

Anticoncepção de Emergência: Conhecimento, Atitudes E Práticas entre Ginecologistas-Obstetras no Brasil

Por Loren Galvão, Juan Díaz, Margarita Díaz, Maria José Osis, Shelley Clark e Charlotte Ellertson

Contexto: No Brasil, onde a anticoncepção de emergência poderia ter um papel crítico na redução da gravidez não desejada, o governo incluiu este método nas suas normas de planejamento familiar. A sua disponibilidade e provisão, no entanto, são pouco conhecidas.

Métodos: Em 1997, selecionamos aleatoriamente uma amostra de representação nacional, na qual 579 ginecologistas-obstetras brasileiros responderam a uma pesquisa pelo correio sobre anticoncepção de emergência. A informação gerou dados sobre o conhecimento do assunto, e sobre atitudes e práticas referentes à anticoncepção de emergência.

Resultados: Noventa e oito por cento dos entrevistados já tinham ouvido falar sobre a anticoncepção de emergência, mas muitos não tinham conhecimentos específicos sobre o método. Cerca de 30% erroneamente acreditava que a anticoncepção de emergência funcionava como abortífero e 14% erroneamente acreditava que o método era ilegal. Entretanto, 49% dos médicos que acreditavam que o método induz o aborto (que no Brasil é amplamente ilegal), e 46% dos que pensaram que a própria anticoncepção de emergência era ilegal, forneceram o método às clientes. Embora 61% dos entrevistados relataram fornecer anticoncepção de emergência, foi surpreendente que somente 15% desses médicos conseguiram reportar corretamente a marca da pílula que receitaram, a dosagem e o esquema terapêutico, e o momento correto da primeira dosagem.

Conclusões: Atividades educativas concentradas em informação detalhada sobre a prescrição do método e a introdução de um produto específico de anticoncepção de emergência melhorariam muito o acesso das mulheres ao método no Brasil.

Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar, número especial de 2001, 20–23 & 45

Anticoncepção de emergência inclui uma gama de métodos que as mulheres podem usar após uma relação sexual desprotegida para prevenir uma gravidez não desejada. Vários métodos de anticoncepção de emergência são seguros e eficazes, incluindo os anticoncepcionais hormonais combinados, ingeridos em dosagem mais alta do que a usada para anticoncepção de rotina (o método de Yuzpe*) e a inserção de um DIU de cobre.¹ Outro método hormonal de anticoncepção de emergência, o esquema terapêutico exclusivo de levonorgestrel, tem

sido testado amplamente, com resultados excelentes.² Além de prevenir a gravidez, a anticoncepção de emergência pode servir como uma via de acesso aos serviços de saúde e um meio de obter um método anticoncepcional de rotina para as mulheres que o necessitam.³ A Organização Mundial da Saúde recomenda que os serviços de saúde reprodutiva ofereçam anticoncepção de emergência como parte dos seus serviços de rotina.⁴

No Brasil, onde 26% dos partos no início da década de 1990 não eram planejados e 22% não eram desejados,⁵ a anticoncepção de emergência poderia ter um papel importante para evitar a gravidez devido à falha contraceptiva, não uso de anticoncepcionais, falta de conhecimento ou acesso aos mesmos, ou abuso sexual. Poderia, também, reduzir as taxas de aborto em condições de risco. Em 1991, estimou-se que 1,4 milhões de mulheres no Brasil tiveram um aborto e muitos desses procedimentos foram realizados em condições de risco.⁶

Reconhecendo a possível contribuição da anticoncepção de emergência, em março de 1996, o Ministério da Saúde do Brasil organizou uma reunião nacional, em

colaboração com o Population Council, para discutir o assunto. As principais conclusões foram: incluir a anticoncepção de emergência nas normas oficiais de planejamento familiar do Ministério da Saúde; desenvolver atividades educativas e de disseminação para o público em geral e profissionais da saúde; e conduzir pesquisas adicionais sobre o tema no contexto do Brasil.⁷ O esquema terapêutico de Yuzpe de anticoncepção de emergência foi incluído nas normas do programa de planejamento familiar em março de 1997.⁸

