



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

EMILLYN REBEKA DO NASCIMENTO SOUZA
ÉRICA SIANE COSTA FERREIRA
ROBSON DE OLIVEIRA FERREIRA

**ANÁLISE DO USO INDISCRIMINADO DOS CONTRACEPTIVOS DE
EMERGÊNCIA EM ACADÊMICAS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO
SUPERIOR NA CIDADE DE ITAITUBA – PA**

Itaituba – PA

2021

EMILLYN REBEKA DO NASCIMENTO SOUZA

ÉRICA SIANE COSTA FERREIRA

ROBSON DE OLIVEIRA FERREIRA

**ANÁLISE DO USO INDISCRIMINADO DOS CONTRACEPTIVOS DE
EMERGÊNCIA EM ACADÊMICAS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO
SUPERIOR NA CIDADE DE ITAITUBA – PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção de título de
Bacharel em Farmácia.

Orientador: Professor Esp. Júnio Fabio do Vale.

Itaituba – PA

2021

SOUZA, Emillyn Rebeka do Nascimento; FERREIRA, Érica Siane Costa; FERREIRA, Robson de Oliveira

Análise do uso indiscriminado dos contraceptivos de emergência e suas consequências em acadêmicas de uma Instituição de Ensino Superior na Cidade de Itaituba – PA.

54 f.

Orientador: Júnio Fábio do Valle.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, 2021.

1. Contraceptivos de Emergência. I. Valle, Júnio Fábio. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2021.

EMILLYN REBEKA DO NASCIMENTO SOUZA

ÉRICA SIANE COSTA FERREIRA

ROBSON DE OLIVEIRA FERREIRA

**ANÁLISE DO USO INDISCRIMINADO DOS CONTRACEPTIVOS DE
EMERGÊNCIA EM ACADÊMICAS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO
SUPERIOR NA CIDADE DE ITAITUBA – PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Esp. Júnio Fábio do Vale.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação

Resultado: _____ Média: _____

Data: _____ de julho de 2021

*Que todos os nossos esforços
estejam sempre focados no desafio à
impossibilidade. Todas as grandes
conquistas humanas vieram daquilo que
parecia impossível.*

“Charles Chaplin”

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que em sua infinita sabedoria colocou forças em nossos corações para vencer essa etapa da nossa vida. A fé no Senhor sem dúvidas nos ajudou a lutar até aqui.

As nossas famílias por todo amor, força e carinho. Somos gratos principalmente aos nossos pais, que nunca nos deixaram perder a fé.

Aos professores, especialmente ao nosso orientador Júnio Fábio do Vale. Obrigado, mestre, por nos cobrar mais do que imaginávamos fazer. Deixamos aqui nossa gratidão eterna por dividir sua sabedoria, o seu tempo e sua experiência.

Nossos agradecimentos também a todas as pessoas que participaram de forma direta e indireta no decorrer da elaboração deste trabalho, colaborando no enriquecimento da pesquisa.

RESUMO

Os contraceptivos de emergência (CE) são conhecidos também como “pílula do dia seguinte”, atuam como prevenção em possíveis gravidez não planejada, em casos de relação sexual sem proteção ou de estupro. A CE assim como todos os medicamentos, podem causar efeitos adversos que podem variar de acordo com o organismo e o tempo de uso de cada usuária. Seu mecanismo de ação acaba gerando conflitos religiosos, políticos e éticos por alguns considerarem um método abortivo. Dessa forma, o trabalho teve por objetivo identificar os riscos que o uso indiscriminado de contraceptivos de emergência causa no organismo, analisando principalmente as consequências que a CE pode trazer ao organismo se usada de forma contínua. Também foi analisado se as usuárias sabiam que a CE não protegia contra DST's. Esta pesquisa trata-se de um estudo de campo e foi aplicado um questionário *online* por meio da Plataforma *Google Forms*. O uso desse tipo de anticoncepção deve ser de forma prudente, devido à elevação da carga hormonal que pode ocasionar sérios problemas as usuárias se usada de forma indiscriminada.

