

Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços públicos de saúde¹

| ¹ Rozana Aparecida de Souza, ² Elaine Reis Brandão |

Resumo: Este artigo discute as dificuldades de implementação da Anticoncepção de Emergência (AE) nas práticas do Sistema Único de Saúde, no período de 2000 a 2008, mediante revisão crítica da literatura sobre o tema e análise de documentos oficiais. Aponta avanços no âmbito da legislação em saúde para a utilização da AE, os quais permitem oficialmente reconhecê-la no país como alternativa contraceptiva em situações emergenciais, para além dos casos de violência sexual. O levantamento da literatura nacional e internacional, centrada na América Latina e em alguns estudos da Europa, dos EUA e do Canadá, suscita questões referentes à não-incorporação dessas normas nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, revelando representações sociais difíceis de serem revertidas em pouco tempo. Documentos oficiais do MS e do CFM foram analisados para construção do marco legal e político-institucional que pauta a discussão. Os resultados mostram paradoxos entre as normas asseguradas e as práticas existentes nos serviços de saúde: dificuldade no acesso e utilização da AE via serviços públicos de saúde; a pílula do dia seguinte (PDS) é comumente considerada abortiva por profissionais de saúde, usuárias e seus parceiros; embora pesquisas apontem aumento significativo do uso desse método, há resistência dos serviços a disponibilizá-lo; persiste a ideia recorrente no senso comum de que a AE levaria os usuários, principalmente adolescentes, a abandonar outros métodos contraceptivos de uso regular, inclusive preservativo, fato não confirmado pelos estudos realizados, pois eles indicam que os adolescentes que recorrem à AE são os que usam tal método.

► **Palavras-chave:** Pílula do dia seguinte; anticoncepção pós-coito; serviços de saúde; direitos sexuais e reprodutivos; adolescência.

¹ Mestranda em Saúde Coletiva, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Endereço eletrônico: rozana.souza@oi.com.br

² Professora adjunta, doutora em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Endereço eletrônico: brandao@iesc.ufrj.br

Recebido em: 02/05/2009.
Aprovado em: 04/06/2009.

Introdução

Legislações e documentos oficiais brasileiros, publicados pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), sobre a Anticoncepção de Emergência (AE), indicam que o cenário nacional apresenta um contexto jurídico favorável à utilização desse método contraceptivo desde 1996. Entretanto, pesquisas realizadas no Brasil (bem como em diversos países da América Latina e em alguns países da América do Norte e Europa) sobre as práticas de saúde que incluem o uso desse método apontam dilemas, como: profissionais de saúde mostram-se ainda resistentes à difusão da AE; profissionais de saúde e usuários em potencial do método desconhecem seus mecanismos de ação e, muitas vezes, confundem a pílula do dia seguinte com uma pílula abortiva; gestores sofrem forte influência da Igreja Católica e sucumbem a pressões políticas locais que comprometem a distribuição da AE em determinados municípios do país.

A despeito de tais dificuldades, a pílula do dia seguinte obteve, na última década, grande visibilidade no Brasil, porém as mulheres nem sempre a utilizam com o acompanhamento médico devido. Em boa parte das vezes, ela é adquirida em farmácias, sem prescrição médica. Assim, há difusão da AE sem o apoio dos serviços de saúde, exceto nos casos de violência sexual.

A partir dessa realidade, o objetivo deste artigo é discutir as questões que perpassam as dificuldades de implementação da Anticoncepção de Emergência (AE) nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde, por meio de análise crítica da literatura produzida sobre o tema e análise de documentos oficiais. Apontam-se os avanços conquistados pela AE no âmbito da legislação e da normatização em saúde, os quais permitem que ela seja oficialmente reconhecida no país como uma alternativa dentro da política mais ampla de planejamento familiar do MS, além de ser utilizada nos casos de violência sexual. O levantamento da literatura nacional e internacional, centrada na América Latina e em alguns estudos da Europa, EUA e Canadá, no período de 2000 a 2008, suscita questões referentes à não-incorporação dessas normas nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, revelando representações sociais difíceis de ser revertidas em pouco tempo (BOZON, 1995).

Desse modo, faz-se necessário discutir a política atual do MS para a contracepção, principalmente no que se refere à AE: sua introdução no grupo de métodos anticoncepcionais modernos, normatização pelo MS, prescrição pelos profissionais

de saúde e distribuição aos serviços públicos de saúde, como parte das conquistas no campo das políticas de direitos sexuais e reprodutivos no Brasil.

Na revisão da literatura, apresentam-se principalmente os resultados de pesquisas nacionais e do contexto latino-americano, e incluem-se alguns estudos internacionais, nos quais ficam evidentes as dificuldades e barreiras que perpassam o acesso e o uso da pílula do dia seguinte nos serviços públicos de saúde.

O tratamento dado ao tema neste trabalho não está vinculado à questão da violência sexual, que comumente gera o debate sobre a AE. No entanto, isso será abordado no conjunto dos métodos contraceptivos disponíveis, pois a AE pode ser usada, com prescrição médica, em situações emergenciais que não se restringem ao estupro, e incluem relações sexuais mantidas sem proteção, acidentes com o uso de preservativo masculino, uso inadequado de pílulas hormonais, falha no coito interrompido, deslocamento do diafragma, dentre outros.

Anticoncepção de emergência no Brasil: marcos normativos e político-institucionais

A AE, também conhecida por pílula pós-coital, pílula do dia seguinte e contracepção de emergência (CE), é uma tecnologia aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e está inserida nos recursos disponíveis às mulheres que constam na Política Nacional de Saúde da Mulher do MS (BRASIL, 2004).