Embora um produto específico e exclusivo de levonorgestrel estivesse disponível no Brasil, em julho de 1999, no momento desta pesquisa, só estava disponível o método de Yuzpe. Várias pílulas potencialmente apropriadas para uso como anticoncepção de emergência estão disponíveis no mercado (Tabela 1). Desde que as diferentes marcas contêm dosagens distintas de ingredientes ativos, elas requerem um número diferente de pílulas para estabelecer um esquema terapêutico completo de anticoncepção de emergência, e isso torna o método confuso para as mulheres. Além disso, embora as pílulas estejam disponíveis nas farmácias sem receita médica, os ginecologistas-obstetras têm um papel crítico em informar as suas clientes sobre a anticoncepção de emergência e na educação do público em geral, sobre os esquemas terapêuticos apropriados. É provável que os ginecologistas-obstetras continuem a ter um pa-

*O método de Yuzpe consiste numa combinação de 200 mcg de etinil-estradiol e 1,0 mg de levonorgestrel (ou 2,0 mg de norgestrel), geralmente fornecido como quatro comprimidos de anticoncepcionais orais combinados de estrogênio e progestogênio; duas pílulas são ingeridas dentro de 72 horas após a relação sexual desprotegida e as duas restantes são tomadas 12 horas depois. (Fonte: Ellertson C, History and efficacy of emergency contraception: beyond Coca-Cola, *International Family Planning Perspectives*, 1996, 22(2):52–56.) Quando os tipos exatos de pílulas não estão disponíveis para a preparação do esquema de Yuzpe, os provedores podem substituir com comprimidos que contêm 240 mcg de etinil-estradiol e 1,2 mg de levonorgestrel, administrados em duas dosagens de quatro pílulas cada uma, ingeridas num intervalo de 12 horas. (Fonte: Hatcher R et al., eds., *Contraceptive Technology*, 17th ed., Nova Iorque: Ardent Media, 1998.)

Loren Galvão é associada do Programa de Saúde Reprodutiva e Juan Díaz é assessor médico para a América Latina e Caribe, Population Council, Campinas, Brasil; Margarita Díaz é diretora do Departamento de Educação e Comunicação em Saúde Sexual e Reprodutiva; e Maria José Osis é diretora de pesquisa médica social, Centro de Pesquisas e Controle de Doenças Materno-Infantis, Campinas, Brasil. Shelley Clark é associada do Programa de Saúde Reprodutiva, Population Council, Nova Iorque; e Charlotte Ellertson é diretora de saúde reprodutiva para América Latina e o Caribe, Population Council, Cidade do México. Este estudo foi conduzido com apoio da U.S. Agency for International Development, a William and Flora Hewlett Foundation e o Robert H. Ebert Program. Os autores agradecem a Federação Brasileira de Sociedades das Ginecologia e Obstetria pelo seu apoio logístico na implementação do estudo; a Schering/Brasil, por fornecer o prêmio que foi usado como incentivo para participar na pesquisa; Beverly Winikoff e Martha Brady, pelo apoio técnico durante as etapas de planejamento do estudo; e os participantes da pesquisa.

pel essencial como educadores, mesmo quando um produto específico esteja disponível sem receita médica.

Considerando que os ginecologistas-obstetras têm um papel essencial na disseminação de informação sobre novas tecnologias em saúde reprodutiva e na provisão de métodos de planejamento familiar, participantes da reunião nacional recomendaram a realização de uma pesquisa para avaliar seus conhecimentos, atitudes e práticas em relação à anticoncepção de emergência e para definir as melhores estratégias para melhorar o acesso a esse método.

Metodologia

Em agosto de 1997, realizamos um inquérito, solicitando resposta pelo correio, de membros da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Este estudo fornece uma amostra bastante representativa de todos os ginecologistas-obstetras do Brasil, sendo que mais de dois terços desses médicos são membros da FEBRASGO.

