

**Prevenção de Gestações Não-Planejadas e Abortos entre Adolescentes: questões relativas à contracepção de emergência**

Regina Figueiredo<sup>1</sup>  
Isméri Seixas

***Práticas Sexuais de Risco entre Adolescentes***

O grande número de gestações entre adolescentes no Brasil, soma mais de 700 mil casos/ano de 15 a 19 anos e representam cerca de 25% dos partos do estado de São Paulo ([www.datasus.br](http://www.datasus.br)). Tais ocorrências não podem ser consideradas, automaticamente, gestações indesejadas, uma vez que muitas vezes (Souza; Corrêa; Souza, 2001; Longo, 2002) são fruto de desejos de verificação da própria fertilidade e da necessidade de vivência do risco, mas também de projetos conscientes ou não, geralmente ligados a uma restrita expectativa de vida, que fazem a menina querer virar logo mãe, procurando status de adulta, morar com o parceiro ou afastar-se do núcleo familiar.

De qualquer forma, sabemos que, boa parte das adolescentes, realmente engravida de forma indesejada e fruto de relações de risco sem proteção, facilitadas por vários fatores que as predispõem à tal situação: a não-percepção da sexualidade adolescente pelos adultos, que não orientam práticas preventivas sobre sexualidade, desejo e sexo; a não-aceitação da prática sexual das meninas por seus familiares – que termina por sonegar educação informativa sobre contracepção e leva as jovens à prática sexual de risco sem o planejamento preventivo necessário, normalmente realizada sem hora ou local determinado, disponibilidade de método contraceptivo, nem discussão de uso deste com o parceiro (Figueiredo, 2005).

Esta vivência do risco conduz a um aprendizado da necessidade da prevenção que ocorre, para a maioria, paralelamente à exposição de risco de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (DST) (Figueiredo e Andalaft Neto, 2005); ou seja, há um processo educativo que está sendo realizado diante da iminência do fato indesejado, por isso, constata-se tantos abortos – segunda causa de óbito na adolescência ([www.datasus.br](http://www.datasus.br)) nos hospitais do Sistema único de Saúde, ocorridos, na maior parte, de forma provocada.

***Educação Sexual e Planejamento Familiar para Pré-Adolescente e Adolescentes***

Sem dúvida, há necessidade de implantação de uma política de Educação Sexual sistemática, e não de ações pontuais, nas escolas brasileiras. Só ela tem capacidade de consolidar a abordagem, orientação e discussão de todos os aspectos envolvidos na sexualidade e no processo de amadurecimento sexual da puberdade, em sua

---

<sup>1</sup> Socióloga, Mestre em Antropologia e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

complexidade: vivências internas e de grupo; considerando o desenvolvimento cognitivo emocional e racional das diferentes faixas etárias; considerando a educação de gênero diferenciada entre meninas e meninos; alimentando este processo com discussões de valores culturais, de alteridades familiares, da realidade social e de informações científicas (Figueiredo, 2005).

Esse papel da Educação é fundamental quando sabemos que, boa parte das famílias, tem dificuldade e desinformação para lidar com este assunto constituído culturalmente como tabu em nossa sociedade. Ao mesmo tempo, o trato do tema sexualidade fora do espaço familiar garante e protege adolescentes sem espaço na família a ficarem confortáveis para integrá-lo num local onde estarão menos expostos individualmente.

Incluir a prevenção de gravidez e DST/aids na escola, dentro dos temas da Sexualidade, incluindo o contato com métodos contraceptivos, se faz necessário, mas, ainda hoje, nem sempre é uma realidade da vivência escolar. Por isso, esse trabalho necessita de uma abordagem também em outros espaços sociais onde o adolescente transita.

No estado de São Paulo, as Casas de Adolescente e várias unidades básicas de saúde introduziram grupos de discussão que incluem Planejamento Familiar em suas ações, inaugurando ou complementando a abordagem da sexualidade com adolescentes. Porém, esses espaços da Saúde, não “dão conta”, de atender toda a demanda desta população, que chega, na maioria das vezes, a ter contato com o setor após a experiência de uma gestação.

De qualquer forma, a proposta política da área de Saúde de Adolescentes, da Área de Saúde da Mulher e do próprio Programa de DST/Aids do Estado de São Paulo, é incentivar que o trabalho preventivo seja realizado nos serviços da atenção primária, inclusive nas ações da estratégia de Saúde da Família. Essa perspectiva vem sendo implantada através da ampliação de ações, da formação de profissionais, atualizações técnicas, elaboração de materiais educativos e inclusão dessas ações em diretrizes de atuação (Araújo; Saletti Filho; Calazans, 2006).

