

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

PERGUNTAS E RESPOSTAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 3

BRASÍLIA - DF
2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

PERGUNTAS E RESPOSTAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Série F. Comunicação e Educação em Saúde
Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 3

Brasília - DF
2005

© 2005. Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pela cessão dos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Área Técnica.

Série F. Comunicação e Educação em Saúde
Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 3

Tiragem: 1ª edição - 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde da Mulher

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6º Andar, Sala 629

CEP: 70058-900 – Brasília - DF

Tel.: (61) 315 2933 – Fax: (61) 322 3912

E-mail: saude.mulher@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br>

Elaboração:

Jefferson Drezett Ferreira - Membro do Comitê Assessor do Consórcio Latino-americano de Anticoncepção de Emergência. Consultor da Área Técnica Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Membro da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana.

Colaboração:

Iolanda Vaz Guimarães

Isa Paula Hamouche Abreu

Ivone Peixoto Gonçalves de Oliveira

Juliana Monti Maifrino

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

20 p. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 3)

ISBN 85-334-0875-7

1. Anticoncepção. 2. Saúde da mulher. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. II. Título. III. Série.

NLM WP 630

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0153

Titulos para indexação:

Em inglês: Emergency Contraception. Questions and Answers for Health Professionals.

Em espanhol: Anticoncepción de Emergencia. Preguntas y Respuestas para Profesionales de Salud.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
PERGUNTAS E RESPOSTAS	7
1. O que é Anticoncepção de Emergência?	7
2. Evitar a gestação após a relação sexual é um método novo?	7
3. Em quais situações a Anticoncepção de Emergência está indicada?	7
4. Por que a Anticoncepção de Emergência é importante?	8
5. Como é feita a Anticoncepção de Emergência?	8
6. Existem diferenças a considerar na escolha do método Yuzpe ou do levonorgestrel?	9
7. A Anticoncepção de Emergência é eficaz? Qual o risco de falha?	9
8. Quais são os efeitos colaterais da Anticoncepção de Emergência?	10
9. Como proceder se o vômito ocorrer nas primeiras horas após o uso da Anticoncepção de Emergência?	10
10. A Anticoncepção de Emergência produz efeitos ou complicações para a menstruação?	10
11. Existem contra-indicações para a Anticoncepção de Emergência?	11
12. Por que a Anticoncepção de Emergência é considerada tão segura para a mulher?	11
13. Nos casos de falha da Anticoncepção de Emergência ou de uso acidental durante a gestação, que riscos ela oferece para o feto?	11
14. Se a mulher apresenta atraso menstrual, mas não tem diagnóstico laboratorial de certeza de gravidez, e mesmo assim necessitar usar a Anticoncepção de Emergência, o que deve ser feito? ..	12
15. Qual o mecanismo de ação da Anticoncepção de Emergência?	12
16. A Anticoncepção de Emergência pode atuar como método abortivo?	13
17. Existem riscos de a Anticoncepção de Emergência ser usada de forma abusiva ou descontrolada? Isso não aumentaria os riscos para as DST/HIV?	14
18. E quanto aos adolescentes? Não há maior risco de substituição do preservativo pela Anticoncepção de Emergência?	14
19. O profissional que prescreve a Anticoncepção de Emergência para a adolescente pode estar fazendo um ato ilegal ou antiético?	15
20. Há contra-indicação para a Anticoncepção de Emergência em adolescentes?	16
21. Qual a diferença entre fecundação e concepção?	16
22. Por que, mesmo frente a esses conceitos, se observam resistências para o uso da Anticoncepção de Emergência?	17
23. A Anticoncepção de Emergência está normatizada e regulamentada para uso no Brasil?	17
24. Como fazer aconselhamento em Anticoncepção de Emergência? Quais pontos são importantes?	18
25. Que papel cabe aos setores públicos com relação à Anticoncepção de Emergência?	18
NOTAS	19

O Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM), estabeleceu em sua Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Plano de Ação 2004-2007, o objetivo geral de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso a meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

Para viabilizar as ações contidas neste Plano, a ATSM vem investindo em várias estratégias, entre elas, algumas publicações respaldadas em recentes pesquisas científicas, sempre com intuito de preencher lacunas de conhecimentos que, em inúmeras situações, são verdadeiros entraves para que mulheres e adolescentes tenham suas demandas atendidas de forma digna.

A Série *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos* é resultado de um compromisso que objetiva contribuir para a formação de profissionais de saúde, uma vez que são esses alguns dos principais atores envolvidos na mudança da qualidade da atenção prestada às mulheres em situação de violência.

Neste documento, tratamos do tema *Anticoncepção de Emergência*, na forma de perguntas e respostas para as questões mais frequentes no cotidiano destes profissionais que possuem a missão de garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e adolescentes atendidas em seus serviços.

Acreditamos que este Manual poderá servir como instrumento na condução da tarefa de se prestar atenção integral à saúde da mulher e da adolescente exposta a relação sexual eventualmente desprotegida, abrangendo tanto a prevenção de gestação indesejada, como também conseqüente ocorrência de abortamento inseguro.

**Área Técnica de Saúde da Mulher
Ministério da Saúde**

PERGUNTAS E RESPOSTAS

1. O que é Anticoncepção de Emergência?

R: A maioria dos métodos anticonceptivos atua de forma a prevenir a gravidez **antes** ou **durante** a relação sexual. A **Anticoncepção de Emergência (AE)** é um método anticonceptivo que pode evitar a gravidez **após** a relação sexual. O método, também conhecido por “pílula do dia seguinte”, utiliza compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo, nos dias seguintes da relação sexual. Diferente de outros métodos anticonceptivos, a AE tem indicação reservada a situações especiais ou de exceção, com o objetivo de prevenir gravidez inoportuna ou indesejada^{2, 16, 57}.

2. Evitar a gestação após a relação sexual é um método novo?

R: Tentar prevenir a gestação após uma relação sexual não esperada ou desprotegida não é idéia exatamente nova. Desde o período dos hebreus, são descritas superstições, crenças e magias usadas com esse propósito. Este anseio humano também fez que métodos precários e ineficazes se tornassem populares e difundidos por muito tempo, a exemplo do que se passou com as duchas vaginais pós-coito¹⁶. Enquanto método anticonceptivo científico e aceitável, a AE é algo relativamente recente. Embora as primeiras investigações com hormônios sexuais para essa finalidade tenham cerca de três décadas, apenas nos últimos anos a AE passou a despertar maior interesse médico e ganhou difusão entre o público em geral²³.