Solicitamos aos médicos informação sobre seus conhecimentos, atitudes e práticas em relação à anticoncepção de emergência através de um questionário estruturado, incluindo perguntas abertas e semi-abertas. Pesquisadores do Population Council do Brasil, em colaboração com o Centro de Saúde Materno-infantil de Campinas (CEMICAMP), prepararam e pré-testaram o questionário. Os resultados do pré-teste não foram incluídos na análise.

Selecionamos aleatoriamente 10% dos membros da FEBRASGO (1.003 médicos) para participar na pesquisa. A FEBRASGO enviou um questionário, pelo correio, a esses médicos, juntamente com uma carta explicando os objetivos da pesquisa e garantindo o sigilo, e um envelope pré-pago para retorno, com a FEBRASGO como destinatária. Utilizamos o método de "total design" para aumentar a taxa de resposta, porque inquéritos pelo correio têm muitas limitações.⁹ Enviamos um segundo questionário, e quando necessário, enviamos um terceiro aos que não responderam. Depois de enviar o terceiro questionário, tentamos contatar os que não responderam por telefone. Além disso, informamos aos participantes em potencial que um prêmio (computador e impressora) seria sorteado no final do estudo.

Pesquisadores responsáveis pela pesquisa revisaram cada questionário, codificaram as perguntas abertas e avaliaram se os questionários haviam sido respondidos com seriedade. Menos de 1% dos questionários preenchidos foram rejeitados. Foi

conduzida entrada dupla de dados, utilizando um programa de SPSSPC-DE. Os dados também foram analisados usando o SPSSPC.

Resultados

Amostra

Recebemos um total de 579 questionários válidos, resultando numa taxa de resposta de 58%.

Quase todos os entrevistados forneceram informação sobre suas características (96% relataram

seu sexo, e pelo menos 98%, todas as outras características). Entre os entrevistados que relataram seu sexo, 63% são homens. Sessenta e quatro por cento dos entrevistados residem na parte sudoeste do país, que é a região mais desenvolvida e mais populosa, e que inclui as maiores cidades, como São Paulo e Rio de Janeiro. Outros 16% residem na região sul, caracterizada por uma população imigrante europeia e indústrias de pequeno porte e fazendas; somente 20% são das regiões de nível sócio-econômico mais baixo e menos populosas do nordeste e centro-norte. A amostra não apresenta viés em relação ao sexo, mas existem diferenças significativas de região entre os que responderam e os que não responderam. Os médicos que não devolveram o questionário tinham menor probabilidade de residir no sudeste (54%), e maior probabilidade de residir nas regiões nordeste e centro-norte (30%).

Um quinto (21%) dos entrevistados tinha menos de 10 anos de experiência profissional, enquanto quase a metade (47%) tinha 11–20 anos; 24% tinha 20–30 anos e 9% tinha acima de 30 anos. Cerca de 56% dos entrevistados residia em capitais de estados, 37% trabalhava em outras cidades ou zonas rurais e 7% trabalhava em ambas, capitais de estado e outras cidades.

Os médicos que responderam ao envio inicial dos questionários tiveram uma probabilidade um pouco maior (estatisticamente significativa) de terem ouvido falar sobre a anticoncepção de emergência, que os solicitados pela terceira vez (98% vs. 92%; $p=,02$). Esta apuração sugere que os nossos resultados podem superestimar o conhecimento dos ginecologistas-obstetras sobre o método.

Conhecimento e atitudes

O conhecimento geral sobre a anticoncepção de emergência foi quase universal; somente 2% dos entrevistados nunca ouvi-

Tabela 1. Características de algumas marcas de anticoncepcionais orais disponíveis no Brasil que podem ser utilizadas como anticoncepção de emergência

Marca (e fabricante)	Pílulas por dosagem	Conteúdo hormonal por dosagem		
		Etinil-estradiol (µg)	Levonorgestrel (µg)	di-norgestrel (µg)
Anfertil (Wyeth-Ayerst)	2	100	0,0	1,0
Primovlar (Schering AG)	2	100	0,0	1,0
Evanor (Wyeth-Ayerst)	2	100	0,5	0,0
Neovlar (Schering AG)	2	100	0,5	0,0
Microvlar (Schering AG)	4	120	0,6	0,0
Nordette (Wyeth-Ayerst)	4	120	0,6	0,0