Atualmente, existem 11 marcas comerciais desse produto no Brasil. Em setembro de 1999, a primeira marca comercial de AE em dose única (duas pílulas de 750 microgramas de levonorgestrel) foi introduzida no mercado brasileiro. Segundo Figueiredo (2004), a facilidade de aquisição do método em farmácias, uma vez que a necessidade de prescrição médica regulamentada pela ANVISA não é respeitada, promoveu a atualização do debate sobre o acesso ao contraceptivo.

Esse método de contracepção pós-coito começou a ser estudado nas décadas de 1960 e 1970 pelo médico canadense Albert Yuzpe, como resposta médica às consequências de um caso de violência sexual (DIDES CASTILLO, 2006; MARTIN, 2004). Sua eficácia é conhecida há mais de 30 anos (COSTA et al., 2008; FIGUEIREDO, 2004), porém ainda é uma alternativa de contracepção pouco utilizada para prevenir gravidez imprevista e morbi-mortalidade associada

a abortamento inseguro, principalmente em países onde o aborto é considerado ilegal, como os da América Latina.

A AE foi reconhecida como medicamento essencial pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1995, quando essa organização, juntamente com mais seis instituições que atuam em saúde sexual e reprodutiva, formou o Consórcio Internacional de Anticoncepção de Emergência (CLAE), com o objetivo de ampliar o acesso a esse método, bem como seu uso. Instituições brasileiras membros desse consórcio foram responsáveis pela criação de condições viáveis, no cenário brasileiro, para mobilização, discussão e inclusão desse método na terceira edição do *Manual de Assistência ao Planejamento Familiar* do MS, em 1996 (COSTA et al., 2008), que está em sua quarta edição (BRASIL, 2002).

Segundo Hardy et al. (2001), o Brasil apresenta um contexto jurídico e político favorável à AE desde 1996, quando esse método (em regime de Yuzpe – combinado de pílulas orais comuns) foi incorporado ao *Manual de Assistência ao Planejamento Familiar*. O MS caracteriza o método da AE como uso alternativo da anticoncepção hormonal oral para evitar gravidez depois da relação sexual desprotegida, falha anticoncepcional presumida e violência sexual. O método deve ser usado em até 72 horas após a relação sexual: a primeira dose deve ser tomada em até 72 horas e a segunda dose, após decorridas 12 horas da primeira (BRASIL, 2002; NOGUEIRA et al., 2000).

Alguns métodos recomendados pelo MS são utilizados com o fim de promover a contracepção pós-coital. Os mais utilizados são os que combinam estrogênios e progestogênios ou progestogênios puros. Outra combinação de hormônios comum é conhecida como regime de Yuzpe, realizada por meio de superdosagens de pílulas anticoncepcionais orais comuns, à base de etinil-estradiol e levonorgestrel (COSTA et al., 2008; NOGUEIRA et al., 2000).

Dependendo da fase do ciclo menstrual em que é usado, o mecanismo de ação da AE pode interferir na ovulação (inibição ou atraso), na nidação (provocar alterações na resposta endometrial) ou na fecundação (alterar a função do corpo lúteo e a motilidade tubária (COSTA et al., 2008; BRASIL, 2002; NOGUEIRA et al., 2000). Nogueira et al. (2000) afirmam que, apesar da eficácia comprovada da AE, quando iniciado o processo de nidação, o método perde o efeito, mas não há evidências de consequências nocivas para o quadro gestacional, inclusive para o embrião.

Concomitantemente às conquistas no campo da saúde reprodutiva, avanços no combate à violência contra mulheres, concretizados na década de 1990, também fizeram com que a AE fosse incorporada (na forma do método Yuzpe) às normas técnicas para o atendimento às vítimas femininas de violência sexual. Em 1998, foi editada pelo MS a norma técnica *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes* (reeditada em 2005) (BRASIL, 2005a). Essa norma foi regulamentada apenas em 1999, após embates no Congresso Nacional, ocasionados por parlamentares que a consideravam “legitimadora do aborto” (FIGUEIREDO, 2004; HARDY et al., 2001; FIGUEIREDO; PENÁ, 2002).

Em 2000, o MS iniciou suas primeiras aquisições de AE, que foram enviadas aos Serviços de Atendimento às Vítimas de Violência, atendendo assim à norma técnica. No ano de 2005, o Governo Federal resolveu ampliar em aproximadamente 50% a distribuição da AE nos serviços públicos, com a intenção de fornecer a chamada pílula do dia seguinte a todas as mulheres, não somente às vítimas de violência sexual. Essa medida fazia parte da política de direitos sexuais e reprodutivos do MS, cujo foco era garantir a autonomia no planejamento familiar (SUWWAN, 2005).

Em 2005, o MS lançou a cartilha *Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde* (BRASIL, 2005b). Esse manual trata do tema AE, na forma de perguntas e respostas para as questões mais frequentes no cotidiano dos profissionais de saúde. Segundo o MS, essa cartilha deve servir como instrumento de apoio para os serviços de atenção integral à saúde da mulher e da adolescente exposta à relação sexual eventualmente desprotegida.

No ano de 2006, o MS editou a *Nota técnica sobre a AE* (BRASIL, 2006). Esse documento é mais um instrumento para legalizar e legitimar a contracepção pós-coito no cenário nacional. Essa nota técnica trata da definição, do mecanismo de ação, de indicações de uso, prescrição e de outros esclarecimentos sobre a AE.