3. Em quais situações a Anticoncepção de Emergência está indicada?

R: As indicações da AE são reservadas a situações especiais e excepcionais. O objetivo da AE é prevenir gravidez inoportuna ou indesejada após relação que, por alguma razão, foi desprotegida. Entre as principais indicações de AE, está relação sexual sem uso de método anticonceptivo, falha conhecida ou presumida do método em uso de rotina, uso inadequado do anticonceptivo e abuso sexual. Essas situações são freqüentes. Entre as falhas dos anticonceptivos, podem-se citar rompimento do preservativo, algo bastante comum, ou deslocamento do diafragma. Esquecimento prolongado do anticonceptivo oral, atraso na data do injetável mensal, cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência ou interpretação equivocada da temperatura basal são circunstâncias que levam ao uso inadequado do método e expõem ao risco de gravidez. Nos casos de violência sexual, a mulher ou a adolescente é privada da possibilidade de escolha e submetida à gravidez indesejada. O extremo dessa violência é observado em situações de guerra, em que, não raro, a gravidez forçada é usada com a finalidade de eliminação étnica. Menos explícita que outras formas de abuso, a coerção sexual restringe o exercício da sexualidade feminina e permeia o cotidiano de muitos casais. Essas situações constituem exemplos de indicação apropriada da AE, na medida em que todas são condições excepcionais^{13, 26, 41, 57}. **A AE não deve ser usada de forma planejada, previamente programada, ou substituir método anticonceptivo como rotina.**

4. Por que a Anticoncepção de Emergência é importante?

R: Apesar da disponibilidade de métodos anticonceptivos, a incidência da gravidez indesejada ainda é muito elevada em todo o mundo, particularmente em países em desenvolvimento. De fato, na América Latina e no Caribe, estudos revelam que as mulheres têm mais filhos do que desejariam ter²⁷. Primeiro, porque milhões de pessoas têm necessidades não satisfeitas de planejamento familiar, por falta de acesso a métodos anticonceptivos apropriados ou por informação e apoio insuficientes para utilizá-los. No Brasil, esse problema alcança quase 8 milhões de pessoas. Segundo, porque todos os métodos anticonceptivos falham, sem exceção. A Organização Mundial da Saúde estima que, mesmo que todas as mulheres utilizassem métodos anticonceptivos de forma correta e regular, ainda ocorreriam cerca de 6 milhões de gestações inesperadas por falha desses métodos¹³. Em terceiro, as mulheres nem sempre têm relações sexuais voluntárias ou desejadas. A elevada prevalência da violência sexual, a coerção sexual nas relações conjugais e a gravidez forçada são circunstâncias que impedem a livre decisão das mulheres. Estima-se que ocorram, apenas nos EUA, 32 mil gestações por ano decorrente da violência sexual^{11, 13, 41}. Seja qual for o motivo, milhões de gestações ocorrem de forma indesejada e não planejada. Cerca de 25% dessas gestações terminará em abortamento, muitas vezes inseguro, levando quase 67 mil mulheres anualmente à morte^{13, 58}. Outra parte dessas gestações será levada até o termo, com possibilidade de não aceitação da criança, levando a importantes repercussões individuais, familiares e sociais⁴¹. A AE apresenta grande potencial de prevenir a maior parte dessas gestações, evitando imenso sofrimento humano e reduzindo a necessidade de recorrer ao abortamento inseguro.

5. Como é feita a Anticoncepção de Emergência?

R: Há duas formas de oferecer a AE. A primeira, conhecida como regime ou **método de Yuzpe**, utiliza anticonceptivos hormonais orais combinados (AHOC) de uso rotineiro em planejamento familiar e conhecidos como “pílulas anticoncepcionais”. O método de Yuzpe consiste na administração combinada de um estrogênio e um progestágeno sintético, **administrados até cinco dias após a relação sexual desprotegida**. A associação mais estudada, recomendada pela Organização Mundial de Saúde, é a que contém **etinil-estradiol e levonorgestrel**. Para finalidade de AE, é necessária a dose total de 200g de etinil-estradiol e 1mg de levonorgestrel, divididas em duas doses iguais, a cada 12 horas, ou administradas em dose única. Existem no mercado AHOC com 50g de etinil-estradiol e 250g de levonorgestrel por comprimido. Nesse caso, utilizam-se 2 comprimidos a cada 12 horas ou 4 comprimidos em dose única. **Pode-se prescrever evanor® ou neovlar®, 2 comprimidos (12/12 horas) ou 4 comprimidos (dose única)**. Os AHOC com 30g de etinil-estradiol e 150g de levonorgestrel requerem o uso de 4 comprimidos a cada 12 horas ou 8 comprimidos em dose única. **São opções o microvlar® ou nordette®, 4 comprimidos (12/12 horas) ou 8 comprimidos (dose única)**^{1, 2, 10, 19, 59}. A segunda forma de realizar a AE é com o uso de progestágeno isolado, o **levonorgestrel**, na dose total de 1,5mg, dividida em 2 comprimidos iguais de 0,75mg, a cada 12 horas, ou 2 comprimidos de 0,75mg juntos, em dose única. **Como exemplos comerciais, pode-se prescrever postinor-2®, ou norlevo®, ou pilem®, ou pozato®, ou nogravid®, ou poslov®, 1 comprimido a cada 12 horas ou 2 comprimidos em dose única**. Da mesma forma que o método de

Yuzpe, **o levonorgestrel pode ser utilizado até cinco dias da relação sexual desprotegida**^{13, 51, 57}. É importante ressaltar que a administração da AE classicamente é descrita dividindo-se a dose total em duas doses iguais, em intervalos de 12 horas, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72 horas. Contudo, os recentes estudos da Organização Mundial de Saúde oferecem claras evidências de que a dose única de 1,5mg de levonorgestrel é tão eficaz como duas doses de 0,75mg separadas em intervalos de 12 horas. Também evidenciam efeitos protetores até cinco dias após a relação sexual desprotegida, embora com taxas de falha maiores^{51, 57}.

6. Existem diferenças a considerar na escolha do método de Yuzpe ou do levonorgestrel?

R: As indicações do método de Yuzpe e do levonorgestrel são as mesmas para a AE, assim como seu mecanismo de ação. **Mas há evidentes vantagens do levonorgestrel sobre o método de Yuzpe.** Como não contém estrogênios, o método do levonorgestrel está isento de efeitos colaterais e contra-indicações. A frequência e a intensidade dos efeitos secundários da AE são também sensivelmente reduzidas⁴⁵. Outra vantagem do levonorgestrel é não apresentar interação com medicamentos anti-retrovirais. No método de Yuzpe, o etinil-estradiol pode interagir com alguns desses medicamentos e comprometer a eficácia da AE. Essa condição é importante para mulheres soropositivas que usam a AE, ou para mulheres em situação de violência sexual que utilizam, ao mesmo tempo, a AE para evitar a gravidez por estupro e os anti-retrovirais para a profilaxia da infecção pelo HIV^{11, 14, 30, 21}. Além disso, o método de Yuzpe apresenta certas limitações em algumas situações clínicas em que o estrogênio é desaconselhável, classificadas na **categoria 2** pela Organização Mundial de Saúde. Estas limitações não ocorrem com o levonorgestrel, indicado em substituição ao método de Yuzpe nessas circunstâncias. Mas o argumento fundamental para a escolha do levonorgestrel é a sua maior efetividade na prevenção da gravidez, conforme será descrito adiante. De maneira geral, o levonorgestrel deve ser preferido ao método de Yuzpe, sempre que possível e disponível^{11, 14, 30, 57}.

