

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ENTRE PACIENTES ATENDIDAS
NOS AMBULATÓRIOS DE GINECOLOGIA DO HOSPITAL DA
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ESTADO DO PARÁ**

Paulo Sergio Barbalho Priante

Porto Alegre, setembro de 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ENTRE PACIENTES ATENDIDAS
NOS AMBULATÓRIOS DE GINECOLOGIA DO HOSPITAL DA
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ESTADO DO PARÁ**

Paulo Sergio Barbalho Priante

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas/DINTER, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Edison Capp

Coorientadora: Profa. Dra. Jaqueline Neves Lubianca

Porto Alegre, setembro de 2013

CIP - Catalogação na Publicação

Barbalho Priante, Paulo Sergio

Contraceção de emergência entre pacientes atendidas nos ambulatórios de ginecologia do Hospital da Fundação Santa casa de Misericórdia do Estado do Pará / Paulo Sergio Barbalho Priante. -- 2013.

97 f.

Orientadora: Edison Capp.

Coorientadora: Jaqueline Neves Lubianca.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Contraceção de emergência. 2. Gestação , aborto e conhecimento. 5. . I. Capp, Edison, orient. II. Neves Lubianca, Jaqueline, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Mãe, é pra ti que dedico esta tese. Hoje, com quase 82 anos, segues tua missão entre nós com o diferencial que poucos possuem: a alegria com tão pouco.

Quanto tempo passo observando e sorvendo teu exemplo! Deitada em teu leito, limitada em teus movimentos, cadeirante que te tornastes em 2010, tens sempre um sorriso brilhante a nos receber. Nada conseguiu diminuir tua alegria.

Somos infinitamente felizes por te ter entre nós. Tua presença e exemplo são eternos.

Como sempre nos dizes:

A felicidade não depende daquilo que não temos, mas do bom aproveitamento daquilo que possuímos.

Agradecimentos

- Deus, obrigado pela oportunidade da vida, sobretudo por ter reunido na mesma família pessoas que muito amo.
- A meus pais, a quem amo muito, obrigado por terem sido instrumentos de Deus na lapidação de meu espírito e que, se mais não conseguiram fazer, a culpa certamente não foi deles, e sim da essência imatura que carrego.

Abro parênteses para resgatar alguns fatos:

Meu pai era médico e professor da Universidade Federal do Pará. Faleceu em 1994. Nesse ano, eu residia no Rio de Janeiro e havia recebido convite para cursar o mestrado na Santa Casa do Rio de Janeiro. No entanto, precisei declinar do convite e retornar a Belém para assisti-lo. Meu pai, internado em tratamento de doença grave, me disse "... vai assumir teu lugar na Universidade...", e assim o fiz.

Em 2002, obtive o título de mestre pela Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, orientado pelo Professor Dr. Edmund Chada Baracat, ícone da Ginecologia no Brasil.

Minha mãe, em 2010, exatamente por ocasião da seleção do DINTER Ciências Médicas, encontrava-se enferma e desacordada, com quadro de sepse e hemorragia. Certamente minha seleção foi como alento de Deus diante das dificuldades que enfrentava. Dona Lilita, como é conhecida, é o alimento que nutre o meu espírito e de meus irmãos.

Meus irmãos, Lienne e Júnior, companheiros de jornada e aprendizado, observadores atentos de minha caminhada. Muita vez, de maneira silenciosa, não menos entusiastas com todas as conquistas alcançadas.

Meus sobrinhos, Juliane, Liliane e Zezinho, filhos do coração, tornaram nossa vida mais rica desde suas chegadas. Parte disso devemos à Neyla, mãe deles.

- Ao Professor Wolnei Caumo que, em um gesto de generosidade, esteve em visita a minha mãe, como médico especialista que é em tratamento da dor.

- Aos Reitores das Universidades Federais do Pará e do Rio Grande do Sul; ao Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação/PROPESP da UFPA, Professor Dr. Emmanuel Tourinho; ao Professor Dr. José Carlos Cunha, ex-Diretor de Capacitação da PROPESP/UFPA; ao atual Diretor da Capacitação, Professor Amaury Valinoto; ao Coordenador DINTER junto à PROPESP, Jacilino Estumano; à Professora Eliete Araújo, Diretora do Instituto de Ciências da Saúde/UFPA; e, mais especialmente, aos Coordenadores do DINTER Ciências Médicas, ao Coordenador Acadêmico/UFRGS, Professor Dr. Wolnei Caumo, baluarte do curso, pelo empenho na concretização de sonhos de muitos; e à Coordenadora Operacional/UFPA, Professora Dra. Lúcia Helena Messias Sales.
- Aos Coordenadores do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas (PPGCM) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professor Dr. Wolnei Caumo e Professora Dra. Márcia Graudenz.
- À Coordenadora Acadêmica da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará, Profa. Dra. Lizomar de Jesus Maués Pereira Mória, que aceitou com boa vontade a realização do presente estudo.
- Meus agradecimentos e homenagem mais que especiais **às pacientes** da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará, por terem aceito participar desta pesquisa.
- A todos os Professores que ministraram brilhantemente as disciplinas nos módulos teóricos do DINTER, Ciências Médicas em Belém do Pará, transmitindo seus conhecimentos, sobretudo pela humildade demonstrada: Wolnei Caumo, Luciana Nunes, Edison Capp, José Roberto Goldim, Alexandre Zavascki, Márcia Graudenz, Iraci Torres e Ricardo Reis, e aos Colaboradores, Ronaldo Torres e João Paulo Bilibio.
- À Secretária Vera Suzana Ribeiro, dedicada profissional, sempre empenhada no sucesso do curso e dos alunos, nos recebendo com carinho e boa vontade, assim como aos demais membros da PPGCM, em especial a Rodrigo e Isis, lembrando ainda Lucas Garcia, que participou ativamente do processo de nossa seleção, bem como aos funcionários e estagiárias do Hospital João de Barros Barreto que participavam dos eventos realizados em Belém.

- Aos DINTERIANOS, membros da nave *Dinter's Interprise*, assim carinhosamente chamados, com os quais convivi intensamente durante dois anos: Alessandra Granado, Angely Pinho, Arivaldo Meirelles, Carmem Andréa, Edna Porfírio, Jorge Vaz, M^a de Nazaré Cunha, M^a Francisca Alves, Nádia Jardim, Sônia Moreira, Rosilene Cardoso, Valéria Martins. Certamente muito contribuíram para este momento, destacando que alguns ultrapassaram a barreira do coleguismo e demonstraram o lado humano e solidário em momentos decisivos, para esses **minha gratidão**, eles certamente saberão se identificar.
- Aos amigos Ana Márcia Farias Serrão, Benedito Vasconcelos, Débora Raimunda Ribeiro Costa, Érika Cavalcante, que sabem da importância que tiveram para que este trabalho se tornasse realidade.
- A Jasonn Morais, pelo profissionalismo, paciência e empenho na transmissão de conhecimentos específicos de estatística.
- À Lucilene Moutinho Barbalho, espírito desprendido e dedicado a auxiliar todos que a buscam, tendo muito colaborado com sugestões no aprimoramento deste trabalho.
- A Maria Elena Brito de Moraes e Hélio Morais, que sempre estiveram disponíveis em me ajudar.
- À Maria Lúcia Pacheco de Almeida – especialista em metodologia de trabalho científico –, dileta amiga e entusiasta de minhas conquistas de longas caminhadas.
- À Roseanne Maria Magalhães Chalu Pacheco, espírito de raras qualidades, sempre presente e carinhosamente atenta, tendo muito contribuído em diferentes momentos de minha vida.
- Ao Professor Edson Berbary, que tendo participado de minha formação acadêmica, no Curso de Medicina, volta a ter um papel decisivo em minha formação na modelagem desta tese.
- À Cristine Cioba, aluna de iniciação científica da UFRGS, e à estatística Vânia Naomi Hirakata, pela acolhida e atenção que deram auxiliando em fases iniciais desta pesquisa.
- À Professora Dra. Helena von Eye Corleta, pela leitura criteriosa, correções, sugestões e estímulo em melhorar sempre.

- Um agradecimento especial à Profa. Dra. Jaqueline Neves Lubianca, pela coorientação e generosa colaboração na realização desta tese.
- A Professora Maria do Horto que com dedicação, empenho habilidade, conseguiu abrilhantar este trabalho.
- Agradeço, de maneira muito especial, ao Professor Dr. Edison Capp, pela inestimável orientação, compreensão, presença e incentivo acadêmico. Dotado de habilidade e percepção aguçada é o grande responsável pelos passos dados até a conclusão desta pesquisa. Professor Edison Capp foi um privilégio tê-lo como orientador. Muito Obrigado.
- A todos que, de uma forma ou outra, não mediram esforços para colaborar para a realização deste trabalho em momentos decisivos, quer com apoio profissional, quer com amizade, contribuindo para que eu pudesse estar onde estou hoje. Sem o apoio deles, certamente não teria caminhado.

“... o que tenho não me pertence,
embora faça parte de mim.

Tudo o que sou me foi emprestado
pelo Criador para que eu possa
dividir com aqueles que entram
na minha vida.

Ninguém cruza nossos caminhos
por acaso e nós não entramos
na vida de alguém sem nenhuma razão.
Há muito o que dar e o que receber; há
muito o que aprender”

Chico Xavier

Sumário

Resumo	11
Abstract	12
1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
2.1 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA.....	17
2.2 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NO MUNDO.....	28
2.3 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ENTRE PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	32
2.4 GESTAÇÃO INDESEJADA E PRÁTICA DE ABORTAMENTO NO MUNDO	37
2.5 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NO BRASIL.....	55
3 JUSTIFICATIVA	61
4 HIPÓTESE	62
5 OBJETIVOS	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
8 ARTIGO EM INGLÊS: <i>Level of knowledge on emergency oral contraception among women receiving gynecological treatment in the Brazilian Amazon</i>	74

Resumo

Introdução: A contracepção de emergência, embora disponível há mais de 30 anos, ainda nos dias atuais encontra resistências de natureza religiosa, cultural e social em diferentes regiões do mundo. Estados como o Pará, segundo maior da Amazônia brasileira e da Região Norte do Brasil, com características continentais, têm, certamente na geografia, na diversidade populacional e no ecossistema, fatores que contribuem sobremaneira para a ocorrência de gestações precoces e indesejadas, assim como a prática de abortamento. Pouco se sabe sobre o nível de conhecimento sobre a contracepção de emergência pelas mulheres e sua utilização pela população brasileira.

Objetivo: Avaliar o nível de conhecimento sobre contracepção de emergência entre mulheres atendidas nos Ambulatórios de Ginecologia do Hospital da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará.

Métodos: Foi realizado estudo transversal com 316 mulheres sexualmente ativas, com idade entre 18 e 50 anos, que frequentaram o Ambulatório de Ginecologia entre junho e julho de 2012. As pacientes responderam a um questionário contendo 29 perguntas, incluindo: idade em anos, nível educacional, conhecimento e uso prévio do método de contracepção de emergência.

Resultados: A idade média das participantes foi de $31,84 \pm 8,00$ anos, 46,84% delas concluíram o ensino médio e apenas 8,55% possuíam o ensino superior. A maioria obtivera informações sobre contracepção de emergência por meio de amigos (48,61%, $n = 152$) e apenas 7,30% através de seus médicos. Embora 83,54% das participantes relatassem estar familiarizadas com o método, apenas 0,63% disseram que o contraceptivo de emergência poderia ser usado até 5 dias após a relação sexual desprotegida e 76,58% nunca tinham utilizado o método.

Conclusão: As mulheres incluídas neste estudo demonstraram ter elevado conhecimento e prevalência de uso da contracepção de emergência, apesar de pouco conhecimento sobre o tempo máximo para sua utilização e, devem receber mais informações sobre o contraceptivo de emergência.

Palavras-chave: Abortamento e gestação indesejada; Conhecimento sobre contracepção de emergência; Contracepção de emergência; Contracepção de emergência nos serviços de saúde; Contracepção na adolescência.

Abstract

Introduction: emergency contraception although available as a safe and effective method for more than 30 years, even today, meets resistance as religious, cultural and social development in different regions of the world, limiting their use and compromising your knowledge on the part of the population. States such as Pará, the second largest Brazilian Amazon State, and of the northern region of Brazil, with continental characteristics, has certainly, in geography, population diversity, ecosystem, factors that contribute greatly favoring the occurrence of premature and unwanted pregnancies, as well as the practice of abortion. Little is known about the level of knowledge about emergency contraception by women and their use in Brazil.

Objective: To assess the level of knowledge about emergency contraception among women attending at gynecology clinics in the Hospital Santa Casa de Misericórdia of State of Pará.

Methods: cross-sectional study was conducted with 316 sexually active women aged 18-50 years attending the gynecology outpatient clinic, between June and July 2012. The patients answered a questionnaire containing 29 questions, including: age in years, education level, knowledge and previous use of emergency contraception method.

Results: The mean age of participants was $31.84 \pm 8,00$ years. 46.84% of them completed high school, and only 8.55% have higher education. Most women obtained information on emergency contraception through friends (48.61%, $n = 152$) and only 7.30% of its physicians. 83.54% participants reported being familiar with the method, only 0.63% said that emergency contraception could be used up to 5 days after unprotected intercourse, 57.59% did not know, and 76,58% ($n = 242$) had never used the method.

Conclusion: The women in our study seem to have high level of knowledge and prevalence of use of emergency contraception, although little known about the time limit for its use and should receive more information about the emergency contraceptive.

Keywords: Abortion and unwanted pregnancy; Contraception in adolescence; Emergency contraception; Emergency contraception in health care; Knowledge about emergency contraception.

Lista de Abreviaturas

a.C.	Antes de Cristo
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
CE	Contracepção de emergência
Cu-DIU	Dispositivo intrauterino de cobre (DIU de cobre)
DIU	Dispositivo intrauterino
DST	Doença sexualmente transmissível
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IPPF	<i>International Planned Parenthood Federation</i>
LH	Hormônio luteinizante
LNG	Levonorgestrel
MNCH	<i>Maternal Neonate and Child Health - in Pakistan</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
RP	Receptores de progesterona
UPA	Acetato de ulipristal, derivado 19-norprogesterona

1 INTRODUÇÃO

As tentativas de controlar os fenômenos da reprodução e fecundação na história da humanidade vêm de recuados tempos e são inúmeros os registros históricos, religiosos e antropológicos acerca do tema. Hipócrates, entre 460-377 a.C. (TAYLOR, 1997), e Aristóteles, no ano 421 a.C (TANNAHILL, 1992), já se referiam, respectivamente, ao poder contraceptivo que a semente da cenoura selvagem e a utilização da *Mentha pulegium* possuíam na prevenção da gravidez.

Formulações artesanais ou caseiras, aplicadas ao meio vaginal, são descritas desde priscas eras, a exemplo de relatos históricos no Egito e na Índia, 1550 a.C. (SANTOS & SANTOS, 2011). Na dinastia de Ptolomeu, o uso de tampões genitais como recurso de interferência no processo da reprodução era frequente, pois a gestação seria um obstáculo à capacidade laboral de animais de carga e, assim, funcionaria como barreira física e química na tentativa de impedir o ato da reprodução e fecundação.

Superstições, crenças e magias também foram perpetradas desde a era do povo Hebreu como recursos contraceptivos, transformando métodos precários e empíricos em recursos populares disponíveis às civilizações seguintes (BUZELATO *et al.*, 2009; SANTOS & SANTOS, 2011).

Muitos desses recursos podem ser observados ainda nos dias atuais, sobretudo nas classes sociais menos favorecidas, por falta de conhecimento, e nas mais afetadas pela pobreza e subdesenvolvimento econômico e cultural (BUZELATO *et al.*, 2009).

Em 1939, apareceram os primeiros estudos sobre uso de duchas vaginais, método bastante popularizado desde o século XVII (SANTOS & SANTOS, 2011).

No norte do Brasil, o uso de duchas vaginais ainda é relativamente comum como método de higiene, prevenção e combate a infecções, assim como após relações sexuais, na tentativa de eliminar o conteúdo seminal ejaculado na cavidade vaginal (SANTOS, 2010). Em Campinas-SP, estudo com profissionais do sexo

demonstrou que a prática de duchas vaginais entre as mulheres não promoveu alteração do ecossistema vaginal (GIRALDO *et al.*, 2005).

A utilização de extratos hormonais no controle da fertilidade remonta ao início do século XX. No entanto, na espécie humana, tornou-se possível somente quando Gregory Pincus teve a ideia de mimetizar os efeitos da progesterona em bloquear a ovulação (BENAGIANO; BASTIANELLI; FARRIS, 2007). Médico, biólogo e pesquisador americano, Gregory Pincus dedicou sua carreira à pesquisa sobre a biologia hormonal e hormônios esteroides. Na década de 50 do século passado, estudou a ação dos hormônios esteroides femininos, permitindo seu posterior emprego como droga contraceptiva. Sua contribuição foi decisiva para que, em 1957, a pílula contraceptiva fosse lançada como um tratamento para distúrbios ginecológicos (SARKAR, 2011).

A contracepção de emergência (CE) foi, pela primeira vez, referida em 1964 na Holanda. Nessa ocasião, foi utilizado estrogênio em elevadas doses como tratamento contraceptivo em uma menina de 13 anos que havia sido vítima de estupro quando se encontrava no meio do ciclo menstrual. A iniciativa foi tomada por analogia ao uso de estrogênio na clínica veterinária, como recurso contraceptivo em animais, por exemplo, cavalos e cães, quando seus donos não desejavam a procriação (SAINT-FÉLIX *et al.*, 2006).

Em 1974, Yuzpe e colaboradores demonstraram a segurança e eficácia da CE usando combinação de estrogênio e progesterona, o que veio posteriormente a se tornar o método contraceptivo de emergência padrão (RANNEY & GEE, 2006; SAINT-FÉLIX *et al.*, 2006).

A CE inovou como um recurso seguro e eficaz, com o diferencial de poder prevenir a gravidez após a relação sexual desprotegida (WESTLEY, 1998; TRUSSEL; ELLERTSON; STEWART, 2004; BRUNTON & BEAL, 2006; BUZELATO *et al.*, 2009). A CE desponta para o mundo moderno como um marco importante dos direitos de liberdade sexual entre homens e mulheres. Contribui para a redução de problemas que afetam a saúde sexual e reprodutiva da mulher e do casal (SOUZA & BRANDÃO, 2012). Propicia maior participação feminina na escolha do próprio destino, pois, diferente da maioria dos métodos contraceptivos, permite atuar de forma a prevenir a gravidez após a relação sexual (BUZELATO *et al.*, 2009).

Na Amazônia brasileira, onde, além da população rural e urbana, coexistem as comunidades da floresta e ribeirinhas, quase nada se sabe sobre o nível de conhecimento acerca da CE e o perfil de suas usuárias.

Assim sendo, o objetivo deste estudo foi avaliar o nível de conhecimento sobre a CE entre mulheres atendidas nos ambulatórios de Ginecologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará, um dos maiores hospitais públicos Materno Infantil da Amazônia brasileira.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

O médico canadense Albert Yuzpe (RAGLAND & WEST, 2009) estudou, nas décadas de 1960 e 1970, a CE que se consagrou como método contraceptivo, usado como resposta às consequências de um caso de violência sexual (SOUZA & BRANDÃO, 2012). Surgia, então, no cenário mundial (TRUSSEL; RODRIGUEZ; ELLERTSON, 1998), com caráter inovador e revolucionário, inicialmente disponibilizado na Hungria, em 1970, e em seguida na China, em 1980, e Suécia, em 1984 (SANTOS & SANTOS, 2011; VELOSO *et al.*, 2011).

A aprovação pela *Food and Drug Administration* (FDA) do primeiro contraceptivo de emergência ocorreu em 1998, mas há evidências de uso limitado de contraceptivos hormonais como CE desde 1960 (DANIELS; JONES, ABMA, 2013).

O mais antigo método hormonal de CE disponível – o método de Yuzpe – enfrentou inúmeras críticas por apresentar variados efeitos colaterais, como cefaleia, náuseas e vômitos (HARPER *et al.*, 2004), atribuídos ao estrogênio em sua composição (SAINT-FÉLIX *et al.*, 2006; von HERTZEN & GODFREY, 2009). Segundo Faundes, Brache e Alvarez, a CE, no início, não foi vista de maneira muito encorajadora (FAUNDES; BRACHE; ALVAREZ, 2003).

Foi avaliado, como contraceptivo pós-coital, o uso de 200 mg de etinilestradiol e 2 mg de dl-norgestrel, divididos em duas tomadas (YUZPE; SMITH; RADEMAKER, 1982; BRUNTON & BEAL, 2006).

Com a participação de 608 mulheres, considerou-se exposição desprotegida aquela ocorrida dentro das primeiras 72 horas anteriores à relação sexual bem como a ausência de qualquer contraindicação para a utilização da associação estrogênio/progestagênio, observando que apenas uma paciente engravidara resultado de provável falha do método (YUZPE & LANCEE, 1977).

O método de Yuzpe, como passou a ser conhecido, acabou por substituir formulações usadas com elevadas doses de estrogênio. Não foi somente por apresentar menor incidência de efeitos colaterais, mas também porque as elevadas doses de estrogênio foram vinculadas ao aparecimento de câncer vaginal em filhas de mulheres que o tinham usado para prevenir as perdas de fetos (SAINT-FÉLIX *et al.*, 2006; BUZELATO *et al.*, 2009).

Apesar de a utilização da CE variar amplamente nos países em desenvolvimento, o regime normalmente utilizado na Europa e na América do Norte é composto de 200 µg de etinilestradiol e 1,0 mg de levonorgestrel (LNG) (TRUSSEL; RODRIGUEZ; ELLERTSON, 1999; BUZELATO *et al.*, 2009; BATAGLIÃO & MAMEDE, 2011), cuja metade da dose é tomada no prazo de até 72 horas após a relação sexual desprotegida, e a outra metade 12 horas depois (SAINT-FELIX *et al.*, 2006). A eficácia é estimada em até 98% quando usado até 72 horas após o coito (BUZELATO *et al.*, 2009).

Também conhecida como “pílula do dia seguinte” ou “pós-coital” (WESTLEY, 1998; AKANI *et al.*, 2008; ALANO *et al.*, 2012; GIRI; BANGAL; PHALKE, 2013), utiliza, nos dias que se seguem à relação sexual, compostos hormonais concentrados por curto período. Diferente de outros métodos anticoncepcionais, a CE tem indicação reservada como opção segura, capaz de evitar a gravidez em situações especiais ou de exceção (TRUSSEL *et al.*, 2004; ADHIKAR, 2009; BUZELATO *et al.*, 2009; ALANO *et al.*, 2012; GIRI; BANGAL; PHALKE, 2013).