O Conselho Federal de Medicina publicou, em 14/12/2006, a Resolução nº. 1.811, a fim de estabelecer normas técnicas para o uso da AE (CFM, 2007). Fundamentando-se nos direitos reprodutivos, na responsabilidade do Estado de implementar esses direitos, no número expressivo de mulheres que estão sujeitas a gestações não planejadas e no fato de os adolescentes e jovens serem os mais propícios a essas gestações, esse documento considera que a pílula do dia seguinte não é abortiva e pode ser usada em qualquer idade.

Essa resolução pode ser considerada um desdobramento do Fórum 2005: Adolescência e Contracepção de Emergência, realizado na cidade de São Paulo. O evento foi organizado pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), e dele participaram pediatras, ginecologistas, profissionais ligados a comissões de bioética, ao CFM e ao MS. Para oferecer respaldo aos debates, foram escolhidos advogados, juízes e demais representantes da Justiça. Esse fórum teve como proposta trazer maiores esclarecimentos sobre a AE e fornecer apoio técnico e ético para a prescrição desse método. Como resultado, foi definido que a educação sexual (como prática preventiva) é uma política relevante para a adolescência. A orientação anticoncepcional, incluindo-se a AE, é parte importante dessa política. Foi reconhecido o direito do adolescente de ter acesso a informação sobre todos os métodos. O fórum discutiu e elaborou estratégias para facilitar e ampliar o acesso dos adolescentes à AE (SAITO; LEAL, 2007).

Para o MS (BRASIL, 2007), a prescrição da AE, nas situações de exposição ao risco iminente de gravidez (violência sexual, falha do método contraceptivo em uso ou em sua utilização, não estar usando anticoncepcional), constitui dever do médico e direito do adolescente.

Dificuldades no acesso e uso da anticoncepção de emergência

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) - 2006

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 (BRASIL, 2008) apontam mudanças quanto ao uso de anticoncepcionais em relação à PNDS de 1996 (BEMFAM, 1997). A quantidade de mulheres que fazem uso de algum método contraceptivo é extremamente alta (mais de 80% entre as mulheres unidas). Comparando-se os números da pesquisa de 2006 com os índices da PNDS de 1996, identificam-se tais mudanças: em 1996, prevalecia a esterilização feminina (40%), o percentual de esterilização masculina era 3% e o uso da camisinha masculina ficava em torno de 4% (BEMFAM, 1997).

Quanto aos dados de mulheres que usaram alguma vez métodos anticoncepcionais, segundo a PNDS de 2006, observa-se que, dentre os 11 métodos contraceptivos modernos, os mais usados pelas mulheres unidas são: pílula (82%), camisinha masculina (76%), esterilização feminina (29%), injeção contraceptiva (22%) e

pílula do dia seguinte (11%). Entre as mulheres não unidas sexualmente ativas, os métodos mais usados são: camisinha masculina (94%), pílula (74,9%), pílula do dia seguinte (23%), injeção contraceptiva (19%), esterilização feminina (10,8%).

Analisando-se os dados da pesquisa de 2006 (BRASIL, 2008), referentes ao uso alguma vez de métodos anticoncepcionais entre todas as mulheres, observa-se que 55,3% das adolescentes (com idade entre 15 e 19 anos) já usaram algum método moderno. Entre jovens (idade entre 20 e 24 anos), esse dado sobe para 86,7%. Quanto ao uso da contracepção de emergência, os menores índices estão entre os adolescentes (10,4%) e os maiores índices encontram-se na faixa etária compreendida entre 20 e 24 anos (18,5%), seguida do grupo de mulheres com idade entre 25 e 29 anos (16,9%). Ainda sobre o uso da AE entre adolescentes, ressalta-se que esse método é o terceiro mais usado entre mulheres de 15 a 19 anos (10,4%), ficando atrás apenas do uso da camisinha masculina (50,3%) e da pílula (36,8%) (BRASIL, 2008).

Ainda comparando os dados das duas PNDSSs, um ponto chama a atenção: o uso da pílula do dia seguinte não aparece em 1996 (momento de aprovação desse método pelas autoridades brasileiras), porém, em 2006, figura como terceiro método mais usado entre as mulheres não unidas sexualmente ativas e o quinto entre as mulheres unidas. Isso comprova sua difusão entre o público, embora tal acesso não se dê pela via preferencial dos serviços de saúde.

Aceitabilidade da anticoncepção de emergência no Brasil

No intuito de elaborar estratégias apropriadas para a introdução desse método em países latinos, pesquisadores desenvolveram um estudo para avaliar a aceitabilidade da AE em três países: Brasil, Chile e México. Para os pesquisadores, há reconhecimento limitado sobre direitos reprodutivos e sexuais, e as atitudes da sociedade para com a sexualidade são conservadoras, principalmente em relação aos adolescentes (HARDY et al., 2001; DÍAZ et al., 2003a; DÍAZ et al., 2003b).