### **Acesso de Adolescentes a Métodos Contraceptivos**

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é a lei federal que orienta ações com o público infantil, pré-adolescente e adolescente (Ministério da Justiça, 1990). Na prática, sua incorporação foi um processo de atualização de diversas áreas técnicas que vigora até o momento, como ocorre na Saúde.

O ECA estabelece que adolescentes têm igual direito aos adultos no acesso a serviços e procedimentos de saúde. Isso significa que, não apenas a atenção curativa, mas também a preventiva deve ser realizada entre este público, o que inclui a promoção contraceptiva e de prevenção de DST/aids. Por este motivo, o Ministério da Saúde (2005) lançou as diretrizes legais de atenção de adolescentes, procurando reiterar o direito destes ao acesso a métodos contraceptivos já orientados pelas Normas Técnicas de Atenção à Saúde Integral da Mulher (1983) e de Planejamento Familiar (2004), garantido a integralidade das ações em todas as faixas reprodutivas.

Tal orientação ressalva o direito de orientação educativa e acesso a todos os métodos contraceptivos, a partir dos 12 anos, tal como regulamenta o ECA, incentivando estratégias preventivas para resguardar adolescentes de gestações não-planejadas oriundas de suas práticas sexuais e, ao mesmo tempo, incentivar o uso de preservativos visando a prevenção de DST e aids.

Como na cultura popular, ainda há descompasso da mentalidade das famílias com relação à realidade da prática sexual dos adolescentes, o **Ministério da Saúde preconiza que adolescentes não necessitam de presença de pais ou responsáveis para receber orientação, indicação ou o próprio insumo contraceptivo; ou seja ele tem direito a este acesso isoladamente**, desde que procure os serviços e exponha seu desejo de prevenção. Ao mesmo tempo, esta busca de informações ou prevenção deve ser resguardada de sigilo pelo profissional de saúde, que deve manter conduta com relação ao menor sem “denunciá-lo” à família, conforme reiteram os códigos de ética do exercício da profissão médica — no artigo 103 do Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 1988) — e de enfermagem — artigo 29 do Código de Ética da Enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 2000).

O trabalho de aproximar o jovem de seus pais, de incentivá-lo a discutir sua situação de vida ou de saúde sexual e reprodutiva com a família, é realmente desejado e deve ser constantemente estimulado. Porém, o contato com a família, ou mesmo a discussão de suas opções não pode ser imposta pelo serviço ou pelo profissional de saúde, ela deve ser **sugerida e nunca privar de acesso à saúde este jovem ou servir como impeditivo para seu acolhimento e procedimentos**, exceto que envolvam procedimentos de internação ou cirúrgicos ou com risco de vida do menor (Ministério da Saúde, 2006).

Como sabemos que boa parte das adolescentes mantém relações sexuais sem o conhecimento da família, como foi dito no início, cabe ao poder público resguardá-las de situações mais onerosas, do ponto de vista da saúde — compreendida como o seu bem-estar físico, social e ambiental; no caso, de possíveis gestações que possam vir a acometer seu desenvolvimento físico, bem como, mental, educacional e profissional — e, portanto, sócio-econômico —, desde que elas assim desejem e solicitem.

Ao mesmo tempo, ao acolher o seu direito a prevenção, o sistema de saúde inclui o vínculo com este público e o capta, desempenhando um papel fundamental de orientação que refletirá não apenas na prevenção de gestações e abortos decorrentes de parte delas, mas de utilização de medicamentos inadequadamente, orientações errôneas de conhecidos ou amigos; atuando de forma ampla para a promoção da saúde e inclusão de rotinas preventivas como a realização de papanicolaou e de sensibilização para a prevenção de DST/aids, com incentivo ao uso de preservativos, visto que é entre este público feminino e jovem que essas doenças mais vêm crescendo (Datusus, 2007).

### ***Contracepção de Emergência como Suporte Emergencial em Situações de Risco***

A inclusão da contracepção de emergência nas políticas públicas brasileiras, não foi uma iniciativa que teve intenção de resolver o problema de Planejamento Familiar ou de abortos do país, mas complementá-las (Ministério da Saúde, 2005b). É importante

esclarecer, que a estratégia é a promoção da Educação Sexual e contraceptiva, o aumento da oferta de métodos contraceptivos e a facilitação do acesso a estes para todos os públicos, principalmente adolescentes. Busca-se que a prevenção seja feita *a priori*, ou seja, **antes** que o risco de gravidez possa se estabelecer por uma relação sexual insegura. Essa opção é mais consequente e confiável, mais segura, mais barata, mais eficaz e têm maior efetividade no cotidiano das pessoas, promovendo inclusive um auto-cuidado constante com a saúde. Devem ser escolhidos para uso em relações sexuais, métodos contraceptivos de uso regular, principalmente preservativos, que protegem também contra DST e aids.