7. A Anticoncepção de Emergência é eficaz? Qual o risco de falha?

R: Pode-se mensurar a efetividade da AE por duas formas diferentes. A primeira, denominada **Índice de Pearl** (ou Índice de Falha), calcula número de gestações por 100 mulheres que utilizam o método no período de um ano. Estima-se que este índice seja de cerca de 2%, em média, para a AE. A segunda forma mede a eficiência da AE pelo **Índice de Efetividade**, que calcula o número de gestações prevenidas por cada relação sexual^{48, 49}. A AE apresenta, em média, Índice de Efetividade de 75%. Significa dizer que ela pode evitar três de cada quatro gestações que ocorreriam após uma relação sexual desprotegida^{45, 34}. No entanto, a eficácia da AE pode variar de forma importante em função do tempo entre a relação sexual e sua administração. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o método de Yuzpe apresenta taxas de falha de 2% entre 0 e 24 horas, de 4,1% entre 25 e 48 horas e de 4,7% entre 49 e 72 horas. Para os mesmos períodos de tempo, as taxas de falha do levonorgestrel são expressivamente menores, 0,4%, 1,2% e 2,7%, respectivamente. Na média dos três primeiros dias, a taxa é de 3,2% para o método de Yuzpe e de 1,1% para o levonorgestrel⁵⁷. Entre o 4º e o 5º dia, seguramente a taxa de falha da AE é mais elevada. No entanto, cabe

considerar que a taxa de falha do levonorgestrel, mesmo utilizado entre o 4º e o 5º dia (2,7%), é menor que a taxa média de falha do método de Yuzpe entre 0 e 3 dias (3,2%)^{51, 57}. Essas observações fundamentam a recente recomendação de utilizar a AE até o 5º dia da relação sexual desprotegida. Outro dado importante é a constatação de que a administração do levonorgestrel, em dose única ou a cada 12 horas, apresenta eficácia semelhante para prevenir a gestação⁵¹. No entanto, é necessário lembrar que o uso repetitivo ou freqüente da AE compromete sua eficácia, que será sempre menor do que aquela obtida com o uso regular do método anticonceptivo de rotina. Em suma, os resultados sobre eficácia são absolutamente claros para que se afirme que a AE deva ser administrada tão **rápido quanto possível e, preferentemente, em dose única dentro dos cinco dias que sucedem a relação sexual**.

8. Quais são os efeitos colaterais da Anticoncepção de Emergência?

R: Os efeitos secundários mais freqüentes para as mulheres que usam a AE são náuseas, em 40 a 50% dos casos, e vômito, em 15 a 20%^{17, 45, 50, 52}. Esses efeitos podem ser minimizados com o uso de antieméticos cerca de uma hora antes da tomada da AE. Mas não está claro que se consiga reduzir a incidência de náuseas e vômitos associando a AE com alimentos³⁸. Outros efeitos secundários podem ocorrer, embora com menor freqüência. Cefaléia, dor mamária e vertigens são de curta duração e têm remissão espontânea nas primeiras 24 após o uso da AE. De modo geral, a AE é bem tolerada pela maioria das mulheres e, excepcionalmente, ocorrem efeitos indesejáveis mais intensos ou severos^{41, 57}.

9. Como proceder se o vômito ocorrer nas primeiras horas após o uso da Anticoncepção de Emergência?

R: Se o vômito ocorrer nas primeiras uma a duas horas após a administração da AE, **recomenda-se que a dose seja repetida**. Caso o vômito ocorra novamente e dentro do mesmo prazo, recomenda-se que a administração da AE seja feita por via vaginal. A absorção da AE pelo epitélio da vagina oferece níveis semelhantes aos da absorção pela via oral, tanto para o levonorgestrel, como para o método de Yuzpe^{7, 41}. Mulheres com história recorrente de vômitos com o uso da AE podem ser orientadas a escolher, primariamente, a via vaginal em eventual uso futuro¹¹.

10. A Anticoncepção de Emergência produz efeitos ou complicações para a menstruação?

R: A maioria das usuárias da AE experimenta pouca ou nenhuma alteração significativa no ciclo menstrual e é importante que se esclareça que ela não provoca **sangramento imediato após o seu uso**⁴¹. A Organização Mundial de Saúde afirma que 57% das mulheres que usam a AE terão a menstruação seguinte ocorrendo dentro do período esperado, sem atrasos ou antecipações. Em 15% dos casos, a menstruação poderá atrasar até sete dias e, em outros 13%, pouco mais de sete dias⁴⁵. A antecipação da menstruação, menor que sete dias, ocorre em apenas 15% dos casos. Essas modificações são autolimitadas, têm remissão espontânea e, geralmente, são bem toleradas pela mulher. No entanto, o uso repetitivo ou freqüente da AE pode acentuar esses transtornos menstruais e dificultar o reconhecimento das fases do ciclo e do período de fertilidade⁴¹. As

modificações eventuais do ciclo menstrual, embora sejam indesejáveis, não são condições exclusivas da AE. Injetáveis trimestrais, DIU de cobre ou implantes anticoncepcionais também podem induzir a um sangramento irregular, muitas vezes mais intenso e persistente do que o produzido pela AE. Não há evidências científicas para que se levante barreiras para a administração da AE, temendo por efeitos danosos para o ciclo menstrual. A afirmação pode ser aplicada, com a mesma segurança, para o uso da AE entre adolescentes^{10, 41}.

11. Existem contra-indicações para a Anticoncepção de Emergência?

R: A única contra-indicação absoluta para a AE, **categoria 4** da Organização Mundial da Saúde, é a **gravidez confirmada**. Excetuando-se esta condição, todas as mulheres podem usar o método com segurança, mesmo aquelas que, habitualmente, tenham contra-indicações ao uso de anticoncepcionais hormonais combinados⁵². Mulheres com antecedentes de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa ou diabetes com complicações vasculares, são classificadas na **categoria 2** da Organização Mundial da Saúde, que recomenda precauções^{7, 56}. Nesses casos, a AE pode ser realizada, preferentemente, **substituindo-se o método de Yuzpe pelo levonorgestrel**.

12. Por que a Anticoncepção de Emergência é considerada tão segura para a mulher?

R: A elevada segurança da AE explica-se pelo **tempo muito curto de tratamento** e pela **baixa dose total administrada**. No caso do método de Yuzpe, a dose utilizada é cerca de 35% da dose total de uma caixa de qualquer anticoncepcional de baixa dosagem disponível no mercado. Além disso, muitos estudos clínicos e epidemiológicos têm verificado raros efeitos adversos severos, confirmando a segurança da AE. Mesmo para eventos mais graves, como o tromboembolismo e o acidente vascular, as investigações têm encontrado risco muito pequeno relacionado ao uso da AE. Além disso, os riscos verificados foram significativamente menores entre usuárias da AE, quando comparados com os riscos entre usuárias de anticoncepcionais hormonais combinados de rotina^{17, 45, 57}. De todo modo, as poucas condições que representam contra-indicação ou precaução para o uso da AE podem ser descartadas com facilidade durante a entrevista com a mulher. Portanto, a prescrição da AE não deveria estar condicionada a exames médicos ou complementares desnecessários⁵³.