Os métodos hormonais são os mais conhecidos. Podem ser à base de produtos combinados (estrogênio e progestagênio), como nas pílulas anticoncepcionais orais. Contudo, também podem ser constituídos apenas por progestagênio. Dispositivos intrauterinos (DIU) podem também conter componentes hormonais (WESTLEY, 1998; TRUSSEL; ELLERTSON; STEWART, 2004; BRUNTON & BEAL, 2006; LALITKUMAR; BERGER; GENZELL-DANIELSSON, 2012).

O ponto de corte de até 72 horas para o uso do regime de Yuzpe parece demasiadamente limitante. Mulheres que solicitam essa terapia após decorridas as primeiras 72 horas da prática do sexo desprotegido devem ser, contudo, autorizadas a recebê-lo. Nos casos sem outras opções para reduzir o risco da gravidez indesejada, a CE deve ser utilizada (RODRIGUES; GROU; JOLY, 2001; ELLERTSON *et al.*, 2003; TRUSSEL; ELLERTSON; STEWART, 2004).

Segundo alguns autores, a CE é eficiente em até 120 horas após a relação sexual, embora tenha sua eficácia diminuída quanto mais tempo demore para ser utilizada. Principalmente entre adolescentes, a falta de conscientização do uso correto do método pode contribuir para a elevada taxa de gravidez indesejada (BELZER *et al.*, 2005; ALANO *et al.*, 2012).

A CE não deve ser empregada de forma planejada, nem previamente programada como substituto de método contraceptivo convencional regular e contínuo (AKANI; ENYINDAH; BABATUNDE, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; ALANO *et al.*, 2012). Considerando um ano completo de uso, o índice de falha seria mais elevado do que os dos contraceptivos hormonais regulares. Além disso, pode causar danos graves à saúde das usuárias, pois possui uma grande dose de hormônios, podendo ocasionar efeitos colaterais cardiovasculares e cerebrovasculares (BUZELATO *et al.*, 2009).

As pílulas de emergência atuam inibindo ou retardando a ovulação, alterando o transporte do óvulo (altera a mobilidade tubária) (ALANO *et al.*, 2012; LALITKUMAR; BERGER; GENZELL-DANIELSSON, 2012) e dos espermatozoides (inibe a última fase da maturação dos espermatozoides no organismo feminino) e modificando o muco cervical. Contudo, não atuam após a implantação do embrião, ou seja, não têm ação em mulheres grávidas, não se caracterizando, assim, como método abortivo (BATAGLIÃO & MAMEDE, 2011).

Dentre suas indicações, incluem-se relação em que ocorreu rompimento do preservativo – evento bastante comum –, deslocamento do diafragma, esquecimento prolongado do uso do anticoncepcivo oral, atraso na data de aplicação do contraceptivo injetável mensal, cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência ou interpretação equivocada da temperatura basal (BUZELATO *et al.*, 2009).

Sua indicação é clara em casos de violência sexual, nos quais a vítima é privada da possibilidade de escolha e submetida ao risco de gravidez indesejada. O extremo dessa violência, muitas vezes, é observado em situações de guerra, em que, não raro, a violência e a possibilidade de gravidez forçada são empregadas com a finalidade de eliminação da ética e submissão ao inimigo. No entanto, a coerção sexual restringe o exercício da sexualidade feminina e permeia o cotidiano de muitos casais, constituindo, dessa forma, exemplo de indicação apropriada da CE (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Devido à simplicidade e praticidade do método, além do fácil uso pela própria mulher, com intuito de evitar a gravidez e obter excelentes resultados em sua prevenção, as pesquisas com pílulas, na década de 90, sofreram grande impulso no desenvolvimento de produtos que fossem mais eficazes e tivessem menos efeitos colaterais do que o método de Yuzpe (WESTLEY & GLASIER, 2010). Convergiram, assim, para a ação do progestagênio isolado como opção contraceptiva de emergência. LNG é o princípio ativo atualmente utilizado na CE. Ele teria a propriedade de ser mais eficaz, ter menor incidência de náuseas e vômitos e não apresentar interações com medicamentos como antirretrovirais, fato verificado com o método de Yuzpe, no qual o etinilestradiol pode interagir com alguns desses medicamentos e comprometer a eficácia do tratamento (BUZELATO *et al.*, 2009).

Quando administrado dentro nas primeiras 72 horas após a relação sexual desprotegida, o LNG, para uns, teria capacidade de reduzir o risco de gestações em aproximadamente 85% (DURAN *et al.*, 2001), enquanto para outros, com o método Yuzpe, a redução de risco seria de 75% (CROSIGNANI, 2002; TESFAYE; TILAHUN; GIRMA, 2012).

Durante anos seguidos, o LNG foi motivo de muita controvérsia (LAWRENCE *et al.*, 2010). Pode ser encontrado e administrado na apresentação oral, na composição de DIU ou na forma de implantes subcutâneos. Mas foi em sua apresentação oral, isolada ou em combinação com compostos estrogênicos, que alcançou reconhecido sucesso como contraceptivo de emergência (DURAN *et al.*, 2001).

Certamente, o método será utilizado em diferentes momentos do ciclo menstrual, sendo extremamente pertinente a avaliação do mecanismo de ação do LNG em todas as fases de seu uso, porém achados sugerem que a eficácia contraceptiva pós-ovulatória pode não envolver alterações de mecanismos associados à receptividade endometrial (DURAN *et al.*, 2001).

Semelhante conclusão foi referida por Raymond *et al.* (2000) quando relataram que não pode ser estabelecida evidência substancial do efeito contraceptivo do método de Yuzpe no endométrio (DURAN *et al.*, 2001).

O modo exato de atuação do LNG não estaria completamente compreendido, mas pensa-se que seja principalmente por inibição da ovulação. Sua administração parece prevenir a ruptura folicular ou causar disfunção lútea (GEMZELL-DANIELSON & MENG, 2010; KAVANAUGH; WILLIAMS; SCHWARZ, 2011). Usado antes do pico do hormônio luteinizante (LH), parece resultar em disfunção da ovulação nos cinco dias subsequentes, podendo assim inibi-la por cinco a sete dias, interferindo na viabilidade do espermatozoide no trato reprodutivo. Contudo, não tem sido considerado melhor que placebo para suprimir a ovulação, quando administrado imediatamente antes dela, como também não tem sido cogitado como eficaz, uma vez que o processo de fertilização pode já ter ocorrido (KAVANAUGH; WILLIAMS; SCHWARZ, 2011).

Segundo Hermann *et al.*, os níveis séricos de LNG alcançados após sua ingestão poderiam afetar a motilidade dos espermatozoides e sua adesão ao epitélio tubário, fato não comprovado *in vitro* (HERMANN *et al.*, 2012).

Para Lalitkumar, Berger e Genzell-Danielsson, o LNG não tem ação direta sobre a função do sêmen, mas, durante a fase pré-ovulatória, pode retardar o processo de maturação folicular ou adiar totalmente seu desenvolvimento. Depende, assim, seu efeito, do período em que for administrado, se após o recrutamento do folículo dominante ou da elevação ou pico de LH, razão pela qual não conseguiria mais prevenir a ovulação (LALITKUMAR; BERGER; GENZELL-DANIELSSON, 2012).

O uso de LNG antes ou após a ovulação não comprometeu a implantação do embrião no endométrio nem a receptividade de marcadores *in vivo* ou *in vitro*. Além disso, não teve efeito sobre a função do corpo lúteo e não inibiu a fixação de blastocisto humano em um modelo endometrial *in vitro* em cultura de células tridimensional (LALITKUMAR; BERGER; GENZELL-DANIELSSON, 2012).

O uso do LNG na fase folicular precoce promoveria prolongamento do ciclo, já comprovado por estudo de biopsia endometrial entre o 20^o e o 22^o dia do ciclo, no qual foi demonstrada a proliferação endometrial compatível com o atraso da ovulação. Administrado no período ovulatório, em algumas pacientes promoveu bloqueio da ovulação; em outras, fase lútea inadequada; e ainda em algumas mais, normalidade da ovulação. Na fase lútea, não modificou seu comprimento nem promoveu modificações significativas nas características do endométrio (von HERTZEN & VAN LOOK, 1996).

O receio de que o uso da CE possa interferir negativamente com a gestação e/ou com o conceito parece não se justificar. Em primeiro lugar, por ser o contraceptivo ingerido muito antes do período de organogênese; depois, estudos com recém-nascidos de mulheres que permaneceram usando inadvertidamente contraceptivos cujas concentrações foram mais elevadas em suas formulações, sem saber que estavam grávidas, não encontraram risco aumentado de defeitos nos conceptos (TRUSSEL; ELLERTSON; STEWART, 2004; KARTZMAN & TADDEO, 2010).

Certas evidências associam casos de gestação ectópica ao uso de LNG, como relatado por Pereira *et al.*, em dois casos, nos quais as pacientes não apresentavam nenhum outro fator de risco identificado, além do uso do contraceptivo de emergência. Por ser um progestagênio de ação multifatorial, poderia promover alteração na mobilidade tubária, contribuindo para o retardo da chegada do ovo à cavidade endometrial. Também seria possível pelos níveis farmacológicos elevados, levando ao relaxamento da atividade mioelétrica tubária, de forma que o transporte pelo istmo não ocorresse e, dessa forma, fosse associado ao risco de gestação ectópica (PEREIRA *et al.*, 2005).

Segundo Cabar, Pereira e Zugaib, o uso de 0,75 mg de LNG como contraceptivo de emergência teria sido identificado como o único fator de risco relatado de gestação ectópica, após afastadas outras possibilidades, sugerindo a necessidade de atenção especial às usuárias do método (CABAR; PEREIRA; ZUGAIB, 2007).

Rosa, Anrinque e Rodríguez referem que a eficácia do LNG não seria de 100%, concordando com Pereira *et al.* (2005) e Cabar, Pereira e Zugaib (2007), que citam poder estar o uso do LNG associado à gestação ectópica (ROSA; ANRINQUE; RODRÍGUEZ, 2009).

Gainer & Ulmann também alertam para essa possibilidade, uma vez que constataram a ocorrência em pesquisa realizada com 100 médicos prescritores de contraceptivo de emergência na França, fato também referido por Valenzuela. A ocorrência de casos de gestação ectópica, como exemplos de falhas observadas com o uso de LNG, não seria estatisticamente significativa, se os casos talvez estivessem relacionados a uma predisposição individual das pacientes atendidas. Isto se deve ao fato de a maioria dos entrevistados serem médicos ginecologistas e cujas pacientes apresentavam queixas ginecológicas específicas (GAINER & ULMANN, 2001; VALENZUELA, 2005).

Mesmo que esteja grosseiramente subnotificada, certamente a taxa de gestação ectópica não seria maior do que a que se verifica espontaneamente, ratificando o não incremento significativo no número de casos após o uso generalizado de LNG, a exemplo da França (GAINER & ULMANN, 2001).

Em 2004, a FDA negou dispensação sem receita médica da CE, decisão criticada por muitos, por supostamente não se basear em dados científicos (LAWRENCE *et al.*, 2010).

A mesma FDA, em 2006, tornou o medicamento disponível sem prescrição médica apenas para mulheres com idade igual ou superior a 18 anos. Contudo, algumas farmácias teriam recusado estocar o fármaco e alguns profissionais farmacêuticos a dispensá-los, o que certamente contribuiu para limitar-lhe o acesso, criando uma janela de tempo inadequada à necessidade imediata de uso e maior eficácia em até 72 horas após a relação desprotegida (LAWRENCE *et al.*, 2010).

Muito embora vários países permitam a comercialização do LNG sem receita médica, em Hong Kong, desde sua inclusão de registro como um recurso a mais de CE, em julho de 2002, ele tem sido usado no *Family Planning Association of Hong Kong*, mas com liberação programada, estando registrado como um fármaco com potencial risco, não podendo por isso ser vendido sem receita (LO & HO, 2012).

Na França, introduzido como contraceptivo isolado no mercado em maio de 1999, o LNG é comercializado sem necessidade de receita médica. Desde então, mais de 700.000 mulheres teriam utilizado o método (GAINER & ULMANN, 2011).

Outro recurso contraceptivo de emergência seriam os DIUs, dentre eles o de cobre (DANIELS; JONES; ABMA, 2013; RAHMAN *et al.*, 2013). Disponibilizado desde a década de 90 como um contraceptivo seguro, de uso regular por longo prazo, ainda que por mecanismos não completamente descritos em seres humanos, na qualidade de contraceptivo de emergência – agindo de forma a dificultar o implante do ovo fecundado –, teria eficácia de 99%-100% quando bem indicado na prevenção da gestação indesejada (von HERTZEN & GODFREY, 2009).

Os DIUs podem ser inseridos desde que obedecido o prazo de até 120 horas após a relação sexual desprotegida, sendo muito eficazes para evitar a gravidez. Devem ser ofertados às mulheres na prática clínica com essa finalidade, desde que se apresentem com intercurso sexual desprotegido dentro do prazo acima referido (BENAGIANO; BASTIANELLI; FARRIS, 2007; DEVINE, 2012).

Em um estudo multicêntrico prospectivo de coorte com 1.963 mulheres que buscaram atendimento dentro das primeiras 120 horas subsequentes à relação sexual desprotegida e seguidas em um, três e 12 meses após a inserção do dispositivo intrauterino de cobre (Cu-DIU), não se observou a ocorrência de gestação, antes ou mesmo nas visitas de seguimento, tornando-o 100% eficaz como um método contraceptivo de emergência baseado nesse estudo (LALITKUMAR; BERGER; GENZELL-DANIELSSON, 2012).

O cobre, utilizado no Cu-DIU teria ação deletéria para o óvulo e esperma e, portanto, agiria imediatamente após sua inserção, atuando principalmente pela inibição da fertilização. O cobre, em concentração semelhante à do liberado pelo DIU, afeta a motilidade, o vigor, a reação acrossômica e a capacidade de fertilização dos espermatozoides humanos, tanto em meio de cultura como no muco cervical. A eficácia do método do DIU é observada quando inserido quer antes quer depois da fertilização. Caso a fertilização já tenha ocorrido, sua ação seria por inibição da implantação (LALITKUMAR; BERGER; GENZELL-DANIELSSON, 2012).

Tendo demonstrado alta eficácia como contraceptivo de emergência (GENZELL-DANIELSON & MENG, 2010; SARKAR, 2011; LALITKUMAR; BERGER; GENZELL-DANIELSSON, 2012), tornou-se disponível em Hong Kong no final de 1970 (LO & HO, 2012). O DIU oferece, também, o benefício da proteção por longo prazo em relação à gestação indesejada. Contudo, apesar de ser muito usado na Europa e na Ásia, apenas uma pequena fração de mulheres americanas em idade reprodutiva o utiliza (SCHWARZ *et al.*, 2009).

Em Pitsburgo, entre 412 mulheres atendidas em quatro clínicas de planejamento familiar, que procuravam orientação sobre CE e/ou realização do teste de gravidez, foi constatado o interesse de 15% delas na colocação do DIU (SCHWARZ *et al.*, 2009). Ainda que não seja o método mais prático, por necessitar de profissional médico com habilidade para sua colocação, muitas pacientes de risco para gravidez indesejada são jovens que nunca estiveram grávidas e que, muitas vezes, não são monogâmicas, perfil não apropriado para uso de DIU. É importante realçar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta, dentre seus critérios de elegibilidade, que o benefício geral do DIU contra a gravidez indesejada supera potenciais riscos de adquirir infecções (von HERTZEN & GODFREY, 2009).

Vários contraceptivos de emergências têm surgido ao longo dos anos e utilizado novas formulações, vias de administração e produtos. A associação de LNG com outras substâncias, não apenas como agente contraceptivo, mas com possibilidade de uma ação conjunta na prevenção de gestação indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis (DST), na forma de gel, tem sido proposta (SARKAR, 2011). Há necessidade de métodos mais fáceis, seguros, baratos e aceitos em diferentes culturas e necessidades médicas (AITKEN *et al.*, 2008).

Contraceptivos que também forneçam proteção contra infecções sexualmente transmissíveis, especialmente o vírus da imunodeficiência humana (HIV), são necessários. Isto foi verificado pelos altos índices de gravidez e infecções em jovens prostitutas em Madagascar. Para que esses objetivos sejam alcançados, será necessário, mais uma vez, colocar população e planejamento familiar nas agendas políticas e no centro dos esforços globais (AITKEN *et al.*, 2008).

Outra via de administração, a vaginal, já demonstrou absorção do contraceptivo de emergência pelo epitélio, oferecendo níveis plasmáticos semelhantes aos da absorção por via oral, tanto para LNG como para o método de Yuzpe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; SARKAR, 2011). Assim, mulheres com história recorrente de vômitos com o uso da CE podem ser orientadas a escolher, primariamente, a via vaginal. Essa via é de grande importância em situações especiais, como no caso de mulheres inconscientes após trauma físico e/ou psicológico decorrente ou não de violência sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Vários países, incluindo os Estados Unidos, procuram tornar a CE mais disponível e de fácil uso, estimulando pesquisas de produtos alternativos aos métodos tradicionais à base de esteroides, visando menos efeitos colaterais e ação mais prolongada de proteção pós-relação sexual desprotegida (AITKEN *et al.*, 2008).

Meloxicam, um inibidor do ciclo-oxigenase-2 que previne a ruptura folicular, tem despertado interesse em ser estudado como uma nova alternativa de CE (AITKEN *et al.*, 2008).

Em 2010, a FDA, aprovou o acetato de ulipristal, derivado 19-norprogesterona (UPA) (17α -acetoxo- 11β -[4-N,N-dimethylaminophenyl-19-norpregna-4,9-diene-3,20-dione), que foi desenvolvido para ter maior especificidade para receptores de progesterona (RP). O UPA, já disponível em países da Europa, foi aprovado pela *European Medicines Agency*, em maio de 2009, como uma nova opção de CE (GEMZELL-DANIELSON & MENG, 2010; LALITKUMAR; BERGER; GENZELL-DANIELSSON, 2012).

Trata-se de novo tipo de modulador de segunda geração de RP, representando um novo passo evolutivo na CE, estando associado a uma menor taxa de gravidez em comparação com o LNG (GEMZELL-DANIELSON & MENG, 2010; LALITKUMAR; BERGER; GENZELL-DANIELSSON, 2012) e competindo pelo padrão-ouro de ação contraceptiva de emergência (BENAGIANO; BASTIANELLI; FARRIS, 2007).

O UPA, administrado previamente ao pico de LH, produziria inibição sobre a ruptura folicular em 100%. Quando administrado com folículo dominante com 18 mm ou mais ocorreria falha na ruptura folicular nos quatro a seis dias seguintes em 40% a 58%. Mesmo quando usado no dia do pico de LH, poderia atrasar a ovulação em 24 a 48 horas após sua administração, indicando que pode ser eficaz com efeito inibidor direto sobre a ruptura folicular mesmo quando administrado antes da ovulação, inclusive quando já tenha ocorrido o pico de LH, período em que o LNG não é mais eficaz (LALITKUMAR; BERGER; GENZELL-DANIELSSON, 2012).

Por sua vez, o efeito do UPA no endométrio parece ser dose dependente. O uso de 10-100 mg resultou em inibição de *down-regulation* de RP, redução da espessura endometrial e atraso da maturação histológica com dose mais elevada, enquanto o efeito de doses mais baixas, equivalentes a 30 mg, usadas como CE, foi semelhante ao de placebo (LALITKUMAR; BERGER; GENZELL-DANIELSSON, 2012).

A CE pode ser utilizada por pré-adolescentes e adolescentes após a menstruação e que tiveram contato desprotegido, consensual ou não (KARTZMAN & TADDEO, 2010), sobretudo pelo fato de serem a pré-adolescência e a adolescência períodos com eventos complexos, de idas e vindas de relacionamentos, alternâncias de uso e não uso de métodos contraceptivos. No entanto, necessita ser analisada sob a ótica do momento no qual o subgrupo está inserido: namoro, monoparceria, pluriparceria com ou sem envolvimento afetivo (BATAGLIÃO & MAMEDE, 2011).

Na adolescência, a falta de conscientização sobre a importância do uso correto do método pode contribuir para a elevada taxa de gravidez indesejada (BELZER *et al.*, 2005; RAHMAN *et al.*, 2013). Dessa forma, caracterizar o nível de conhecimento e consumo dos contraceptivos de emergência, bem como verificar os fatores relacionados à sua utilização, é de suma importância, sobretudo nessa fase

da vida. Muitas adolescentes usam a CE repetidamente em curto intervalo de tempo, ignorando que, quanto mais frequente for o emprego desse método, mais aumentam as chances de ocorrer falhas e efeitos colaterais, em razão da grande concentração de hormônios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

2.2 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NO MUNDO

Poucos países licenciaram o método de Yuzpe por ocasião de seu lançamento, dentre as quais Finlândia, Alemanha, Nova Zelândia, Suíça e Reino Unido. Apesar de não estar licenciado no Canadá, seu uso foi feito de maneira adequada como CE, à época (von HERTZEN & GODFREY, 2009).

Contudo, embora disponível em muitos países, não teria alcançado o impacto desejado sobre as taxas de gravidez indesejada e suas consequências (WESTLEY & GLASIER, 2010; GIRI; BANGAL; PHALKE, 2013), sendo importantíssimo que se compreenda que a CE previne a ocorrência de gestação, não comprometendo a gestação instalada, o que difere de interrupção de gestação em estágio inicial (GRIMES & RAIMOND, 2002).

O primeiro país a registrar um produto especificamente voltado para CE teria sido o Reino Unido, em 1984 (SCHIAPPACASSE & DIAZ, 2006).

Na América Latina, a maioria dos países inclui a CE em suas leis de planejamento familiar e violência sexual. Entretanto, na maior parte dos países do mundo, ainda não está disponível no serviço público embora esteja incluída nas diretrizes de saúde (SCHIAPPACASSE & DIAZ, 2006).

Por inúmeras razões, dentre elas as de origem religiosa e cultural e barreiras no acesso à informação correta, a CE ainda é relativamente desconhecida e pouco utilizada (WESTLEY & GLASIER, 2010; ALANO *et al.*, 2012).