Palavras-chaves: Contraceptivos de emergência. Acadêmicas. Efeitos adversos. Uso indiscriminado. Método abortivo.

ABSTRACT

Emergency contraceptives are also known as the “morning-after pill”, they act as prevention in possible unplanned pregnancies, in cases of unprotected sexual intercourse or in cases of rape. EC, like all medications, can cause adverse effects that may vary according to the body and the time of use of each user. Its mechanism of action ends up generating religious, political and ethical conflicts because some consider it an abortion method. Thus, the study aimed to identify the risks that the indiscriminate use of emergency contraceptives causes in the body, mainly analyzing the consequences that EC can bring to the body if used continuously, it was also analyzed whether users knew that EC did not protect against STD's. This is a field study, where an online questionnaire was applied through the Google Forms Platform. The use of this type of contraception should be prudent, due to the increased hormonal load that can cause serious problems for users if used indiscriminately.

Keywords: Emergency contraceptives. Academic. Adverse effects. Indiscriminate use. Abortive method.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Frequência de uso anual da CE pelas acadêmicas.....	35
Gráfico 2 – Percentual das informações sobre o uso correto da CE.....	38
Gráfico 3 – Influência do aconselhamento do Farmacêutico.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de gravidez de acordo o tempo de uso da anticoncepção de emergência.....	27
Tabela 2 – Distribuição percentual da faixa – etária das acadêmicas que participaram da pesquisa.....	34
Tabela 3 – Percentual das reações adversas relatadas pelas acadêmicas.....	37

LISTA DE SIGLAS

AE – Anticoncepção de Emergência.

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

CE – Contraceptivos de Emergência.

CLAE – Consórcio Latino – Americano de Anticoncepção de Emergência.

CNS – Conselho Nacional de Saúde.

DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis.

EE – Etinilestradiol.

FDA – Food and drug Administration.

FSH – Hormônio Folículo Estimulante.

ICEC – Consórcio Internacional sobre Contraceptivos de Emergência.

LH – Hormônio Luteinizante.

LNG – Levornegestrel.

MS – Ministério da Saúde.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 HISTÓRIAS DA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	13
2.2 ATUAÇÕES DO CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA	15
2.3 POSICIONAMENTOS DAS USUÁRIAS EM RELAÇÃO AOS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA RELACIONADOS AO MÉTODO E LOCAIS DE FORNECIMENTO	16
2.4 DEBATES SOBRE OS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA	20
2.5 MECANISMO DE AÇÃO DOS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA	22
2.6 QUESTIONAMENTOS SOBRE O USO DOS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA	24
2.7 EFICÁCIA DOS TIPOS DE CONTRACEPTIVOS	26
2.8 RISCOS DOS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA	28
2.9 ORGANIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DOS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA	28
3 METODOLOGIA	31
3.1 TIPO DE PESQUISA	31
3.2 LOCAL DA AMOSTRA	32
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	32
3.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	34
4.1 FAIXA ETÁRIA	34
4.2 USO DO CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA	35
4.3 CONHECIMENTO DAS ACADÊMICAS SOBRE OS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	51
ANEXO A – Questionário da Pesquisa	51
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	53

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde ressalta desde o início dos anos 80, a relevância da contracepção de emergência na precaução da gravidez indesejada, e do aborto, tendo em vista que esta é a única forma de contracepção viável após o coito. Muito conhecido como “pílula do dia seguinte”, pode ter até 98% de efetividade nos casos em que seu uso ocorre nas primeiras 24 horas após a relação sexual sem proteção, sendo que esse percentual pode cair para 75% nos casos em que seu uso ocorre entre 25 a 75 horas após o ato sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Essa forma de contracepção é formada por hormônios aglutinados em um período curto. Sua atuação depende de qual fase do período menstrual a mulher estiver sendo capaz de inviabilizar a união dos gametas ou impossibilitando a nidação através da descamação da parede interna uterina, ocasionada por conta dos altos índices de concentração de hormônios dos contraceptivos de emergência (CE) (SZEGO, 2005).