13. Nos casos de falha da Anticoncepção de Emergência ou de uso acidental durante a gestação, que riscos ela oferece para o feto?

R: Embora a AE não tenha nenhuma indicação durante a gravidez, é possível que ela seja usada de forma acidental ou inadvertida na gestante, inclusive durante o primeiro trimestre de gestação. Além disso, como ocorre com todos os métodos anticoncepcionais, a AE certamente falhará em um certo percentual de casos. Ainda que as duas circunstâncias exponham a gestação de maneiras muito diferentes aos compostos da AE, não há registro de efeitos teratogênicos em ambos os casos. Na primeira hipótese, não existem evidências epidemiológicas de que mulheres expostas acidentalmente a anticoncepcionais hormonais combinados, durante a fase inicial da gravidez, apresentem maior incidência de anomalias fetais. No caso da AE, utilizam-se os mesmos princípios

ativos desses anticoncepcionais, porém, em doses menores e por menos tempo^{4, 42, 56}. Na segunda hipótese de falha da AE, deve-se considerar que o tratamento é administrado muito antes do início da organogênese, fase do desenvolvimento fetal de maior vulnerabilidade à ação de agentes teratogênicos. Nesses casos, os estudos clínicos têm comprovado a segurança da AE, não registrando maior incidência de anomalias fetais^{4, 37, 42}.

14. Se a mulher apresenta atraso menstrual, mas não tem diagnóstico laboratorial de certeza de gravidez, e mesmo assim necessitar usar a Anticoncepção de Emergência, o que deve ser feito?

R: Em situações de atraso menstrual, em que a gravidez é suspeita, mas não confirmada, a AE não está totalmente contra-indicada. Nesses casos, os mesmos cuidados devem ser tomados, evitando-se o método de Yuzpe e optando-se pelo **levonorgestrel**. Não se recomenda que a decisão de uso da AE seja condicionada a testes laboratoriais de gravidez, exceto quando estes estiverem disponíveis e oferecerem resultado em curto intervalo de tempo^{10, 41, 56}.

15. Qual o mecanismo de ação da Anticoncepção de Emergência?

R: O mecanismo de ação da AE é ponto de muito interesse tanto de usuárias, como de provedores de saúde. Embora se acumulem investigações científicas sobre o tema, o conhecimento das mulheres e dos profissionais de saúde ainda é relativamente escasso. Isso colabora para que persistam diversas dúvidas, principalmente sobre o risco de “efeito abortivo”. Portanto, o esclarecimento dos efeitos anticoncepcionais da AE é fundamental. Nesse sentido, é preciso recordar que uma relação sexual só resulta em gravidez se ela ocorrer no dia da ovulação ou nos cinco dias que a precedem. Este período de fertilidade, de seis dias, varia para cada ciclo e para cada mulher, dada a possibilidade da ovulação ocorrer tão cedo como no 10º dia do ciclo menstrual, ou tão tardiamente quanto no 23º. Os espermatozoides, por sua vez, precisam esperar entre um e cinco dias no trato genital feminino, até que se produza a ovulação. E é exatamente nesse espaço de tempo que a AE atua⁴¹. Entretanto, o mecanismo de ação varia bastante conforme o momento do ciclo menstrual em que a AE é administrada. Assim, se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, antes do pico do hormônio luteinizante (LH), a AE altera o desenvolvimento dos folículos, **impedindo a ovulação ou a retardando por vários dias**^{28, 32, 40, 44}. A ovulação pode ser impedida ou retardada em quase 85% dos casos e, nessas circunstâncias, os espermatozoides não terão qualquer oportunidade de contato com o óvulo³. Na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, a AE atua por outros mecanismos. Nesses casos, a AE **altera o transporte dos espermatozoides e do óvulo nas trompas**. O mais importante é que a AE **modifica o muco cervical**, tornando-o espesso e hostil, impedindo ou dificultando a migração dos espermatozoides do trato genital feminino até as trompas, em direção ao óvulo. Além disso, a AE **interfere na capacitação dos espermatozoides**, processo fundamental para a fecundação. Por meio de um ou mais desses mecanismos é que a AE **impede a fecundação**. Significa afirmar que a AE **impede o encontro entre o óvulo e os espermatozoides**^{8, 20, 32}. De toda forma, a eficácia da AE é resultado dos mecanismos de ação descritos que, em conjunto ou isoladamente, **atuam impedindo a fecundação e sempre antes da implantação**. Não há quaisquer evidências científicas de que a AE exerça efeitos após a fecundação ou que implique a eliminação precoce do embrião.

16. A Anticoncepção de Emergência pode atuar como método abortivo?

R: Não existe nenhuma sustentação científica para afirmar que a AE seja método que resulte em aborto, nem mesmo em percentual pequeno de casos. As pesquisas asseguram que os mecanismos de ação da AE evitam ou retardam a ovulação, ou impedem a migração dos espermatozoides. Não há encontro entre os gametas masculino e feminino e, portanto, não ocorre a fecundação. A diminuição progressiva da efetividade da AE, conforme transcorre o tempo a partir da relação sexual, e a incapacidade de produzir sangramento imediato ou em caso de gravidez são demonstrações simples, mas evidentes, de que a AE é capaz de evitar a gravidez, nunca de interrompê-la⁴¹. A AE impede a fecundação e não há indicadores de que ela atue após esse evento. Este fato deveria ser suficiente para estabelecer, claramente, a ausência de efeito abortivo. Apesar disso, conceitos cientificamente incorretos e mitos foram construídos sobre o mecanismo de ação da AE, dando margem a que se levante, equivocadamente, a hipótese de efeito abortivo. Entre os falsos conceitos científicos, o mais comum é acreditar que, nos casos em que ocorreria a fecundação, a gravidez ainda seria evitada por meio de alterações hormonais, conhecidas por efeito luteolítico. O corpo lúteo é a estrutura imediatamente formada no mesmo local em que ocorreu a ovulação. Sua função reside, por um curto período de tempo, na produção hormonal necessária para a continuidade do processo reprodutivo. Diversos estudos demonstram que a AE atua sobre o corpo lúteo, levando a uma situação de deficiência funcional. No entanto, não há evidências de que a disfunção luteolítica interfira no processo de implantação⁴⁵. O conceito cientificamente incorreto reside em acreditar que a fecundação, uma vez não impedida, sofrerá ação luteolítica. Assim, o processo de implantação do blastocisto seria impedido, resultando no “efeito abortivo precoce”. Esse conceito não tem sustentação, por vários motivos. Primeiro, porque os progestágenos sintéticos contidos na AE são semelhantes à progesterona natural, atuando no organismo do mesmo modo que ela. A progesterona, produzida pelo ovário a partir da ovulação ou administrada depois da fecundação, favorece o desenvolvimento e a manutenção da gravidez. Daí vem o seu nome, progesterona, que significa pró-gestação. É fato absolutamente conhecido que a progesterona não apresenta efeito abortivo, mesmo se administrada em altas doses. Pelo contrário, ela é essencial para a gravidez. Tanto que, em casos de ameaça de abortamento espontâneo, em gestações desejadas, é freqüente que se indique progesterona natural para evitar o abortamento. O mesmo procedimento é feito nos casos de reprodução assistida, administrando-se a progesterona, de forma profilática, para aumentar suas chances de sucesso. Além disso, investigações recentes sobre os efeitos pós-ovulatórios da AE não encontram evidências de alterações no endométrio que pudessem interferir no processo da implantação^{8, 33, 39, 44, 46}. Outros estudos, utilizando a AE após o pico de LH e, portanto, após a ovulação, mostram que os níveis circulantes de progesterona também não sofrem modificações. Para completar, a Organização Mundial de Saúde assegura que a disfunção luteolítica produzida pela AE não se diferencia da disfunção luteolítica induzida pela lactação. A amamentação segue como alternativa anticonceptiva natural e tecnicamente válida, sem que se atribua a ela qualquer “efeito abortivo”, devido à possibilidade de disfunção luteolítica⁴⁵. A revisão das pesquisas científicas permite afirmar, sem reserva de dúvida, que a **AE não atua após a fecundação e não impede a implantação, caso a fecundação ocorra**. Por fim, cabe recordar a questão dos mitos, muitas vezes assimilados pelos profissionais de saúde como se fossem verdades, embora sem qualquer fundamentação científica. O mais comum distorce por completo o mecanismo de ação da AE. Segundo o mito, a AE se pautaria em oferecer “altas doses de hormônios” para “espessar o endométrio”. A “interrupção abrupta” desses