Esse estudo multicêntrico envolveu: potenciais usuárias de AE de classes média e popular; possíveis provedores; formuladores de políticas públicas e autoridades da área da saúde; e formadores de opinião no processo de disseminação da informação e provisão da AE. Os autores analisaram os resultados da pesquisa nas categorias percepções e conhecimento prévio da AE e fatores que podem facilitar ou dificultar a introdução desse método nos três países. Os resultados enfatizaram

aceitação generalizada da AE na América Latina, apesar das afirmações de que essa é uma região conservadora, influenciada pela posição da Igreja Católica em questões de sexualidade e reprodução. A necessidade da AE foi percebida pela maioria dos participantes, o que levou à conclusão de que autoridades da área da saúde têm a responsabilidade de implementar programas para sua introdução. O conceito da AE como método para a prevenção de aborto foi considerado uma estratégia para sua introdução nos três países.

A partir da observação dos participantes, foi possível aos autores (HARDY et al., 2001; DÍAZ et al., 2003a; DÍAZ et al., 2003b) considerar que a disseminação de informações sobre a AE deve ser cuidadosa e ficar a cargo dos serviços de saúde (dar-se mediante programas voltados às ações educativas) e que a PDS precisa ser dissociada da polêmica do aborto, pois se deve ressaltar seu caráter contraceptivo emergencial.

Quanto à AE, o cenário brasileiro atual se apresenta da seguinte forma: a AE ganhou visibilidade e aceitação entre as mulheres; grupos católicos se manifestam contrários à pílula do dia seguinte, consideram-na abortiva; por outro lado, há setores favoráveis à pílula como uma forma de evitar gestações imprevistas e a realização de abortos inseguros; e a mídia tem constantemente divulgado informações e notícias sobre esse método e os embates que cercam a AE.

Não-cumprimento da legislação vigente sobre a anticoncepção de emergência

Setores sociais conservadores têm, publicamente, criticado as propostas da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2005), favorecendo, inclusive, a elaboração de legislações por câmaras municipais, que impedem o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e a implantação das diretrizes governamentais relacionadas a isso, em claro desrespeito ao ordenamento jurídico nacional. Dois fatos ocorridos no interior de São Paulo exemplificam esse desrespeito às diretrizes nacionais: em 2005, a Câmara Municipal de São José dos Campos proibiu a distribuição da AE recebida pelo MS e a Câmara Municipal de Jundiaí, no ano de 2008, também proibiu a utilização da AE no município.

Para Figueiredo (2004), os serviços de saúde pública no Brasil não acataram as normas de 1996 e de 1998, pois não foram iniciados os processos de divulgação, fornecimento e administração do método. Exceção a essa regra

foram os serviços de atendimento às vítimas de violência sexual, que mantiveram a implementação da normatização de 1998 e persistiram na luta pela difusão e disponibilização do método.

O uso da pílula de AE no Brasil, mesmo com todas as diretrizes do MS e do CFM, vem ocorrendo há anos em ambientes restritos, e não se constitui como prática sistematizada. A prescrição desse método pelos profissionais de saúde, tanto no setor público quanto no privado, ainda é bastante restrita e mistificada (HARDY et al., 2001; OSIS et al., 2006).

Compreensão da anticoncepção de emergência como abortiva

Apesar de o contexto jurídico e político brasileiro ser favorável à AE e a sua comercialização, questões culturais e informações distorcidas sobre AE constituem barreiras relativas a aceitação, acesso e uso adequado entre potenciais usuárias e profissionais da área da saúde. Estudos foram realizados no Brasil, nos últimos anos, com o objetivo de conhecer as barreiras que envolvem o acesso e o uso da AE (HARDY et al., 2001; DÍAZ et al., 2003a; DÍAZ et al., 2003b; OSIS et al., 2006; OSIS, 2006; NOGUEIRA et al., 2000; COSTA et al., 2008).

O trabalho de introduzir efetivamente a AE no Brasil, assim como nos países da América Latina e no Caribe, tem sofrido ataques da Igreja Católica e de grupos conservadores. Embora o Brasil constitua uma exceção por incorporar a AE às normas do MS, entidades ligadas à Igreja Católica têm tentado de várias formas impedir que o uso da contracepção pós-coito se legitime no país. Outros países latinos sofrem a mesma interferência do poder religioso nas decisões do Estado, que *a priori* deveriam ser laicas. A ideia de que a AE é abortiva tem grande peso na América Latina, principalmente porque muitas sociedades são conservadoras e a Igreja Católica tem grande influência social (MARTIN, 2004; FAÚNDES et al., 2007). Apesar de todas as transformações pelas quais passou o comportamento social de homens e mulheres, a Igreja tem êxito, com seu discurso conservador sobre a sexualidade e a família, na elaboração de políticas públicas latinas (ÁVILA; CORRÊA, 1999; DIDES CASTILLO, 2006).

A fim de conhecer o discurso conservador em debate na mídia impressa sobre a comercialização da AE, Dides Castillo (2006) realizou no Chile, nos anos de 2001 a 2005, pesquisa qualitativa em jornais de circulação nacional. Para essa autora, a mídia impressa permite o registro dos argumentos dos diversos atores

sociais, os quais representam vários pensamentos que traduzem posicionamentos, constroem opiniões e revelam ordens sociais diferenciadas.

Após realização da pesquisa, Dides Castillo (2006) considera que a Igreja Católica é um ator político que tem influenciado a constituição das políticas adotadas pelos governos, tanto no Chile quanto na maioria dos países latinos. Essa influência tem sido na regulação da sexualidade e dos corpos das mulheres. Para a Igreja, os comportamentos sexuais devem obedecer a preceitos como abstinência sexual, virgindade e indissolubilidade do casamento. A autora ressalta, porém, que homens e mulheres têm desconsiderado esses preceitos. Em relação à AE, a Igreja Católica ignora todas as provas científicas de que o mecanismo de ação desse método não interfere na implantação do óvulo fecundado, e mantém o discurso de que tal método provocaria aborto precoce (FAÚNDES et al., 2007).