A contracepção de emergência entra como um plano “B”, por ser a única forma de prevenção de gravidez possível de ser adotada após o coito. Ela deve ser vista como estratégica para situações onde não foi possível (por diversas razões que exploraremos), antepor-se o risco gravídico com a utilização de outro contraceptivo, ou mesmo, quando este teve algum problema de uso que possa indicar seu não-sucesso, uma vez que o método tem potencial de impedir a fecundação e a ovulação (caso ainda esta não tenha ocorrido) por um período de 120 horas depois que a relação sexual ocorreu (Ministério da Saúde, 2005b),

A relação sexual mais óbvia, onde a mulher, inclusive a adolescente, poderia ser pega de surpresa sem o uso de um contraceptivo, seria a de violência sexual. Portanto, a contracepção de emergência, é indiscutivelmente indicada para o estupro. Porém, podemos incluir outras situações de “surpresa” neste raciocínio como abuso sexual na família ou relações sexuais com mulheres e adolescentes com desenvolvimento mental comprometido, que podem não ser necessariamente forçadas ao sexo, mas induzidas ou seduzidas.

Há também indicação da contracepção de emergência para re-estabelecer a prevenção quando o método contraceptivo de uso falho: a camisinha rompeu, o diafragma se deslocou, houve relação sexual em dias de esquecimento da pílula anticoncepcional ou anterior a uma expulsão de DIU. Essas falhas são físicas e involuntárias à pessoa.

Porém, há situações, principalmente ligadas ao uso de preservativo que esse uso voluntário pode não ocorrer por diversas situações-pressões externas à vontade da mulher ou da adolescente: recusa ou reclamação do parceiro em utilizá-la, indisponibilidade no momento da relação sexual, falta do insumo gratuito em serviços de saúde, etc. Essas razões inicialmente também são involuntárias e submetem diariamente centenas de adolescentes e mulheres ao sexo com risco, principalmente quando não são educadas a se precaver, a carregar preservativos na bolsa e a negociar e pressionar o parceiro para utilizá-lo.

O não uso de preservativos, assim como de outros contraceptivos de uso regular, pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais recorrente entre adolescentes que estão começando a vida sexual e que: iniciam suas relações em momento e local não-planejados, dificultando a previsão da necessidade de uso de contraceptivos; ainda não assumiram para si mesmas essa prática, uma vez que a mesma é condenada pela família e pela sociedade; assumiram sua prática sexual, mas por receio que “descubram” esse ato não iniciam o uso de contraceptivos ou preservativos, com medo que familiares encontrem esses insumos em seu poder; têm medo da reação de familiares; não tem

hábito de prevenção a saúde e só pensam depois; têm relação sobre efeito de alguma substância psicoativa que dificulta a prevenção, incluindo o álcool.

Essas experiências sexuais sem proteção revelam a demora de adesão a métodos contraceptivos, que passam a ser adotados, geralmente, na média de um ano após o início da prática sexual, enquanto que a gravidez ocorre, em geral nos primeiros seis meses (Andalaft Neto, 2003).

Assim, em todos esses casos descritos, a contracepção de emergência se faz indispensável, já que pode ser utilizada após este momento de situação-pressão e situação-risco. Este uso não deve ser incentivado, mas realizado visando a redução de um “mal maior” e pode ser utilizado como “momento-chave” para a integração desta adolescente em procedimentos preventivos seguros, como o uso de métodos regulares ou a prevenção de DST/aids com preservativos; retirando-a de uma situação de risco e marginalidade com relação as instituições de saúde.

O uso correto do método, portanto, é benéfico, e pode servir para ganhar tempo com relação à gravidez e mesmo o aborto, reduzindo-os, motivando a adoção de comportamentos preventivos, antes que esses eventos se instalem. Ao mesmo tempo, é fundamental que essa informação e cultura de uso correto seja disseminada – papel fundamental de serviços de saúde –, pois o boca a boca de informações entre os adolescentes predispõe ao uso não-orientado, repetitivo ou até contínuo do método.

A utilização errônea da contracepção de emergência não é só prejudicial, do ponto de vista da sobrecarga hormonal e diversos efeitos colaterais no metabolismo que vão desencadear sintomas, principalmente gástricos, circulatórios e de cefaléia, mas **principalmente**, porque é eficaz do ponto de vista contraceptivo (Ministério da Saúde, 2005b). O uso regular do método desregula o ciclo menstrual e termina facilitando a ineficácia do método, favorecendo a gravidez (Figueiredo; Peña, 2000).