hormônios levaria à “eliminação do endométrio” e, junto com ele, “interromperia a implantação recente do embrião”. Este mito, absolutamente inconsistente em cada detalhe, ainda persiste entre algumas usuárias e, lamentavelmente, entre profissionais de saúde¹⁰.

17. Existem riscos de a Anticoncepção de Emergência ser usada de forma abusiva ou descontrolada? Isso não aumentaria os riscos para as DST/HIV?

R: A AE não oferece qualquer proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis (DST) ou contra o vírus da imunodeficiência humana (HIV). É fundamental que essa premissa seja conhecida pelos profissionais de saúde e, principalmente, pelos casais que utilizam a AE. Contudo, este não é problema exclusivo ou específico da AE. Todos os demais métodos anticoncepcionais, com exceção dos preservativos masculino e feminino, enfrentam a mesma limitação e também não protegem contra as DST/HIV. Mesmo assim, todos esses métodos continuam indicados e com critérios bem definidos, sem que se deixe de observar todos os cuidados necessários de aconselhamento para prevenção das DST/HIV. De certa forma, o mesmo ocorre com a AE. Porém, o fato de a AE não proteger a mulher das DST/HIV, evidentemente, desperta a preocupação de provedores e profissionais de saúde. O que se teme, principalmente, é que ocorra o uso abusivo ou indiscriminado do método. Com isso, cogita-se que poderia ocorrer o abandono da camisinha ou a redução expressiva de seu uso, aumentando perigosamente a exposição para as DST/HIV. Essa preocupação, embora legítima, não tem sido confirmada. Em países como Alemanha, Inglaterra, Finlândia e Austrália, investigações consistentes têm demonstrado que as mulheres usam a AE de maneira eventual e responsável, na maioria das vezes dentro de indicações aceitáveis e justificáveis. Não foi constatado qualquer indicador ou tendência de uso abusivo ou descontrolado. O mais importante é que não se observou diminuição significativa do uso de métodos de barreira^{9, 18, 25, 35}. Os resultados sugerem que a AE não induz ou estimula comportamentos de risco para as DST/HIV. Ao contrário, outros estudos indicam que a AE pode aumentar a adesão ao método de barreira, principalmente quando a camisinha é o único anticoncepcivo utilizado pelo casal. Em caso de acidente com o preservativo, como rompimento ou deslocamento, a AE constitui a única e última alternativa para evitar a gravidez. A associação da AE, na ocorrência de falha, oferece segurança adicional e aumenta a confiança dos casais na escolha do preservativo como método anticoncepcivo. Esse aspecto é muito importante. A elevada eficácia do preservativo na prevenção das DST/HIV é indiscutível e todo esforço deve ser feito para promover o seu uso. No entanto, é necessário admitir que a taxa de falha do preservativo, como método anticoncepcivo, varia entre 3% a 14% entre usuárias regulares do método⁵⁸. De forma geral, não há indicadores de que a AE leve a comportamentos de risco, principalmente quando ela é inserida no contexto de políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva que assegurem informação, aconselhamento e seguimento.

18. E quanto aos adolescentes? Não há maior risco de substituição do preservativo pela Anticoncepção de Emergência?

R: Muitos investigadores, nesse sentido, têm avaliado o comportamento dos adolescentes que têm acesso à AE. Os resultados demonstram não haver abandono ou redução do uso do preservativo. Outros estudos mostram que a AE é usada pelos adolescentes que dela

mais necessitam e dentro das indicações recomendadas, sem evidências de uso abusivo. De toda forma, o preservativo continua como método de primeira escolha para adolescentes, baseado na dupla proteção que oferece. No entanto, assim como ocorre entre casais adultos, a possibilidade de acidente com o preservativo deve ser considerada. Nesse caso, há indicadores de que a associação entre preservativo e anticoncepcionais orais, para obter segurança complementar, é mais abandonada ao longo do tempo pelos adolescentes do que a associação entre preservativo e AE^{15, 41, 43}. O preservativo é, indiscutivelmente, a única medida que pode reduzir, simultaneamente, os riscos da gravidez não planejada e das DST/HIV. Contudo, os indicadores epidemiológicos têm demonstrado que a prevalência de uso do preservativo ainda se encontra abaixo do desejado, pelos mais diferentes motivos, principalmente entre jovens. Em consequência, a cada ano ocorrem 15 milhões de nascimentos entre mães adolescentes em todo o mundo. Quase 60% dessas gestações não são planejadas ou não são desejadas. Dos 46 milhões de abortamentos praticados no mundo a cada ano, cerca de 10% são realizados por adolescentes. Quase metade desses abortamentos é realizada em condições inseguras, resultando em 13% das mortes maternas e 25% das causas de infertilidade⁵⁸. Ao mesmo tempo, 7 mil jovens infectam-se a cada dia com o HIV, em todo o mundo. As proporções do problema acentuam-se ao considerar que os adolescentes representam 20% da população mundial e que 85% deles vivem em países em desenvolvimento. Os dados apontam a coexistência de duplo risco para a saúde reprodutiva do adolescente, na medida em que ambos os fatores, gravidez não planejada e infecção pelo HIV, decorrem da relação sexual desprotegida³⁶. Não há dúvida de que a AE é medida importante, entre tantas necessárias, para reduzir a gravidez e o abortamento na adolescência. Pesquisas em países onde o abortamento é proibido revelam que muitas adolescentes poderiam ter evitado a interrupção da gravidez se conhecessem ou tivessem maior acesso à AE²². Por outro lado, a AE não protege contra os riscos das DST e HIV. Considerando a vulnerabilidade do adolescente, provedores de saúde têm manifestado grande preocupação de que se abandone o preservativo para utilizar a AE, com todas as possíveis consequências.

