

Publicado em: in

*Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva*, IPAS Brasil, Setembro de 2004.

[[http://www.ipas.org.br/arquivos/10anos/Regina\\_CE2004.doc](http://www.ipas.org.br/arquivos/10anos/Regina_CE2004.doc)] .

## **“Contraceção de Emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional”**

*Regina Figueiredo\**

Abordar a situação atual da contraceção de emergência no Brasil requer a compreensão de sua normatização, introdução, prescrição e distribuição, como parte das conquistas adquiridas em Direitos Sexuais e Reprodutivos no país, a partir da redemocratização da década de 80.

### **POLÍTICAS DE AMPLIAÇÃO EM DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS**

#### ***1. O Direito ao Planejamento Familiar***

Durante o processo de revitalização da democracia no Brasil, a elaboração conjunta do PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1983), por setores progressistas da sociedade civil e técnicos do Ministério da Saúde, foi o primeiro passo realizado pelo Estado brasileiro para atender diretamente às necessidades específicas da saúde da mulher, compreendida, até então, apenas como mãe e reprodutora pelos Programas de Assistência Materno-Infantil. Este importante marco histórico foi consolidado com a Constituinte de 1988, que, entre outras conquistas, acrescentou, às funções do Estado, a responsabilidade pela promoção do acesso ao Planejamento Familiar a toda a população.

---

\* A autora é socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e coordenadora de projeto no CEVAM – Centro Vergueiro de atenção à Saúde da Mulher e como membro do NEPAIDS – Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids/USP, onde desenvolve, desde 1999, projetos de pesquisa, intervenção e articulação política sobre a contraceção de emergência, através do site: [www.redece.org](http://www.redece.org) / e-mail: [reginafigueiredo@uol.com.br](mailto:reginafigueiredo@uol.com.br).

A partir desse momento, o Estado passa a ser o responsável e o executor, através do SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde (alterado posteriormente para SUS – Sistema Único de Saúde), de fornecer e orientar o uso dos métodos contraceptivos, regulamentados em normas técnicas federais naquela época, a pílula anticoncepcional oral, a mini-pílula, o injetável hormonal, o DIU, o diafragma e o preservativo masculino. Inicia-se, desde então, todo um planejamento e, depois, a implementação do Programa de Planejamento Familiar nas unidades básicas de saúde pública de todos os estados, aplicando ora parcial, ora integralmente esta política.

## ***2. O Direito à Não-Maternidade em Caso de Estupro***

Paralelamente às conquistas de atenção contraceptiva na Rede Básica de Saúde, o processo democrático abrangeu a reivindicações do movimento de mulheres brasileiro, também com relação à **Violência contra a Mulher**. Com isso, iniciou em 1988, a implantação de Delegacias da Mulher e do Programa Nacional de Combate à Violência Doméstica e Sexual e de Serviços de Atendimento ao Aborto Previsto por Lei (Código Penal de 1947) e, bem posteriormente e de forma mais completa, Serviços de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual que introduziu o atendimento de apoio psicológico, de prevenção para a profilaxia de DST<sup>1</sup>, incluindo HIV, e de prevenção à gravidez, com a administração da contracepção de emergência na forma Yuzpe<sup>2</sup>. Tais conquistas foram sistematizadas na elaboração e regulamentação da Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, editada no mesmo ano e publicada pelo Ministério da Saúde em 1999.

---

<sup>1</sup> Doenças Sexualmente Transmissíveis.

<sup>2</sup> Realizada através de super-dosagens de pílulas anticoncepcionais orais comuns a base de etinil-estradiol e levonorgestrel.

### ***3. O Direito ao Exercício da Sexualidade Segura de Riscos (prevenção de gravidez e DST/aids)***

Nos anos 80, além da incorporação de Planejamento Familiar, através da perspectiva de atendimento à saúde da mulher, e da inclusão de serviços para atendimento às mulheres vítimas de violência, introduziu-se a problemática das DST e aids entre as preocupações de saúde sexual e reprodutiva.

As ações, produzidas a partir dessas demandas e a elaboração de programas neste campo, foram voltadas para os grupos foco da epidemia, ou seja, homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, a partir da inauguração no Estado de São Paulo, em 84, do primeiro Programa de Prevenção à Aids brasileiro, depois introduzido em outros estados dentro de uma política de abrangência nacional ligada ao Ministério da Saúde.