Nota: O esquema terapêutico completo de anticoncepção de emergência consiste de duas dosagens, ingeridas num intervalo de 12 horas e iniciadas assim que for possível, mas dentro de 72 horas após uma relação sexual desprotegida. *Fonte:* International Planned Parenthood Association (IPPF), *Directory of Hormonal Contraceptives*, 3a Ed., Londres: IPPF, 1996.

ram falar sobre o método. Todos os que responderam e que estavam familiarizados com a anticoncepção de emergência, foram questionados sobre seus conhecimentos sobre o método e atitudes em relação ao uso (Tabela 2, página 22).

Oitenta e oito por cento dos médicos que conheciam a anticoncepção de emergência reportaram que as pílulas combinadas poderiam ser usadas para este fim e 26% confirmaram que a inserção de um DIU, após relações sexuais, podia prevenir a gravidez. As pílulas exclusivamente de estrogênio e progestogênio também foram mencionadas frequentemente (19% e 15%, respectivamente). Uma pequena porcentagem dos entrevistados (4%) mencionou outros métodos, tais como mifepristona e danazol, os quais são menos disponíveis.

A grande maioria dos entrevistados (66%) indicou corretamente que a anticoncepção de emergência previne a gravidez. Quinze por cento, no entanto, incorretamente pensou que induz o aborto. Os entrevistados podiam responder mais de um mecanismo de ação; logo, 15% acreditavam que a anticoncepção de emergência atuava de ambas as formas: prevenia a gravidez e induzia o aborto. Somente 3% relataram não saber como o método funciona.

Embora vários possíveis mecanismos de ação estejam sendo investigados, pesquisas demonstram que a anticoncepção de emergência atua na prevenção da gravidez e não interrompe uma gravidez já estabelecida, definida como o início da implantação pelo National Institutes of Health¹⁰ e o American College of Obstetricians and Gynecologists.¹¹ A capacidade do método de inibir ou postergar a ovulação tem sido demonstrada em vários estudos clínicos¹² e é um mecanismo de ação importante quando a anticoncepção de emergência é usada durante a primeira metade do ciclo menstrual e antes da

Tabela 2. Entre os ginecologistas-obstetras que já ouviram falar sobre a anticoncepção de emergência, porcentagem que conhecem vários aspectos do método, Brasil, 1997 (N=567)

Aspecto	%
Métodos usados como anticoncepção de emergência	
Pílula combinada	87,6
DIU	25,9
Pílula exclusivamente de estrogênio	19,2
Pílula exclusivamente de progestogênio	15,3
Injetável mensal*	3,7
Injetável trimestral*	1,8
Outros	4,4
Nenhum	3,9
Mecanismos de ação	
Previne a gravidez	66,2
Induz aborto	14,8
Previne a gravidez e induz aborto	15,3
Não sabe	3,0
Estado legal	
Legal, não incluído nas normas governamentais de planejamento familiar	37,0
Illegal	14,1
Legal, incluído nas normas governamentais de planejamento familiar	11,6
Não sabe	37,3
Melhores candidatas	
Qualquer mulher que teve relações sexuais desprotegidas	71,3
Adolescentes	46,4
Mulheres que têm relações sexuais pouco frequentes	35,7
Mulheres que são inconsistentes no uso de métodos	26,1
Mulheres com múltiplos parceiros	9,2
Mulheres na peri-menopausa	9,1
Outras	15,5
Situações apropriadas para o uso	
Estupro	91,2
Ruptura da camisinha	82,1
Relações sexuais desprotegidas	75,9
Esquecimento das pílulas	38,0
Atividade sexual pouco freqüente	24,8
Outras	7,4
Nenhuma	3,7

*A eficácia não está comprovada. *Notas:* Os Ns variaram de forma mínima porque nem todos os entrevistados que conheciam a anticoncepção de emergência responderam a todas as perguntas. Para algumas perguntas, os entrevistados podiam indicar mais de uma resposta.