19. O profissional que prescreve a Anticoncepção de Emergência para a adolescente pode estar fazendo um ato ilegal ou antiético?

R: Não. O profissional de saúde que prescreve método anticonceptivo para a adolescente, incluindo a AE, não fere nenhum princípio ético ou legal. Ao contrário, os profissionais de saúde têm clara responsabilidade com a atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente. A Lei n.º 9.263, de 1996, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, determina que o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Define o planejamento familiar como ações preventivas e educativas, com garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Acrescenta-se que o adolescente tem direito à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcionais, segundo os arts. 11, 102 e 103 do Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente^{5, 12}.

20. Há contra-indicação para a Anticoncepção de Emergência em adolescentes?

R: As contra-indicações para o uso da AE em adolescentes são exatamente as mesmas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde para o uso em mulheres adultas, conforme consta na resposta da pergunta 11. É importante que se esclareça que não existem contra-indicações adicionais ou complementares para o uso da AE nesse grupo etário. Assim, o uso adequado da AE em adolescentes é tão seguro e eficaz, quanto o uso em mulheres adultas^{7, 52, 56}

21. Qual a diferença entre fecundação e concepção?

R: Essa pergunta é fundamental, pois os dois conceitos, fecundação e concepção, embora muito diferentes, são usados equivocadamente como sinônimos. A **fecundação**, também chamada de **fertilização**, refere-se, exclusivamente, ao processo de união dos gametas masculino e feminino, óvulo e espermatozóide. A fecundação tem tempo definido e limitado para ocorrer. Se a relação sexual se der no dia da ovulação, a fusão dos núcleos do óvulo e do espermatozóide demorará entre 12 e 24 horas. Se a relação sexual ocorrer antes da ovulação, os espermatozoides permanecem no trato genital feminino por até cinco dias aguardando a ovulação, migrando gradativamente em direção às trompas. É importante que se esclareça que a fecundação não ocorre imediatamente após a relação sexual. Os poucos espermatozoides que em alguns minutos chegam até a trompa não possuem capacidade de fecundar. A fecundação ocorre na trompa e o transporte do óvulo fecundado ou fertilizado, agora chamado **zigoto**, requer entre cinco e sete dias para chegar até a cavidade uterina. O zigoto, constituído por oito ou dez células, passa por intensa multiplicação celular durante o transporte na trompa. Ao chegar na cavidade uterina, o zigoto tem cerca de 200 células e passa a ser chamado de **blastocisto**. O blastocisto, então, organiza suas células em dois pólos. O primeiro, com cerca de 20 células, dá origem ao embrião (pólo embrionário). O segundo, chamado **trofoblasto**, tem por finalidade a fusão do blastocisto com o tecido endometrial. Este processo de fusão entre o **blastocisto** e o **endométrio** é chamado **implantação** ou **nidação**. A implantação completa-se entre o 11º e o 12º dia após a fecundação, resultando na **concepção**. O conceito de **concepção se aplica ao processo de nidação**. A fecundação ocorre muito antes da implantação ou nidação. Ambos não são sinônimos e não devem ser confundidos^{8, 24, 41, 55}. Somente a partir do momento da concepção é que ocorrerá o desenvolvimento do pólo embrionário do blastocisto, que resultará no **embrião**. Até atingir esse ponto do processo reprodutivo, as taxas de sucesso são baixas. Apenas 50% das relações sexuais em período fértil terminam em fecundação e metade dos zigotos perde-se naturalmente, sem que ocorra a implantação. Essa é uma característica da reprodução da espécie humana, que restringe a possibilidade de gravidez a cerca de 25% em cada mês de tentativa. O conceito de fecundação também não é sinônimo de gravidez. O trofoblasto, na medida em que produz a nidação, secreta o hormônio **gonadotrofina coriônica humana** (HCG), que mantém o organismo materno produzindo progesterona para a continuidade do processo reprodutivo. A possibilidade de detecção do HCG, no sangue ou urina da mulher, constitui a primeira evidência de gravidez. Assim, sob a perspectiva médica e legal, entende-se que **a gravidez se inicia após a implantação**, como sinônimo de **concepção**. Embora não se discuta que a fecundação represente o possível início de nova vida, **a gravidez é um momento específico do processo reprodutivo, que não se inicia na fertilização**. Assim, o Comitê de Ética da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG) definem como **gravidez** o processo

reprodutivo a partir da implantação, mediante “sinais e sintomas presuntivos de gravidez”, como atraso menstrual e provas diagnósticas aceitáveis^{24, 31, 47}. Estes conhecimentos sobre o processo reprodutivo são fundamentais para diferenciar, tecnicamente, conceitos científicos sobre fecundação, concepção, embrião e gravidez, corroborando para afastar a hipótese de efeito abortivo da AE.

22. Por que, mesmo frente a esses conceitos, se observam resistências para o uso da Anticoncepção de Emergência?

R: Desde os primeiros estudos com a AE, vários setores conservadores da sociedade adotaram como “verdade inequívoca” que o método interferiria de alguma maneira na implantação e, portanto, seria abortivo. Desde então, essa posição vem sendo mantida de forma irredutível, mesmo sem nenhuma evidência científica que sustente a hipótese. No decorrer dos anos, acumularam-se evidências científicas de que o mecanismo de ação da AE era limitado a impedir a fecundação. Ao mesmo tempo, estudos consistentes asseguravam não existirem efeitos sobre a implantação. Mesmo assim, a resistência em relação à AE entre os setores conservadores pouco mudou e conceitos e informações continuaram a ser distorcidos, de forma a tentar manipular a opinião pública e os profissionais de saúde. Não obstante, alguns médicos e acadêmicos, que nunca trabalharam com reprodução humana ou anticoncepção, repentinamente tornaram-se especialistas no tema, oferecendo sua “opinião” em declarações públicas, afirmando ou induzindo ao entendimento de que a AE é abortiva. Quase sempre os mesmos que indicam progestágenos para proteger a gravidez. A tendência de simplificação dos fatos, conhecimento incompleto, inexperiência ou irresponsabilidade são explicações possíveis para a atitude dos especialistas improvisados. Não é difícil entender que muitas pessoas, incluindo profissionais de saúde, ainda mantém suspeitas sobre a AE. Ao se defrontarem com as evidências científicas, poderão ter nova convicção. Mas terão de superar outros obstáculos impostos ao método, que restringem lamentavelmente o acesso das mulheres⁸.