Pensamento semelhante é percebido entre muitos provedores de serviços de saúde e em determinados setores da população, os quais provocam problemas na distribuição da AE. Segundo estudos realizados em países latinos, essa errônea percepção estaria vinculada a poucos (ou a nenhum) investimentos em capacitação para profissionais envolvidos na prescrição e disponibilização do método, bem como nas campanhas de informação, para as possíveis usuárias, sobre o mecanismo de ação e os benefícios desse método (DÍAZ et al., 2003a; DÍAZ et al., 2003b; MARTIN, 2004; FAÚNDES et al, 2007).

Um forte opositor às forças católicas e defensor da AE em terras latinas tem sido o CLAE. Faúndes et al. (2007) afirmam que, graças às ações de oposição desse consórcio, o método pós-coito tem-se tornado conhecido e utilizado, principalmente em países como Peru, Brasil e Chile. Dentre as ações do CLAE, Martin (2004) ressalta a realização da Conferência Regional *Derecho a la Anticoncepción de Emergencia em America Latina*, no Equador, em 2002, que contou com a participação de 20 países. Antes dessa conferência, apenas dez países tinham o método da AE incorporado a suas normas de planejamento familiar, mas em 13 havia produtos registrados para tal método.

Diaz et al. (2003a; 2003b), Costa et al. (2008), Martin (2004) e Faúndes et al. (2007) pontuam que, na América Latina como em outras regiões, são dois os principais problemas de saúde reprodutiva: gravidez imprevista, que conduz ao aborto inseguro, e gravidez na adolescência. Segundo dados da OMS (apud DIAZ et al., 2003b), estima-se que 13% das cerca de 585.000 mortes maternas por ano, no mundo inteiro, ocorram devido ao abortamento inseguro.

Formulações específicas da AE são introduzidas no mercado constantemente, mas nem todos os programas de planejamento familiar na América Latina os fornecem. Em muitos lugares, contudo, a AE é ainda restrita aos casos de estupro; em outros países, não é reconhecida pelas diretrizes do Ministério da Saúde. No Chile e no México, a AE não é produzida pela indústria farmacêutica em formulação específica (DIAZ et al., 2003b).

Pecheny e Tamburrino (2009) apontam que na Argentina, assim como nos demais países latinos, gestações imprevistas e abortos são um problema de saúde pública e de desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos tanto de mulheres quanto de homens. Para esses autores, a AE seria um dos instrumentos para a prevenção desses problemas, porém o cenário argentino indica que a população em idade reprodutiva parece não reconhecer a pílula de emergência como mais um método anticonceptivo disponível. Outro dado levantado pelos autores é que os serviços de saúde não destinam as informações e atenções necessárias a esse método.

Alguns resultados dessa pesquisa apontam que há barreiras culturais, subjetivas, institucionais e econômicas no uso da AE que são comuns aos demais métodos contraceptivos. Há, também, barreiras específicas para a AE, tais como: informações inadequadas sobre o mecanismo de ação do método; o *status* legal da AE; sua vinculação com o aborto; como se dá o acesso ao método. Pecheny e Tamburrino (2009) consideram que é preciso investir em informações para a população e em capacitação para os profissionais de saúde sobre a AE.

Dados semelhantes ao estudo multicêntrico realizado no Brasil, Chile e México podem ser observados numa pesquisa qualitativa realizada em 2004, em Greater Vancouver, no Canadá (SHOVELLER et al., 2007). O estudo tinha como objetivo conhecer o que as mulheres de origem asiática, europeia, africana e aborígine pensavam sobre o uso da AE. Inicialmente, as entrevistas foram feitas com mulheres que tinham usado a AE pelo menos uma vez. Os pesquisadores também incluíram, no decorrer da pesquisa, mulheres que ainda não tinham usado a AE, uma vez que algumas delas poderiam ter tido o acesso a AE impedido, apesar de manifestar desejo de usar tal método. Foram entrevistadas 18 mulheres de origem asiática, 16 com origem no Sul da Ásia e 18 de origens diversas (européia, aborígine, do Oriente Médio e africana).

Segundo as participantes, observações moralizantes baseadas em pareceres negativos sobre o comportamento sexual e a saúde reprodutiva das mulheres que recorreram ao uso da AE são comuns entre profissionais de saúde e entre outras

mulheres. Essas observações (recorrentes no discurso das mulheres) constituem uma barreira potencial ao uso da anticoncepção – há o medo de serem estigmatizadas como esse “tipo de mulher”. Nesse estudo, a AE foi por várias vezes compreendida como um método abortivo que acarretaria efeitos a longo prazo na saúde e fertilidade das mulheres. Essas lacunas, assim como lacunas no conhecimento sobre o ciclo menstrual, impedem o uso da pílula do dia seguinte. O acesso aos benefícios desse método é dificultado pela cultura conservadora e por normas sociais. Barreiras e desvios no acesso ao contraceptivo pós-coito podem provocar atraso no uso do medicamento, o que pode ocasionar sua pouca eficácia.

Apesar das novas políticas canadenses destinadas a aumentar a disponibilidade da AE, baseadas na garantia aos farmacêuticos de British Columbia da independência na prescrição da AE, o desafio de promover acessibilidade permanece. Os resultados dessa pesquisa destacam a necessidade de as mulheres receberem informações que ressaltem a privacidade e a marca confidencial que envolve o acesso ao método. Esse estudo fornece indícios de quanto as forças socioculturais afetam as preferências relacionadas ao acesso e ao uso do método.