A desinformação sobre os riscos de gestações, sobretudo indesejadas, bem como sobre o uso de pílulas anticoncepcionais de emergência e de outros métodos contraceptivos já é substancial, mas vem sendo agravada por informações equivocadas veiculadas na imprensa e até na internet. A mídia negativa, atribuindo riscos de infertilidade, aumento de casos de câncer e coagulopatias, inflama as discussões, perpetuando pontos polêmicos, assustando e, muitas vezes, afastando as mulheres interessadas pelo método (WESTLEY & GLASIER, 2010).

Na América Latina, a percepção errônea de que a CE induz abortamento adiciona mais dificuldade à proibição legal já imposta. Em muitos países, sua aprovação, regulamentação ou incorporação ao programa de planejamento familiar pelas autoridades têm encontrado severas resistências, como no Chile, Peru, Colômbia, México, Equador, Argentina e Brasil, onde opositores têm argumentado que a Constituição do país protege a vida humana desde a fertilização (SCHIAPPACASE & DIAZ, 2006).

De acordo com Westley & Glasier, pesquisas e estudos demográficos e de saúde evidenciam que barreiras de acesso ao método têm diminuído, mas que a falta de conhecimento permanece sendo obstáculo importante na maior parte do mundo, tornando-o relativamente desconhecido em muitos países (WESTLEY & GLASIER, 2010).

Quando o assunto envolve CE e adolescência, além dos tabus já referidos, somam-se questões de ordem financeira e psicossocial, todas de grande repercussão. A falta de acesso ou as dificuldades de compreensão das informações, bem como as limitações geográficas e socioeconômicas vinculadas à procedência, se rural ou urbana, devem ser levadas em consideração, mas talvez o mais importante seja a falta de médicos capacitados para repassar as informações a esse grupo tão vulnerável (KARTZMAN & TADDEO, 2010).

Segundo alguns autores, uma das barreiras ao conhecimento sobre CE se deve aos profissionais de saúde que tendem a não incluir informações sobre o método em aconselhamentos de rotina, muitas vezes por razões morais ou religiosas (VAN LOOK, 1998; PERTENSEN *et al.*, 2007). Lawrence *et al.*, chamam a atenção para o fato de que evidências demonstram que, inclusive, ginecologistas e obstetras possuem crenças e opiniões variadas e individuais as quais acabam por

influenciar suas posições na prática diária, interpretando a CE por uma lente moldada por gênero, religião e cultura (LAWRENCE *et al.*, 2010).

Abdulghani, Karim e Irfan, por sua vez, demonstraram que a grande maioria (71%) dos médicos de família entrevistados tinham algum conhecimento sobre CE, no entanto apenas 40% recentemente haviam prescrito o método e 33% estavam seguros de que a CE não é abortiva (ABDULGHANI; KARIM; IRFAN, 2009).

Com o intuito de diminuir o risco de gestação indesejada e paralelamente incrementar o uso de CE, a maioria das organizações médicas tem sugerido maior interação entre médicos e pacientes com discussões rotineiras acerca do método (WHITTAKER; ARMSTRONG; ADAMS, 2008) e com oferta de receita antecipada de contraceptivo de emergência (PERTENSEN *et al.*, 2007).

Walsh & Frezieres enfatizam que dispor previamente do contraceptivo de emergência nem sempre resultou em sua utilização. Muitas vezes, embora o contato tivesse sido desprotegido, as mulheres não acreditavam estar em risco de engravidar e 50% delas relataram um ou mais eventos de risco, mas decidiram não ingeri-lo (WALSH & FREZIERES, 2006).

No estado de Arkansas, pesquisa realizada entre estudantes de Farmácia sobre conhecimento, atitudes e comportamentos em relação à CE, demonstrou falta de informação sobre o método. Quase metade dos estudantes relatou não se sentir capaz de fornecer orientação sobre o método, sugerindo que deveria ser dada melhor atenção à grade curricular dos alunos quanto ao tema “CE”, especialmente por ter sido aprovada uma legislação tornando as farmácias fonte de acesso e, por conseguinte, farmacêuticos e estagiários portadores de orientação sobre CE (RAGLAND & WEST, 2009).

Na periferia de Londres, na década de 80, estudo sobre CE, englobando médicos e pacientes, constatou que, embora estivesse disponível desde 1974 no Reino Unido, o conhecimento sobre o uso do método entre os profissionais de saúde não pareceu estar tão difundido quanto era de se esperar para a época, repercutindo em elevado número de gestações indesejadas nos 15 anos seguintes (BURTON & SAVAGE, 1990).

Em diversos países do mundo, incluindo Brasil, Chile e México, buscando identificar os fatores facilitadores e os que dificultam a introdução do método em seus territórios, foi realizado estudo com possíveis usuárias, autoridades e provedores do método. As principais barreiras apontadas foram: crença na ação abortiva do método, oposição da Igreja Católica, pouco reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, falta de sensibilidade quanto às questões de gênero e pouco conhecimento sobre educação sexual. Os pontos facilitadores indicados foram: a percepção do método como capaz de prevenir o abortamento e a gravidez entre adolescentes e vítimas de estupro bem como o interesse demonstrado por potenciais usuárias e por alguns provedores e autoridades (VELOSO *et al.*, 2011).

Mesmo nos casos de conhecimento satisfatório da CE, seu uso, muitas vezes, permanece relativamente baixo, a exemplo de dados do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, onde 91% das mulheres já haviam ouvido falar do método, mas apenas 7% o tinham utilizado no ano anterior. As pílulas contraceptivas de emergência teriam sido usadas por apenas uma em cada dez mulheres que definitivamente não desejavam engravidar (WESTLEY & GLASIER, 2010).

Para Lo & Ho, em Hong Kong, um fato preocupante é que 60% das usuárias de CE não teriam feito uso de anticoncepcionais anteriormente. Esse valor é muito mais elevado do que os 15% registrados na França, os 20% relatados entre participantes de programa de planejamento familiar na Suécia, os 28% das mulheres que buscaram CE a partir do planejamento familiar em Roma e os 45% das mulheres que frequentavam dois serviços de planejamento familiar no Leste de Londres (LO & HO, 2012).

Mesmo estando disponível em mais de 140 países, onde em cerca de 50 pode ser utilizado sem prescrição médica, o anticoncepcional de emergência ainda é subutilizado (GLASIER *et al.*, 2010).

2.3 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ENTRE PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

São observadas frequentes lacunas no conhecimento acerca da CE entre pacientes, médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, o que contribui mais ainda para a vulnerabilidade e riscos de doenças, gestação indesejada e prática de abortamentos (ABDULGHANI; KARIM; IRFAN, 2009).

Ertem, Kalkim e Topçu reforçam a existência de falha no conhecimento sobre CE entre mulheres na cidade de Izmir, na Turquia, onde 39,6% das entrevistadas já haviam ouvido falar sobre ele, mas ressaltam que o nível era maior em comparação com os encontrados em países mulçumanos como o Kuwait e o Irã, cujos achados foram de 6,1% e de 8% respectivamente (ERTEM; KALKIM; TOPÇU, 2010).

Para Hall *et al.*, o pouco conhecimento sobre o método, de maneira geral, pode colaborar para o uso descontinuado, bem como para os casos de gestações indesejadas e para a prática de abortamentos (HALL *et al.*, 2010).

Entre jovens, embora a maioria refira conhecê-lo, poucos são as que conseguem repassar corretamente as informações quando questionadas (PAREY *et al.*, 2010; VELOSO *et al.*, 2011).

Segundo Chuang & Freund, em 1994, 55% das adolescentes americanas teriam ouvido falar da CE, enquanto, em 1996, somente 28% referiam conhecer “de ouvir falar” sobre o método. Isso sugere que oscilações sobre consciência e conhecimento da CE provavelmente representariam tendências temporais, bem como diferenças nas populações amostrais, mas que informações específicas sobre como e quando ela funciona e como obtê-la ainda seriam baixas. Mulheres latinas e negras seriam as que menos tinham ouvido falar em CE, mostrando menos conhecimento específico sobre o assunto do que mulheres brancas, o que pode não estar necessariamente vinculado a fatores raciais, mas, sim, a fatores de acesso à informação (CHUANGA & FREUND, 2005).

Nos Estados Unidos, mulheres hispânicas e negras com menor nível de instrução apresentaram mais probabilidade de recorrer à CE em virtude da prática de sexo desprotegido comparadas com mulheres brancas não hispânicas, com mais idade e maior nível de instrução. No período compreendido entre 2006-2010, 11% (5,8 milhões) das mulheres sexualmente ativas, entre 15 e 44 anos, já haviam usado contraceptivo de emergência pelo menos uma vez, em comparação com 4,2% das mulheres em 2002 e com 1% em 1995 (DANIELS; JONES; ABMA, 2013).

Belzer *et al.* sugerem que adolescentes cujas familiares já haviam usado contraceptivo de emergência estariam mais propensas a utilizá-lo sem que isso implicasse abandono do emprego de preservativo ou estímulo à prática de sexo desprotegido (BELZER *et al.*, 2005).

De acordo com Katzman & Taddeo, no interior dos Estados Unidos, de 71% dos adolescentes sexualmente ativos, apenas 30% tinham conhecimento sobre CE. Por outro lado, 76% dos entrevistados tinham ouvido falar acerca do método, e 13% já o tinham utilizado. Contudo, demonstraram falta de conhecimento sobre o método além de equívoco quanto ao seu uso e segurança (KATZMAN & TADDEO, 2010).

Pesquisa realizada em Nova York, em 2007, demonstrou que menos da metade dos jovens em idade escolar já tinha ouvido falar de pílulas contraceptivas de emergência, apesar da extensa publicidade dada nos Estados Unidos (WESTLEY & GLASIER, 2010).

Uma pesquisa envolvendo 6.209 mulheres entre 18 e 44 anos de idade na Califórnia, buscando avaliar o conhecimento sobre a CE, registrou que, diante da pergunta “*se uma mulher tiver relações sexuais sem proteção, haverá alguma coisa que ela possa fazer dentro de 3 dias para evitar a gravidez ?*”, 51,7% responderam que sim, 37% que não, e 11,6% não sabiam. No segundo momento, perguntando-se às que responderam sim “*o que poderá ela fazer?*”, 73,7% mostraram conhecer a CE (FOSTER *et al.*, 2004).

No Quênia, os baixos níveis de uso de contraceptivos por adolescentes refletem o desconhecimento e o acesso inadequado ao método. Perigosamente, isto poderia induzir a noção entre os jovens de que é mais fácil e mais seguro praticar o abortamento em virtude de características locais (ATTAHIR *et al.*, 2010).

Muitos debates e controvérsias têm tido lugar no México, onde a CE teria impacto positivo sobre a saúde reprodutiva de adolescentes, pois uma grande distancia permanece entre o acesso aos métodos e a compreensão das informações disponíveis (LEYVA-LÓPES *et al.*, 2010).

Pesquisa demográfica e de saúde realizada em Gana demonstrou que o método de CE é conhecido, respectivamente, por apenas 35% e 37% de homens e mulheres, mas que somente 2,9% das mulheres já o teriam empregado. Dados de 1997 evidenciavam que, por ocasião da pesquisa, um terço dos provedores ou prestadores de saúde havia ouvido falar sobre CE. Contudo, não possuíam o conhecimento necessário para prescrevê-la corretamente ou orientar seu uso (CREANGA *et al.*, 2011).

Em 2006, metade dos profissionais de Farmácia, em Gana, conhecia a dose correta do contraceptivo de emergência. Em Kumasi, cerca de 86% dos profissionais entrevistados em clínicas e farmácias sabiam da eficácia do método. Em Acra, capital de Gana, 18% dos farmacêuticos e 52% dos demais trabalhadores mostraram ter níveis diferentes de conhecimento, e isso precisaria ser mais bem explorado a fim de se avaliar a capacidade adequada para orientar a clientela que dele necessitasse (CREANGA *et al.*, 2011).

Para Giri, Bangal e Phalke, o nível de conhecimento sobre CE entre estudantes de Medicina precisa ser mais adequadamente investigado, pois participam da cadeia de transmissão da informação correta e da tomada de decisão junto a pacientes nos serviços de saúde, sugerindo que os currículos dos cursos médicos precisam ser permanentemente reestruturados, voltados não somente aos novos recursos contraceptivos, mas também a inúmeras outras medidas que impliquem impactos positivos na saúde da população (GIRI; BANGAL; PHALKE, 2013).

López-Amorós *et al.*, alertam que, entre estudantes adolescentes na cidade de Terrasa (Espanha), recursos relacionados à melhor compreensão sobre os contraceptivos de emergência deveriam estar disponíveis o mais cedo possível como medida preventiva (LÓPEZ-AMORÓS *et al.*, 2010).

Por outro lado, ainda não está muito claro o que determina se as mulheres que conhecem a CE terão acesso ou não ao método, e se realmente irão usá-lo (ROCCA *et al.*, 2007).

Pesquisa realizada em Tower Hamlets, bairro do interior de Londres com elevada taxa de fertilidade, já apontava para a falta de conhecimento adequado sobre CE não somente entre pacientes, mas também entre muitos profissionais de saúde. Apenas um terço dos médicos tinha informações acerca do método pós-coital, demonstrando que, se a elevada taxa de abortamento precisava ser reduzida, o nível de conhecimento dos profissionais de saúde e dos pacientes quanto à CE precisava ser melhorado (BURTON & SAVAGE, 1990).

De acordo com Myer *et al.*, o nível de conhecimento sobre CE é relativamente baixo, em grupo de mulheres tanto rurais como urbanas da região da província de Western Cape, na África do Sul. O conhecimento sobre o método na África do Sul é menor do que nos países da Europa e da América do Norte, sendo similar ou maior, segundo dados relatados, em outros países em desenvolvimento, como México, Índia, Quênia e Nigéria. Um dado conflitante com estudos internacionais e até mesmo na própria África do Sul foi o mais baixo nível de conhecimento sobre CE entre adolescentes (MYER *et al.*, 2007).

Para Marafie, Ball e Abahussain, o nível de conhecimento sobre o método de CE tem aumentado nas últimas duas décadas, mostrando-se elevado (superior a 70%) nos Estados Unidos e em países da Europa Ocidental, abrangendo todas as faixas etárias. No entanto, existiriam subpopulações com baixo nível de conhecimento entre mulheres de baixa renda em São Francisco e, da mesma forma, entre mulheres socialmente desfavorecidas e submetidas a abortamento na França (MARAFIE; BALL; ABAHUSSAIN, 2007).

Dados de países como o Canadá demonstram bom nível de conhecimento entre estudantes adolescentes (80%), da mesma forma entre mulheres em aconselhamento pré-natal em clínica de saúde da mulher na Austrália (80%), e entre mulheres em busca de interrupção da gravidez em Hong Kong (67%). Contudo, evidências alertam que, mesmo quando se tem conhecimento, ele sempre é baixo a respeito das formas de acesso ao método, do tempo para o seu uso, dos efeitos adversos e da eficácia (MARAFIE; BALL; ABAHUSSAIN, 2007).

Parece que o emprego errôneo do termo “pílula do dia seguinte” estaria de alguma forma comprometendo a adequada compreensão do método por parte das pacientes. Isto geraria um mal-entendido, refletindo em não uso do método, o que destaca a necessidade de programas de educação direcionados para ambos os sexos (CALABRETTO, 2009).

Os níveis de conhecimento sobre CE entre jovens universitários na Jamaica, África do Sul, Nigéria e Gana correspondem, respectivamente, a 84%, 57%, 54% e 43%. Entre mulheres de faixa etária mais elevada, na África do Sul, 23% das atendidas em programa primário de saúde conheciam o método. Por outro lado, apenas 11% das mulheres que trabalhavam em hospital na Índia tinham informações sobre ele (MARAFIE; BALL; ABAHUSSAIN, 2007).

Pesquisa realizada com mulheres em idade reprodutiva, em hospital terciário na cidade de Lucknow, norte da Índia, e em favela de Mumbai, observou que apenas 2% e 12,7%, respectivamente, das entrevistadas estavam cientes de que existia CE. Já entre mulheres com idade entre de 18 a 45 anos, em Karachi, no Paquistão, 48% sabiam haver CE, mas apenas 2% sabiam o momento certo de empregá-la (RAHMAN *et al.*, 2013).

Najafi *et al.*, relatam que 50% das 294 mulheres entrevistadas em 15 faculdades na *Universiti Putra Malaysia* (Malásia) apresentaram baixo conhecimento sobre CE, 33% tinham conhecimento moderado e 17%, bom conhecimento. Embora 80% mostrassem atitude positiva em relação à CE, foram registradas 35% de gestações não planejadas e 14% de não desejadas (NAJAFI *et al.*, 2012).

Para Hobbs *et al.*, na Austrália, as mulheres possuem elevado nível de conhecimento sobre CE, mas necessitam de mais informações e orientações sobre como usá-la e onde obtê-la (HOBBS *et al.*, 2011). Antes de 2002, a CE esteve disponível apenas para uso *off label* – para indicações clínicas diferentes das autorizadas –, tornando-se disponível com receita médica a partir de junho de 2002, e sem receita a partir de janeiro de 2004 nas farmácias (CALABRETTO, 2009). Desde então, pouco se sabe sobre o nível de conhecimento entre as australianas (HOBBS *et al.*, 2011).

Mesmo assim, no sul da Austrália, pesquisa realizada entre universitários evidenciou que mais de metade das mulheres achavam que o contraceptivo de emergência era uma pílula abortiva, e mais de um terço não sabia que ele estava disponível em farmácias sem receita médica (HOBBS *et al.*, 2011).

Ter conhecimento sobre o método nem sempre se associa a uma atitude positiva em relação ao seu uso, ficando evidente a necessidade de programas de educação continuada sobre sexualidade e contracepção. Nesse aspecto, no estado de Sikkim, na Índia, os meios de comunicação estariam desempenhando papel fundamental na divulgação do método, contribuindo para melhorar, entre os estudantes universitários, o nível de conhecimento sobre ele (RENJHEN *et al.*, 2010).

Segundo Schwartz, Gerber e Gonzales, desde 2001, apenas 25% dos ginecologistas e 14% dos profissionais de saúde discutiam, de maneira rotineira, a CE com suas pacientes (SCHWARTZ; GERBER; GONZALES, 2008).

Foster *et al.*, observaram que os mais baixos níveis de conhecimento sobre CE concentravam-se entre mulheres que não estavam utilizando métodos contraceptivos, enquanto os mais elevados, entre as que faziam uso dele, destacando que mulheres mais jovens estariam significativamente mais propensas a conhecê-lo do que as de mais idade (FOSTER *et al.*, 2004).

2.4 GESTAÇÃO INDESEJADA E PRÁTICA DE ABORTAMENTO NO MUNDO

A prática sexual entre adolescente e a exposição ao risco de gravidez indesejada têm despertado a atenção de pesquisadores, para compreender a magnitude do problema e tratá-lo com a atenção de que necessita (RENJHEN *et al.*, 2010).

Estudos realizados em diferentes regiões têm evidenciado elevada exposição e risco entre adolescentes como observado na América Latina, na China, em países africanos como Uganda, Nigéria e África do Sul, e na Índia, alertando sobre a necessidade de maior acesso a programas de planejamento familiar e orientação em geral (WILDEMEERSCH *et al.*, 1999; RENJHEN *et al.*, 2010).

Cerca de 1,2 bilhão da população mundial é composto por adolescentes e adultos jovens, constituindo um grupo heterogêneo que varia segundo aspectos culturais, sociais, religiosos e econômicos, que se têm tornado sexualmente ativos por volta de 20 anos de idade ou menos. A falta de acesso a serviços de saúde reprodutiva de qualidade agrava as dificuldades na maioria dos países (BRAEKEN; OTOO-OYORTEY; SEROUR, 2007).

O uso de preservativos como método contraceptivo mais utilizado por adolescentes, sobretudo no início da vida sexual, parece não estar sendo feito de maneira regular, pois os encontros desprotegidos são muito frequentes, aumentando suas consequências (FALAH-HASSANI *et al.*, 2007).

O incremento nas taxas de gestações inesperadas relaciona-se diretamente à maior exposição e prática de abortamentos que poderiam ser evitados com o uso correto de contraceptivos disponíveis, mas, sobretudo, com a ampliação de programas de aconselhamento sexual. Elevada eficácia, proteção contra DSTs, ação de longa duração, reversibilidade e segurança são alguns dos mais importantes atributos de um contraceptivo, valorizados de maneira significativa pelas mulheres (WILDEMEERSCH *et al.*, 1999).

Apesar de estar disponível e utilizado há mais de duas décadas, estudos demonstram que expressivo número de adolescentes não conhece a CE, nem sabe como obtê-la (KATZMAN & TADDEO, 2010). Os Estados Unidos, entre todas as nações industrializadas do mundo, têm uma das maiores taxas de gravidez não desejada, com 13% delas ocorrendo entre adolescentes. Em 2005, a taxa de natalidade nessa faixa foi de 40,5 por mil mulheres e aumentou 3% em 2006 (GABZDYL, 2010). Segundo Rocca *et al.*, apenas 6% das norte-americanas com idade entre 18 e 44 anos em 2003 haviam feito uso do contraceptivo de emergência, correspondendo a um modesto aumento de 2% em relação aos registrados em 2000. Mesmo na Califórnia, onde se encontra disponível nas farmácias desde 2002, e onde os planos de saúde são obrigados a cobri-lo, apenas 8% das mulheres haviam utilizado o contraceptivo de emergência, o que pode representar um dado preocupante (ROCCA *et al.*, 2007).

Mulheres com maior facilidade de acesso às informações e ao próprio contraceptivo de emergência estariam mais propensas a usá-lo. A eventual maior proporção de gestações observadas entre elas talvez se deva ao incorreto uso do método. Em mulheres com grande número de contatos de risco, a substituição de um contraceptivo convencional pela CE poderia ter contribuído para esse aumento (WEAVER; RAYMOND; BAECHER, 2009).

Controvérsias sobre CE estão longe de ter fim. Enquanto uns temem o uso pós-coito pela possível interferência que supõem ter na implantação do embrião, outros advogam que o acesso a ele facilitado poderia encorajar uma mudança no comportamento sexual das usuárias e, assim, se perderia o controle sobre o uso correto (LAWRENCE *et al.*, 2010).