ovulação. Alguns estudos clínicos sugerem que a anticoncepção de emergência pode tornar o endométrio menos receptivo à implantação de um óvulo fertilizado,¹³ embora outros não tenham encontrado nenhum efeito sobre o endométrio.¹⁴ Ainda, a anticoncepção de emergência pode prevenir a gravidez pela interferência na função do corpo lúteo; pelo espessamento do muco cervical; pela alteração do transporte tubário de esperma, óvulo, ou embrião; ou pela inibição direta da fertilização.¹⁵

Muitos entrevistados (37%) não conheciam a situação legal da anticoncepção de emergência no Brasil. Outros 37% acreditavam que era legal, mas não estava incluída nas normas nacionais de planeamen-

to familiar e 14% responderam que o método era ilegal. Somente 12% responderam corretamente que a anticoncepção de emergência era legal e incluída nas normas de planejamento familiar.

Quando solicitados a identificar quais seriam as candidatas apropriadas para anticoncepção de emergência, 71% dos médicos que conheciam o método declararam que deveria ser oferecido a qualquer mulher que tivesse relações sexuais desprotegidas; 46% mencionaram as adolescentes especificamente. Os médicos reportaram que mulheres com relações sexuais pouco frequentes ou que usam anticoncepcionais de maneira inconsistente (mulheres que esquecem de tomar anticoncepcionais orais, por exemplo) seriam candidatas prováveis para anticoncepção de emergência. Os entrevistados também tinham a opção de descrever "outras" candidatas e mencionaram, com maior freqüência, as mulheres que sofreram estupro.

Três quartos dos entrevistados (76%) acreditavam que a anticoncepção de emergência é apropriada para o uso após relações sexuais desprotegidas em geral. Quase todos os entrevistados (91%) consideravam que este método deveria ser usado em caso de estupro, e 82% acreditavam que deveria ser usado no caso de ruptura de camisinha.

Para examinar mais profundamente seus conhecimentos e atitudes relacionados com a prescrição de anticoncepção de emergência, perguntou-se aos médicos como responderiam à seguinte situação hipotética: uma adolescente se apresenta para consulta, dizendo que teve uma relação sexual desprotegida há dois dias; ela não quer engravidar e pede conselhos ao médico de como prevenir a gravidez. Foi fornecida uma lista de alternativas aos médicos e foram solicitados a selecionar uma ou mais maneiras de aconselhar esta jovem.

A maioria aconselharia sobre o uso da anticoncepção de emergência. Cerca de um terço (36%) identificou as duas descrições corretas listadas do esquema de Yuzpe, e 22% selecionou um dos dois esquemas corretos de hormônio único descritos; 8% indicaram que inseririam um DIU. Expressões de atitudes negativas sobre o fornecimento de anticoncepção de emergência a esta adolescente foram raras: 7% dos médicos estiveram de acordo com a seguinte declaração, "Não faria nada porque sou contra o aborto", e 3% indicaram que "a repreenderia seriamente e recomendaria que voltasse para obter anticoncepcionais, se não engravidasse".

Receita da anticoncepção de emergência

Apesar da atitude altamente favorável sobre anticoncepção de emergência, os médicos raramente informam sobre o método ou o receitam para suas clientes. De todos os médicos que responderam à pesquisa, somente 11% relataram informar todas as suas clientes. Cerca de 43% forneceram informação sobre anticoncepção de emergência unicamente se as clientes solicitavam e 41% geralmente não informam suas clientes. Mais da metade (61%) já receitaram anticoncepção de emergência, na maioria dos casos, métodos hormonais; menos de 1% mencionou o DIU. Durante o ano passado, 75% desses médicos tinham receitado anticoncepção de emergência para mulheres que tiveram relações sexuais desprotegidas, e 61% para mulheres que relataram ruptura de camisinha (Tabela 3). O estupro também foi uma razão comum para a prescrição do método (23%).