O Programa de Aids ampliou-se e incorporou outras DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), tornando-se Programa Nacional de DST/Aids e expandiu suas ações para outros grupos que já estavam sendo atingidos pela epidemia numa fase secundária: bissexuais e heterossexuais, principalmente mulheres e jovens, população esta que passa a ser a mais atingida pela doença a partir de 1994.

A origem diferenciada das políticas de prevenção e tratamento do HIV/aids terminou por trazer novos conceitos às exigências da saúde feminina, acompanhados de uma visão mais relacional com o uso da categoria de *gênero* e a inclusão da problemática jovem no tema, gerando a noção de **Saúde Sexual e Reprodutiva**. A abordagem passa, então, a visar as especificidades deste campo da saúde, conforme o sexo, a faixa etária, as diferentes práticas sexuais e a cultura, além da visão sócio-econômica que vinha norteando as propostas anteriores, que culminou com a elaboração e fortalecimento de Programas para Adolescentes, entre outros, e a introdução da

necessidade de aquisição e disponibilização do preservativo feminino, na década de 90, entre o rol de ações voltadas para as mulheres.

Assim, a década de 90 soma à problemática da prevenção à gravidez não-planejada, a prevenção de DST/aids, incluindo os preservativos masculinos e femininos como os principais métodos a serem disponibilizados para a população, entre as alternativas contraceptivas.

#### ***4. Direito à Utilização da Contracepção de Emergência como Opção Contraceptiva***

A contracepção de emergência, feita à base de pílulas de progestogênio oral, começou a ser estudada em 1970 por Albert Yuzpe (WHO,1998) e, logo em seguida, foi sendo disponibilizada no mercado: em 1970 na Hungria, em 1980 na China, em 1984 na Suécia.

Portanto é um método que pela sua longevidade, já poderia estar incluído nas diretrizes políticas de Planejamento Familiar das décadas de 70 e 80. Apesar disso, permaneceu difundido no Brasil, apenas entre alguns setores do movimento de mulheres e profissionais de ginecologia, sendo regulamentada pelo Ministério da Saúde, em 1996, na forma “Yuzpe” (feita com doses de pílulas anticoncepcionais orais comuns), já que não havia produto específico no país, dedicado a sua realização.

Esse vácuo temporal, esse silêncio, deu-lhe um tom atual de novidade, já que vinha sendo raramente referido e receitado, na maioria das vezes, de maneira não-homogênea, em serviços de atendimento a mulheres vítimas de estupro que seguiam a normatização de 1999 editada para tais casos.

Uma primeira tentativa, de introdução mais sistemática deste contraceptivo, havia sido realizada anteriormente por instituições brasileiras, membros do Consórcio Internacional de

Anticoncepção de Emergência<sup>3</sup>, que criaram uma mobilização e discussão, incluindo o método nas Normas Técnicas de Planejamento Familiar em 1996.

O documento de 1996 define a forma de elaboração da contracepção de emergência com o uso de pílulas orais comuns combinadas (100 mcg de estinilestradiol + 500 mcg de levonorgestrel), a orientação de utilização (1ª dose até 72 hs e 2ª dose após 12 horas), a situação de uso (em caso de relação sexual não planejada - comum em adolescentes, uso inadequado do método anticoncepcional, falha anticonceptiva presumida e violência sexual: estupro) e a população alvo (explícita mulheres e adolescentes). Porém, na prática, os serviços de saúde pública brasileira não acataram essa normatização, já que não iniciaram a divulgação, nem o fornecimento, nem a administração do método. Pelo contrário, estudo realizado em 1991 com ginecologistas associados à FEBRASGO<sup>4</sup>, demonstrou que esses profissionais desconheciam não só essa norma, mas também o método e a sua forma de administração (Galvão et al, 1999), assim como foi observado com relação aos profissionais dos serviços de saúde pública e seus gestores (Figueiredo, 2002). Apenas os Serviços de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual prosseguiram com a sua implementação, continuando a luta de difusão e obrigatoriedade da disponibilização do método no país, que está encampando crescentemente o seu uso.