O crescimento populacional descontrolado é, sem dúvida, reconhecido como impedimento importante para o desenvolvimento em diferentes nações e, embora a Índia tenha sido o primeiro país no mundo a adotar um programa nacional de controle da população em 1952, ainda luta para conter o crescimento populacional (RENJHEN *et al.*, 2010).

A ocorrência de gestação indesejada, especialmente entre mulheres jovens, apresenta-se como um problema global em curso (BEAULIEU *et al.*, 2011).

Segundo Attahir *et al.*, entre adolescentes o número de abortamentos no mundo giraria em torno de 2,2 a 4 milhões de casos por ano, agravado pelo fato de que, em muitos países, proibições legais e sociais relacionadas ao procedimento resultariam em prática subnotificada, clandestina, de precária qualidade, realizada por profissional inabilitado. Mais alarmante é que 14% de todos os abortamentos inseguros nos países em desenvolvimento seriam praticados por adolescentes de 15 a 19 anos (ATTAHIR *et al.*, 2010).

Muitos abortamentos inseguros ocorrem a cada dia (55.000 estimados), estando entre as cinco principais causas de mortalidade materna em países de baixa renda, com metade dos abortamentos ilegais ocorrendo na Ásia, 25% na África, 20% na América Latina e 5% na Europa Oriental (RAHMAN *et al.*, 2013).

Dados do Nepal revelam que 35% de todas as gestações e 41% das gestações em curso são não intencionais. Tanto homens (10%) quanto mulheres (22%) entrevistados relataram que a primeira relação sexual aconteceu sem seu consentimento, demonstrando que ambos os gêneros se encontravam em situação de vulnerabilidade, sobretudo o feminino (ADHIKARI, 2009).

No Quênia e na Nigéria, onde se registram os mais baixos níveis de uso de contraceptivos entre adolescentes, o inadequado conhecimento e acesso aos métodos resultariam na falsa ideia de que praticar o abortamento seria mais prático, fácil e seguro. Nas regiões Oeste e Sul da Nigéria a taxas de uso de contraceptivos seria de 30% entre adolescentes sexualmente ativos, consideravelmente menores do que as relatadas em países em desenvolvimento (ATTAHIR *et al.*, 2010).

Estima-se que, nos países em desenvolvimento, aproximadamente 122,7 milhões de mulheres têm sua necessidade de contracepção não atendida. Quase metade dos países asiáticos apresenta uma prevalência de contraceptivos igual ou superior a 60%. Isto representa um desafio contínuo para os governos e as agências reguladoras preocupados com a garantia de acesso aos métodos (ABDULGHANI; KARIM; IRFAN, 2009).

Cerca de 75 a 79 milhões de gestações indesejadas ocorrem anualmente em todo o mundo. Dois terços dessas mulheres optam pelo abortamento induzido (RAHMAN *et al.*, 2013). Segundo Abdulghani *et al.*, as taxas de abortamento são semelhantes em países em desenvolvimento e nos classificados como desenvolvidos. No entanto, abortamentos clandestinos, praticados em condições insalubres e precárias, ocorreriam mais nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, tratando-se de grave problema de saúde pública, com importante impacto sobre a morbidade e a mortalidade materna (ABDULGHANI; KARIM; IRFAN, 2009).

A taxa estimada de abortamento global por ano seria de 35 por 1.000 mulheres com idades entre 15 e 45 anos, com 20 milhões de procedimentos considerados inseguros (RAHMAN *et al.*, 2013).

Para Rodrigues, Grou e Joly, a CE visa prevenir gestações indesejadas e proteger milhares de mulheres contra abortamentos inseguros, responsáveis por conduzir à morte mais de 70.000 mulheres a cada ano em países em desenvolvimento (RODRIGUES; GROU; JOLY, 2001).

Estima-se que, somente nos Estados Unidos, ocorram aproximadamente 32 mil gestações por ano decorrentes da violência sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Aproximadamente 1 milhão de abortamentos poderiam ser evitados por ano só nos Estados Unidos, caso as mulheres fizessem uso da CE sempre que necessitassem. Pressupõe-se que o método evitaria aproximadamente 75% dos casos de gestações indesejadas, obedecidos os critérios de uso (ESPINÓS-GOMES *et al.*, 2007).

Entre adolescentes, a gestação tem se tornado uma ocorrência relativamente comum em muitos países. Cerca de 14 milhões de jovens entre 15 e 19 anos tornaram-se mães entre 1995 e 2000, resultando em 12,8 milhões de nascimentos em países em desenvolvimento (ATTAHIR *et al.*, 2010).

Mais da metade das mulheres na África Subsaariana e um terço das mulheres na América Latina e Caribe tornam-se mães antes dos 20 anos de idade. Adolescentes de 15 a 19 anos têm duas vezes mais chances de morrer no parto, enquanto menores de 15 anos, cinco vezes mais chances, refletindo da mesma forma a mortalidade infantil entre mães adolescentes (ATTAHIR *et al.*, 2010).

No Paquistão, apenas 28% dos casais usam algum método contraceptivo, e a diferença entre o desejo de espaçar os nascimentos e o uso de contraceptivo (33%) é uma das maiores do mundo, sendo que o abortamento se torna, muitas vezes, a única opção para casais que se deparam com uma gestação não planejada ou não desejada (ABDULGHANI; KARIM; IRFAN, 2009).

Estimativas indicam que, das 515.000 mortes maternas globais registradas em 1995, 99% teriam ocorrido na África, Ásia, América Latina e Caribe e, já àquela época, esse número poderia ter sido reduzido por meio de adoção de medidas mais eficazes quanto à contracepção (COLLUMBIAN; GERRESU; CLELAND, 2004).

Mundialmente, quase um quarto de todas as gestações tem como desfecho o abortamento, segundo dados da OMS (2007). Casos de gravidez indesejada nos Estados Unidos e na Europa são maiores em mulheres na faixa etária de 18 a 24 anos, segundo a *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), 2009 (BEAULIEU *et al.*, 2011).

Recentes mudanças nas leis do abortamento na Espanha e em Portugal podem contribuir para a implementação de melhores programas e registros de casos (SILVA, 2011). Na Espanha, a venda de contraceptivos de emergência sem receita médica está autorizada desde setembro de 2009, liberada que foi pelo Ministério da Saúde Política e Social daquele país. O uso de CE é semelhante entre meninas acima ou abaixo de 16 anos, ratificando a necessidade de programas de educação sexual voltados para essa faixa etária o mais cedo possível. Consumo de drogas e uso de CE parecem caminhar juntos, demonstrando a necessidade de programas preventivos de combate a drogas que incluam orientação sexual e vice-versa (LÓPEZ-AMORÓS *et al.*, 2010).

Estatística sobre risco indica que de 14 a 15 milhões de mulheres entre 15 e 19 anos tornam-se mães todos os anos, enquanto mais da metade de todas as novas infecções por HIV acometem jovens de 15 a 24 anos e mais de 6.000 mulheres contraem o vírus diariamente (BRAEKEN; OTOO-OYORTEY; SEROOUR, 2007).

Cabe destacar os “Objetivos do Desenvolvimento do Milênio”, quando a Organização das Nações Unidas, em setembro de 2000, promoveu a Conferência do Milênio da qual participaram 189 países, dentre eles o Brasil. Esses objetivos fazem parte do documento “Declaração do Milênio”, assinada pelos participantes, a qual estabeleceu um conjunto de oito objetivos para o desenvolvimento sustentável dos povos e a erradicação da pobreza e da fome (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O pacto pelo combate à fome e à miséria no mundo, até bem pouco tempo, não incluía, como objetivo de enfrentamento, os problemas de saúde reprodutiva das populações. É um elemento simples e decisivo como indicador de desenvolvimento e qualidade de vida que por muito tempo passou despercebido das instituições mundiais. Contudo, a qualidade da saúde reprodutiva pode ser um importante aliado no combate às elevadas taxas de morbimortalidade materna e

infantil, prevenindo situações negativas que culminam com nascimento de conceptos enfermos, abortamentos clandestinos e mortes maternas, pois essas taxas contribuem sobremaneira para o desfecho cruel e delituoso observado, sobretudo nos países subdesenvolvidos. Indiretamente, muitos problemas relacionados à saúde reprodutiva são parte dos “Objetivos do Desenvolvimento do Milênio”. Serviços adequados de saúde reprodutiva e planejamento familiar são essenciais na luta contra a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), malária e outras doenças, sendo particularmente relevantes em cenários como os da África Subsaariana (VAN EIJK *et al.*, 2008).

Na Etiópia, a taxa de mortalidade materna é muito elevada, mais de uma a cada cinco mulheres morre devido à gravidez ou a causas relacionadas com a gravidez. O uso de contraceptivos de emergência para evitar a gravidez indesejada e casos de abortamento inseguro é uma estratégia importante para minimizar a taxa de mortalidade materna (TESFAYE; TILAHUN; GIRMA, 2012).

Para Mir & Malik, a prática de abortamento inseguro é um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, onde mulheres fazem várias tentativas inseguras de interrupção da gravidez não desejada antes de buscar atendimento adequado de saúde. Agentes comunitários de saúde podem atuar como uma ponte entre a comunidade e as unidades de saúde na oferta e utilização das pílulas anticoncepcionais de emergência para reduzir significativamente a morbidade e a mortalidade associadas a abortamentos inseguros, mas, para isso, precisam estar preparados (MIR & MALIK, 2010).

Apesar dos compromissos políticos nacionais e internacionais para melhor acesso à contracepção, muitos indicadores na África Subsaariana apontam para a necessidade não atendida de anticoncepcionais. Em 2009, a prevalência de uso de “modernos” métodos contraceptivos permanecia baixa no oeste da África, havendo alta incidência de recurso clandestino na prática do abortamento, que é um dos responsáveis pelas elevadas taxas de morbidade e mortalidade maternas (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Há de ser levada em consideração, em algumas culturas, uma questão social que pode ser levantada com relação ao uso da CE: a perda do controle dos homens sobre a sexualidade e a fertilidade das mulheres, o que pode funcionar como obstáculo à difusão da CE (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Segundo a OMS, nos países em desenvolvimento, uma mulher morre a cada oito minutos devido a abortamentos inseguros, ou seja, por ano, cerca de cinco milhões de mulheres que se submetem a eles necessitam de hospitalização (MIR & MALIK, 2010).

É fato que situação socioeconômica desfavorável, desestrutura familiar e baixo nível de escolaridade influenciam sobremaneira nos altos índices de gravidez na adolescência, sendo, portanto, importantes marcadores de desigualdade social na área da saúde (PAREY *et al.*, 2010; SILVA, 2011).

Outra população vulnerável pela falta de políticas preventivas é a das carcerárias, muitas em idade reprodutiva. Talvez um número considerável esteja envolvido em risco aumentado de violência e/ou coerção sexual, não se sabendo qual a proporção das presas que mantiveram relação heterossexual desprotegida nos dias que antecederam a prisão. São, na maioria, provenientes de classes mais marginalizadas da sociedade, com acesso limitado aos cuidados de saúde, o que por si só lhes impõe risco aumentado de vulnerabilidade. Só nos Estados Unidos, cerca de 2,6 milhões de mulheres são presas por ano, tratando-se de população com alto risco de gravidez indesejada. A CE poderia reduzir o risco de gestação em 85% desde que usada até cinco dias após o contato desprotegido (SUFRRIN *et al.*, 2009).

O sucesso na prevenção da gravidez não intencional estaria diretamente ligado à acessibilidade e disponibilidade de serviços de educação sexual, por meio de linguagem de fácil entendimento, sobretudo entre adolescentes (SILVA, 2011).

Dados evidenciam redução nas taxas de natalidade entre adolescentes em 17% em 27 países da União Europeia, com exceção da Bélgica, França, Itália, Malta e Espanha. Desde 1996, a taxa de abortamento na adolescência teria caído pela metade em países da Europa Central, mas teria aumentado em todos os demais países europeus. Essa tendência provavelmente reflete o maior acesso aos programas de planejamento familiar e, conseqüentemente, de CE em países

daquela região desde a década de 1990, servindo como alerta à necessidade de melhores serviços e acesso às informações em outras regiões da Europa. O incremento na taxa de abortamento nos países do norte da Europa é, ainda que parcialmente, atribuível à grande variação na oferta e no financiamento dos serviços de prevenção e educação sexual. Outro fator seria a intensa migração de mulheres de etnias e grupos minoritários para países como a Bélgica (SILVA, 2011).

Na França, um levantamento demonstrou que, entre adeptas da prática de interrupção voluntária da gravidez, mais da metade desconhecia o risco de engravidar. Quando se descobriram gestantes, não identificaram o ato sexual específico que desencadeou a gravidez e apenas uma minoria havia usado pílulas contraceptivas de emergência (WESTLEY & GLASIER, 2010).

Na Alemanha de hoje, um terço das 20 milhões de mulheres em idade fértil usa contraceptivos orais combinados (WIEGRATZ & THALER, 2011). Entretanto, estatísticas demonstram que, em países, onde a contracepção é altamente difundida, como Itália, Espanha, França, o número de abortamentos não foi reduzido (CASTRO & RODRIGUES, 2009).

Das pacientes que praticaram o abortamento no ano 2000, menos de 12% das mulheres no Reino Unido, 2,9% na Suécia e apenas 1,3% nos Estados Unidos haviam recorrido ao uso de contraceptivo de emergência como prevenção da gravidez indesejada (HU *et al.*, 2005).

Amu & Appiah já assinalavam a preocupação com a elevada e crescente taxa de gravidez indesejada na adolescência no Reino Unido da Grã-Bretanha, apesar da oferta gratuita de contraceptivos (AMU & APPIAH, 2006).

Metade das gestações no Reino Unido era não planejada, sendo que as taxas anuais de abortamento e de gravidez na adolescência giravam em torno de 13:1.000 e de 33:1.000 respectivamente, superadas no mundo desenvolvido apenas pelo Canadá e Estados Unidos. Há que se considerar o importante impacto social, econômico e de saúde, como DSTs, interrupção dos estudos, baixa oportunidade de emprego, novas gestações e separação dos casais (AMU & APPIAH, 2006). Parece que mulheres com maior percepção de seu próprio risco de engravidar, talvez em virtude de gestações anteriores ou casos de abortamento, estariam mais predispostas ao uso do método contraceptivo (ROCCA *et al.*, 2007).

Evidências demonstram taxas mais elevadas de uso de CE entre pacientes mais jovens, com nível de escolaridade maior, nulíparas e que usam anticoncepcionais ou têm experiência prévia com CE e/ou com casos de abortamento (ROCCA *et al.*, 2007).

Por sua vez, no Reino Unido a relutância das mulheres em solicitar o método de CE se deve ao sentimento de vergonha, ao medo de efeitos colaterais e ao preconceito sobre o juízo que farão a seu respeito, inclusive pelo profissional de saúde (ROCCA *et al.*, 2007).

Amu & Appiah destacam que, com holandeses e escandinavos, a taxa de gravidez entre adolescentes por muito tempo tem se mantido reduzida e que, desde os anos 1970, a educação sexual na Dinamarca tornou-se obrigatória nas escolas (AMU & APPIAH, 2006).

Com a menarca ocorrendo mais cedo e com o início mais precoce da atividade sexual, as jovens estão cada vez mais expostas a gestações não planejadas, a DSTs e à prática de abortamentos, tornando-se um grande desafio à saúde reprodutiva de jovens adultos em todo o mundo, com severos reflexos no seu desenvolvimento. Na Nigéria, a prática de relação sexual não consentida ou desejada tem relação direta com os casos de gestação indesejada e, conseqüentemente, com a prática de abortamentos (AKANI; ENYINDAH; BABATUNDE, 2008).

Embora a CE esteja amplamente disponível na África do Sul, tanto em setores públicos como privados, não parece estar sendo utilizada com frequência, uma vez que as taxas de gravidez não intencional, sobretudo entre adolescentes, permanecem elevadas, estimando-se que 75% ou mais ocorram nessa faixa etária, sem falar na elevada incidência de agressão sexual também registrada (MYER *et al.*, 2007).

No Quênia, a taxa de fertilidade é de 4,9 e não diminuiu desde 1998. Aproximadamente uma em cada cinco gestações é tida como indesejada. Doenças como malária e HIV somam-se aos resultados adversos da gravidez, apesar dos crescentes recursos terapêuticos e/ou opções de prevenção (VAN EIJK *et al.*, 2008).

Na Índia, o número de abortamentos inseguros tem sido crescente, embora essa prática esteja legalizada desde 1971. Aproximadamente um quarto dos entrevistados dos 180 estudantes de medicina, incluídos graduandos, estagiários e estudantes de pós-graduação (60 de cada grupo) que estudam no *Rural Medical College* e no *Pravara Rural Hospital* do *Pravara Institute of Medical Sciences University of Central Índia*, acreditavam ser a CE um método abortivo, em comparação com 25,8% dos estudantes universitários em Gana, com 51,2% dos universitários em Camarões, com 49% dos estudantes de enfermagem no Quênia, com 25% de médicos no Paquistão e com 8,1% dos médicos em Delhi (GIRI; BANGAL; PHALKE, 2013).

Para Marafie, Ball e Abahussain, em sociedades muçumanas onde os relacionamentos extraconjugais são proibidos, os contatos casuais seriam bastante limitados. No Kuwait, a CE tem uso em maior escala em casos de falha de métodos de barreiras ou de esquecimento no uso de pílulas convencionais, o que também se explicaria pelo fato de as mulheres terem relações frequentes, não usarem outro método regularmente, sofrerem violência sexual e desejarem de espaçar ou limitar o número de nascimentos (MARAFIE; BALL; ABAHUSSAIN, 2007).

Com a invasão da União Soviética e ocupação do Afeganistão em 1980, mais de 3 milhões de afegãos migraram para o Paquistão, sendo 75% de mulheres e crianças. Karachi, a mais cosmopolita cidade, com uma população de 17 milhões de pessoas, passou a receber os refugiados afegãos. O Afeganistão é conhecido mundialmente por ter a segunda maior taxa de mortalidade materna e menores taxas de prevalência de uso de contraceptivos. Refugiados em prolongado estado de acolhimento em outros países acabam por se tornar potencial preocupação para essas nações em virtude de elevada taxa de fertilidade entre as refugiadas (RAHEEL *et al.*, 2012).

Mais de 130 milhões de mulheres em países em desenvolvimento não esperam engravidar, mas também não praticam o planejamento familiar. Isto demonstra a nítida necessidade da implementação de programas de planejamento familiar, voltados a essas populações, o que poderia evitar mais de 76 milhões de gestações indesejadas que ocorrem a cada ano no mundo (RAHEEL *et al.*, 2012).

Ainda no Paquistão, o programa de planejamento familiar é ofertado à população pelo *Maternal Neonate and Child Health* (MNCH), pelo Programa Nacional de Planejamento Familiar e pelo Ministério do Bem-Estar da População, em parceria com organizações não governamentais. O MNCH tem por função prover as unidades de saúde com contraceptivos para reduzir a necessidade não atendida da população. O Programa conta com a Força das Mulheres Trabalhadoras de Saúde, uma espécie de agentes comunitários – *Lady Health Worker* –, e com as Supervisoras de Saúde, que oferecem serviço de planejamento nas portas das casas. Apesar dos esforços do Ministério da Saúde, as pílulas de CE não estariam atualmente disponíveis para a população que é servida pelo Programa Nacional de Planejamento Familiar, mas acredita-se que as Supervisoras de Saúde irão desempenhar um papel vital quando a CE estiver finalmente disponível à população (MIR & MALIK, 2010).

Também na Turquia, a prática sexual antes do casamento não é um comportamento socialmente bem aceito. A não vivência da sexualidade na juventude pode ser um fator de distanciamento da população dos métodos contraceptivos. Abordar temas como sexo e sexualidade, incluindo a prática contraceptiva, permanece sendo assunto polêmico e especialmente difícil para as mulheres na Turquia, pois são tabus que causam vergonha e são vistos por muitos como um ato pecaminoso, em que pese virem ocorrendo importantes mudanças sociais e culturais mais recentemente (GOLBASI; ERENEL; TUGUT, 2012).

Uma em cada seis mulheres australianas (17%) com idades entre 20 e 29 anos já engravidou na adolescência. A taxa de nascimentos entre mulheres com idade de 15 a 19 anos (17,3 por mil mulheres) é significativamente maior do que na Coreia, Japão e Suíça. A taxa estimada de abortamento (19,7 por mil mulheres) também é elevada quando comparada à de países como a Alemanha, Holanda e Finlândia. Em Sidney, estudo com mulheres assistidas em clínicas de abortamento concluiu que o fato de a CE estar mais acessível não interferia em seu consumo (HOBBS *et al.*, 2011).

Na Finlândia, a venda de contraceptivos de emergência sem receita está liberada desde 2002 para adolescentes de 15 anos ou mais, sem precisar de autorização dos pais para adquiri-los em farmácias bem como para acessar serviços

de planejamento familiar. Informações sobre as repercussões dessa facilidade tanto de aquisição como dos efeitos da venda de contraceptivos de emergência sem receita permanecem limitadas, tornando os resultados controversos, mas estudos demonstram que as vendas teriam aumentado 62% em 2002. Estudo realizado no Reino Unido com mulheres na faixa de 16 a 19 anos concluiu que a venda sem receita não apresentou nenhum efeito sobre o uso de CE, enquanto no Canadá, entre jovens de 15 a 19, a venda teria aumentado (FALAH-HASSANI *et al.*, 2007).

O uso de contraceptivos por adolescentes é significativamente diferente do praticado por casais mais velhos, sendo influenciado por fatores educacionais, sociais e psicológicos (RENJHEN *et al.*, 2010).

Há necessidade de maior motivação entre os jovens quanto ao uso dos diferentes métodos contraceptivos disponíveis, de maneira adequada, para que se evite o aumento desnecessário de casos de gravidez indesejada (RENJHEN *et al.*, 2010; PAREY *et al.*, 2010).

Estima-se que 43,8 milhões de abortamentos ocorreram em 2008 e que 49% foram resultantes de gestação indesejada, contribuindo substancialmente para o incremento das taxas de morbimortalidade materna no mundo (LALITKUMA; BERGER; GENZELL-DANIELSSON, 2012).

Aproximadamente 20 milhões de mulheres, no mundo, sofrem com problemas de saúde resultantes de complicações da gravidez (ADHIKARI, 2009). Pesquisas realizadas nos Estados Unidos demonstram que as taxas mais elevadas de gestações indesejadas ocorrem entre mulheres em idade universitária, e 60% das gestações acontecem entre os 20 e 24 anos de idade. Esse percentual torna-se ainda maior e mais alarmante entre os 18 e 19 anos (79%) (VAHRATIAN *et al.*, 2008; ADHIKARI, 2009).