23. A Anticoncepção de Emergência está normatizada e regulamentada para uso no Brasil?

R: Entre os muitos organismos internacionais, a AE está aprovada pela Organização Mundial de Saúde, pela *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), pela *Family Health International* (FHI), pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e pelas agências reguladoras da maioria dos países, incluindo a *Food and Drug Administration* (FDA). No Brasil, a AE é medicação aprovada pelos órgãos de vigilância sanitária e disponível, comercialmente, mediante receita médica. Além disso, a AE está incluída pelo Ministério da Saúde nas normas técnicas de Planejamento Familiar (1996) e Violência Sexual (1998). A AE também faz parte das recomendações e orientações da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH)^{29, 30, 31}. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo, no caderno de ética em ginecologia e obstetrícia, assegura que a AE é um direito da mulher. Acrescenta que negar sua prescrição sem justificativa aceitável, mediante suas possíveis e graves conseqüências, constitui infração ética passível das medidas disciplinares pertinentes⁶.

24. Como fazer aconselhamento em Anticoncepção de Emergência? Que pontos são importantes?

R: Vários elementos de educação, informação e apoio devem ser colocados para as usuárias da AE, na forma de aconselhamento para o uso responsável e dentro das recomendações apropriadas. Nesse sentido, profissionais e provedores de saúde deveriam oferecer esclarecimentos para as usuárias da AE que incluíssem os aspectos mais importantes: a) o conceito básico de possibilidade de **evitar a gravidez após a relação sexual**; b) o **prazo de tempo disponível** para iniciar o método; c) o esclarecimento de que o método **não induz a sangramento** após o uso e, portanto, não se aplica a situações de atraso menstrual; d) a informação sobre marcas comerciais disponíveis e forma de uso, em **receita médica** ou **material educativo**; e) a indicação de uma **referência acessível** para obter a prescrição da AE ou tratar eventuais reações adversas; f) a informação de que a AE **não a protegerá nas relações sexuais posteriores**, orientando abstinência ou método de barreira até a próxima menstruação, quando deverá, se indicado, iniciar um método anticonceptivo de rotina; g) a advertência de que a AE **não protege das DST/HIV**; h) o estímulo ao **uso do preservativo como dupla proteção**, sempre que possível e indicado; i) o esclarecimento de que o **uso repetitivo da AE é menos eficiente** que os métodos anticonceptivos de rotina para prevenir a gravidez; j) a informação de que a AE pode **causar efeitos colaterais** e como preceder com seu manejo; k) a informação de que a ausência de contra-indicações **não se aplica para o uso repetitivo do método**. Se utilizada com frequência, a AE apresenta as mesmas contra-indicações de qualquer método anticonceptivo hormonal; e l) a **ausência de efeito abortivo** da AE⁴¹. Essas informações, prestadas de maneira clara e acessível, são fundamentais para a inserção da AE na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos.

25. Que papel cabe aos setores públicos com relação à Anticoncepção de Emergência?

R: Incluir a AE em normas técnicas de atendimento sem dúvida é algo importante. No entanto, os setores públicos deveriam adotar outras medidas que incorporassem a AE dentro dos direitos sexuais e reprodutivos. Todas as mulheres em idade reprodutiva e com risco de gravidez indesejada deveriam ter garantia de acesso à informação e ao uso da AE. Os serviços de saúde, desde a atenção básica, deveriam estar preparados para oferecer resposta a essa demanda. Capacitação de profissionais de saúde para prescrição e aconselhamento, facilitação do acesso aos serviços de saúde e programas de educação e informação para as usuárias são algumas medidas necessárias¹. No entanto, para que a AE diminua a incidência da gravidez indesejada e reduza o abortamento inseguro, é importante que a informação chegue até a mulher antes que ela venha a necessitá-la. No caso dos adolescentes, o conhecimento da AE deveria chegar antes que iniciassem a primeira relação sexual⁴¹. Nos casos de violência sexual, é fundamental que a informação sobre a AE não fique restrita aos serviços de saúde. Os setores da polícia e os departamentos de medicina legal, geralmente envolvidos nas situações de emergência, deveriam informar as mulheres sobre os impactos da violência e referenciá-las para serviços especializados.

1. A ANTICONCEPÇÃO de emergência: um grupo de consulta para seu uso no Brasil. *Femina*, [s.l.], v. 24, n.6, p. 567-569, 1996.
2. BELLAGIO conference on emergency contraception. *Consensus statement on emergency contraception*, [s.l.], v. 52, p. 211-213, 1995.
3. BRACHE, V. et al. Efecto de la administración de levonorgestrel solo como anticoncepción de emergencia sobre la función ovulatoria. *Resúmenes de la XVIII reunión de la asociación latinoamericana de investigadores en reproducción Humana*, Cuba, p. 28-31, 2003.
4. BRACKEN, M. B. Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstet. Gynecol.*, [s.l.], n. 76, p. 552-557, 1990.
5. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Código de ética: resolução CFM nº 1.246. Brasília: Diário Oficial da União, 1988.
6. _____. Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: _____. *Cadernos de ética em ginecologia e obstetria*. 2. ed. São Paulo, 2002. p. 71-78.
7. COUTINHO, E. M. et al. Comparative study on the efficacy and acceptability of two contraceptive pills administered by the vaginal route: an international multicenter clinical trial. *Clin. Pharmacol. Ther.*, [s.l.], v. 1, p. 65-75, 1993.
8. CROXATO, H. La píldora anticonceptiva de emergencia y la generación de un nuevo individuo. *Reflexión y Liberación*, [s.l.], n. 61, p. 33-39, 2004.
9. DELBANCO, S. F. et al. Are we making progress with emergency contraception: recent findings on american adults and health professionals. *J. Am. Med. Assoc.*, [s.l.], v. 53, p. 242-246, 1998. Suppl. 2.
10. DREZETT, J. et al. Contracepção de emergência para mulheres vítimas de estupro. *Rev. Centro Ref.*, [s.l.], v. 2, n. 3, p. 29-33, 1998.
11. _____. Atención a mujeres sobrevivientes de violencia sexual: el rol de los servicios de salud. *Comunicaciones*, v. 10, n. 13, p. 5-18, 2003.
12. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado S.A., 1993.
13. FAUNDES, A.; BRACHE, V.; ALVAREZ, F. Emergency contraception: clinical and ethical aspects. *Gynecol. Obstet.*, [s.l.], n. 82, p. 297-395, 2003.
14. FAUNDES, A.; LEOCADIO, E.; ANDALAF NETO, J. V Fórum de atendimento integral à mulher vítima de violência sexual. *Femina*, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 107-111, 2001.
15. FIGUEIREDO, R. Brasil: uso de anticoncepción de emergencia por jóvenes. *Boletín CLAE*, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 10, 2003.
16. FORMIGA FILHO, J. F. N. Anticoncepção de emergência. *Femina*, [s.l.], 1997, v. 25, n. 4, p. 301-10, 1997.
17. GLASIER, A. Emergency postcoital contraception. *N. Engl. J. Med.*, [s.l.], v. 337, p. 1058-1064, 1997.
18. GLASIER, A.; BAIRD, D. The effects of self-administering emergency contraception. *N. Engl. J. Med.*, [s.l.], v. 339, p. 1-4, 1998.
19. GRIMES, D. A. Emergency contraception: expanding opportunities for primary prevention. *The New England Journal of Medicine*, [s.l.], 1997, v. 337, n. 15, p. 1078-1079, 1997.
20. GROU, F.; RODRIGUES, I. The morning-after pill-how long after? *Am. J. Obstet. Gynecol.*, [s.l.], n. 171, p. 1529-1534, 1994.
21. GUILLEBAUD, J. Time for emergency contraception with levonorgestrel alone. *Lancet*, [s.l.], v. 352, p. 416, 1998.
22. HARPER, C.; ELLERTSON, C. The emergency contraceptive pill: a survey of knowledge and attitudes among students at Princeton University. *Am. J. Obstet. Gynecol.* [s.l.], v. 173, p. 1438-1445, 1995.
23. HATCHER, R. A. *Emergency contraception: the nation's best kept secret*. Decatur G. A.: Bridging the Gap Communications, 1995.
24. HUGHES, E. C. *Committee on terminology, The American College of Obstetricians and Gynecologists, Obstetric-Gynecologic Terminology*. Philadelphia P. A.: F. A. Davis Company, 1972.
25. KOSUNEN, E.; SIHVO, S.; HEMMINSKI, E. Knowledge and use of hormonal emergency contraception in Finland. *Contraception*, [s.l.], v. 55, p. 153-157, 1997.
26. KOZARIC-KOVACIC, D. et al. Rape, torture and traumatization of Bosnian and Croatian women: psychological sequelae. *Am. J. Orthopsychiatry*, [s.l.], v. 65, p. 428-433, 1995.
27. LANGER, A.; ESPINOZA, H. Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. In: RAMOS, S.; GUTIÉRREZ, M. A. *Nuevos desafíos de la responsabilidad política*. Rio de Janeiro: Foro de la Sociedad Civil en las Americas, 2002.
28. LING, W. Y. et al. Mode of action of dlnorgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. *Fertil. Steril.*, [s.l.], v. 32, p. 297-302, 1979.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência ao planejamento familiar*. Brasília, 1996.