O último e grande fator impulsionador, que provocou a revitalização do debate sobre o acesso à contracepção de emergência, foi a introdução do produto no mercado brasileiro, na forma de dosagem única (2 comprimidos de 750 microgramas de levonorgestrel), em setembro de 1999, dando oportunidade de acesso a milhares de pessoas que podem adquiri-la facilmente nas

---

<sup>3</sup> International Consortium for Emergency Contraception (<http://www.cccinfo.org>), reunião de ONGs internacionais que atuam em Saúde Sexual e Reprodutiva fundada em 1995, para promover a difusão da contracepção de emergência em todo o mundo. Os integrantes brasileiros participantes são profissionais ligados ao Population Council do Brasil.

<sup>4</sup> FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

farmácias (já que a necessidade de prescrição médica com que foi regulamentada pela Vigilância Sanitária, não é respeitada pelo público). Atualmente são vendidas mais de 1.200.000 doses anuais da contracepção de emergência neste formato, de 7 diferentes marcas existentes no país<sup>5</sup>.

## **IMPORTÂNCIA DA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NA CONJUNTURA ATUAL BRASILEIRA**

A contracepção de emergência, desta forma, faz parte de um cenário crescente de conquistas no campo dos **Diretos Sexuais e Reprodutivos** brasileiros, tendo a possibilidade de causar um forte impacto positivo em diversos temas que vêm sendo discutidos para garantir o exercício saudável da saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres, adultos e jovens.

### ***1. Impactos da Disponibilidade da Contracepção de Emergência para Vítimas de Estupro***

Em 1995, a Secretaria de Segurança Pública do Rio de Janeiro contabilizou 1,5 estupro diário de meninas, o que totaliza 45 estupros no mês. Uma estimativa baixa, já que a subnotificação, por falta de denúncia destes eventos, poderia supor que existiriam em estados populosos brasileiros, 540 estupros, ou seja, no Brasil, considerando metade dos 13 estados mais populosos, ocorreriam, no mínimo, 7.020 estupros por ano.

Grande parte das mulheres estupradas não procura serviços de saúde; das que procuram, muitas já estão grávidas, e vão em busca de serviços de interrupção da gestação. Segundo levantamentos recentes (IPAS, 2004), até julho de 2001 foram realizados 17.787 procedimentos de abortamento legal em 24 hospitais que realizam tal prática no país.

---

<sup>5</sup> Dos laboratórios Aché (Postinor-2), União Química (Pilem), Libbs (Pozzato), Meizler (Norlevo), Simed (Diad), Cifarma (Poslov) e Sigma Pharma (Mini-Post 2).

Considera-se que a divulgação antecipada da contracepção de emergência, para a população feminina, estaria atendendo e prevenindo a gestação em decorrência do estupro, inclusive para as mulheres que não fizeram notificação e busca de serviços, além de reduzir, consideravelmente em 98%, a necessidade do procedimento de aborto legal, caso fosse implementada de forma generalizada em todo o país e entregue nas primeiras 24 horas, com uma otimização dos fluxos de atendimento a essas vítimas, que não necessitam da ocorrência policial para receber este medicamento.

## ***2. Impactos da Disponibilidade da Contracepção de Emergência na Prevenção da Gravidez Não-Planejada e Abortos Ilegais (dados gerais)***

Calcula-se que no Brasil, pelo menos 25% das gestações são indesejadas. Dos nascidos vivos registrados, cerca de 22,63% são filhos de meninas entre 15 e 19 anos, demonstrando um alto índice de gravidez na adolescência (Ministério da Saúde, 2004).

Do total de gestações indesejadas, 50% terminam em abortamento provocado (Filho, s/d.), o que representou, só no ano de 2000, 247.884 internações por aborto nos registros hospitalares pagos pelo SUS, dos quais 67 terminaram em óbito (Ministério da Saúde, 2004). Esses números que não revelam a realidade com relação a esta prática do aborto no país, visto que várias localidades possuem populações não atendidas pelo SUS e existem serviços que não o notificam, e, se corrigidos, elevariam a projeção de abortos brasileiros de 750.000 a 1,4 milhões anuais (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2003). Tais abortos são responsáveis por 4,7% das mortes maternas, que já tem taxas bastante elevadas no país, de 45,8 mulheres em 100.000 nativos (Ministério da Saúde, 2004).