Segundo Puri *et al.*, globalmente ocorrem por ano em torno de 84 milhões de gestações não desejadas e aproximadamente 46 milhões de abortamentos, dos quais 20 milhões são praticados em condições inseguras e sem higiene adequada. Quase 70 mil mulheres no mundo morrem ao ano por causa de abortamentos inseguros. A maior parcela de contribuição com práticas inseguras e insalubres se deve a países em desenvolvimento, com 13% das mortes relacionadas a gestações,

com exemplo da Ásia (20%-25%), África (30%-50%) e Rússia (25%-30%) (PURI *et al.*, 2009).

Apesar de ocorrer um nascimento a cada segundo na Índia, a cada ano, 20.000 mulheres morrem de complicações relacionadas à prática de abortamento (RAHMAN *et al.*, 2013), sendo que 75% a 78% das gestações não são planejadas e 25% delas são indesejada. Anualmente, quase 11 milhões de abortamentos acontecem no país, e mais de 25% de forma insegura, contribuindo para a elevada taxa de morbimortalidade materna. Muitos dos casos, contudo, poderiam ser evitados com a simples conscientização e uso de contraceptivos em geral (PURI *et al.*, 2009; RAHMAN *et al.*, 2013).

No Paquistão, o abortamento induzido é relativamente comum. A taxa de fertilidade declinou nas duas últimas décadas para dois nascimentos por casal, mas essa redução não foi acompanhada pelo aumento do uso de contracepção, resultando na elevação dos níveis de gestações indesejadas e suas consequências, não sendo surpresa que anualmente milhares de mulheres no Paquistão optem pelo abortamento induzido (MIR & MALIK, 2010).

Estima-se que 57.000 mulheres morram a cada ano e que 4,9 milhões de vidas saudáveis sejam interrompidas em virtude da prática de abortamentos. De maneira geral, 90% dos casos se devem a não utilização de contracepção (COLLUMBIAN; GERRESU; CLELAND, 2004).

No leste e sul da África, a estimativa anual é que as taxas sejam mais elevadas na faixa etária dos 15 a 29 anos, como também é elevada na África Ocidental, no sul da Ásia e em alguns países do Oriente Médio. Em compensação, é inferior a 40 por mil mulheres com idade entre 15 e 29 anos nos países industrializados. Isso se deve ao maior ou menor acesso aos métodos contraceptivos por aquelas que desejam adiar ou evitar a gravidez (COLLUMBIAN; GERRESU; CLELAND, 2004).

Entre 1995 e 2000, mais de 700.000 mortes maternas teriam ocorrido, em sua maioria em países em desenvolvimento, com destaque para a associação à gravidez indesejada. Mais de 400 mil dessas mortes resultaram da prática de abortamentos não seguros. Isto indica que os contraceptivos existentes não estão alcançando seus objetivos de maneira adequada. O Relatório do *United Kingdom All Party*

Parliamentary Group on Population Development and Reproductive Health sugere que as “Metas de Desenvolvimento do Milênio” não podem ser satisfeitas em razão dos níveis de crescimento da população nos países mais pobres (AITKEM *et al.*, 2008).

O uso de CE em países industrializados como os Estados Unidos, no entanto, permanece muito aquém do esperado. Em 1996, 12% das mulheres no Reino Unido estavam usando CE, mas sete anos depois, nos Estados Unidos, apenas 6% das mulheres com idade entre 18 e 49 anos o tinham empregado (SCHWARZ; GERBER; GONZALES, 2008).

Estima-se que 900 milhões de mulheres que desejam evitar nascimentos se submetam a abortamento no Paquistão anualmente, com projeção de taxa anual de abortamento de 29 por mil mulheres com idade entre 15 e 49 anos (ABDULGHANI; KARIM; IRFAN, 2009).

Para Chiou, Shrier e Emans, dos cerca de 3,5 milhões de gestações indesejadas que ocorrem a cada ano nos Estados Unidos, 1,7 milhão seriam resultantes de falha do método contraceptivo. São números extremamente elevados de gravidez indesejada, não só nos Estados Unidos, mas também em todo o mundo (CHIOU; SHRIER; EMANS, 1998).

O consumo de álcool estaria associado ao uso de CE, uma vez que a relação álcool-prática sexual sem proteção e gestação indesejada seria forte. O comportamento mais liberal de quem fuma e ingere bebida alcoólica estaria associado com prática sexual precoce, bem como de risco e sem proteção. Estudo sueco evidenciou que o consumo de álcool é um importante fator para não usar preservativo, o que poderia aproximar seus usuários do uso da CE em razão do arrependimento que ocorreria quando da retomada da lucidez (FALAH-HASSANI *et al.*, 2007).

Gravidez não planejada e/ou inoportuna, frequentemente, surge como resultado da necessidade não atendida de acesso e uso de contraceptivos e, invariavelmente, suscita a prática de abortamentos provocados, muitos deles de maneira clandestina e insalubre (ABDULGHANI; KARIM; IRFAN, 2009).

Apesar da disponibilidade dos métodos contraceptivos, a incidência da gravidez indesejada ainda é muito elevada em todo o mundo. Em países da América

Latina e do Caribe, estudos revelam que as mulheres têm mais filhos do que desejariam. No Brasil, esse problema atingiria quase 8 milhões de pessoas. Uma das razões estaria diretamente relacionada ao fato de que todos os métodos anticonceptivos são passíveis de falhas, sem exceção. A OMS estima que, mesmo se todas as mulheres utilizassem métodos contraceptivos de forma correta e regular, ainda assim ocorreriam cerca de 6 milhões de gestações indesejadas ou não planejadas, por falha dos métodos. Alguns fatores impedem a livre decisão das mulheres em relação à gestação, quais sejam: relações sexuais nem sempre voluntárias ou programadas; encontros eventuais, como modelo de comportamento social vigente entre adolescentes no mundo todo; elevada prevalência de coerção e/ou violência sexual, inclusive nas relações conjugais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Mulheres em risco de engravidar não intencionalmente, as férteis, as sexualmente ativas e as que não querem engravidar seriam as usuárias potenciais de CE (FOSTER *et al.*, 2004).

Aproximadamente 25% das gestações não planejadas terminarão em abortamento, muitas em condições precárias, levando quase 67 mil mulheres anualmente à morte. Outra parte dessas gestações será levada até o termo, com grande possibilidade de não aceitação da criança, com repercussões familiares e sociais imprevisíveis. A CE apresenta-se como grande potencial de prevenção da maior parte dessas gestações, evitando imenso sofrimento humano e reduzindo a necessidade de recorrer a práticas criminosas ou de riscos elevados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em Kathmandu, grande proporção dos estudantes universitários (43% dos homens e 55% das mulheres) não usaram preservativo durante sua primeira relação sexual, contribuindo ainda mais para o risco e vulnerabilidade do grupo em relação à gestação indesejada e a DSTs. Para Adhikari, cerca de 210 milhões de mulheres engravidam por ano no mundo, sendo que 75 milhões das gestações não são planejadas ou desejadas (ADHIKARI, 2009).

De acordo com Ahmed *et al.*, a cada ano, aproximadamente 250 milhões de gestações ocorrem mundialmente, embora um terço não seja intencional, e 20% delas evoluem para abortamento induzido. Nos países mais pobres, mais de um

terço de 182 milhões de gestações é não intencional, e o destino de 19% é a prática de abortamento induzido, sendo 11% deles sem os cuidados necessários. Dois terços das gestações são de mulheres que não usam nenhum tipo de contraceptivo. A cada ano, 68.000 mulheres vítimas de abortamentos inseguros evoluem para óbito e milhares delas apresentam complicações de saúde, como infecções graves e hemorragias, as quais poderiam ser evitadas com o uso de CE. A cada ano, em torno de 500.000 mulheres morrem por causa de complicações relacionadas ao parto. A maioria dos casos acontece na África Subsaariana, onde há elevada taxa de fertilidade (AHMED *et al.*, 2012).

Segundo Vahratian *et al.*, nos Estados Unidos, quase metade de todas as gestações são não planejadas, constituindo aproximadamente 3,1 milhões de casos e ocorrendo anualmente 1,3 milhão de abortamentos. Embora a FDA tenha aprovado a dispensa do contraceptivo de emergência apenas com receita desde 1999, devido ao intervalo de tempo limitado para que a paciente possa recorrer ao remédio, inúmeras organizações assinaram a “petição do cidadão”, submetida à FDA em 2001, empenhando-se para que o método fosse liberado sem receita (VAHRATIAN *et al.*, 2008).

O Parlamento da Etiópia autoriza, desde 2004, a realização de abortamento legal em situações de estupro, incesto, deficiência física ou mental, com intuito de preservar a saúde e a vida da mulher, assim como nos casos de menor de idade, situações em que não há necessidade de consentimento expresso de pai, responsável, parceiro ou cônjuge para realizar o abortamento legal. Não se exigem relatórios de casos de estupro ou incesto como pré-requisito para a prática do abortamento legal, abrindo, dessa forma, espaço para a realização segura do procedimento em instituições de saúde como a *Jimma University Hospital*, especializada na prática do abortamento como tratamento médico ofertado às mulheres. O surgimento de leis que amparem as mulheres na prática de abortamento por questões sociais e econômicas pode demorar muito na Etiópia. Enquanto isso, programas de planejamento familiar com a oferta de CE e orientação correta parecem ser a solução prática no combate às elevadas taxas de mortalidade registradas (TESFAYE; TILAHUN; GIRMA, 2012).

No sul da Ásia, gestações não planejadas ou indesejadas acabam por contribuir assustadoramente para o incremento da mortalidade e morbidade materna e fetal. Dados revelam que, nessa região, existe baixa taxa de uso de contraceptivos (ADHIKARI, 2009).

No Canadá, apesar das novas políticas destinadas a aumentar a disponibilidade da CE, o desafio de promover acessibilidade permanece. Ressalta-se a necessidade de as mulheres receberem informações de maneira que sua privacidade seja preservada (SOUZA & BRANDÃO, 2009).

Fatores como *status* socioeconômico, valores sociais, acessibilidade e qualidade nos cuidados de saúde podem ser decisivos para os índices de qualidade de vida da população em geral (VAN EIJK *et al.*, 2008). Os países que adotaram uma política pública de acesso à CE nas farmácias, seja por meio de protocolos de acordo mútuo entre farmacêuticos e médicos, seja pela liberação da venda sem prescrição, recebem, de modo geral, avaliação positiva de farmacêuticos e usuários. Tal avaliação se refere, sobretudo, à possibilidade de adquirir o contraceptivo de forma mais ágil do que se a usuária tivesse que conseguir a receita médica ou adquiri-lo diretamente nos serviços públicos de saúde (PAIVA & BRANDÃO, 2012).

Os indicadores de saúde materna e infantil melhoraram muito nos países desenvolvidos, onde a morbimortalidade materna e infantil se reduziram significativamente, bem como as complicações ominosas à saúde do concepto. Essa melhora tem sido acompanhada de aumento diretamente proporcional ao uso de contraceptivos e diminuição nas taxas de fertilidade nesses países, diferentemente dos dados observados em países mais pobres e em desenvolvimento (VAN EIJK *et al.*, 2008).

A CE está disponível há bastante tempo no Egito e em outros países do norte da África e do Oriente Médio, como Argélia, Líbano, Líbia, Mauritânia, Marrocos, Tunísia e Iêmen, mas vem sendo utilizada em pequena escala. No Egito, estima-se que, a cada ano, 216.000 mulheres sejam admitidas em hospitais com complicações de abortamento. Esses países são sociedades com fortes crenças religiosas e tradições, contudo a gravidez indesejada é um problema global e, apesar da disponibilidade ampla de métodos contraceptivos no mundo, quase 40% das gestações não são planejadas, e cerca de 20% delas acabam em abortamento.

Mesmo em sociedades onde as relações sexuais são praticadas quase exclusivamente dentro do casamento, como na zona rural do Egito, um terço de todas as gestações é tido como não intencional, sendo 10% delas motivo suficiente para levar as mães a considerar a opção da prática do abortamento (SHAABAN *et al.*, 2011).

A CE é um recurso seguro, eficaz e com potencial para reduzir significativamente o número de gestações indesejadas. Considerando a prática de abortamento que ocorre a cada ano no mundo, ela deve estar disponível e ser de fácil acesso a todos que dela necessitem, principalmente nos casos de relação sexual desprotegida (BRUNTON & BEAL, 2006).

2.5 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NO BRASIL

No Brasil, o contraceptivo de emergência é aprovado pelos órgãos de vigilância sanitária e disponível comercialmente mediante receita médica. Além disso, está incluído pelo Ministério da Saúde nas normas técnicas de Planejamento Familiar (1996) e Violência Sexual (1998 e 2005) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; ALANO *et al.*, 2012).

Em 14 de dezembro de 2006, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução nº 1.811, a fim de estabelecer normas técnicas e éticas para o uso da CE, fundamentando-se nos direitos reprodutivos, na responsabilidade de implementá-los pelo Estado, no número expressivo de mulheres sujeitas a gestações não planejadas e no fato de as adolescentes e jovens serem as de maior risco (SOUZA & BRANDÃO, 2009) ratificando a responsabilidade de médicos por sua prescrição como medida de prevenção, visando minimizar os impactos da gravidez não planejada e suas consequências na saúde pública. O Ministério da Saúde diz que a CE não provoca danos, tampouco interrompe a gravidez, podendo ser utilizada em todas as etapas da vida reprodutiva. Seu uso faz parte das recomendações e orientações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Entre os muitos organismos internacionais, a CE está aprovada pela OMS, pela IPPF, pela *Family Health International*, pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e pelas agências reguladoras da maioria dos países, incluindo a FDA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Foi aprovada, também, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e inserida nos recursos disponíveis às mulheres que constam na Política Nacional de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (2004). Atualmente, existiriam 11 marcas comerciais desse produto no Brasil. Em setembro de 1999, a primeira marca comercial de CE em dose única (duas pílulas de 750 µg de LNG) foi introduzida no mercado brasileiro (SOUZA & BRANDÃO, 2009).

A questão da gravidez precoce, inesperada e não planejada também é alvo de preocupação na Região Amazônica. Enquanto no sul do país as taxas de parto em adolescentes e jovens estão em franco declínio, na Região Norte esse decréscimo é mais modesto, demonstrando que a cultura local ainda é a da multiparidade. Devem-se considerar a diversidade e as características peculiares de estados como Amazonas e Pará, de dimensões continentais, com áreas de difícil acesso, onde o principal meio de locomoção se dá pelos rios, ou mesmo através da floresta, caracterizando uma população que reside, trabalha e vive às suas margens, dita população ribeirinha, aonde as informações muitas vezes não chegam com facilidade. Muitas áreas são regidas pelo movimento do nível das águas dos rios, com períodos distintos de enchente, cheia, vazante e seca. Essas variações imprimem uma dinâmica ao modo de vida dos moradores, com maior isolamento social nos períodos de seca (RUZANY *et al.*, 2010).

Na avaliação das diferenças inter-regionais existentes em relação ao conhecimento de jovens estudantes de universidades públicas do Brasil sobre CE, foi observado que a chance de uma estudante de Goiás “já ter ouvido falar sobre o método” é maior do que a de estudantes de outras regiões do País. No entanto, em todas as regiões, poucos são os universitários que sabem precisamente as suas indicações e uso corretos (VELOSO *et al.*, 2011).

Em 2006, no Brasil, 20% dos nascimentos ocorridos foram provenientes de mães com menos de 20 anos, com predomínio nas Regiões Norte e Nordeste (29% e 25,5%, respectivamente) e com menores taxas nas Regiões Sudeste e Sul,

respectivamente, com 18% e 19,5%. Apesar dos riscos à saúde e da legalidade restrita à prática do abortamento no Brasil, muitas adolescentes pensam e efetivamente buscam a interrupção da gestação. Parece que o maior conhecimento e o uso do contraceptivo de emergência não modificam o comportamento sexual de adolescentes nem de mulheres adultas. Assim, não é o uso de outros métodos contraceptivos que interfere nem predispõe à promiscuidade sexual, nem se reflete na quantidade de parceiros. São questões que se apresentam como uma das preocupações dos críticos do método (SILVA *et al.*, 2010).

Com dinâmica própria, o comportamento das jovens modifica-se conforme o tipo de relacionamento estabelecido entre os parceiros, se eventual, recente ou estável, sendo que o contraceptivo de emergência pode contribuir sobremaneira para a prevenção de abortamentos resultante de gestações não planejadas (BORGES *et al.*, 2010).

Avaliando o comportamento de jovens de universidade pública do Estado de São Paulo, Borges, Fugimori e Nichiata referem que a contracepção é um evento complexo e que o relacionamento estável na juventude não leva necessariamente ao planejamento das relações sexuais nem ao uso regular de anticoncepção. Ainda assim, poder-se-ia supor que as práticas de regulação da própria fecundidade por universitárias fossem mais efetivas do que as de mulheres jovens de menor escolaridade. Contudo, inconsistências no uso de anticoncepcionais convencionais, permeadas pelo uso da CE, denotam que a mais alta escolaridade não necessariamente impõe comportamentos contraceptivos mais planejados ou seguros e nem maior acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva que contemplem suas necessidades e direitos (BORGES; FUGIMORI, NICHATA, 2008).

A proporção de jovens brasileiros que já teriam utilizado CE, segundo o Ministério da Saúde (2008), seria de aproximadamente 18,5% entre mulheres de 20 a 24 anos (BORGES *et al.*, 2010)

Segundo Buzelato *et al.*, a CE vem sendo usada de forma inadequada, sem indicação médica, cabendo ao profissional farmacêutico esclarecer os usuários sobre o uso do método e a necessidade de procurar um médico para obter a prescrição da “pílula do dia seguinte” e, claro, receber orientações pertinentes. Em Maringá, estado do Paraná, a maioria dos entrevistados não estava fazendo uso de

preservativos, portanto vulneráveis às DSTs e a AIDS. Dessa forma, é de extrema importância que o profissional de farmácia oriente corretamente o indivíduo no momento da aquisição do contraceptivo de emergência e informe que os métodos se completam no processo de prevenção (BUZELATO *et al.*, 2009).

Em diversos países da América Latina, dentre eles o Brasil, e outros da América do Norte e Europa, investe-se em pesquisas sobre práticas de saúde que incluem a CE, apontando dilemas envolvendo profissionais de saúde que se mostram resistentes à sua difusão, além de usuários em potencial que desconhecem seu mecanismo de ação e, muitas vezes, confundem a “pílula do dia seguinte” com uma pílula abortiva, o que em parte pode se dever a denominação pela qual é conhecida (SOUZA & BRANDÃO, 2009).

Fortes influências de setores religiosos exercem pressões políticas comprometendo a popularização do método, de maneira que, em determinados municípios do país, leis municipais proíbem sua comercialização e uso (SOUZA & BRANDÃO, 2009; ALANO *et al.*, 2012).

No interior de São Paulo, em claro desrespeito ao ordenamento jurídico nacional, em 2005, a Câmara Municipal de São José dos Campos proibiu a distribuição dos contraceptivos de emergência recebidos do Ministério da Saúde. Medida semelhante foi tomada em Jundiaí, em 2008, quando a Câmara Municipal também proibiu a utilização do método (SOUZA & BRANDÃO, 2009). A mídia negativa contribuiu para aumentar a confusão, ao misturar aspectos morais, sexualidade, medo do aumento de DSTs pela ausência de uso de preservativo e CE (PAIVA & BRANDÃO, 2011).

Incorporada ao *Manual de Assistência ao Planejamento Familiar em 1996* e, em 1998, às normas técnicas de *prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes* (SANTOS & SANTOS, 2011), só foi regulamentada em 1999, após embates no Congresso Nacional, ocasionados por parlamentares que a consideravam “legitimadora do aborto” (SOUZA & BRANDÃO, 2009).

Só em 2000, o Ministério da Saúde iniciou suas primeiras aquisições de contraceptivos de emergência, que foram destinados aos Serviços de Atendimento às Vítimas de Violência (SANTOS & SANTOS, 2011). Pouco tempo depois, em

2005, o Governo Federal resolveu ampliar em aproximadamente 50% a distribuição de contraceptivos de emergência nos serviços públicos, com a intenção de fornecer a chamada “pílula do dia seguinte” a todas as mulheres, e não somente às vítimas de violência sexual (SOUZA & BRANDÃO, 2009).

Contudo, os serviços de saúde pública não se adequaram satisfatoriamente às normas do Ministério da Saúde que incluem a CE. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher no Brasil, em 2006, registram que os menores índices de uso da CE estão entre adolescentes (10,4%) e os maiores, na faixa etária compreendida entre 20 e 24 anos (18,5%), seguidos do grupo de mulheres com idade entre 25 e 29 anos (16,9%), o que ainda pode ser considerado pequeno. Entre os diferentes métodos contraceptivos, o uso da CE por adolescentes seria o terceiro mais empregado na faixa etária de 15 a 19 anos (10,4%), ficando atrás apenas do uso da “camisinha” masculina (50,3%) e da pílula convencional (36,8%) (SOUZA & BRANDÃO, 2009).

A CE ainda é considerada, sobretudo pelas mulheres, uma situação de exposição constrangedora e que deveria ser mantida em segredo, pois acaba gerando nelas sentimento de embaraço, vergonha e culpa por terem que recorrer ao seu uso (PAIVA & BRANDÃO, 2011).

Segundo Silva *et al.*, a avaliação do nível de conhecimento e do uso da CE entre universitários e estudantes de ensino médio falham em avaliar se eles realmente conhecem o método (SILVA *et al.*, 2010). Talvez essas limitações sejam advindas do fato de as informações serem retrospectivas, o que, devido à sua natureza, poderia estar sujeito ao erro de memória. Porém tal situação não invalida os resultados obtidos, fornecendo subsídios para a avaliação do perfil de uso do método pelas mulheres (ALANO *et al.*, 2012).

Em pesquisa realizada por Silva *et al.*, as pessoas entrevistadas relataram conhecer a CE, porém foi constatado que houve predomínio do uso incorreto do método, evidenciando conhecimento escasso acerca dele. São poucos os estudos que mostram como se comporta o nível de conhecimento sobre CE nas diferentes regiões do Brasil, o que acaba por comprometer a implementação de medidas mais eficazes e de mais fácil acesso (SILVA *et al.*, 2010).