Para Costa et al. (2008), as principais barreiras que podem dificultar o acesso à AE seriam: a falta de informação, incluindo-se a percepção equivocada de que o método poderia ser abortivo; aspectos morais e culturais; preço dos produtos; e a exigência de prescrição médica.

Estudo (NOGUEIRA et al., 2000) realizado com estudantes do primeiro ano de um curso de Medicina do interior de São Paulo, em 1999, revelou dados significativos sobre os mitos que envolvem o uso da AE. Foram entrevistados 91 estudantes, sendo 31 do sexo feminino e 60 do sexo masculino. O inquérito mostrou que o método é pouco conhecido e que os estudantes que o conheciam apresentavam dúvidas sobre seu mecanismo de ação e seus efeitos colaterais. Dentre os entrevistados (de ambos os sexos) que usariam o método, a maioria acreditava ser um método abortivo e apresentava dúvidas quanto aos efeitos colaterais.

A contracepção pós-coito é ainda um método envolto em mitos entre os profissionais de saúde. Há uma representação de que a contracepção de emergência é perigosa e merecedora de cuidados especiais em sua disponibilização.

Segundo Simonds e Ellertson (2004), legal e ideologicamente, contracepção e aborto dividem uma história parecida, e ambos estão associados com o tabu da sexualidade feminina. Essa percepção não é privilegiada apenas em países

latinos. Para essas autoras, se as mulheres dos EUA tivessem acesso ao método da AE, metade das gravidezes imprevistas e dos abortos seria evitada.

O uso da anticoncepção de emergência exclui o uso do preservativo?

Estudos conduzidos por Simonds e Ellertson (2004) indicam que profissionais de saúde na Europa e nos EUA têm alto conhecimento a respeito da CE, mas têm reservas quanto a sua oferta. Muitos acham que, facilitando o acesso ao método, as mulheres podem deixar de usar preservativos durante o ato sexual e, assim, adquirir DSTs.

Para Costa et al. (2008), não há estudos (internacionais ou nacionais) que comprovem essa preocupação. Sendo assim, a BEMFAM realizou em 2004, no Brasil, uma pesquisa com o objetivo de comparar duas estratégias de acesso à AE – informação com entrega antecipada do método e somente informação –, considerando os efeitos do acesso a esse método sobre o uso regular de anticoncepcionais, inclusive preservativos.

O estudo recrutou 823 voluntárias (de 18 a 49 anos), em seis clínicas de saúde reprodutiva da BEMFAM, teve duração de oito meses e 407 mulheres (215 do grupo medicado e 192 do grupo controle) completaram suas fases. Alguns resultados chamam a atenção: apesar de ter informação e acesso gratuito à AE, a maioria das participantes (61%) não usou AE; entre os 39% de mulheres que utilizaram o método, 57% eram do grupo medicado e 18%, do grupo controle; a entrega antecipada favoreceu o uso imediato da AE, tendo em vista que o uso mais precoce ocorreu entre as mulheres do grupo medicado, o que garante maior eficácia ao método. Quanto ao uso de métodos anticoncepcionais regulares, verificou-se aumento significativo deles no grupo medicado e redução não significativa no conjunto dos métodos do grupo controle.

Para Costa et al. (2008), os resultados desse estudo confirmam dados de outro estudo realizado na China, nos EUA e na Índia (POLIS et al. apud COSTA et al., 2008). Nesse estudo, a disponibilização antecipada da AE não reduziu as taxas de gravidez não planejada, apesar da maior frequência de uso e do uso mais precoce, com a entrega antecipada; não houve aumento de DSTs nem de relações sexuais desprotegidas; não houve mudança no padrão do uso de métodos anticoncepcionais; a utilização de preservativo foi similar entre mulheres que receberam a AE antecipadamente e as que não receberam o método. A preocupação

dos profissionais não foi confirmada no estudo promovido pela BEMFAM nem pelos estudos internacionais. Uma questão relevante, porém, precisa ser considerada: o não-uso da AE pode estar associado à negação das situações de risco (NELSON apud COSTA et al., 2008). A não-redução das taxas de gravidez imprevista pode estar ligada ao não-reconhecimento, por parte das mulheres, de situações de risco, por acreditarem estar fora do período fértil ou por realizarem o coito interrompido. Segundo Costa et al. (2008), o acesso à informação e à AE deve ser ampliado. Com orientação sistematizada e consistente, as mulheres podem usar a contracepção pós-coito, quando necessário, sem abandonar o uso de anticoncepcionais regulares e a proteção às DSTs.

Pesquisa realizada na França em 1999 (BAJOS et al., 2003), com 383 mulheres com idade entre 18 e 44 anos, identificou que as entrevistadas que tinham usado a AE apresentavam maior frequência no uso de preservativos e métodos de barreiras, em comparação com as mulheres que não usavam a anticoncepção pós-coito.