Segundo Figueiredo (2004) a acessibilidade das pílulas de contracepção de emergência no mercado brasileiro teve início no ano de 1999, e a partir do ano de 2000 passaram ser disponibilizadas às mulheres vítimas de violência sexual pelo Ministério da Saúde, através do Programa de Planejamento Familiar.

A anticoncepção de emergência, assim como todos os medicamentos, possuem vantagens e desvantagens, sendo que suas reações adversas devem ter uma atenção maior. Tendo em vista que esse método é muito acessível e por conta disso, pode ser usado de forma indiscriminada e muitas vezes por conta da falta de informação em relação aos riscos que pode trazer as usuárias (SZEGO, 2005).

Diante dos expostos, surgiu a necessidade de analisar de que maneira os métodos contraceptivos vem sendo utilizados por um grupo de acadêmicas de cursos da área da saúde de uma Instituição de Ensino Superior de Itaituba. Diante disso, foram analisadas as seguintes questões: as usuárias reconhecem os riscos do uso prolongado deste tipo de medicamento? Elas possuem as informações em relação ao uso correto? Reconhecem que este método não impede as Infecções Sexualmente Transmissíveis? Onde costumam adquirir esses contraceptivos? Conhecem que pode ocasionar reações adversas?

A CE pode ser facilmente adquirida em unidades de saúde e em drogarias, o que faz com que as mulheres tenham um acesso mais facilitado para fazer uso

desse tipo de contraceptivo, muitas vezes desconhecendo os riscos associados a este comportamento. É preocupante ver que existem mulheres que a cada ato sexual se dirigem a um estabelecimento de saúde para adquirir a pílula, como se a mesma fosse um anticoncepcional de uso regular.

Posto isso, o objetivo geral do trabalho é analisar o uso indiscriminado dos contraceptivos de emergência em acadêmicas de uma Instituição de Ensino Superior. Os objetivos específicos do trabalho incluem a verificação da faixa etária das acadêmicas que utilizam a CE; análise do conhecimento das pesquisadas sobre a CE não prevenir DST's e identificação das reações adversas mais relatadas pelas acadêmicas.

Essa pesquisa teve como base a pesquisa mista que associa os métodos quantitativos e qualitativos em uma única pesquisa (FAWCETT, 2015). Optou-se por esse formato, pois pesquisadores têm verificado que é necessário haver uma mutualidade, considerando as variadas pretensões da pesquisa, cuja finalidade não pode ser atingida por uma abordagem metodológica única (SANTOS FILHO, 2001, *apud* QUEIROZ, 2006). Para a coleta de dados, foi aplicado um questionário eletrônico por meio da plataforma *Google Forms*, em que foram realizadas perguntas fechadas e de múltipla escolha visando maior acessibilidade e facilidade aos pesquisados.

O trabalho está estruturado em cinco capítulos, sendo que no primeiro capítulo apresenta-se a introdução que contém uma prévia do tema abordado, problemática, objetivos, justificativa e metodologia. No segundo capítulo está a fundamentação teórica, organizada em 9 subtópicos embasados pelos principais autores: Ministério da Saúde (BRASIL), 2002; Figueiredo (2004); Goulard e colaboradores (2006); Black *et al.* (2008); Oliveira e Oliveira (2015); Schmitz *et al.* (2013); Paiva e Brandão (2012); Kesseru e Leon (1974); e Croxatto e colaboradores (2001). No terceiro capítulo tem-se a metodologia da pesquisa. No quarto capítulo apresenta-se os resultados e as discussões e o quinto capítulo que apresenta as considerações finais da pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HISTÓRIAS DA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Por volta de 1950 surgiram definições relacionados com a saúde tanto de mulheres quanto de homens, e vários países passaram a aderir este mecanismo. Algumas definições como controle da natalidade e populacional, planejamento familiar, além da saúde reprodutiva, sexual e saúde da mulher, bem como direitos reprodutivos e sexuais, dentre vários outros, demonstram como os países têm atuado em relação ao corpo, reprodução e sexualidade (SOUZA, 2008).