Segundo Figueiredo, o pouco conhecimento da CE na prevenção de gravidez não planejada e de abortamentos se verifica também na população de mulheres infectadas pelo HIV. Inquérito domiciliar realizado em Santo André-SP constatou que a CE ainda é pouco discutida e superficialmente conhecida uma vez que 51,4% das entrevistadas tinham informações sobre o método, mas apenas 2,7% o utilizaram. Orientação e acesso ao método seriam fundamentais, por proporcionar a única opção contraceptiva passível de uso pós-relações sexuais nos casos de risco de gravidez, decorrentes do não uso ou de falha no uso de preservativos. Essa opção, porém, não está sendo plenamente viabilizada. Em muitos serviços de saúde de planejamento familiar, incluindo os de atendimento a pacientes com HIV/AIDS, a CE não é divulgada nem disponibilizada, levando as mulheres a desconhecer o método (FIGUEIREDO, 2010).

A verdade é que pouco se sabe sobre os reais motivos da subutilização da CE, embora seja um método disponível na maioria dos países do mundo (BEAULIEU *et al.*, 2011).

3 JUSTIFICATIVA

Trata-se de tema complexo com dados da literatura demonstrando que, embora disponível mundialmente, a CE ainda não alcançou seu real objetivo na prevenção de gestações indesejadas e de abortamentos, sobretudo os inseguros ou clandestinos, sinalizando diferenças acerca do nível de conhecimento entre pacientes de diferentes continentes, países, regiões e até mesmo entre bairros numa mesma cidade, o que se reflete nos possíveis desfechos ominosos assim como nas falhas no uso correto do método. Características socioeconômicas, geográficas, culturais, religiosas, raciais e etárias são algumas variáveis que contribuem para o maior ou menor acesso à informação sobre o método de emergência em todo o mundo. No Brasil, melhores investigações precisam ser realizadas, embora possamos supor que os resultados não sejam diferentes. Por tais razões, sugere-se avaliar o nível de conhecimento sobre o método contraceptivo de emergência entre pacientes encaminhadas a atendimento terciário nos Ambulatórios de Ginecologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará.

4 HIPÓTESE

Pacientes atendidas nos Ambulatórios de Ginecologia do Hospital da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará, referência no atendimento Materno Infantil e Alto Risco do Pará, possuem conhecimento sobre CE.

5 OBJETIVOS

Avaliar o nível de conhecimento sobre CE entre pacientes atendidas nos Ambulatórios de Ginecologia do Hospital da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará, referência no atendimento Materno Infantil e Alto Risco do Pará, segundo maior estado da Amazônia brasileira e do Brasil.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDULGHANI, H.M.; KARIM, S.I.; IRFAN, F. Emergency contraception: Knowledge and attitudes of family physicians of a teaching hospital, Karachi, Pakistan. *Health Popul. Nutr.*, v. 27, n. 3, p. 339-344, 2009.
- ADHIKARI, R. Factors affecting awareness of emergency contraception among college students in Kathmandu, Nepal. *BMC Women's Health*, v. 9, p. 27, 2009.
- AHMED, F.A.; MOUSSA, K.M.; PETTERSON, K.O.; ASAMOAH, B.O. Assessing knowledge, attitude and practice of emergency contraception: a cross-sectional study among Ethiopian undergraduate female students. *BMC Public Health*, v. 12, p. 110, 2012.
- AITKEN, R.J.; BAKER, M.A.; DONCEL, G.F.; MATZUK, M.M.; MAUCK, C.K.; HARPER, M.J.K. As the world grows: contraception in the 21st century. *J. Clin. Invest.*, v. 118, n. 4, p. 1330-1333, 2008.
- AKANI, C.I.; ENYINDAH, C.E.; BABATUNDE, S. Emergency contraception: knowledge and perception of female undergraduates in the Niger Delta of Nigeria. *Ghana Med. J.*, v. 42, n. 2, p. 68-70, 2008.
- ALANO, G.M.; COSTA, L.N.; MIRANDA, L.R.; GALATO, D. Awareness, consumption and access to emergency contraception among female university students in the south of the State of Santa Catarina. *Scien Saude Colet.*, v. 17, n. 9, p. 2397-2404, sep. 2012.
- AMU, O.; APPIAH, K. Teenage pregnancy in the United Kingdom: are we doing enough? *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care*, v. 11, n. 4, p. 314-318, 2006.
- ATTAHIR, A.; SUFIYAN, M.B.; ABDULKADIR, A.; HARUNA, M.K. Knowledge, perception and practice of emergency contraception among female adolescent hawkers in Rigasa suburban community of Kudana State Nigeria. *J. Family and Reprod Health*, v. 4, n. 6, p. 15, 2010.
- BATAGLIÃO, E.M.L.; MAMEDE, F.V. Conhecimento e utilização da contracepção de emergência por acadêmicos de enfermagem. *Esc. Anna Nery (imp.)*, v. 15, n. 2, p. 284-290, 2011.
- BEAULIEU, R.; KOOLS, S.M.; KENNEDY, H.P.; HUMPHREYS, J. Young adult couples' decision making regarding emergency contraceptive pills. *J. Nurs Scholarsh.*, v. 43, n. 1, p. 41-48, 2011.

- BELZER, M.; SANCHEZ, K.; OLSON, J.; JACOBS, A.M.; TUCKER, D. Advance supply of emergency contraception: A randomized trial in adolescent mothers. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, v. 18, p. 347-354, 2005.
- BENAGIANO, G.B.; BASTIANELLI, C.; FARRIS, M. Hormonal contraception: state of the art and future perspectives. *Minerva Ginecol.*, v. 59, n. 3, p. 241-270, 2007.
- BORGES, A.L.V.; FUGIMORI, E.; NICHATA, L.Y.I. O uso da anticoncepção de emergência entre jovens universitárias. In: *Encontro Nacional de Estudos Populacionais de Caxambu*, MG, 16, 2008. São Paulo: USP, 2008.
- BORGES, A.L.V.; FUJIMORI, E.; HOGA, L.A.K.; CONTIN, M.V. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 816-826, 2010.
- BRAEKEN, D.; OTOO-OYORTEY, N.; SEROUR, G. Access to sexual and reproductive health care: adolescents and young people. *Int. J. Gynaecol Obstet.*, v. 98, n. 2, p. 172-174, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRUNTON, J.; BEAL, M.W. Current issues in emergency contraception: an overview for providers. *J. Midwifery and Women's Health*, v. 51, p. 457-463, 2006.
- BURTON, R.; SAVAGE, W. Knowledge and use of postcoital contraception: a survey among health professionals in Tower Hamlets. *Br. J. Gen. Pract.*, v. 40, n. 337, p. 326-330, 1990.
- BUZELATO, C.M.; CAMARGO, M.R.M.; MELLA, S.E.; MELLA, E.A.C. Avaliação do consumo de contraceptivo de emergência em farmácias de dispensação. In: *Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar*. Maringá, PR, 6, 27 a 30 de out. 2009. Maringá: Paraná, 2009.
- CABAR, F.R.; PEREIRA, P.P.; ZUGAIB, M. Intrauterine pregnancy after salpingectomy for tubal pregnancy due to emergency contraception: a case report. *Clinics*, v. 62, n. 5, p. 641-642, 2007.
- CALABRETTO, H. Emergency contraception: knowledge and attitudes in a group of Australian university students. *Australian and New Zealand J. Publ. Health*, v. 33, n. 3, p. 234, 2009.
- CASTRO, J.F.; RODRIGUES, V.M.C.P. Adolescents knowledge and attitudes regarding emergency contraception. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 43, n. 4, p. 884-889, 2009.
- CHIOU, V.M.; SHRIER, L.A.; EMANS, S.J. Emergency postcoital contraception. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, v. 11, n. 2, p. 61-72, 1998.

CHUANG, C.H. E FREUND, K.M. Emergency contraception knowledge among women in a Boston community. *Contraception*, v. 71, p. 157-160, 2005.

- COLLUMBIEN, M.; GERRESU, M.; CLELAND, J. Non-use and use of ineffective methods of contraception. In: EZZATI, A.M.; LOPEZ, A.R.; MURRAY, C., eds. *Quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva: World Health Organization, p. 1255-1320. Cap. 15, 2004.
- CREANGA, A.A.; SCHWANDT, H.M.; DANSO, K.A.; TSUI, A.O. Knowledge about emergency contraception among family-planning providers in urban Ghana. *Intern. J. Gynecol. Obst.*, v. 114, p. 64-68, 2011.
- CROSIGNANI, P.G. Hormonal contraception: What is new? *Hum. Reprod. Update*, v. 8, n. 4, p. 359-371, 2002.
- DANIELS K.; JONES J.; ABMA J. Use of emergency contraception among women aged 15-44: United States, 2006-2010. *NCHS Data Brief.*, v. 112, p. 1-8, feb. 2013.
- DEVINE, K.S. The of emergency contraception: examining the reasons underlying this clinical gap in health care. *AJN*, v. 112, n. 4, p. 44, 2012.
- DURAN, M.; CRAVIOTO, M.C.; RAYMOND, E.G.; DURÁN-SÁNCHEZ, O.; CRUZ-HINOJOSA, M.L.; CASTELL-RODRIGUEZ, A.; SCHIAVON, R.; LARREA, F. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception*, v. 64, p. 227-234, 2001.
- ELLERTSON, C.; EVANS, M.; FERDEN, S.; LEADBETTER, C.; SPEARS, A.; JOHNSTONE, K.; TRUSSELL, J. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet. Gynecol.*, v. 101, n. 6, p. 1168-1171, 2003.
- ERTEM, G.; KALKIM, A.; TOPÇU, S. Knowledge of emergency contraception among married women in Izmir, Turkey. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, v. 110, n. 3, p. 0, 2010.
- ESPINÓS-GOMES, J.J.; SENOSIAIN, R.; MATA, A.; VANRELL, C.; BASSAS, L.I.; CALAF, J. What is the seminal exposition among women requiring emergency contraception? A prospective, observational comparative study. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, v. 131, n. 1, p. 57-60, 2007.
- FALAH-HASSANI, K.; KOSUNEN, E.; SHIRI, R.; RIMPELÄ, A. Emergency contraception among Finnish adolescents: awareness, use and the effect of non-prescription status. *BMC Public Health*, v.7, p. 201-213, 2007.
- FAÚNDES, A.; BRACHE, V.; ALVAREZ, F. Emergency contraception – clinical and ethical aspects. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, v. 82, n. 3, p. 297-305, 2003.
- FIGUEIREDO, R. Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/ AIDS. *Cienc. Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1175-1183, 2010.
- FOSTER, D.G.; HARPER, C.C.; BLEY, J.J.; MIKANDA, J.J.; INDUNI, M.; SAVIANO, E.C.; STEWART, F.H. Knowledge of emergency contraception among women aged 18 to 44 in California. *Am. J. Obst. Gynecol.*, v. 191, p. 150-156, 2004.

GABZDYL, E.M. Contraceptive care of adolescents: overview, tips, strategies, and implications for school nurses. *J. Sch. Nurs.*, v. 26, n. 4, p. 267-277, 2010.

GAINER, E.; MÉRY, C.; ULMANN, A. Levonorgestrel-only emergency contraception: real-world tolerance and efficacy. *Contraception*, v. 64, n. 1, p. 17-21, 2001.

GEMZELL-DANIELSSON, K.; MENG, C.X. Emergency contraception: potential role of ulipristal acetate. *Int. J. Womens Health*, v. 2, p. 53-61, 2010.

GIRI P.A.; BANGAL, V.B.; PHALKE, D.B. Knowledge and attitude of medical undergraduate, interns and postgraduate students in India towards emergency contraception. *N Am J Med Sci January*, v. 1, n. 5, p. 37-40, 2013.

GIRALDO, P.C.; AMARAL, R.L.G.; GONÇALVES, A.K.; VICENTINI, R.; MARTINS, C.H.; GIRALDO, H., FACHINI, A.M. Influência da frequência de coitos vaginais e da prática de duchas higiênicas sobre o equilíbrio da microbiótica vaginal. *R. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 27, n. 5, p. 257-262, 2005.

GLASIER, A.F.; CAMERON, S.T.; FINE, P.M.; LOGAN, S.J.S.; CASALE, W.; VAN HORN, J.; SOGOR, L.; BLITHE, D.L.; SCHERRER, B.; MATHE, H.; JASPART, A.; ULMANN, A.; GAINER, E. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet*, v. 375, n. 9714, p. 555-562, 2010.

GOLBASI, Z.; ERENEL, A.S.; TUGUT, N. Knowledge and opinions of Turkish University students about contraceptive methods and emergency. *Sex Disabil*, v. 30, p. 77-87, 2012.

GRIMES, D.A.; RAIMOND, E.G. Emergency contraception. *Ann. Intern. Med.*, v. 137, p. 180-189, 2002.

HALL, K.S.; CASTAÑO, P.M.; STONE, P.W.; WESTHOFF, C. Measuring oral contraceptive knowledge: a review of research findings and limitations. *Patient Educ. Couns.*, v. 81, n. 3, p. 388-394, 2010.

HARPER, C.C.; ROCCA, C.H.; DARNEY, P.D.; von HERTZEN, H.; RAINE, T.R. Tolerability of levonorgestrel emergency contraception in adolescents. *Amer. J. Obstetr. Gynecol.*, v. 191, n. 4, p. 1158-1163, 2004.

HERMANNY, A.; BAHAMONDES, M.V.; FAZANO, F.; MARCHI, N.M.; ORTIZ, M.E.; GENGHINI, M.H.R.R.; CROXATTO, H.B.; BAHAMONDES, L. In vitro assessment of some sperm function following exposure to levonorgestrel in human fallopian tubes. *Reprod. Biol. Endocrinol.*, v. 10, n. 1, p. 8, 2012.

HOBBS, M.K.; TAFT, A.J.; AMIR, L.H.; STEWART, K.; SHELLEY, J.M.; SMITH, A.M.; CHAPMAN, C.B.; HUSSAINY, S.Y. Pharmacy access to the emergency contraceptive pill: a national survey of a random sample of Australian women. *Contraception*, v. 83, p. 151-158, 2011.

HU, X.; CHENG L.; HUA, X.; GLASIER, A. Advanced provision of emergency contraception to postnatal women in China makes no difference in abortion rates: a randomized controlled trial. *Contraception*, v. 72, n. 2, p.111-116, 2005.

- KATZMAN, D.K.; TADDEO, D. Emergency contraception. *Paediatr Child Health.*, v. 15, n. 6, p. 363-367, 2010.
- KAVANAUGH, M.L.; WILLIAMS, S.L.; SCHWARZ, B.E. EMERGENCY contraception use and counseling after changes in United States prescription status. 2011. *Fertility and Sterility*, v. 95, n. 8, p. 2578, 2012,
- LALITKUMAR, P.G.L.; BERGER, C.; GENZELL-DANIELSSON, K. Emergency contraception. *Best Practice & Research Clinical Endocrinol. & Metabolism.*, v. 30, p. 1-11, 2012.
- LAWRENCE, R.E.; RASINSKI, K.A.; YOON, J.D.; CURLIN, F.A. Obstetrician-gynecologist physicians' beliefs about emergency contraception: a national survey. *Contraception*, v. 82, n. 4, p. 324-330, 2010.
- LEYVA-LÓPEZ, A.; CHÁVEZ AYALA, R.; ATIENZO, E.E.; ALLEN-LEIGH, B.; RAMÍREZ-VILLALOBOS, D.; YUNES-DÍAZ, E.; RIVERA-RIVERA, L. Anticoncepción de emergência em estudantes mexicanos. *Salud Pub. Méx.*, v. 52, n. 2, p. 156-164, 2010.
- LO, S.S.T.; HO, P.C. The profile of women who seek emergency contraception from the family planning service. *Hong Kong Med. J.*, v. 18, n. 4, p. 299-303, 2012.
- LÓPEZ-AMORÓS, M.; SCHIAFFINO, A.; MONCADA, A.; PÉREZ, G. Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad. *Gac. Sanit.*, v. 24, n. 5, p. 404-409, 2010.
- MARAFIE, N.; BALL, D.E.; ABAHUSSAIN E. Awareness of hormonal emergency contraception among married women in a Kuwaiti family social network. *Eur.J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, v. 130, n. 2, p. 216-222, 2007.
- MIR, A.S.; MALIK, R. Emergency contraceptive pills: exploring the knowledge and attitudes of community health in a developing Muslim country. *North Am. J. Med. Sc.*, v. 2, n. 8, p. 359, 2010.
- MYER, L.; MLOBELI, R.; COOPER, D.I.; SMIT, J.; MORRONI, C. Knowledge and use of emergency contraception among women in the Western Cape province of South Africa: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, v. 7, p. 14-20, 2007.
- NAJAFI, F.; RAHMAN, H.A.; HANAFIAH, M.; MOMTAZ, Y.A. Emergency contraception: knowledge, attitudes and practices among married Malay women staff at a public university in Malaysia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, v. 43, n. 6, p. 1512-1520, nov. 2012
- PAIVA, S.P.; BRANDÃO, E.R. Contraceção de emergência no contexto das farmácias: revisão crítica de literatura. *Physis. R. Saude Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 17-34, 2011.
- PAREY, B.; ADDISON, L.; MARK, J.K.; MAURICE, B.; TRIPATHI, V.; WAHID, S.; ANTOINE, R.; SAHAI, A. Knowledge, attitude and practice of emergency contraceptive pills among tertiary level students in Trinidad: a cross-sectional survey. *West Indian Med J.*, v. 59, n. 6, p. 650-655, 2010.

PEREIRA, P.P.; CABAR, F.R.; RAIZA, L.C.P.; RONCAGLIA, M.T.; ZUGAIB, M. Emergency contraception and ectopic pregnancy: report of 2 cases. *Clinics*, v. 60, n. 6, p. 497-500, 2005.

PETERSEN, R.; ALBRIGHT, J.B.; GARRETT, J.M.; CURTIS, K.M. Acceptance and use of emergency contraception with standardized counseling intervention: results of a randomized controlled trial. *Contraception*, v.75, n. 2, p.119-125, 2007.

PURI, S.; GOE, N.K.; SEHGAL, A.; WALIA, D.; MANGAT, C. Emergency contraception in women of slums in Northern India. *J. Family and Reprod. Health*, v. 3, n. 3, p. 77, 2009.

RAGLAND, D.; WEST, D. Pharmacy students' knowledge, attitudes, and behaviors regarding emergency contraception. *Amer. J. Pharm. Educ.*, v. 73, n. 2, p. 26, 2009.

RAHMAN, H.; KHALDA, E.; KAR, S.; KHARKA, L.; BHUTIA, G.P. Knowledge of, attitudes toward, and barriers to the practice of emergency contraception among women in Sikkim, India. *Int J Gynaecol Obstet*. Jun 5. pii: S0020-7292(13)00218-X. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.03.016, 2013.

RAHEEL, H.; KARIN, M.S.; SALEEM, S.; BHARWANI, S. Knowledge. Attitudes and practices of contraception among Afgan refugee women in Pakintan: a cross-sectional study. *PLoS one*, v. 7, n. 11, p. E48760, 2012.

RANNEY, M.L.; GEE, E.M.; MERCHANT, R.C. Nonprescription availability of emergency contraception in the United States: current status, controversies, and impact on emergency medicine practice. *An. Emerg. Med.*, v. 47, n. 5, p. 461-471, 2006.

RENJHEN, P.; KUMAR, A.; PATTANSHETTY, S.; SAGIR, A.; SAMARASINGHE, C.M. A study on knowledge, attitude and practice of contraception among college students in Sikkim, India. *J. Turkish-German Gynecol. Assoc.*, v. 11, p. 78-81, 2010.

ROCCA, C.H.; SCHWARZ, E.B.; STEWART, F.H.; DARNEY, P.D.; RAINE, T.R.; HARPER, C.C. Beyond access: acceptability, use and nonuse of emergency contraception among young women. *Am J. Obstet Gynecol.*, v. 196, n. 1, p. 29E1, 2007.

RODRIGUES, I.; GROU, F.; JOLY, J. Effectiveness of emergency contraception pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Amer. J. Obstet. Gynecol.*, v. 184, p. 531-537, 2001.

ROSA, W.G.; ANRINQUE, D.; RODRÍGUEZ J.P. Anticoncepción hormonal de emergencia y embarazo ectópico: caso clínico. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, v. 74, n. 1, p. 39-41, 2009.

RUZANY, M.H.; ANDRADE, C.L.T.; MEIRELES, Z.V.; MOURA, E.A.; DEUSDARÁ, R.; RODRIGUES, V.; SILVA, M.M.D.; LIMA, D.P. Desinformação e vulnerabilidade com relação à sexualidade dos adolescentes e jovens da reserva Mamirauá, Amazonas – Brasil. *Adolescência & Saúde*, v. 7, n. 2, p. 41, 2010.

SAINT-FÉLIX, F.R.; MELIÁN SAVIGNÓN, C.; RODRÍGUEZ, O.V.; ORTEGA, S.R.; ALCOLEA, E.E.G. Anticoncepción de emergencia. *MEDISAN*, v. 10, n. 1, 2006.

SANTOS, A.M.A. *A contribuição da fitoterapia popular para o tratamento de infecções ginecológicas*. Rio de Janeiro: Centro Universitário Augusto Motta. Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Local, 2010.

SANTOS, G.P.; SANTOS, J.R.B. Avaliação do uso de contraceptivo de emergência em distintas regiões de São Paulo. *ConScientiae*, v. 10, n. 2, p. 387-393, 2011.

SARKAR, N.N. The state-of-the-art of emergency contraception with the cutting edge drug. *Ger. Med. Sci.*, v. 9, 2011.

SCHIAPPACASSE, V.; DIAZ, S. Access to emergency contraception. *Intern. J. Gynecol. Obstetr.*, v. 94, n. 3, p. 301-309, 2006.

SCHWARZ, E.B.; GERBERT, B.; GONZALES, R. Computer-assisted provision of emergency contraception a randomized controlled trial. *J. Gen. Intern. Med.*, v. 23, n. 6, p. 794-799, 2008.

SCHWARZ, E.B.; KAVANAUGH, M.; DOUGLAS, E.; DUBOWITZ, T.; CREININ, M.D. Interest in intrauterine contraception among seekers of emergency contraception and pregnancy testing. *Obstet Gynecol.*, v. 113, n. 4, p. 833-839, 2009.

