PISANESCHI, T. C. **Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos**. São Paulo, Oficina Editorial, 2010, p. 121-134.

FIGUEIREDO, R., BASTOS, S. Contracepção de emergência: atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégias de DST/AIDS. **Instituto de Saúde NEPAIDS/USP**, São Paulo, p. 52, 2008.

FIGUEIREDO, R., BASTOS, S., TELLES, J., L. Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes em municípios do estado de São Paulo. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 1, p. 1-15, 2012.

FIGUEIREDO, R., NETO, J. A. Uso de contracepção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. **Revista da SOGIA-BR**, v. 6, nº 2, p. 2005.

FIGUEIREDO, R.; PUPO, L. R.; ALVES, M. C. G. P.; ESCUDER, M. M. L. Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência entre adolescentes do município de São Paulo: estudo com estudantes de escolas públicas de Ensino Médio. **Instituto de Saúde**, São Paulo, p.1-38, 2008.

FIGUEIREDO, R., SEIXAS, I. Prevenção de gestações não-planejadas e abortos entre adolescentes: questões relativas à contracepção de emergência. **Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Área Técnica de Saúde do Adolescente**, 2008.

HARDY, E. DUARTE, G. A., OSIS, M. J. D., ARCE, X. E., POSSAN, M. Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1031-1035, 2001.

HUTCHISON, T.A; SHAHAN, D.R. (EDS): **DRUGDEX®** System. MICROMEDEX, Inc., Greenwood Village; 2011. Disponível em <[http://www.periodicos.capes.gov.br.ez54.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com\\_phome&Itemid=68&](http://www.periodicos.capes.gov.br.ez54.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_phome&Itemid=68&)> Acesso em: 20 out. 2013.

KEINERT, T. M. M., PAULA, S. H. B., BONFIM, J. R. de A. As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. **Instituto de Saúde**, São Paulo, p. 233, 2009.

LEFEVRE, F., LEFEVRE, A. M. C. **Aconteceu ... e daí? Pílula do dia seguinte - atalhos e caminhos**. São Paulo: Instituto de Pesquisas do Discurso do Sujeito Coletivo, 2010, p. 104.

PAIVA, S. P., BRANDÃO, E. R. Contracepção de emergência no contexto das farmácias: revisão crítica de literatura. **Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 22, n. 1, p. 17-34, 2012.

PERPÉTUO, I. H. O. Contracepção de emergência na adolescência e a PNDS 2006. In: ARILHA, M., LAPA, T. S., PISANESCHI, T. C. **Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos**. São Paulo, Oficina Editorial, 2010, p. 91-120.

SILVA, F. C. da; VITALLE, M. S. de S.; MARANHÃO, H. de S.; CANUTO, M. H. A.; PIRES, M. M de S.; FISBERG, M. Diferenças regionais de conhecimento, opinião e uso de contraceptivo de emergência entre universitários brasileiros de cursos da área de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1821-1831, set. 2010

SAITO, M. I., LEAL, M. M. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. **Rev Paul Pediatría**, v. 25, n. 2, p. 180-186, 2007.

SOUZA, R. A. BRANDÃO, E. R., Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços públicos de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 19, n. 4, p. 1067-1086, 2009.

SWEETMAN, S. (ED), **MARTINDALE®**: The Complete Drug Reference. London: Pharmaceutical Press. Electronic version, MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado, 2011. Disponível em <[http://www.periodicos.capes.gov.br.ez54.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com\\_phome&Itemid=68&](http://www.periodicos.capes.gov.br.ez54.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_phome&Itemid=68&)> Acesso em: 20 out. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Media Centre. **Emergency Contraception**. Fact sheet N°244. July 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>> Acesso em: 09 maio 2013.