Segundo Galvão (1999) o cuidado relacionado às características populacionais evoluíram e algumas alterações foram incluídas nas políticas de muitos países. Dentre os anos de 1950 e 1960 houve uma série de preocupações neomalthusianas em virtude do aumento populacional, o que gerou uma espécie de receio por conta da probabilidade de atraso no crescimento, aumento dos índices de pobreza, destruição do meio ambiente, além de possíveis problemas com o setor de serviços sociais. Por conta dessas preocupações, na década de 1960, vários países incorporaram uma abordagem populacional que incluía os programas verticais de planejamento familiar e controle da natalidade.

No ano de 1970 ainda permaneceu a ideia de que os programas de planejamento familiar ajudariam no controle populacional. Alguns defensores dessa estratégia apoiavam o uso de métodos contraceptivos, por mais que houvesse opiniões individuais contrárias. No início da demografia os receios em relação aos direitos individuais não eram incluídos nas verificações do aumento populacional (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI 2006).

De acordo Oliveira *et al.*, (2005) o médico canadense Albert Yuspe foi o pioneiro na combinação dos contraceptivos de emergência, e intercalou os hormônios sintéticos estrogênicos (etinilestradiol) e os progestênicos (levornegestrel) a fim de realizar a anticoncepção pós-estupro. Entretanto, ocorreram alguns efeitos inesperados e em virtude disso foi necessário realizar a composição de um composto único constituído por hormônios sintéticos progestênicos, que tem a capacidade de elevar a eficácia e diminuir os riscos de eventos adversos.

Os contraceptivos de emergência compostos apenas por progesterona começaram a ser disponibilizados no mercado brasileiro no ano de 1999. A partir do

ano 2000, passaram a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde para casos de vítimas de estupro. Vale ressaltar, que essa disponibilização ocorre em virtude da Lei nº 9263 de 12 de janeiro de 1996, que assegura o acesso das pessoas tanto as informações quanto a concepção e anticoncepção, que sejam cientificamente comprovados (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Somente no ano de 2000 que o Ministério da Saúde iniciou a sua compra, sendo primeiramente distribuídos para as mulheres que sofreram violência. Em 2002 os contraceptivos foram disponibilizados para todos os municípios por meio do programa de Planejamento Familiar (FIGUEIREDO, 2004).

O contraceptivo de emergência no Brasil faz parte da Política Nacional de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e que tem seu principal foco à garantia da autonomia feminina do planejamento familiar. Esta política também definiu uma condição não abortiva na qual se utiliza os contraceptivos de emergência, podendo ser utilizado em qualquer etapa da vida reprodutiva e que tem uma considerável antecipação da puberdade e do início da atividade sexual (PAIVA; BRANDÃO, 2012).

Atualmente os contraceptivos de emergência são vendidos em todas as farmácias sem precisar da prescrição médica, e são distribuídas de forma gratuita nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), inclusive para os adolescentes. Com toda essa facilidade para se ter acesso a esses contraceptivos, surgiu o receio de diversos profissionais da saúde, principalmente aqueles que atuam com os adolescentes, e algumas destas preocupações estão relacionadas ao uso indiscriminado do método, além disso, pela facilidade podem ocorrer o abandono do uso do preservativo pela falta de informação, podendo esse método levar a situações mais agravantes que uma possível gravidez (BASTOS, 2009).

A utilização dos contraceptivos de emergência para o público geral vem despertando muitos receios para os profissionais de saúde que atuam com os jovens e adolescentes e que estão mais suscetíveis a ter um uso abusivo deste método e posteriormente aos seus efeitos adversos (RAINE, 2005).

Estima-se que os contraceptivos tenha um índice de efetividade de 75% (setenta e cinco por cento), podendo haver variações dependendo da forma que é utilizado. No entanto, no que diz respeito da sua segurança na prevenção à gravidez se tem várias controvérsias, dificultando a obtenção do medicamento em tempo oportuno. E parte deste problema ocorre pela posição irregular que este

medicamento ocupa no repertório dos métodos que estão disponíveis no mercado, sendo os contraceptivos o único a ser utilizado após a relação sexual (ROCCA, 2007).