SHAABAN, O.M.; FATHALLA, M.M.F.; SHAHIN, A.Y.; NASR, A. Emergency contraception in the context of marriage in Upper Egypt. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, v. 112, p. 195-199, 2011.

SILVA, F.C.; VITALLE, M.S.S.; MARANHÃO, H.S.; CANUTO, M.H.A.; PIRES, M.M.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, 2010.

SILVA, M.O. The state of sexual and reproductive health within the European Union. In: *The Reproductive health report. Final report. Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina*, 2011.

SOUZA, R.A.; BRANDÃO, E.R. Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos Serviços Públicos de Saúde. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1067-1086, 2009.

SOUZA, R.A.; BRANDÃO, E.R. À sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de emergência na mídia impressa brasileira (2005-2009). *Interface Comunicação e Saúde*, v. 17, n. 40, p. 161-175, 2012.

SUFRIN, C.B.; TULSKY, J.P.; GOLDENSON, J.; WINTER, K.S.; COHAN, D.L. Emergency contraception for newly arrested women: Evidence for an unrecognized public health opportunity. *J Urban Health*, v. 87, n. 2, p. 244-253, 2009.

TANNAHILL, R. *Sex in history*. New York: Scarborough House. 1992. 490 p.

- TAYLOR, T. *The prehistory of sex: four million years of human sexual cultures*. New York: Randon House Publ. Corp. 1997. 368 p.
- TEIXEIRA, M.; GUILLAUME, A.; FERRAND, M.; ADJAMABGO, Q.; BAJOS, N. Representations and uses of emergency contraception in West Africa: a social anthropological reading of a northern product. *Social Science of Medicine*, v. 75, p. 148-155, 2012.
- TESFAYE, T.; TILAHUN, T.; GIRMA, E. Knowledge, attitude and practice of emergency contraceptive among women who seek abortion care at Jimma University specialized hospital, southwest Ethiopia. *BMC Womens's Health*, v. 12, p. 3, 2012.
- TRUSSEL, J.; RODRÍGUEZ, G.; ELLERTSON, C. New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception*, v. 57, p. 363-369, 1998.
- TRUSSEL, J.; RODRÍGUEZ, G.; ELLERTSON, C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception*, v. 59, p. 147-151, 1999.
- TRUSSEL, J.; ELLERTSON, C.; STEWART, F. The role of emergency contraception. *Amer. J. Obstetr. Gynecol.*, v. 190, n. 4, p. S 30-38, 2004.
- VAHRATIAN, A.; PATEL, D.A.; WOLFF, K.; XU, X. College students' perceptions of emergency contraception provision. *J. Womens Health (Larchmt)*, v. 17, n. 1, p. 103-111, 2008.
- VALENZUELA, C.Y. Anticoncepción de emergencia, Levonorgestrel y embarazo ectópico. *Rev. Med. Chile*, v. 133, n. 5, p. 612-613, 2005.
- VAN EIJK, A.M.; LINDBLADE, K.A.; ODHIAMBO, F.; PETERSON E.; SIKUKU, E.; AYISI, J.G.; OUMA, P.; ROSEN, D.H.; SLUTSKER, L. Reproductive health issues in rural Western Kenya. *Reprod. Health*, v. 18, n. 5, p. 1, 2008.
- VAN LOOK, P.F. Emergency contraception: a brighter future? *Entre Nous Cph. Den.*, v. 39, n. 4-5, 1998.
- VELOSO, D.L.C.; RIOS, R.R.; SALGE, A.K.M.; GUIMARÃES, J.V. *Uso da anticoncepção de emergência por acadêmicos de enfermagem de uma Universidade Pública de Goiânia*. Goiania: Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2011.
- von HERTZEN, H.; Van LO, P.F. Research on new methods of emergency contraception. *Fam. Plann. Perspect.*, v. 28, n. 2, p. 52-57, 1996.
- von HERTZEN, H.; GODFREY, E.M. Emergency contraception: the state of the art. *Reprod. Biomed on Line.*, v. 18, p. 28-31. Suppl. 1, 2009.
- WALSH, T.; FREZIERES, R.G. Patterns of emergency contraception use by age and ethnicity from a randomized trial comparing advance provision and information only. *Contraception*, v. 74, p. 110-117, 2006.

WEAVER, M.A.; RAYMOND, E.G.; BAECHER, B. Attitude and behavior effects in a randomized trial of increased access to emergency contraception. *Obstet. Gynecol.*, v. 13, n. 1, p. 107-111, 2009.

WESTLEY, E. Emergency contraception: a global overview. *J. Am. Med. Womens Assoc.*, v. 53, n. 5, p. 215-218, 237, Suppl. 2, 1998.

WESTLEY, E.; GLASIER, A. Emergency contraception: dispelling the myths and misperceptions. *Emergency Bull World Health Organ.*, v. 88, p. 243, 2010.

WHITTAKER, P.G.; ARMSTRONG, K.A.; ADAMS, J. Implementing an advance emergency contraception policy: what happens in the real world? *Perspect Sex Reprod Health.*, v. 40, n. 3, p. 162-170, 2008.

WIEGRATZ, I.; THALER, C.J. Hormonal contraception: What kind, when, and for whom? *Deutsch. Arztebl. Int.*, v. 108, n. 28/29, p. 495-506, 2011.

WILDEMEERSCH, D.; BATÁR, I.; WEBB, A.; GBOLADE, B.A.; DELBARGE, W.; TEMMERMAN, M.; DHONT, M.; GUILLEBAUD, J. GyneFIX: The frameless intrauterine contraceptive implant-an update for interval, emergency and postabortalcontraception. *Br. J. Fam. Plann.*, v. 24, n. 4, p. 149-159, 1999.

YUZPE, A.A.; LANCEE, W.J. Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil. Steril.*, v. 28, p. 932-936, 1977.

YUZPE, A.A.; SMITH, R.P.; RADEMAKER, AW. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dl-norgestrel as postcoital contraceptive agent. *Fertil Steril.*, v. 37, n. 4, p. 508-513, 1982.

7 ARTIGO EM INGLÊS

Level of knowledge on emergency oral contraception among women receiving gynecological treatment in the Brazilian Amazon

Paulo Sergio Barbalho Priante,^{1,2} Christine Cioba,³ Helena von Eye Corleta,^{2,3}
Jaqueline Neves Lubianca,³ Edison Capp^{1,2}

¹School of Medicine, Institute of Health Sciences, Universidade Federal do Pará

²Graduate Program in Medicine: Medical Sciences, School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

³Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Corresponding author:

Prof. Paulo Priante

Praça Camilo Salgado, 1

Umarizal

CEP 66050-060 - Belém, PA – Brasil

Telephone: 55 (091) 88587020

Email: psp@oi.com.br

Abstract

Objective: To evaluate the level of knowledge about emergency oral contraception (EC) among women attending the gynecology outpatient clinic of the Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia of the State of Pará, the second largest state in the Brazilian Amazon. **Method:** a cross-sectional study was performed with 316 sexually active women aged 18 to 50 years, who attended the gynecology outpatient clinic. Participants were included based on spontaneous demand between June and July 2012. Patients answered a questionnaire containing 29 questions including: age in years, educational level, knowledge about EC, and previous use of the method. The primary outcome was knowledge on EC use. **Results:** Participants' mean age was 31.84 years (SD \pm 8.00). As for their educational level, 46.84% of them completed high school, and only 8.55% had higher education. Most of the women obtained information about EC through friends (48.61%, n = 152) and only 7.30% from their doctors. Although most participants (83.54%) reported to be aware of the method, only 0.63% reported that EC could be used up to 5 days after unprotected intercourse; 57.59% did not know how to use; and 76.58% (n = 242) had never used the method. **Conclusion:** The women in our study seem to have high level of knowledge and prevalence of use of emergency contraception, although little known about the time limit for its use and should receive more information about the emergency contraceptive.

Keywords: emergency contraception; contraception; health services; unintended pregnancy.

Introduction

Contraception has been an issue of concern since ancient times. Reports on contraceptive methods have been provided since the times of Hippocrates (460-377 BC) (1) and Aristotle (421 BC) (2) and by the Jewish people (3). Such reports popularized precarious birth control methods as the resources available to the next civilizations (3). In the 1950s, Gregory Pincus was able to mimic the effect of progesterone in blocking ovulation and thus inhibiting fertility (4, 5). Additionally, in the 1960s, Albert Yuzpe (6) contributed decisively to the development of postcoital contraception or emergency contraception (EC).

Most contraceptive methods prevent pregnancy before or during intercourse, whereas emergency contraception, also known as the morning-after pill, was both safe and innovative because it was able to prevent pregnancy after intercourse (7). Several emergency contraceptives have been developed over the years, and now they include new routes of administration and new drugs. New actions of levonorgestrel have been proposed, not only as an oral contraceptive agent in pills, but also associated with another component in vaginal gel, with the possibility of joint action in preventing unwanted pregnancy and sexually transmitted diseases (5). Recently, in 2010, the United States approved ulipristal acetate (UPA) derived from 19-norprogesterone developed to have greater specificity for progesterone receptor (7). However, due to numerous reasons, EC remains relatively unknown and underused in many countries (8, 9).

Around 210 million women become pregnant every year worldwide. It is estimated that 79 million of these pregnancies are unintended, and end in abortions in many cases, with a negative impact on maternal morbidity and mortality (10-12).

Especially in underdeveloped and developing countries, abortion procedures may be illegal, being conducted under unhealthy and unsafe conditions. Thus, this is a serious public health problem, with a negative impact on maternal morbidity and mortality (12). More than 700,000 maternal deaths worldwide between 1995 and 2000 were related to causes associated with unwanted pregnancy, and over 400,000 of these deaths resulted from unsafe abortions, which is an evident sign that access to contraceptives has long been inadequate (13). The use of emergency oral contraception could prevent most of these pregnancies and, thus, avoid immense human suffering, reducing the use of criminal or high-risk practices, including those resulting from sexual violence (14). According to data from Brazil's health ministry estimates that about 1 million unsafe abortions occur annually, many of them resulting from rape (15). A portion of these pregnancies is also carried to term, leading to a high possibility of child rejection, as well as unpredictable family and social implications (14, 15).

Reducing maternal and child mortality and morbidity is among the Millennium Development Goals of the United Nations. The achievement of such goal depends directly on the supply of adequate reproductive health care and family planning in the fight against diseases such as AIDS, malaria, among others (16).

Because of its continental size, Brazil has regional differences that interfere with knowledge, access to information and contraceptive methods, including EC. The state of Pará (an indigenous name that means sea), located in North region of the country, is the second largest state in the Brazilian Amazon. Its area is 1,247,689.515 km², which is larger than many countries in the world. Therefore, the objective of the present study was to assess the level of knowledge about EC, its

method, prevalence of use, and proper use among sexually active women from the state of Pará.

Method

A cross-sectional study was conducted with sexually active women of reproductive age attending the gynecology outpatient clinic of the Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia of the State of Pará, a center of excellence for high risk maternal and childcare. Participants were selected among patients spontaneously seeking specialized care at the women's outpatient clinic between June and July 2012.

Patients were invited to participate in the study, and those who agreed to participate and signed the Informed Consent Form (ICF) approved by the Research Ethics Committee (GPPG/HCPA 08299) were included. The study included 316 women aged 18 to 50 years. Patients with speech, hearing, or mental disorders were excluded, as well as those under 18 years old or legally incapable. After signing the ICF, patients answered a questionnaire addressing the following variables: age (years), educational level, age at menarche (years), contraceptive method and frequency of use, condom use, previous pregnancies, knowledge about EC, and previous use of EC. Next, the researchers answered the interviewers' questions and handed out information leaflets on EC.

Statistical Analysis

Sample size was estimated considering that the prevalence of knowledge would be 50%, a margin of error of 6 percentage points and a confidence level of 95%. Thus, the minimum number of patients to be enrolled in the study was 267 patients. Data were compiled into a database created using Microsoft Excel. Statistical analysis was performed using the SPSS 20. Numerical variables were expressed as mean and standard deviation and Student's *t* test was used for comparison. Categorical variables were analyzed using the chi-square test. Absolute and relative frequencies were used to describe the other variables. Results showing $p < 0.05$ were considered significant.

Results

The Table 1 shows the questionnaire variables applied to the patients. Age in years, schooling (years), age of menarche, age of initiation of sexual intercourse, number of partners, number of pregnancies, number of unplanned pregnancies, number of planned pregnancies are expressed as mean \pm standard deviation. Contraceptive in use, hormonal methods, non-hormonal methods, systematic use of contraceptive method, systematic of the condom use concomitant, and if from the patient point of view she was sufficiently informed about the use of contraceptive are expressed as proportions.

The mean age of the 316 women attending the gynecology outpatient clinic of the Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia of the State of Pará was 31.84 years (SD \pm 8.00), with minimum age of 18 and maximum age of 50 years. The mean years of school was 12.82 (SD \pm 3.57), with grade repetition and resumption of

studies. When this variable was related to the level of education, 46.84% of the patients had complete high school and only 8.55% entered university (3.80% graduated and 4.75% did not graduate). The mean age at menarche was 12.8 years (SD \pm 1.49), whereas the mean age at the beginning of sexual life was 17.60 years (SD \pm 3.63). The mean number of sexual partners was 3.88 (SD \pm 3.27). The proportion of the different contraceptive methods used by the patients was as follows: 36.40% - combined oral contraceptives (COCs); 19.60% - condom; 2.20% - intrauterine device; 28.80% - other methods (injective - 27.80% and others 1.00%) and 12.30% - did not use any contraceptive methods. The contraceptive method being used was prescribed by the patients' doctor in 59.80% of the cases, which accounts for 189 patients who reported they had received medical counseling. Regarding the systematic use of contraception, 274 women reported the use of a contraceptive method and, among them, 78.70% reported a regular use, 14.80% acknowledged irregular use, and 6.50% reported sporadic use. However, 39 women reported they did not use any contraceptive method. When patients were asked about the concomitant use of condoms, 63.79% of the users of contraceptive methods denied the concomitant use of condoms, and 36.21% reported condom use combined with a regular contraceptive method.

When we compared years of school with contraceptive use, no statistical difference was found. Users of COC had a mean of 12.87 years (SD \pm 3.68) of schooling; while users of other methods had a mean of 13.09 years (SD \pm 3.19) of schooling ($p = 0.637$) (Figure 1).

The prevalence of EC use was 23.42% among the 316 interviewees. Of this total, 264 (83.54%) claimed to have information about EC; 48.61% of the total

sample (152 patients) were informed about the method by friends, and only 7.30% received information from physicians. The percentage of interviewees who declared to know how to use EC was 43.99% (n = 139). However, only 5.06% of those actually reported using method correctly (Figure 2).

When the participants were asked about the period of time between unprotected intercourse and the use of EC in order to effectively prevent pregnancy, 23.10% (n = 73) stated: "I believe it's 24 hours," 16.14% declared it was 72 hours, 2.53% reported it was 6 hours, and only 0.63% answered that EC could be used within 5 days after unprotected sexual intercourse. Almost 57.59% of patients could not answer the question (Figure 3).

When the participants were asked about EC use, 76.58% (n = 242) reported they had never used it, and 49.10% said they would not have used the method even if they had more information about it (n = 155).

In terms of educational level, there was no statistical difference between those patients who described the correct use of EC and those who described the wrong use (Figure 4).

The mean number of pregnancies among our patients was 1.92 cases (SD \pm 1.54), with a mean number of planned pregnancies of 0.20 cases (SD \pm 0.69) and 1.72 cases of unwanted pregnancies (SD \pm 1.61).

Discussion

Defining the profile of knowledge about EC has not been an easy task. Many

studies have been based on the use of questionnaires that, in spite of sharing similar data, are self-administered, which may lead to problems of text interpretation by the participants, who are not always able to answer the questions properly and difficulty to remember past events(17-22).

An interesting issue raised by some researchers is the need to define the profile of knowledge among health professionals, who play an extremely important role in the transmission of knowledge (6, 12, 18, 19). Thus, if the professional is not prepared to provide relevant information about the EC method, combined with the fact that the method can be purchased by partner and pass this information to the user of the method, which can trigger a cascade of failure in information. Perhaps this question can be considered figuratively as "syndrome of lack of knowledge about EC", because several factors interfere in the process..

This study included only women who were receiving medical care by the Brazilian Unified Health System (SUS), public health service offered by the government, and were attending the gynecology outpatient clinic of the Fundação Santa Casa de Misericórdia of the state of Pará. Although it has been supposed that age and educational level should play a positive role in the knowledge about EC and its use, data suggest that such association is not guaranteed because the use of this method is below the expected rates even in developed countries (6, 8, 23, 24).

Several other authors have reported different mean ages, many studies are conducted among women, while some include adolescents and or students of both sexes: 16.65 years (Castro and Rodrigues, 2009); 17.2 years (Belzer et al., 2005); 19 ± 2 years (Leyva-López et al., 2010); 21 ± 3.42 years (Bataglião and Mamede, 2011); 20.5 ± 1.75 years (Ahmed et al., 2012); 21.2 ± 4.94 years (Alano et al., 2012); 21-30

years (Rahman *et al.*, 2013); 22.5 years (Vahratian *et al.*, 2008); 22.7 ± 4.9 years (Espinós-Gomes *et al.*, 2007), probably because these studies were conducted with adolescents and/or students (9, 11, 17, 25-30).

In our study, women's mean age was 31.84 ± 8.00 years old, similar to studies that assessed health professionals knowledge about in Kumasi (Ghana) (18) and Rawalpindi where, Pakistan (19) (33 years old). It is interesting to point out that part of the study was conducted during vacation months, which may have contributed to the smaller number of students and adolescents among our patients. Our findings have shown that 46.84% of patients had completed high school, whereas only 8.55% went to university (3.80% graduated and 4.75% still studying). In addition, 48.61% of patients were informed about EC by friends, and only 7.30% learned about it from their medicine doctor. These increase the risk of receiving wrong information by a friend and can have a negative cascading effect, perpetuating misconceptions in EC use.

In the state of Pará, where one of the largest watersheds in the world is located, to travel from numerous towns to the capital city people rely on fluvial transport. Belém, the state capital has several islands within the large Belém, with small villages, and the varying water levels in the rivers make fluvial transport difficult, as sometimes boats take 6 to 12 hours to be able to navigate. Therefore, young women commonly move from small towns to the state capital city to live with relatives and acquaintances with the purpose of seeking better study and work opportunities, as well as better living conditions; however, that is not always the case. Because of their families' lack of support, many of these young women end up working under bad conditions and their dreams of studying and achieving better financial status are

ruined by unexpected situations, such as unplanned pregnancy, unstable and mistaken marital relationships, poverty, illegal abortion, prostitution. Hence, when they should be attending university, these women are working to be the family breadwinner instead, with their families usually consisting of the mother and her children. Within this context, young children, some of them aged 8 to 12 years, end up taking care of younger siblings so that their mothers are able to get a job opportunity.

The present study showed a surprising large number of years of school, which could suggest the false idea of high educational level among these women; however, the reality is quite different, since many of them attended school for many years, but these years included failure, drop out, and new beginnings. There were even cases with up to 18 years of schooling without completing high school. In the work of Belzer at al., 84% of adolescent mothers had 8 or fewer years of schooling (n = 160) (26). Among the EC buyers, those who completed elementary school are most likely to buy it, followed by those with incomplete high school (3). This suggests an absence of association between greater knowledge about EC and higher educational level.

A study conducted in New York in 2007 revealed that less than half of the students had heard of the method, but even when there was greater knowledge, EC use remained fairly low (8). Similar results were found in the United Kingdom and in Northern Ireland, where 91% of women had heard of the morning after pill, but only 7% had used it in the past year (8). In Switzerland, 42% of women thought that EC had to be used within 24 hours of unprotected sexual intercourse, 13% believed that EC is 100% efficient, 38% were not sure about EC effectiveness when taken on the first day or third day after unprotected intercourse (23).

Although education make people more concerned with their health, serving as a positive factor, such positive influence is not always clear in the studies. It is often possible to observe low levels of knowledge and low frequencies of use of EC, probably exacerbated by the illusion that other people are always at a higher risk than us. In Brazil, 96% (n = 588) of students from different regions reported they "had heard" of EC, 96.8% (n = 390) of girls and 95.7% (n = 198) of boys. However, less than half the sample (40.7%; n = 238) knew that EC should be used within 72 hours of unprotected sexual intercourse, and about 48% (n = 280) believed that women had 24 to 48 hours to use it (24). It is worth mentioning that none of these students said that EC could be used up to 120 hours after unprotected intercourse, what meant that many women did not use the method because of the lack of understanding about the period of time available for effective EC use. This restricts access to the method and, therefore, reduces protection, not to mention the fact that the effectiveness of the method is also related to the period of the ovulatory cycle when EC is used.

These findings show that, in spite of the effort to make users familiar with the method, there is still much to be done, because of the different results found by different populations, regardless of socioeconomic status and cultural environment. Differences are more easily detected in underdeveloped countries. Cultural and religious aspects greatly contribute to the high rates of unwanted pregnancies and the resulting practice of illegal abortions (10, 19).

In our study, although 83.54% of the patients reported they knew the method and 43.99% stated they knew how to use it, only 5.06% reported using the method correctly. With regard to the use of EC, 76.58% reported they had never used EC, and 49.10% said they would not have used the method even if they knew more about

it. These findings clearly show the lack of information about EC and interest in the method. Women also do not seem to be interested in or aware of the benefits provided by EC in reducing many risks posed by unprotected sexual intercourse, particularly in terms of increased poverty and less opportunities for individual and collective development.

Conclusion

The level of knowledge about emergency contraception among the patients was surprisingly high in our population and the prevalence of use of it too. However the lack of the possibility to use the method until the fifth day after unprotected sexual intercourse shows that much remains to be done. The issue of EC, needs to be rethought as an indicator of quality of life and human development, because knowledge gaps can be directly related to the occurrence of unwanted pregnancy and abortion practice, associated with serious psychosocial issues. Therefore, it is extremely important that information about safe and responsible practices are more easily passed as a mechanism that helps to prevent the spread of poverty and underdevelopment. Information should be provided in easily understandable, especially focused on social groups lacking best means of education. Although no family planning method is totally safe and not always used correctly, its correct use, would certainly reduce the high rates of unintended pregnancy, the practice of unsafe abortion and maternal mortality.