Disponibilizar a contracepção de emergência neste contexto, facilitando seu acesso em serviços básicos de saúde, tem o poder de reverter de forma considerável o número de

gestações indesejadas, principalmente, porque o método é o único disponível para ser utilizado após a relação sexual, prevenindo também falhas contraceptivas, como o rompimento do preservativo e falta de uso regular da pílula anticoncepcional. Desta forma, é um importante instrumento para a diminuição do número de abortos realizados na ilegalidade, tornando desnecessária essa prática que repercute tão negativamente, elevando as taxas de mortalidade materna atuais.

### ***3. Impactos da Disponibilidade da Contracepção de Emergência em Populações com Especificidade Contraceptivas: adolescentes, mulheres com HIV+, profissionais do sexo***

#### **- Jovens e Adolescentes:**

A prática sexual entre adolescentes é ampla e deve ser considerada. Pesquisa amostral, realizada pela UNICEF com este público, revelou que 33% já havia tido relações, 13% já tinha filhos, e 16% já havia engravidado, 29% destes, sem dar continuidade à gestação (UNICEF, 2002).

O uso de camisinha masculina observado foi de 51%, apesar da prática sexual, anterior ao uso de qualquer contraceptivo, ocorrer, em média, por 1 ano e a gravidez ocorrer nos primeiros 6 meses após o início dessa prática (Andalafi, 2003).

Estes dados demonstram a grande vulnerabilidade dos adolescentes à gravidez, que como foi dito, para 22,63% dos bebês nascidos vivos, ocorre entre os 15 e os 19 anos (Ministério da Saúde, 2004). Essa faixa etária apresenta o despertar do desejo e busca do sexo, ao mesmo tempo em que inicia o aprendizado das práticas preventivas que essa situação requer.

A prevenção da gravidez é aprendida através da experiência e da capacidade de amadurecimento do processo de transformação da noção de risco em preocupação, da



preocupação em busca de informações, e das informações para o comportamento prático-preventivo. Esse processo necessita um tempo intrínseco que predispõe ao risco da gravidez e também da exposição à infecção por DST e aids.

Devido a estes fatores a contracepção de emergência tem um papel fundamental na redução do risco de gravidez entre essa população e, conseqüentemente, também na redução do número de gestações indesejadas e abortos na adolescência. Ela permite dar suporte à passagem por essa etapa de aprendizado, amadurecimento e vulnerabilidade, reduzindo prejuízos no exercício da sexualidade jovem, o que vem trazendo distorções significativas na necessidade de escolaridade, profissionalização, emancipação e cidadania dos jovens brasileiros, principalmente das adolescentes meninas que culturalmente são levadas a arcar com esses custos.

#### - Mulheres com HIV/aids:

Em 1993 a aids se tornou a primeira causa morte de mulheres jovens até 35 anos no estado de São Paulo. Esses dados revelam o aumento já observado da epidemia entre as mulheres, que da proporção de 1/25 casos femininos e masculinos, saltou para 1/3 hoje no país, conforme o Programa Nacional de DST/aids (2004).

Estima-se que atualmente existam cerca de 240.000 mulheres com HIV no país (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1999). As notificadas com aids têm recebido orientação em serviços para a adesão ao uso do preservativo masculino, método que tem grande aceitação neste público específico. A troca de método contraceptivo, após a informação de soropositividade é ampla, cerca de 95% aderem à camisinha, porém esse uso não persiste ao longo dos anos, já que pesquisas têm demonstrado que nem todas dão continuidade ao seu uso (Figueiredo, 2001).

Ao mesmo tempo, nota-se uma alta vulnerabilidade em mulheres com HIV/aids para a gravidez, independente do uso deste método de barreira, visto que, em pesquisa, realizada com o universo de mulheres notificadas com aids no Município de Santo André, foi observado que 24,5% engravidaram sem desejar, após a constatação da doença, sendo que 40% destas gestações foram remetidas a falhas diretamente ligadas ao uso do preservativo (Figueiredo, 2001).

Além do hábito relativamente recente do uso de preservativos, outros fatores contribuem para tais falhas: a dificuldade em negociar o uso do preservativo com alguns parceiros, a falta de preservativos no momento da relação, a preguiça e/ou mesmo a realização esporádica do coito interrompido ou do sexo sem proteção por essas mulheres, mesmo as aderentes ao método.