Foi solicitado aos médicos que forneceram a anticoncepção de emergência, o nome do anticoncepcional hormonal que receitaram, a dosagem, o regime prescrito, e o momento da primeira dosagem após a relação sexual. Somente 15% forneceram uma receita completamente correta do esquema de Yuzpe (Tabela 3). Quase a metade (43%) reportou o nome correto da pílula, mas deixou de dar a dosagem correta e tempo da primeira dosagem. Cerca de um terço (36%) forneceu o nome e esquema corretos, mas propôs uma resposta incorreta para o momento oportuno da dosagem inicial. A maioria dos médicos pensou, erroneamente, que a anticoncepção de emergência precisava ser fornecida somente

Tabela 3. Entre os ginecologistas-obstetras que receitaram o método, porcentagem de médicos que receitaram a anticoncepção de emergência em certas situações, e distribuição percentual por exatidão em descrever o esquema (N=353)

Medida	%
Situações nas quais o médico receitou	
Relações sexuais desprotegidas	75,4
Ruptura da camisinha	60,9
Estupro	22,7
Esquecimento das pílulas	15,6
Outras	4,8
Não lembra	1,4
Descrição do esquema	
Somente o nome da pílula estava correto	42,8
Nome e dosagem corretos	36,3
Nome, dosagem e tempo oportuno da primeira dosagem corretos	14,7
Não mencionado	4,0
Completamente errado	2,3
Total	100,0

Nota: Os entrevistados podiam indicar mais de uma situação nas quais receitaram a anticoncepção de emergência.

dentro de 24 horas após a relação sexual. Esta confusão pode resultar do uso comum do termo “pílula do dia seguinte”, que conota que o método deve ser iniciado no dia seguinte. Somente 2% dos entrevistados forneceram respostas completamente incorretas, e 4% não responderam à pergunta ou mencionaram somente o DIU.

Em geral, o conhecimento, atitudes e práticas dos médicos não tiveram uma diferença significativa em termos de sexo, região ou residência. As mulheres, no entanto, tiveram uma probabilidade maior e estatisticamente significativa, quando comparadas com os homens, de fornecer uma receita completamente correta para anticoncepção de emergência hormonal (20% versus 11%, $p < .05$).

Existem diferenças consideráveis entre as opiniões sobre a anticoncepção de emergência e as práticas. Por exemplo, a falta de conhecimento sobre o mecanismo de ação correto, não corresponde à falta de vontade de receitar a anticoncepção de emergência: 49% dos médicos que acreditavam que a anticoncepção de emergência funcionava como abortífero fornecem o método, embora o aborto seja legalmente restrito no Brasil. É possível que esses médicos menosprezem a lei brasileira de aborto, e forneçam o que eles, incorretamente, consideram como abortos, ou consideram que exista uma diferença entre anticoncepção de emergência e abortos. Além disso, somente 16% dos médicos que pensam que a anticoncepção de emergência induz o aborto, declararam que nunca a forneceriam por esta razão. Paralelamente, quase a metade (46%) dos médicos que acreditam que o método é ilegal, o receitou—uma quantidade considerável, embora muito mais baixa do que a porcentagem dos médicos que sabem que o método é legal (71%).

Discussão

A nossa pesquisa deu seguimento a várias iniciativas relevantes para informar os profissionais da saúde sobre anticoncepção de emergência. Poucos meses antes deste inquérito, as recomendações de uma reunião nacional sobre anticoncepção de emergência foram publicadas na revista oficial da FEBRASGO,¹⁶ que é distribuída gratuitamente a todos os seus membros, e numa outra revista científica de alta circulação.¹⁷ Ainda, muitos médicos e instituições em todo o Brasil receberam as normas governamentais de planejamento familiar, que incluíam orientação sobre a anticoncepção de emergência.

Esses esforços de disseminação podem explicar, em parte, a alta proporção de entrevistados que já tinham ouvido falar so-

bre a anticoncepção de emergência e sabiam como funcionava. Muitos médicos, não obstante, mantinham opiniões incorretas sobre o método e seu estado legal e não tinham conhecimentos específicos sobre como prescrevê-lo corretamente.