Anticoncepção de emergência na adolescência

Segundo dados da pesquisa dos três países (Brasil, Chile e México) (DÍAZ et al., 2003a; DÍAZ et al., 2003b), os adolescentes enfrentam alguns obstáculos ao acesso à AE, como a quase inexistência de serviços de saúde específicos para eles e a falta de informação sobre os contraceptivos. Muitos adolescentes relataram ter dificuldade para falar sobre a sexualidade, tanto com os pais quanto com os adultos em geral. Eles também mencionaram obstáculos levantados pelos pais à utilização de contraceptivos, os quais não querem que seus filhos se tornem sexualmente ativos. De acordo com as entrevistas, os adultos têm dificuldade de informar os adolescentes sobre a AE, uma vez que muitos pais não conseguem falar de sexo com seus filhos.

Esses aspectos não permeiam apenas a realidade latina. Segundo Schalet (2004), o comportamento sexual adolescente é visto como fora de controle, perigoso e imoral, também no debate público e político sobre saúde reprodutiva nos EUA. O medo da sexualidade adolescente embasou a recente decisão de não se oferecer o recurso do método da AE no país. Na cultura latino-americana em geral, os pais preferem acreditar que seus filhos e filhas não se dedicam à atividade sexual, o que torna a discussão sobre sexualidade inviável no âmbito da

família. Há uma dramatização da sexualidade dos adolescentes, segundo Schalet (2004), assim como ocorre nos EUA.

Segundo Figueiredo et al. (2007), a introdução da AE no cenário nacional (em meados da década de 1990) provocou reações entre profissionais de saúde que atendem adolescentes. Esses profissionais demonstraram preocupação quanto à possibilidade do uso indiscriminado (abusivo) da AE pelo público adolescente. De forma geral, a sociedade manifesta receio de que os adolescentes abandonem o uso do preservativo em prol da AE. Porém, estudo realizado por Figueiredo e Andalaft Neto (2005) com adolescentes e mulheres jovens entre 15 e 24 anos, revelou que a informação sobre a AE e o acesso a ela não provocaram abandono do uso de outros métodos contraceptivos usuais. O uso da pílula do dia seguinte também não provocou menor uso de preservativo. Segundo conclusões desse estudo, a AE é utilizada prioritariamente por jovens e adolescentes com “histórico de risco” (parceiros fixos e relações sexuais frequentes, prática de sexo nos últimos seis meses, experiência de gestação, situações de abortamento), que procuraram o método eventualmente como alternativa, mas mantêm no dia a dia o uso prioritário da camisinha e de outro método contraceptivo. Para Figueiredo e Andalaft Neto (2005), os jovens que recorrem à AE são aqueles que já aderiram ao contraceptivo regular e também à prevenção das DSTs e Aids, ou seja, demonstram maior cuidado com a prevenção.

Berer (2007, p. 29) afirma que, entre os jovens, parece “estar aumentando o uso de preservativos junto com a contracepção de emergência, onde quer que esta última esteja disponível”.

Considerações finais

Uma dupla questão é latente no debate sobre a pílula do dia seguinte: como ampliar o acesso a informações sobre o método e proporcionar que as mulheres tenham acesso ao medicamento sempre que desejarem nos serviços públicos de saúde? Sabe-se hoje que o medicamento é vendido cotidianamente nas farmácias sem controle algum, sem prescrição ou acompanhamento médico. Dessa forma, ele pode trazer prejuízo à saúde das usuárias.

O aparecimento de novas normas não altera de imediato as representações que envolvem a AE (BOZON, 1995). Consequentemente, as práticas de saúde revelam a persistência dessas representações. Enfim, a normatização da AE pelo

MS é um avanço, um passo importante, mas não é suficiente para garantir a implantação de novas práticas nos serviços de saúde, sensibilizar profissionais de saúde não plenamente convictos dos benefícios desse método, se usado dentro das situações em que é indicado, dirimir dúvidas e alterar formas de pensamento consolidadas há muitos anos, que resistem a mudanças.

Enfrentar esse paradoxo se torna nosso desafio. De um lado, há uma política oficial do MS que subscreve a AE, uma legislação específica e normas, as quais formam um arcabouço legal para a distribuição e o uso da PDS no país; de outro lado, há reticências, resistências, barreiras culturais e desinformação, as quais comprometem o acesso e uso da PDS pela maioria da população usuária do Sistema Único de Saúde. O fato de a população se sentir mais à vontade para recorrer às farmácias para comprar a AE sem orientação médica, e assim colocar sua saúde em risco, não é um fato isolado, pois está diretamente ligado a um eventual julgamento moral, que pode ocorrer nos serviços de saúde, se os profissionais não estão preparados para lidar com a situação.

Qualquer transformação no plano das representações sociais e das práticas em saúde – que envolvem mudanças de valores e de comportamentos sociais (BOZON, 1995) – exige profunda disposição dos envolvidos para se desarmar, despir-se de preconceitos, reaprender a lidar com o tema da contracepção e da gravidez imprevista, sem estigmatizar os usuários. Todos os envolvidos devem, de fato, assumir o compromisso ético de respeitar os direitos sexuais e reprodutivos dos usuários.

Referências

- ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 165-179.
- BAJOS, N.; GOULARD, H.; JOB-SPIRA, N. Emergency contraception: from accessibility to counseling. *Contraception*, v. 67, n. 1, p. 39-40, 2003.
- BEMFAM. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde* 1996. Brasília: BEMFAM, 1997. 255p.
- BERER, M. Dupla proteção: mais necessária do que praticada ou compreendida. *Questões de saúde reprodutiva – RHM*, v. 2, n. 2, p. 23-33, 2007.
- BOZON, M. Amor, sexualidade e relações sociais de sexo na França contemporânea. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, n. 1, p. 122-135, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência em planejamento familiar: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde 2002, 150 p. (Normas e manuais técnicos, n.40, série A).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Marco teórico referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens*. Versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília: 2005a (Normas e manuais técnicos, série A). 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota técnica sobre anticoncepção de emergência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 583p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº. 1811, de 14 de dezembro de 2006. Normas técnicas para a utilização da contracepção de emergência. *Diário Oficial da União*, 12.ed., 17 jan. 2007.