Lançado no mercado farmacêutico brasileiro em 1998, a contracepção de emergência não obteve atenção especial para a orientação de uso entre adolescentes até o momento, as políticas priorizaram a orientação para uso em vítimas de violência e o uso aberto, via mercado, que atinge o grande público ficou a deriva e tem sido orientada por laboratórios, apesar de trabalhos esforços de algumas instituições (Figueiredo, 2004).

Apesar disso a informação deste medicamento corre “boca-a-boca” entre os grupos jovens, e se tornou comum. Estudo realizado na cidade de São Paulo no final de 2001, já havia constatado que, entre os estudantes de Ensino Médio entrevistados, 59% conheciam o método e 15% haviam utilizado o mesmo (Figueiredo; Peres; 2001); proporções que, atualmente, chegam a, pelo menos, mais de 20% de conhecimento, em outras regiões do país (Vieria; Saes; Dória; Goldberg, 2006), cerca de 57% no Rio de Janeiro (IPAS, 2006) e, pelo menos, 80%.

Há poucas pesquisas sobre a utilização do método entre jovens, mas estudos vêm apontaram 10% de uso em 2001 entre adolescente da Cidade de São Paulo (Figueiredo; Peres; 2001), a 28% entre os que frequentam os serviços do Ambulatório de Ginecologia da Adolescente da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Monteleoni; Takiuti; Conceição; Keer, 2005), a 39,4% de

entre os jovens e adolescentes que freqüentaram o Carnaval do Guarujá no litoral paulista em 2006 (Figueiredo; Mc Britton, 2006).

Esse uso entre adolescentes e jovens, conforme estudos realizados nacional e internacionalmente (Raine *et al*, 2000; Figueiredo; Peres, 2002; Camp; Raine; Wilkerson, 2003; Belzer, 2003), demonstram que a oferta deste método não promove o abandono ou a diminuição do uso de outros contraceptivos já adotados, incluindo as camisinhas, apenas complementa riscos esporádicos aos quais as jovens já se expõem, devido ao não uso de método ou com o uso de métodos comportamentais como a tabelinha e o coito interrompido (Figueiredo; Andalaft Neto, 2003).

De acordo com a facilidade de acesso sem a apresentação de receita em farmácias, comum em nosso país para medicamentos de tarja vermelha, esse uso ocorre em pelo menos 80% sem indicação (Monteleoni; Takiuti; Conceição; Keer, 2005) e algumas vezes vem sendo realizado de forma repetida. Em estudos com freqüentadores do Carnaval do Guarujá em 2006, observou-se que 12,1% dos adolescentes e jovens entrevistados utilizaram acima de 2 vezes, mas apenas por 3,1% acima de 4 vezes (Figueiredo; Mc Britton, 2006). Esses casos de uso repetido sobem para 29% dentre as usuárias do método no levantamento realizado com público específico de meninas atendidas no Ambulatório de Ginecologia da Adolescente da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Monteleoni; Takiuti; Conceição; Keer, 2005).

Tal constatação aponta o papel fundamental da saúde pública e do discurso preventivo e de Educação em Saúde, na disseminação da informação de que a contracepção de emergência não é adequada para uso regular. Essa orientação deve estar entre as principais ações das políticas públicas de saúde e educação sexual nos próximos anos, de forma que solidifique uma cultura de uso do método correta entre nossa população.

### ***Considerações Finais***

Procurou-se discutir a importância e serventia da contracepção de estratégia no momento atual da contracepção adolescente e jovem brasileira, mostrando sua relevância como método estratégico de apoio. Ao mesmo tempo, foram sintetizadas informações dos estudos brasileiros realizados até o momento sobre o uso e conhecimento do método, reforçando que ele já é “de domínio” público entre este público que os utiliza em suas relações sexuais de risco.

Por fim, aponta-se a importância de uma abordagem ativa desta opção contraceptiva para que se fortaleça o seu uso benéfico e correto e previna distorções de uso decorrentes da falta de orientação em saúde entre esta população.

### **BIBLIOGRAFIA**

ANDALRAFT NETO, Jorge. Comportamento sexual na Adolescência – o papel da anticoncepção de emergência. *Jornal da SOGIA*, Ano 4, nº 6, jan,fev,março/2003.