30. _____. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília, 2004.
31. CODE of Federal Regulations 45CFR 46. *OPRR Reports: Protection of Human Subjects*, 8 mar., 1983.
32. ORTIZ, M. A.; CROXATO, H. Mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia. *Boletín CLAE*, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 2, 2003.
33. PALOMINO, A. Efecto de levonorgestrel como anticoncepción de emergencia sobre receptores de endometrio durante la ventana de implantación. *Resúmenes de la XVIII reunión de la asociación latinoamericana de investigadores en reproducción Humana*, Cuba, p. 28-31, 2003.
34. PIAGGIO, G. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet*, [s.l.], v. 353, p. 721, 1999.
35. PYETT, P. M. Postcoital contraception: who uses the "morning after pill"? *Aust N. Z. J. Obstet. Gynaecol.*, [s.l.], v. 3, p. 347-350, 1996.
36. RADHAKRISHNA, A.; GRINGLE, R. E.; GREENSLADE, F. C. *Identificando a interseção: adolescência, gravidez não desejada, HIV/Aids e aborto em condições de risco*. Chapel Hill, N. C.: Ipas, 1999.
37. RAMAN-WILMS, L. et al. Fetal genital effects of first-trimester sex hormone exposure: a meta-analysis. *Obstet. Gynecol.*, [s.l.], v. 85, p. 141-149, 1995.
38. RAYMOND, E. et al. *Effectiveness of meclizine in preventing nausea associated with emergency contraceptive pills*. Research Triangle N. C.: Family Health International, 1999.
39. RAYMOND, E. et al. Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Hum. Reprod.*, [s.l.], v. 15, p. 2351-2355, 2000.
40. ROWLANDS, S. et al. A possible mechanism of action of danazol and an ethinylestradiol/norgestrel combination used as postcoital contraceptive agents. *Contraception*, [s.l.], v. 33, p. 539-545, 1986.
41. SCHIAVON, R. et al. Anticoncepción de emergencia: un método simple, seguro, efectivo y económico para prevenir embarazos no deseados. *Resúmenes de la Primera Conferencia del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia*, Quito, 2002.
42. SIMPSON, J. L.; PHILLIPS, O. P. *Spermicides, hormonal contraception and congenital malformations*. Adv. Contracept., [s.l.], 1990, p. 141-167.
43. SOTO, G. M. Servicios amigables para jóvenes. *Boletín CLAE*, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 9-10, 2003.
44. SWAHN, M. L. et al. Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, [s.l.], v. 75, p. 738-744, 1996.
45. TASK FORCE ON POSTOVULATORY METHODS OF FERTILITY REGULATION. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet*, [s.l.], v. 352, p. 428-433, 1998.
46. TASKIN, O. et al. High doses of oral contraceptives do not alter endometrial ± 1 and ± 3 integrins in the late implantation window. *Fertil. Steril.*, [s.l.], v. 61, p. 850-855, 1994.
47. TORRES, J. H. R. Aspectos legais do abortamento. *Jornal da Redesaúde*, [s.l.], v. 18, p. 7-9, 1999.
48. TRUSSELL, J.; ELLERTSON, C.; STEWART, F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Fam. Plann. Perspect.*, [s.l.], v. 28, p. 58-64, 1996.
49. TRUSSELL, J.; RODRÍGUEZ, G.; ELLERTSON, C. New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception*, [s.l.], n. 57, p. 363-369, 1998.
50. VAN LOOK, P. F. A.; STEWART, F. Emergency contraception. In HATCHER, R. A. et al. *Contraceptive Technology*. 17 ed. New York: Ardent Media, 1998.
51. VON HERTZEN, H. et al. Low dose mifepristone and two regimes of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *Lancet*, [s.l.], v. 360, p. 1803-1810, 2002.
52. WEBB, A. Emergency contraception. *Fert. Control. Rev.*, [s.l.], v. 4, p. 3-7, 1995.
53. _____. How safe is the Yuzpe method of emergency contraception. *Fert. Control. Rev.*, [s.l.], v. 4, p. 16-18, 1995.
54. WILCOX, A. J.; WEINBERG, C. R.; BAIRD, D. D. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy and sex of the baby. *N. Engl. J. Med.*, [s.l.], v. 333, p. 1517-1521, 1995.
55. _____. Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. *N. Engl. J. Med.*, v. 340, p. 1796-99, 1999.
56. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Improving access to quality care in family planning medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods*. Geneva, 1996.
57. _____. *Emergency contraception: a guide for service delivery: WHO/FRH7FPP798.19*. Geneva, 1998.
58. _____. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, 2003.
59. YUZPE, A.; PERCIVAL-SMITH, R.; RADEMAKER, A. W. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. *Fertility and Sterility*, [s.l.], 1982.

Impressão

Leograf Gráfica e Editora Ltda.

End.: Rua Benedito Guedes de Oliveira, 587 – Freguesia do Ó - São Paulo - SP – CEP: 02 727-030

Tel.: (11) 3933 3888 – Fax: (11) 3932 1986 – *E-mail*: leograf@leograf.com.br

ISBN 85-334-0875-7



**Disque Saúde
0800 61 1997**

Ministério
da Saúde