Por esse motivo, e pela disponibilidade de um leque de opções contraceptivas menor para as mulheres com HIV/aids, considera-se que a divulgação e disponibilização da contracepção de emergência entre este público é fundamental, para dar segurança ao uso do preservativo e suas eventuais falhas e para dar suporte a situações de não uso esporádicas que possam ocorrer, pois o uso da camisinha neste grupo é atípico, sendo muito mais longínquo e constante que entre o resto da população.

- Profissionais do Sexo:

As profissionais do sexo são um grupo que tem uma especificidade variável com relação à vulnerabilidade a que estão expostas em sua prática sexual. Os altos índices de contaminação por DST e HIV entre este público, a necessidade de acompanhamento ginecológico mais constante, inclusive para tratamentos que envolvem a interrupção de uso de contraceptivos, colocam-no como vulnerável, também, à gestação indesejada (Gysels e cols, 2000), devido ao seu status sócio-econômico mais baixo, à falta de assistência adequada, à baixa capacidade de negociação e do pouco uso de preservativo entre seus clientes (Bellei e cols, 1996). Soma-se a isso, muitas vezes, o uso de drogas que predispõe a comportamentos de risco (Szwarcwald e cols, 1998), a faixa etária, verificada na grande quantidade de jovens e adolescentes que se prostituem no país, e, além de todos esses fatores, a pouca informação e experiência prática no cuidado ginecológico e reprodutivo.

**POLÍTICA PÚBLICA DO GOVERNO FEDERAL COM RELAÇÃO À CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA**

O Ministério da Saúde passou a tentar incorporar a contracepção de emergência, aos métodos contraceptivos disponibilizados, a partir de 2000, dentro de uma estratégia de incentivo, aquisição e ampliação de ofertas de métodos reversíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de reduzir o número de laqueaduras tubárias no país.

De 2000 a 2001, iniciou-se a licitação, compra e distribuição de lotes de contraceptivos definidos por esta política. A contracepção de emergência não pode ser inclusa nesta distribuição bienal por motivo de atraso na entrega do produto, após licitação e compra, por isso apenas foram entregues às secretarias estaduais de saúde (que por sua vez, repassaram aos seus municípios) e secretarias municipais de saúde das capitais, um total de: 6.210.600 cartelas de pílula combinada de baixa dosagem (mini-pílula), 582.300 ampolas de acetato de medroxiprogesterona (injetável trimestral), 158.000 unidades de DIU Tcu 380-A e 30.000 unidades de diafragma<sup>6</sup>.

A distribuição da contracepção de emergência se efetivou em 2002, quando foram distribuídas cerca de 100.000 doses para aproximadamente 439 municípios e 59 serviços de referência em atenção às mulheres vítimas de violência sexual, em todo o país.

Como essa forma de distribuição “via governos estaduais”, demonstrou algumas falhas, a contracepção de emergência foi distribuída dentro de uma nova estratégia proposta em dezembro de 2001, pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), com representantes dos municípios, estados e do Governo Federal, que orientou a distribuição trimestral dos métodos contraceptivos de forma descentralizada diretamente para os municípios que atendessem a **um** dos seguintes critérios:

- a) Contar com pelo menos uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) habilitada;
- b) Estar com o termo de adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento aprovado (PHPN);
- c) Contar com pelo menos uma equipe do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).

Essa nova proposta definiu, ainda, que os métodos fossem enviados em duas formas de kit: **o kit básico** (composto pela pílula combinada de baixa dosagem, a mini-pílula, o preservativo masculino e, em médio prazo, a contracepção de emergência) e o **kit complementar** (composto

---

<sup>6</sup> Números disponibilizados pela Coordenação de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, em abril de 2004.

pelo DIU e pelo anticoncepcional injetável trimestral). Assim, a contracepção de emergência foi entregue como lote complementar aos kits básicos distribuídos em 2001.

É importante ressaltar que esta entrega abasteceu prioritariamente os serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência, em apenas uma minoria de municípios, visto que, em 2002, as duas remessas que distribuíram 40.000 kits básicos atenderam 4.568 municípios.