2.2 ATUAÇÕES DO CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA

Quando se envolve o tema dos contraceptivos de emergência desperta uma grande inquietação dentro da sociedade. Com um nome, mas popularmente conhecido como “pílula do dia seguinte”, o próprio termo já agrega uma noção de “emergência”. De acordo o dicionário Houaiss (2012), o termo “emergência” refere-se a um caso grave e perigoso e sua etimologia evidência uma situação grave ocasionada por situações inesperadas que precisam de uma ação rápida.

A contracepção de emergência ou pílula do dia seguinte é utilizada em casos de mulheres que apresentem risco de gravidez em virtude de relações sexuais sem proteção, vítimas de violência sexual ou mulheres que não utilizam métodos anticoncepcionais regulares. A utilização deste método deve acontecer em até três dias após o ato sexual, entretanto há uma recomendação de que deve ser utilizado o mais rápido possível, para que a atuação do contraceptivo possa ser mais eficaz, diminuindo assim o risco de uma possível gravidez (SCHMITZ *et al.*, 2013).

Este método de contracepção de emergência é definido como “bomba de hormônios” que pode desencadear diversas alterações quando entra em contato com o organismo, como por exemplo: maior probabilidade de câncer na vagina, colo do útero, na mama e fígado, bem como variadas reações como: dor nas pernas, virilha e peito, além de inchaços nos braços, aumento da pressão arterial, desmaios e cefaleias (RAINE, 2005). Um estudo elaborado por Vargas *et al.* (2017) mostrou como estava o conhecimento das usuárias em relação as reações adversas ocasionadas pelo uso do contraceptivo de emergência, das mulheres que participaram da pesquisa, somente 20% (vinte por cento) afirmaram não saber sobre as possíveis reações adversas e 80% (oitenta por cento) afirmaram ter conhecimento da informação.

De forma que, atualmente esses medicamentos contraceptivos são encontrados mais facilmente, e por conta disso as mulheres passam a utilizá-lo com mais frequência e que na maioria das vezes de forma errônea, acaba tornando-as

mais suscetíveis a possíveis problemas em decorrência desse uso desordenado (COSTA *et al.*, 2008).

O Ministério da Saúde (2002) estabelece que de acordo com a fase do ciclo menstrual em que este contraceptivo é usado, e seu mecanismo de ação pode atrasar ou até mesmo inibir a ovulação, podendo interferir com a nidação, ou seja, pode ocasionar modificações na resposta endometrial ou pode interferir na fecundação e alterar a função do corpo lúteo e a mobilidade tubária.

Segundo Amado e Leal (2001) o contraceptivo de emergência possui suas vantagens e desvantagens. Os autores identificaram que o acesso facilitado a estes medicamentos está relacionado com a atenuação da possibilidade de gravidez indesejada que pode causar o aumento da angústia dos jovens, especialmente os adolescentes, que geralmente passam por fases de conflitos e crises. Portanto, o fácil acesso a esses contraceptivos diminuiriam as consequências dessa situação, entretanto, esse acesso facilitado acaba levantando a hipótese de incentivo a promiscuidade e a propagação de IST's (infecções sexualmente transmissíveis), tendo em vista que este método não evita a contaminação.

No ano de 2005, o Governo Federal aumentou a distribuição destes contraceptivos nos serviços públicos para cerca de 57% (cinquenta e sete por cento), a fim de disponibilizar estas pílulas a todas as mulheres e não somente as vítimas de abuso sexual. Esta distribuição foi incluída na Política de Direitos Sexuais e Reprodutivos do Ministério da Saúde, que tinha como objetivo assegurar a autonomia do planejamento familiar (SUWWAN, 2005). Hardy *et al.*, (2001) defende que a exposição de informações relacionadas aos contraceptivos de emergência deve ser realizado de maneira prudente e podendo ser realizada por meio de ações educativas prestadas pelos serviços de saúde.