Embora este inquérito não tenha indagado aos médicos sobre seu conhecimento de publicações recentes sobre a anticoncepção de emergência, as informações errôneas evidentes nas suas respostas colocam em dúvida a eficiência dos sistemas de disseminação de informações tradicionais para mudar as atitudes e assegurar práticas de alta qualidade. No Brasil, os ginecologistas-obstetras, obviamente, necessitam de educação adicional sobre vários aspectos relacionados à anticoncepção de emergência. Estas ações podem também esclarecer mitos e preocupações sobre o método. Estudos em outros países, por exemplo, indicam claramente que as mulheres não têm a probabilidade de “abusar” da anticoncepção de emergência ou usá-la como substituto ao seu método de rotina. Um estudo de grande porte revelou que mulheres escocesas, às quais o método foi fornecido previamente, não tiveram uma maior probabilidade de abuso do método que as mulheres que precisavam ir à clínica para obtê-lo quando necessário.¹⁸

As campanhas educativas deveriam enfatizar que não existe evidência de que este método é pouco seguro, mesmo quando mulheres o usam repetidamente. As pílulas de anticoncepção de emergência atuam durante um período muito curto e seu conteúdo total de hormônios é muito baixo, comparado com outros anticoncepcionais hormonais. Os médicos também deveriam ser estimulados a informar todas as usuárias em potencial sobre a anticoncepção de emergência e deveriam estar dispostos a receitar o método para todas as mulheres, incluindo adolescentes, que têm necessidade de um anticoncepcional pós-coital. Finalmente, ações educativas deveriam ser avaliadas após sua implementação para ajudar a identificar maneiras eficazes de disseminar informação a ginecologistas-obstetras sobre o uso do esquema de Yuzpe com as marcas de pílulas combinadas atualmente disponíveis.

Estudos adicionais sobre a anticoncepção de emergência contribuiriam para o desenvolvimento destas ações educacionais. Os resultados deste estudo sugerem algumas áreas que requerem futuras investigações. As médicas, por exemplo, tiveram uma maior probabilidade (estatisticamente significativa) que os homens, de receitar o esquema de Yuzpe corretamente. Esse te-

ma merece maior exploração e atenção especial quanto ao planejamento de ações educativas. Além disso, seria aconselhável examinar o conhecimento e as práticas de outros profissionais da saúde, tais como enfermeiras, que possam oferecer a anticoncepção de emergência. Ademais, desde que as mulheres no Brasil, em geral, compram anticoncepcionais orais na farmácia sem receita e sem consultar um médico ou outro profissional da saúde, estudos que avaliem o conhecimento e atitudes dos farmacêuticos, assim como estudos piloto sobre instruções claras e adequadas para consumidores, aumentariam em grande medida o conhecimento geral sobre o método e o acesso à anticoncepção de emergência.

Finalmente, considerando a falta de conhecimento sobre a prescrição correta das pílulas atualmente disponíveis, a introdução recente de um produto específico de anticoncepção de emergência no Brasil poderia melhorar muito o acesso das mulheres a um método seguro e eficaz. Apesar do impacto final desse produto específico precisar ser avaliado, esse produto pode ajudar a reduzir o número de gravidezes não desejadas ou não planejadas e os abortos subseqüentes; diminuir os custos hospitalares associados com complicações do aborto; e funcionar como porta de entrada aos serviços de saúde reprodutiva. A experiência internacional sugere que a aprovação de pílulas para uso como anticoncepção de emergência especialmente empacotadas e rotuladas, com instruções claras para provedores e clientes, ajuda a legalizar o método; torna os esquemas existentes muito mais fáceis de administrar e usar; e promove o uso seguro, eficaz e apropriado.¹⁹ Além do mais, pelo anúncio dos seus produtos comerciais, as empresas podem ajudar a informar o público sobre esta opção anticoncepcional.

Ações educativas que alcancem todos os profissionais da saúde, estudos adicionais sobre a provisão de anticoncepção de emergência e uma ampla disponibilidade de um produto específico, poderiam melhorar a qualidade dos serviços de saúde reprodutiva significativamente, pela oferta deste método no contexto de uma escolha livre e informada. O nosso estudo demonstra que os ginecologistas-obstetras no Brasil estão preparados para apoiar uma expansão do acesso à anticoncepção de emergência, mas, para isso, necessitam de mais informação.