Novamente, em 2003, provavelmente devido à mudança da equipe de governo, a contracepção de emergência não foi incluída nos 45.210 kits básicos enviados, que atenderam 4.920 municípios. Ela foi distribuída para aproximadamente 2.000 cidades como kit complementar, num total de 120.000 doses (FSP, 2004).

O Ministério da Saúde entregou para todos esses municípios manuais técnicos atualizados de Planejamento Familiar de assistência e para gestores, incluindo a recomendação da orientação ao uso e disponibilização da contracepção de emergência, ao mesmo tempo em que criou capacitações para médicos e enfermeiras da rede básica, de atualização sobre saúde e direitos reprodutivos, a dupla prevenção (integração da prevenção do HIV/Aids à contraceptiva) e a ações de enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil.

#### **POLÍTICAS PÚBLICAS PONTUAIS DE DISPONIBILIZAÇÃO DA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ANTERIORES ÀS AÇÕES FEDERAIS**

##### ***A Experiência do Município de Goiânia - GO***

A primeira ação brasileira de implantação da contracepção de emergência em serviços públicos gerais, e não apenas para situações de violência sexual, ocorreu em Goiânia em 1996 (Silva,2000). Disponibilizado na forma Yuzpe (200 mcg de Etinil-estradiol/1.0 mg de

levonorgestrel dividido ou de 240 mcg de Etinil-estradiol/1.2 mg de levonorgestrel), a prefeitura local implantou sua orientação e distribuição em todos 43 serviços municipais que prestavam serviços vinculados ao PAISM: 1 Hospital Materno Infantil (serviços de atendimento a situações de abortamento, realização de aborto legal e atendimento de referência a portadoras de HIV/aids), 32 unidade básicas de saúde (serviços de ginecologia), 7 CAIS- Centro de Assistência Integrada e 4 CIAMS – Centros Integrados de Assistência Médico-Sanitária (com atendimentos primários e secundários em gineco-obstetrícia, pediatria e clínica geral, entre outros serviços) (Silva, 2000).

A experiência de Goiânia foi importante para avaliar o grau de adesão dos profissionais dos serviços à orientação do método. De 1996 a 1998 foram distribuídas 453 doses de contracepção de emergência nesse município com população de cerca de 1.200.000 habitantes na época.

A orientação e/ou prescrição do método foi registrada em 78,7% dos serviços onde foi implantado, sendo que nas Unidades Básicas de Saúde, 79,2% passaram a administrar o método no biênio. A dificuldade de implantação nos serviços ocorreu principalmente devido à falta de informação de alguns profissionais, principalmente da área de saúde (dos que não conheciam o programa, 37,7% eram enfermeiros/as e 41,2% médicos ginecologistas), profissionais estes que não leram a portaria de implantação (citada como meio de informação por 34,5%), nem viram a divulgação do programa pelos meios de comunicação, nem pelos folhetos distribuídos, citados, respectivamente por 16,3% e 14,9%, dos profissionais pesquisados pelo Grupo Transas do Corpo, após 2 anos de implantação do programa (Silva, 2000).

A adesão dos serviços referidos ao programa, no entanto, não impediu que alguns profissionais deixassem de aplica-lo, não apenas devido à desinformação, mas também devido a outros princípios de ordem pessoal. Dos 86% de profissionais que atuam em programas do PAISM pesquisados por Silva (2000), 21,32%, alegam não prescrever o método, afirmando que

fazê-lo em casos de estupro (45,45%), risco de vida da mãe (30,90%), demonstrando uma confusão sobre sua forma de ação, considerando-o abortivo, alegado explicitamente por 25,45%, além de 23,64% que não o fazem porque acreditam que as mulheres devem se prevenir da gravidez, antes da relação sexual, visão que pode demonstrar tanto a concepção de que o método é abortivo, como de culpabilização da mulher por ter tido uma relação desprotegida, sem medir suas conseqüências (Silva, 2000).