Acknowledgements

Edison Capp and Christine Cioba are scholarship recipients from Conselho Nacional

de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

References

1. Taylor, T. *The prehistory of sex: four million years of human sexual cultures*. New York: *Randon House Publ. Corp.* 1997. 368 p.
2. Tannahill, R. *Sex in history*. New York: Scarborough House. 1992. 490 p
3. Buzelato CM, Camargo MRM, Mella SE, Mella EAC. Avaliação do consumo de contraceptivo de emergência em farmácias de dispensação. Encontro Internacional de Produção Científica - CESUMAR. 2009(19/072013).
4. Benagiano GB, Bastianelli C, Farris M. Hormonal contraception: state of the art and future perspectives. *Minerva Ginecologica*. 2007;59(3):241-70.
5. Sarkar NN. The state-of-the-art of emergency contraception with the cutting edge drug. *Ger Med Sci*. 2011;9:Doc16.
6. Ragland D, West D. Pharmacy students' knowledge, attitudes, and behaviors regarding emergency contraception. *Am J Pharm Educ*. 2009 Apr 7;73(2):26.
7. Gemzell-Danielsson K, Meng CX. Emergency contraception: potential role of ulipristal acetate. *Int J Womens Health*. 2010;2:53-61.
8. Westley E, Glasier A. Emergency contraception: dispelling the myths and misperceptions. *Bull World Health Organ*. 2010 Apr;88(4):243-4.
9. Alano GM, Costa LN, Miranda LR, Galato D. Awareness, consumption and access to emergency contraception among female university students in the south of the State of Santa Catarina. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2397-404.
10. Adhikari R. Factors affecting awareness of emergency contraception among college students in Kathmandu, Nepal. *BMC Womens Health*. 2009;9:27.
11. Rahman H, Khalda E, Kar S, Kharka L, Bhutia GP. Knowledge of, attitudes toward, and barriers to the practice of emergency contraception among women in Sikkim, India. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 Aug;122(2):99-103.
12. Abdulghani HM, Karim SI, Irfan F. Emergency contraception: knowledge and attitudes of family physicians of a teaching hospital, Karachi, Pakistan. *J Health Popul Nutr*. 2009 Jun;27(3):339-44.
13. Aitken RJ, Baker MA, Doncel GF, Matzuk MM, Mauck CK, Harper MJ. As the world grows: contraception in the 21st century. *J Clin Invest*. 2008 Apr;118(4):1330-43.
14. BRASIL. *Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. 2011.
15. BRASIL. *Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica*. 2010.
16. van Eijk AM, Lindblade KA, Odhiambo F, Peterson E, Sikuku E, Ayisi JG, et al. Reproductive health issues in rural Western Kenya. *Reprod Health*. 2008;5:1.
17. Espinos-Gomez JJ, Senosiain R, Mata A, Vanrell C, Bassas L, Calaf J. What is the seminal exposition among women requiring emergency contraception? A prospective, observational comparative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007 Mar;131(1):57-60.
18. Creanga AA, Schwandt HM, Danso KA, Tsui AO. Knowledge about emergency contraception among family-planning providers in urban Ghana. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011 Jul;114(1):64-8.

19. Mir AS, Malik R. Emergency contraceptive pills: Exploring the knowledge and attitudes of community health workers in a developing Muslim country. *N Am J Med Sci.* 2010 Aug;2(8):359-64.
20. Tesfaye T, Tilahun T, Girma E. Knowledge, attitude and practice of emergency contraceptive among women who seek abortion care at Jimma University specialized hospital, southwest Ethiopia. *BMC Womens Health.* 2012;12:3.
21. Attahir A, Sufiyan MB, Abdulkadir A, Haruna MK. Knowledge, perception and practice of emergency contraception among female adolescent hawkers in Rigasa suburban community of Kudana State Nigeria. *Journal of Family and Reproductive Health.* 2010;4(6):15.
22. Akani C, Enyindah C, Babatunde S. Emergency contraception: knowledge and perception of female undergraduates in the niger delta of Nigeria. *Ghana Med J.* 2008 Jun;42(2):68-70.
23. Conard LA, Gold MA. Emergency contraceptive pills: a review of the recent literature. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2004 Oct;16(5):389-95.
24. Silva FC, Vitalle MS, Maranhao Hde S, Canuto MH, Pires MM, Fisberg M. [Regional differences in knowledge, attitudes, and practice in emergency contraceptive use among health sciences university students in Brazil]. *Cad Saude Publica.* 2010 Sep;26(9):1821-31.
25. Castro JF, Rodrigues VMCP. Adolescents knowledge and attitudes regarding emergency contraception. *Revista da Escola de Enfermagem - USP.* 2009;43(4):884-9.
26. Belzer M, Sanchez K, Olson J, Jacobs AM, Tucker D. Advance supply of emergency contraception: a randomized trial in adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2005 Oct;18(5):347-54.
27. Leyva-Lopez A, Chavez-Ayala R, Atienzo EE, Allen-Leigh B, Ramirez-Villalobos D, Yunes-Diaz E, et al. [Emergency contraception in Mexican students]. *Salud Publica Mex.* 2010 Mar-Apr;52(2):156-64.
28. Bataglião EML, Mamede FV. Conhecimento e utilização da contracepção de emergência por acadêmicos de enfermagem. *Revista Escola Anna Nery.* 2011;15(2):284-90.
29. Ahmed FA, Moussa KM, Petterson KO, Asamoah BO. Assessing knowledge, attitude, and practice of emergency contraception: a cross-sectional study among Ethiopian undergraduate female students. *BMC Public Health.* 2012;12:110.
30. Vahratian A, Patel DA, Wolff K, Xu X. College students' perceptions of emergency contraception provision. *J Womens Health (Larchmt).* 2008 Jan-Feb;17(1):103-11.

Legends

Table 1 – Population profile

Figure 1 – Years of school and regular use of oral contraceptives.

Figure 2 - Level of knowledge about emergency contraception.

Figure 3 - Maximum time for use of emergency contraception.

Figure 4 - Educational level vs. knowledge about correct use of emergency contraception.

Tabela 1

Population profile

Variables (n=316)	Medium (±SD)	%
Age in years	31,84 (±8,0)	
Age of menarche	12,80 (±1,49)	
Age of initiation of sexual intercourse	17,60 (±3,63)	
Years of school	12,82 (±3,57)	
Level of Schooling		
Incomplete Elementary School		27,22%
Complete Elementary School		1,9%
Incomplete Secondary School		15,51%
Complete Secondary School		46,84%
Undergraduate		4,75%
Graduate		3.80%
Number of partners		
Number of partners	3,88 (±3,27)	
Number of pregnancies	1,92 (±1,54)	
Number of planned pregnancies	0,20 (±0,69)	
Number of unplanned pregnancies	1,72 (±1,61)	
Contraceptive in use (n = 316)		
None		12,30%
Oral contraceptive		36,70%
Condom		19,60%
IUD		2,2%
Injectable		27,80%
Interrupted coitus		1,00%
Systematic use of the contraceptive method (n = 274)		
Regular - always		78,70%
Irregular - most of the times - 80%		7.40%
Irregular - with frequency - 60%		7,40%
Irregular - sporadic - 30% ou menos		6,50%
Systematic of the condom use concomitant (n = 58)		
Regular		36,21%
Irregular		63,79%
From your point of view, you were sufficiently informed about the use of contraception (n = 315)		
Yes		52,85%
No		31,65%
Yes, not enough		15,50%

Figure 1 - Years of school and regular use of oral contraceptives.

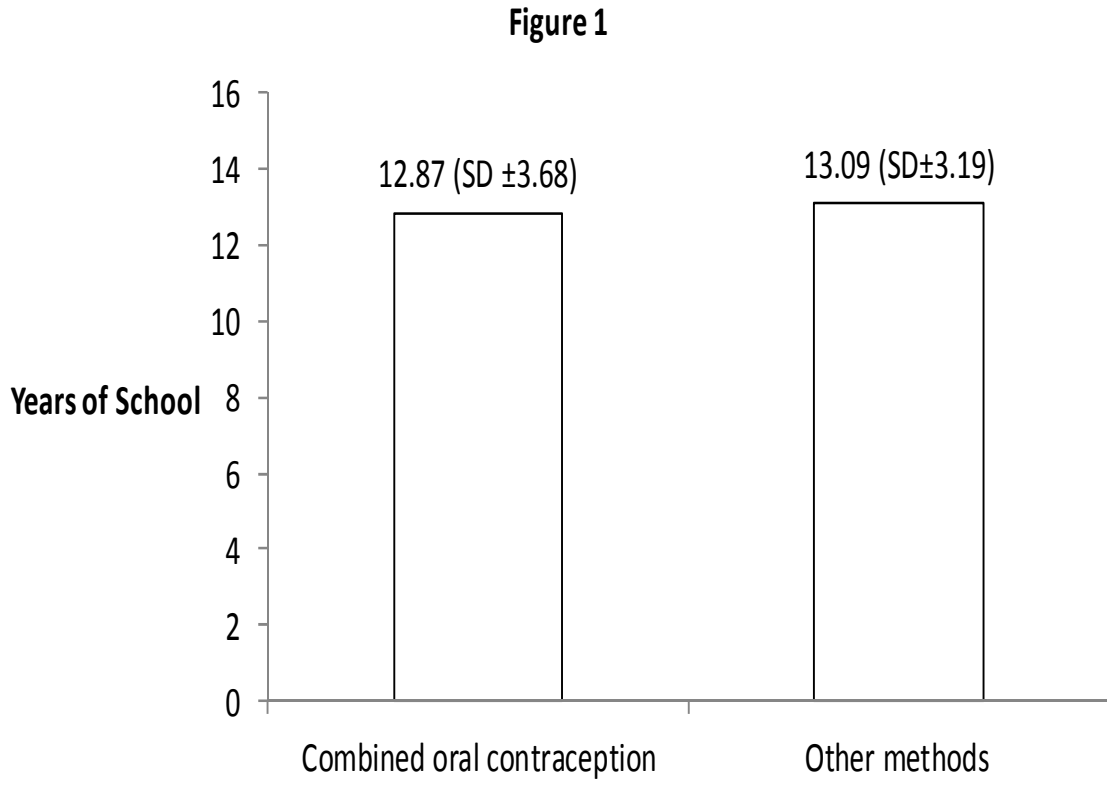


Figure 2 - Level of knowledge about emergency contraception

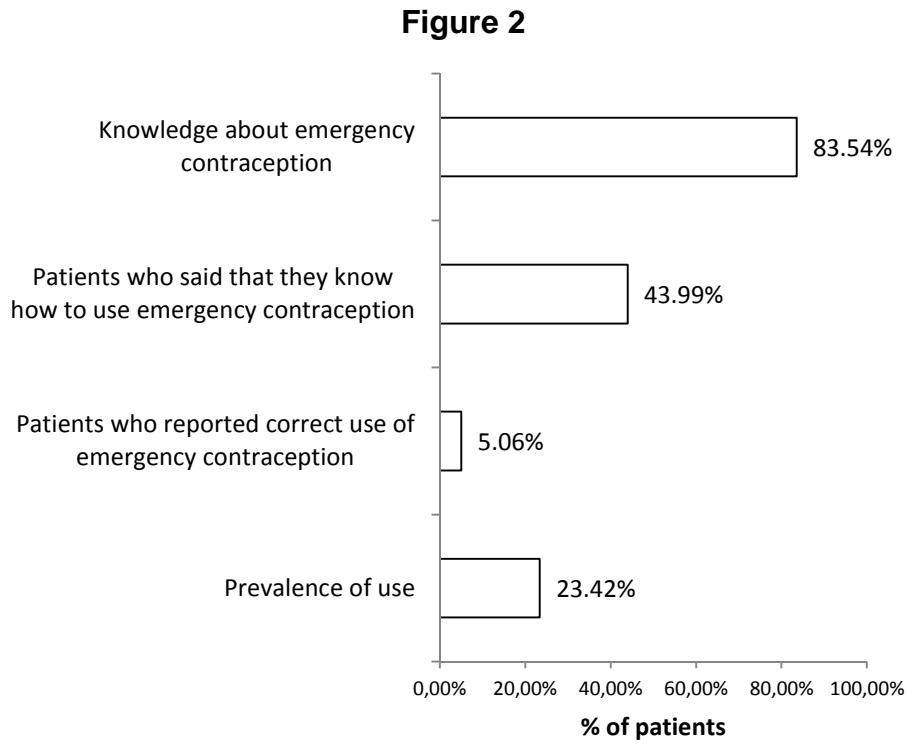


Figure 3 - Maximum time for use of emergency contraception

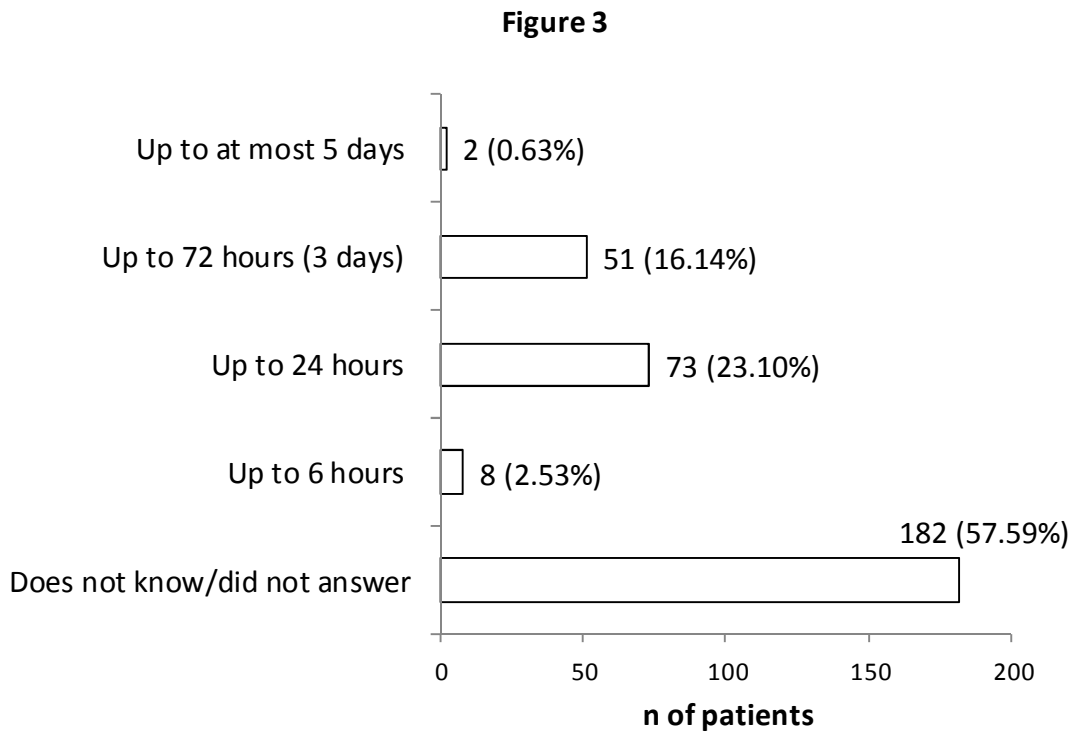
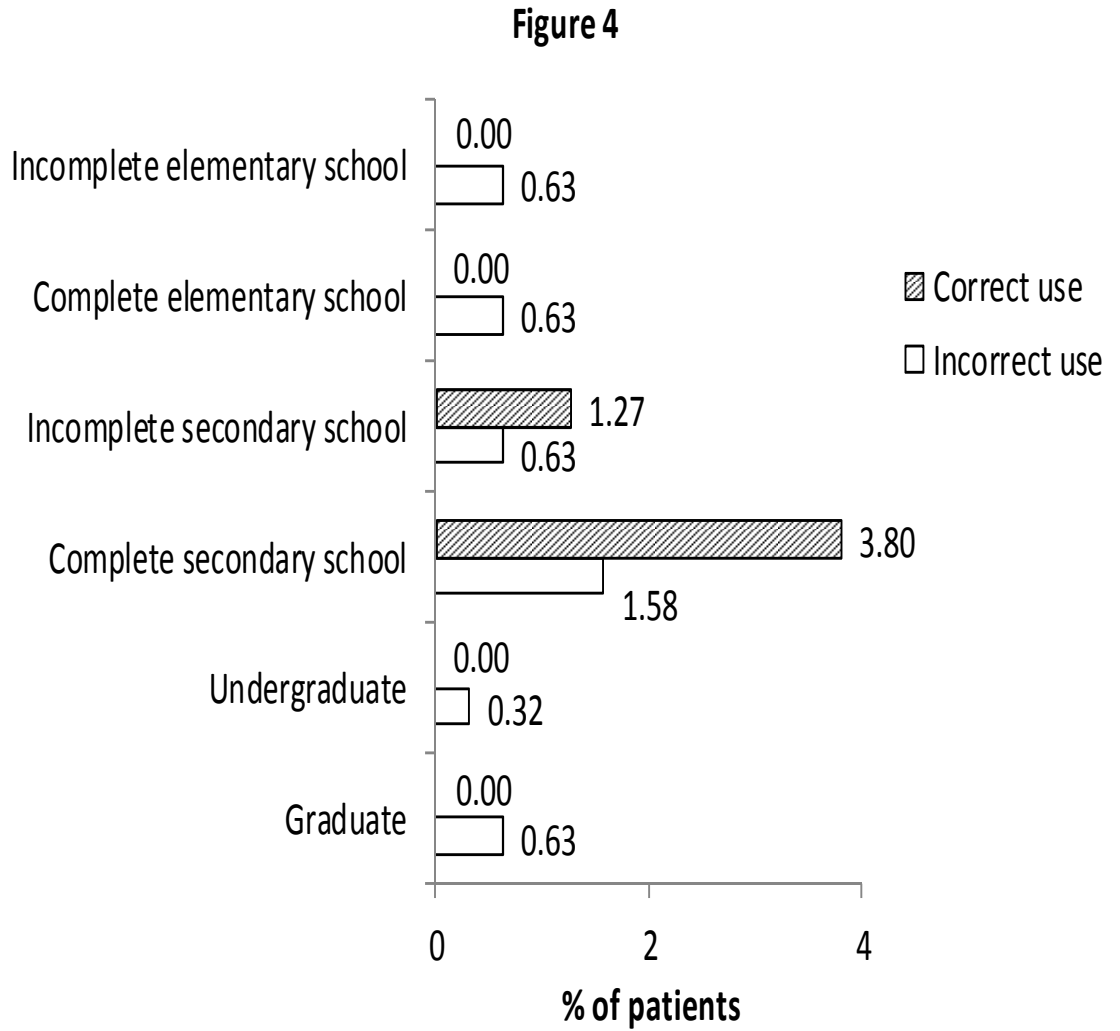


Figure 4 - Educational level vs. knowledge about correct use of emergency contraception



Chi-square test, $p = 0.063$.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mulheres atendidas nos Ambulatórios de Ginecologia do Hospital da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará, demonstraram ter elevado conhecimento sobre e prevalência de uso da contracepção de emergência. Contudo, através de análise mais detalhada, observa-se que possuem conhecimento limitado sobre a janela de tempo e possibilidade de uso do método até o quinto dia pós o intercurso sexual desprotegido, o que pode ter funcionado como fator de maior vulnerabilidade, em várias situações.

Talvez possamos, de maneira figurada, sugerir a existência da “síndrome do desconhecimento” sobre a contracepção de emergência, uma vez que fatores diferentes podem contribuir para o conhecimento fragmentado sobre o mesmo em nossa região e quem sabe no mundo.

É possível que a idade média das pacientes de 31.84 anos, mais elevada que a maioria dos outros estudos se deva ao fato de que a maioria desses foram realizados com populações de adultos jovens e universitários, podendo ter alguma influência acerca do interesse em melhor conhecer a CE e, quem sabe, vir a utilizá-lo, o que nos parece um equívoco, por outro lado, em nossa população, algumas pacientes podem já ter realizado procedimentos cirúrgicos com remoção do útero e/ou esterilização, o que não foi o foco deste estudo, e sim avaliar o conhecimento, mas, pode ter influenciado no interesse individual de cada uma delas assim como nas respostas.

Outro fator de confusão, talvez, tenha sido o período do estudo, considerado parcialmente de férias escolares com intensa migração da população mais jovem

para os interiores, limitando assim, o perfil de atendimento a população de mais idade.

Entretanto, tratando-se de atendimento ambulatorial em unidade terciário, talvez fosse de se esperar que as pacientes encaminhadas possuíssem conhecimento prévio mais específico sobre o método, adquiridos nas unidades básicas de saúde, mas nos parece que isso não estaria acontecendo.

Condições geográficas e socioculturais podem estar influenciando no acesso à informação sobre o método, associadas ao baixo interesse dos profissionais e dos serviços médicos em promover espontaneamente a informação, deixando de divulgar a opção e a disponibilidade do mesmo as pacientes.

Muitas dessas pacientes são moradoras de ilhas situadas na grande Belém, capital do estado do Pará, que dependem do ritmo das marés para seus deslocamentos, muitas vezes com abastecimento e suporte inadequado de atendimento de saúde.

Outra questão a ser levantada seria a falta de conhecimento suficiente dos mecanismos de dispensação ou a não existência do método nos serviços correspondentes, uma vez que, até a conclusão desta pesquisa, só era realizada sistematicamente, em serviço de atenção e proteção a vítima de violência.

Fato preocupante foi o pouco interesse por parte dos profissionais de saúde em informar deliberadamente sobre a existência, disponibilidade e acesso ao método, mesmo no ambulatório de planejamento familiar, o que pode ser um reflexo da formação do profissional e da falta de atenção por parte dos gestores nas diferentes esferas da saúde.

É possível sugerir que profissionais de saúde deveriam ser mais bem formados e informados sobre questões que influenciam diretamente na qualidade de vida da população; que as universidades deveriam estar mais preparadas e adaptadas às realidades regionais, sobretudo no combate a questões que possam contribuir com agravamento da miséria social da população; que o conhecimento da contracepção de emergência deveria fazer parte dos indicadores sociodemográficos de desenvolvimento humano e de qualidade de vida, uma vez que poderia contribuir para diminuição de inúmeros agravos relacionados à gestação indesejada, prática clandestina de abortos e mortalidade materno infantil.

É importante compreender melhor as razões porque este método, contracepção de emergência, fácil de ser utilizado e com resultados impactantes na saúde da mulher, ainda não está acessível e não é utilizado em ambulatórios de atenção básica, cenário de atendimento de maior contingente de mulheres jovens. Para isto, outros estudos precisam ser realizados.