Referências

1. Berer M et al., Consensus statement on emergency contraception, *Contraception*, 1995, 52(4):211–213.

(continua na página 45)

Anticoncepção de emergência...

(continua da página 23)

2. World Health Organization 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*, 1998, 352(9126):428–433.
3. Grossman RA e Grossman BD, How frequently is emergency contraception prescribed? *Family Planning Perspectives*, 1994, 26(6):270–271.
4. Van Look P e Von Hertzen H, Emergency contraception, *British Medical Bulletin*, 1993, 49(1):158–170.
5. Sociedade Civil Bem-Estar no Brasil (BEMFAM) e Macro International, *Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde*, 1996, Rio de Janeiro, Brasil: BEMFAM; e Calverton, MD, EUA: Macro International, 1997.
6. Alan Guttmacher Institute (AGI), *Aborto clandestino: uma realidade latino-americana*, Nova Iorque: AGI, 1994, pág. 24; e AGI, *An overview of clandestine abortion in Latin America*, *Issues in Brief*, Nova Iorque: AGI, 1996, págs. 1–6.
7. Lebardone A et al., A anticoncepção de emergência: um grupo de consulta para o seu uso no Brasil, *Femina*, 1996, 24(6):567–570.
8. Ministério da Saúde, *Normas para a Assistência ao Planejamento Familiar*, Brasília: Ministério da Saúde, 1996, págs. 121–125.
9. Dillman DA, Mail and other self-administered questionnaires, em: Rossi PH, Wright JD e Anderson AB, eds., *Handbook of Survey Research*, Orlando, FL, EUA: Academic Press, 1983, págs. 359–377; Dillman DA, *Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method*, Nova Iorque: Wiley-Interscience, 1978; e Dillman DA et al., Increasing mail questionnaire response: a four state comparison, *American Sociological Review*, 1974, 39(5):744–756.
10. 45 CFR 46.203.
11. Hughes EC, ed., *Obstetric-Gynecologic Terminology*, Filadélfia, PA, EUA: F.A. Davis Co., 1972.
12. Swahn ML et al., Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1996, 75(8):738–744; Ling WY et al., Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in post-coital contraception, *Fertility and Sterility*, 1979, 32(3):297–302; e Rowlands S et al., A possible mechanism of action of danazol and an ethinylestradiol/norgestrel combination used as postcoital contraceptive agents, *Contraception*, 1986, 33(6):539–545.
13. Ling WY et al., 1979, op. cit. (ver referência 12); Kubba AA et al., The biochemistry of human endometrium after two regimens of postcoital contraception: a dl-norgestrel/ethinylestradiol combination or danazol, *Fertility and Sterility*, 1986, 45(4):512–516; Ling WY et al., Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. II. Effect of postovulatory administration on ovarian function and endometrium, *Fertility and Sterility*, 1983, 39(3):292–297; e Yuzpe AA et al., Post coital contraception—a pilot study, *Journal of Reproductive Medicine*, 1974, 13(2):53–58.
14. Swahn ML et al., 1996, op. cit. (ver referência 12); e Taskin O et al., High doses of oral contraceptives do not alter endometrial a1 and an-b3 integrins in the late implantation window, *Fertility and Sterility*, 1994, 61(5):850–855.
15. Glasier A, Emergency postcoital contraception, *New England Journal of Medicine*, 1997, 337(15):1058–1064; e Ling WY et al., Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. III. Effect of preovulatory administration following the luteinizing hormone surge on ovarian steroidogenesis, *Fertility and Sterility*, 1983, 40(5):631–636.
16. Lebardone A et al., 1996, op. cit. (ver referência 7).
17. Lebardone A et al., Relatório final da I oficina Brasileira sobre a anticoncepção de emergência: um grupo de consulta para o seu uso no Brasil, *Reprodução Climatério*, 1996, 11(2):75–76.
18. Glasier A e Baird D, The effects of self-administering emergency contraception, *New England Journal of Medicine*, 1998, 339(1):1–4.
19. Senanayake P, Emergency contraception: the International Planned Parenthood Federation's experience, *International Family Planning Perspectives*, 1996, 22(2):69–70.