O registro de implementação da implementação da contracepção de emergência em Goiânia revela, ainda, que as rotinas nem sempre são cumpridas como preconizado, pois foram constatadas falhas nos agendamentos de retornos previstos, falta de divulgação do método nas reuniões de planejamento familiar e em atividade de Educação em Saúde. Por isso concluiu-se que a implantação da contracepção de emergência em serviços deve definir claramente rotinas, instrumentais de registro e prescrições, orientar a capacitação continuada dos profissionais sobre mecanismos de ação e forma de administração do método na forma Yuzpe, avaliar a prescrição da mesma para re-orientar estratégias na implantação e promover a divulgação do método entre a população, com folhetos, sensibilizando profissionais para fazê-lo oralmente.

### ***A Experiência do Estado do Rio Grande do Norte***

Em 1999, a Secretaria Estadual de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte, introduziu o projeto "Estruturação e Melhoria da Assistência à Saúde Reprodutiva" com apoio do FNUAP – Fundo de População das Nações Unidas. Este projeto, com o objetivo de implementar estratégias inovadoras nos sistemas estadual e municipal de gerência (informação) em saúde reprodutiva incluiu a temática da contracepção de emergência em suas ações no final de 2000 (FNUAP, 1998).

A estratégia utilizada para a introdução do método foi a formação de multiplicadores para capacitação no tema, gerados a partir de um treinamento inicial realizado com representantes de 3 Centros de Saúde Reprodutiva do Estado (Natal, Caicó e Mossoró) e dos Escritórios Técnicos de Apoio aos Municípios, braços da Secretaria Estadual de Saúde Pública. Este grupo inicial recebeu suporte de informações técnicas e metodológicas e materiais de apoio para suas ações, que culminaram em 154 treinamentos em contracepção de emergência, atingindo aproximadamente 500 profissionais de saúde e de segurança pública de 30 municípios, com o objetivo de introduzir a sua disponibilização na forma Yuzpe nas unidades de saúde básica de todo o estado e a sua divulgação para a população em palestras e aconselhamentos (Macedo, 2002).

O Centro de Saúde Reprodutiva de Natal foi a primeira instituição pública deste estado a disponibilizar o método na forma de kits já recortados de pílulas anticoncepcionais orais já encontrados na rede pública, juntamente com a Maternidade Escola, onde estabeleceram um fluxo para disponibilizá-lo 24 horas<sup>7</sup>.

Apesar do monitoramento e continuidade que ultrapassou o final do projeto, em dezembro de 2002, o qual se perpetua até o momento atual, não foram registradas informações quantitativas, nem qualitativas com relação à demanda ao método nos serviços e municípios em que houve seu fornecimento.

## **CONCLUSÃO**

A política nacional de inclusão da contracepção de emergência, entre as opções contraceptivas, ainda é incipiente no Brasil. Vem sendo implementada com maior vigor nos

---

<sup>7</sup> Informações disponibilizadas em 2001 por Albanita Leite Soares de Macedo, na época coordenadora do projeto, em questionário de impactos do projeto “I Treinamento de Multiplicadores de Contracepção de Emergência”, desenvolvido pelo NEPAIDS/USP em parceria com Pacific Institut for Women’s Health com apoio do Population Council do Brasil e do FNUAP.

serviços de atendimento a vítimas de violência sexual, que em sua maioria já disponibilizam o método para as mulheres até 72 hs da ocorrência do estupro.

Apesar dos últimos 5 anos terem marcado consideravelmente a sua oferta para a população, através do registro e venda em farmácias de 7 marcas comerciais dedicadas exclusivamente ao produto e o início da política de licitações e fornecimento aos municípios via Ministério da Saúde, ainda não há a sistematização de uma ação de obrigatoriedade de seu fornecimento e divulgação para o público, em especial para as mulheres.

Ações isoladas e experiências de implementação têm demonstrado a necessidade de diretrizes mais sólidas para divulgação pública e estabelecimento de rotinas e fluxos de distribuição e reciclagem científica e de conduta para os profissionais de saúde; iniciativas essas que desmobilizariam qualquer resistência ao acesso das mulheres a este método em todo o país.

#### **BIBLIOGRAFIA**

ANDALAFI, Jorge. “Comportamento sexual na Adolescência – o papel da anticoncepção de emergência, in **Jornal da SOGIA - BR**, Ano 4, nº 6, jan,fev,março/2003.

BELLEI N.C.J. e cols. HTLV infection in a group of prostitutes and their male sexual clients in Brazil: seroprevalence and risk factors. **Royal Society of Trop Med and Hyg**. 1996, 90:122-25.