ARAÚJO, Téo; SALETTI FILHO, Haraldo César; CALAZANS, Gabriela; FIGUEIREDO, Regina. *Guia Prático para o Desenvolvimento de Ações de Prevenção às DST/AIDS Voltadas a Adolescentes e Jovens*. São Paulo, CRT/Aids – SES/SP, 2006. Disponível em [[http://www.crt.saude.sp.gov.br/instituicao\\_gprevencao\\_brochuras.htm](http://www.crt.saude.sp.gov.br/instituicao_gprevencao_brochuras.htm)] [Acesso em 30 de junho de 2007].

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

CAMP, S.L.; RAINE, T.R., & WILKERSON, D.S. The Benefits and risks of over-the-counter availability of levonorgestrel emergency contraception. *Contraception*, n. 69, 2003. p. 309-317.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 240 de 30 de agosto de 2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [resolução na internet]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7069&sectionID=34> . [Acesso em 20 de junho 2007]

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CÓDIGO DE Ética Médica. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.246. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, 26 janeiro de 1988. Seção 1, p. 1574-7. Disponível em [http://www.unifesp.br/spdm/hsp/comite\\_etica/medica.htm](http://www.unifesp.br/spdm/hsp/comite_etica/medica.htm) . [Acesso em 30 junho de 2007]

DATASUS, 2007. [www.datasus.br](http://www.datasus.br) . [Acesso em 10 de janeiro de 2007].

FIGUEIREDO, Regina. Contracepção de Emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. *Revista Eletrônica IPAS*, Setembro de 2004. Disponível em <http://www.ipas.gov.br> . [Acesso em 30 de junho de 2007].

FIGUEIREDO, Regina. Prevenção de DST/Aids Associada à Prevenção de Gravidez Não-Planejada. *Anais do II Foro DST / HIV/Aids da América Latina e Caribe*, Havana, fevereiro de 2003.

FIGUEIREDO, Regina. *Sexualidade, Prática Sexual e Prevenção da Gravidez Não-Planejada entre Adolescentes, incluindo Contracepção de Emergência*. São Paulo, Instituto de Saúde/SES-SP – FDE/Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, 2005. (versão preliminar)

FIGUEIREDO, Regina; ANDALAFT NETO, Jorge. Uso de Contracepção de Emergência e Camisinha entre Adolescentes e Jovens. *Revista da SOGIA-BR*, ano 6, nº 2, abril/maio/junho 2005.

FIGUEIREDO, Regina; MC BRITTON, Marta. Comportamento Sexual e Reprodutivo de Adoelscentes e Jovens no Carnaval do Guarujá, 2006. São Paulo, BARONG, 2006. (Livro publicado em CD Room). Disponível em <http://www.redece.org/guaruja2006.pdf> [Acessado em 30 de Junho de 2007]

FIGUEIREDO, Regina; PEÑA, Melanie. *Contracepção de Emergência: opção contraceptiva em tempos de DST e aids?* São Paulo, NEPAIDS/USP, 2000.

FIGUEIREDO, Regina e PERES, Camila. Relatório da Pesquisa Estudo Exploratório sobre uso de contracepção de Emergência por Adolescentes. *CD Room da 1ª Conferência Del CLAE – Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y En Caribe*, CLAE, Quito, Ecuador, outubro de 2002.

IPAS BRASIL. Jovens na Rede. IPAS-BRASIL, 2004. Disponível em <http://www.ipas.org.br>. [Acesso em Dezembro de 2005].

LONGO, Luciene A. F. de B. Juventude e Contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. *XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, 4 a 8 de novembro de 2002. (Trabalho Apresentado). Disponível em [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com\\_JUV\\_ST7\\_Longo\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_ST7_Longo_texto.pdf). [Acesso em junho de 2007].

MONTELEONI, Maria Lúcia; TAKIUTI, Albertina D; CONCEIÇÃO, Ismeri; KERR, Joana. Anticoncepção de Emergência e a Adolescente. Anais do Congresso Latino-americano de Gineco-Obstetrícia, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Marco Legal Saúde do Adolescente*. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Contracepção de Emergência – perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília, 2005b.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, 1990. [<http://www.mj.gov.br/sedh/conanda/eca.htm>] . [Acesso em 30 de junho de 2007]

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

SOUZA, Vera Lúcia Costa; CORRÊA, Maria Suely Medeiros; SOUZA, Sinara de Lima; BESERRA, Maria Aparecida. O aborto entre adolescentes. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 2001 março; 9(2): 42-7.

VIEIRA, Leila Maria; SAES, Sandra de Oliveira; DÓRIA, Adriana Aparecida Bini Dória; GOLDBERG, Tamara Beres Lederer. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. Recife: *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, vol.6, nº.1 , Jan./Mar. 2006.