COSTA, N. F. P. et al. Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. *Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 55-60, 2008.

DÍAZ, S. et al. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 1 – Perceptions of emergency oral contraceptives. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1.507-1.517, 2003a.

DÍAZ, S. et al. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 2 – Facilitating factors versus obstacles. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1.729-1.737, 2003b.

DIDES CASTILLO, C. *Voces em emergencia: el discurso conservador y la pildora del día después*. Santiago: FLASCO, 2006. 187p.

FAÚNDES, A. et al. Emergency contraception under attack in Latin America: response of the medical establishment and civil society. *America Reproductive Health Matters*, v. 15, n. 29, p. 130-138, 2007.

- FIGUEIREDO, R. Contracepção de emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. *Rev. Saúde Sexual e Reprodutiva*, IPAS, n. 13, 2004. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br>>. Acesso em: abr. 2009.
- FIGUEIREDO, R.; ANDALAFT NETO, J. Uso de contracepção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. *Revista da SOGIA-BR*, ano 6, n. 2, 2005.
- FIGUEIREDO, R. et al. Distribuição da contracepção de emergência na atenção básica de São Paulo: caracterização de oferta em PSF e UBS dos municípios do estado. *Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, n. 42, 2007.
- FIGUEIREDO, R.; PENÁ, M. Promoção da contracepção de emergência no Brasil associada à prevenção da AIDS. In: _____. *Ações de advocacy em saúde e direitos reprodutivos*. Brasília: Agende, 2002. p. 1-19.
- HARDY, E. et al. Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1.031-1.035, 2001.
- MARTIN, A. La anticoncepción de emergencia em América Latina y el Caribe. *Rev. Panamericana de Salud Pública*, v. 16, n. 6, p. 424-431, 2004.
- NOGUEIRA, A. A.; REIS, F. J. C.; POLI NETO, O. B. Anticoncepcionais de emergência: por que não usar? *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 33, p. 60-63, 2000.
- OSIS, M. J. D. Pesquisa sobre planejamento familiar. In: RIOS-NETO, E. L. G. (Org.). *A população nas políticas públicas: gênero, geração e raça*. Brasília: CNPD-UNFPA, 2006. p. 160-6.
- OSIS, M. J. D. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2.481-2.490, 2006.
- PECHENY, M. (Coord.) et al. *Barreras a la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia en la Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Fondo de Población de Naciones Unidas, 2009. 185p.
- PECHENY, M.; TAMBURRINO, M. C. ¿“La palabra lo dice”? Interpretaciones cruzadas y obstáculos al acceso a la anticoncepción de emergencia. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, n. 1, p. 158-176, 2009.
- SAITO, M. I.; LEAL, M. M. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. *Rev. Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 180-186, 2007.
- SCHALET, A. Must we fear adolescent sexuality? *Medscape General Medicine*, v. 6, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/494933>>. Acesso em: abr. 2009.
- SHOVELLER, J. A. et al. Identifying barriers to emergency contraception use among young women from various sociocultural groups in British Columbia, Canada. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, v. 39, n. 1, p. 13-20, 2007.

SIMONDS, W.; ELLERTSON, C. Emergency contraception and morality: reflections of health care workers and clients. *Social Science & Medicine*, v. 58, p. 1.285-1.297, 2004.

SUWWAN, L. Ministério amplia a distribuição gratuita da pílula do dia seguinte. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 14. fev. 2005. Cotidiano.

Nota

¹ O projeto de pesquisa intitulado *Contraceção de Emergência (pílula do dia seguinte): o desafio para torná-la um dispositivo institucionalizado na rede pública de serviços de saúde no Brasil* conta com o apoio do Programa “Jovem Cientista do Nosso Estado 2008”, Edital Faperj n.º 28/2008.

Abstract

Legal framework of emergency contraception and the difficulties of its institutionalization in public health services

This paper discusses the difficulties to implement emergency contraception (EC) in Brazilian Public Health Service, from 2000 to 2008, based on critical literature review and analysis of official documents on the theme. It shows advancements in health legislation, concerning the use of EC, that allow to recognize officially EC in Brazil as an emergency contraceptive alternative, beyond cases of sexual violence. The critical literature review – which includes data from Latin America, mainly, and some European, American, and Canadian studies – brings out issues related to the non-use of these norms by public health services in its everyday practice. This situation reveals strong social representations that are not easy to be reversed at once. Official Health Ministry and National Medical Professional Board documents were analyzed, in order to establish the legal, normative, and political-institutional frameworks that guide the discussion. The analysis displays paradoxes between the established norms and the health services practices, such as: trouble accessing and using EC through public health services; health professionals and potential users commonly relate the morning after pill (MAP) to abortion; there is noticeable resistance of health services to making that method available, although researches point out substantial increase in its use; and there persists the idea that EC would lead users, especially teenagers, to abandon regular contraceptive methods, like condom – a fact not confirmed by the reviewed studies, once they show that teenagers that resort to EC are the ones that regularly use condom.

► **Key words:** emergency contraception; postcoital contraception; health services; sexual and reproductive rights; adolescence.