FILHO, José F. N. Formiga. “Anticoncepção de emergência no contexto do PAISM”, (mimeo).

FIGUEIREDO, Regina. Relatório da Pesquisa Uso de Contraceptivos e Gravidez Não-Planejada Antes e Após a Informação de Infecção por HIV, de Mulheres com Aids de Santo André, in **Relatório do Projeto: Contracepção e Prevenção às DST/Aids entre Mulheres: revisão de aspectos clínicos e comportamentais - Estudo de um**



**novo modelo de intervenção.** São Paulo, NEPAIDS, 2001, também na

**<http://www.redece.org/pesquisasbrasil.htm>**

FIGUEIREDO, Regina. “Relatório do Sub-Projeto II Treinamento de Formação de Multiplicadores em Contracepção de Emergência: voltando-se ao Público Adolescente”, *in*

**<http://www.redece.org/pesquisasbrasil.htm>** São Paulo, NEPAIDS, 2002;

FNUAP, BRA/98/P04 – “Estruturação e Melhoria da Assistência à Saúde Reprodutiva”, *in*

**[http://www.fnuap.org.br/estrut/serv/projetos/projetos.asp?PK\\_Projeto=30](http://www.fnuap.org.br/estrut/serv/projetos/projetos.asp?PK_Projeto=30)**, 1998.

FNUAP, “Captação de Recursos”, *in* **[http://www.rits.org.br/gestao\\_teste/ge\\_testes/](http://www.rits.org.br/gestao_teste/ge_testes/ge_finan_fundorg2.cfm)**

**[ge\\_finan\\_fundorg2.cfm](http://www.rits.org.br/gestao_teste/ge_testes/ge_finan_fundorg2.cfm)**, 1999.

FOLHA DE SÃO PAULO. “Cresce Distribuição de Pílula do Dia Seguinte”, *in* Caderno

Cotidiano – **Folha de São Paulo**, 11 de abril de 2004.

GALVÃO, Loren et al. “Emergency Contraception: Knowledge, Attitudes and Practices Among

Brazilian Obstetrician-Gynecologists”, *in* **International Family Planning Perspectives**, vol 25, Number 4, December, 1999.

GYSELS, M.; POOL, R.; NNALUSIBA, B. Women Who Sell Sex in a Ugandan Trading Town:

Life Histories, Survival Strategies and Risk. *Social-Science-and-Medicine*; 2002 54(2)Jan:179-192.

IPAS.**<http://www.ipas.org.br>**, acessado em abril de 2005.

PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. “Dados e Pesquisas em DST e Aids”, *in*

**<http://www.aids.gov.br>**

International Consortium for Emergency Contraception. “About in Consortium, *in*

**<http://www.cecinfo.org>** , acessado em maio de 2004.

MACEDO, Albanita L. S. **Relatório Final – Projetos BRA 98/P04 “Estruturação e Melhoria da Assistência à Saúde Reprodutiva” e BRA 97/P02 “Assistência Tutorial”**, Natal, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, *in* <http://www.redece.org/normasvio.htm#norma>, Brasília, 1998 - e re-editada em 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Técnica de Planejamento Familiar, Brasília, 1996, *in* <http://www.redece.org/normapf.htm>.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. “Dossiê de Mortalidade Materna”, *in* <http://www.redesaude.org.br/dossies/dossiessr.html> , 2000.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. “Dossiê Violência Contra a Mulher” *in* <http://www.redesaude.org.br/dossies/dossiessr.html> , 1999.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. “Dossiê Mulher e Aids” *in* <http://www.redesaude.org.br/dossies/dossiessr.html> , 1999.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; GRAVATO, N.; e cols. “The relationship of illicit drug consume to HIV-infection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos”, São Paulo, Brazil. **The International Journal of Drug Policy**. 1998; 9:427-436.

UNICEF Relatório: “Situação da Adolescência Brasileira”, *in* <http://www.unicef.org/brazil/>, 2002.

WHO/FRH/FPP. “Emergency Contraception: A guide to the provision of services”, *in* [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/FPP\\_98\\_19/FPP\\_98\\_19\\_table\\_of\\_contents\\_em.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/FPP_98_19/FPP_98_19_table_of_contents_em.html)