2.3 POSICIONAMENTOS DAS USUÁRIAS EM RELAÇÃO AOS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA RELACIONADOS AO MÉTODO E LOCAIS DE FORNECIMENTO

Um estudo populacional elaborado nos Estados Unidos indagou mulheres que fazem procura desses medicamentos em farmácias. De acordo com essa investigação, detectou-se que o dia com mais 'pico de vendas' é entre sexta-feira e

domingo. Supõe-se que o uso desses contraceptivos é relativo a relações aleatórias, que não foram planejadas, vividas especialmente por jovens (FOSTER *et al.*, 2006).

Este estudo completa com outras pesquisas nacionais e internacionais, que o baixo entendimento sobre os CE, que os mecanismos de ação e lugares em que se pode comprar surgem como dificuldades de acesso ao fármaco no intervalo de 72 horas. Em relação às informações sobre o método, algumas mulheres pensam que o medicamento atua como abortivo (GOULARD *et al.*, 2006).

Outro ponto observado no estudo está relacionado com pensamentos moralizantes fundamentados em posições negativas sobre a conduta sexual e saúde reprodutiva das usuárias desse método (WILLIAMSON *et al.*, 2009). Deste modo, as pesquisas que fundamentam esse estudo, avalia que os momentos mais propícios de utilização da CE são analisados de forma diferente pelas mulheres que a utilizam. Segundo elas, existe um sentimento de culpa em casos em que ocorre o esquecimento e conseqüentemente o não uso do preservativo, inclusive, algumas delas relatam ter receio de informar o profissional farmacêutico sobre o não uso da camisinha. Pelo ponto de vista das usuárias, a possibilidade de o preservativo romper, evita que se sintam culpadas ou envergonhadas (SHOVELLER *et al.*, 2007).

Supõe-se que a culpa e a vergonha se tornam maiores em jovens, sendo elevada quando o farmacêutico ou o médico são seus conhecidos. Em casos de pessoas que residem em interiores, a situação se agrava, pois geralmente nesses locais todos se conhecem e sem contar que em muitos casos existe apenas uma drogaria disponível na localidade (PECHENY; TAMBURRINO, 2009).

Segundo Williamson *et al.*, (2009) uma pesquisa realizada na Escócia, teve como objetivo identificar a compreensão das mulheres jovens em relação a utilização dos contraceptivos de emergência e suas experiências relacionadas ao sexo sem proteção. E colocando em análise os 'por quês de mesmo com o acesso facilitado a esse método, as taxas de gravidez inesperada e de aborto não sofreram uma queda nessa determinada região. Esse estudo indica que a utilização da CE é mais frequente em situações em que ocorre falha no contraceptivo quando comparado ao sexo sem proteção.

Ros *et al.*, (2009) realizou uma pesquisa na Espanha e apresentou pontos importantes para serem analisados e que colaboram para a compreensão das questões como a gravidez inesperada e o aborto, pois serviu para observar que o perfil das usuárias desse método na Espanha, é sobretudo distinto das mulheres

que fazem o aborto, pois em sua maioria, possuem o nível socioeconômico mais baixo e encontram-se mais expostas à uma gravidez inesperada.

Outra pesquisa de relevância a esse tema aconteceu na Austrália, desenvolvida por Keogh (2005) que utilizou entrevistas específicas, que teve como foco a compreensão dos motivos que levaram as mulheres a utilização da CE, quais motivos levaram a essa decisão e as consequências do uso rotineiro desse método. Diante das entrevistas, foi possível verificar que o uso da CE não se relaciona apenas com a falha do contraceptivo, já que acarreta uma gama de situações que se correlacionam e possuem vários significados. Além dessas verificações, a pesquisa estabelece os tipos de mulheres que utilizam o contraceptivo, abrangendo as mulheres que possuem o comando da saúde sexual e reprodutiva e as que não possuem esse comando (KEOGH, 2005).

No que tange as localidades de acesso a esse método, as pesquisas mostram um comparativo entre as clínicas gerais, de planejamento familiar e drogarias. Vários países realizam esses comparativos de padrão de uso, com intuito de diferenciar a acessibilidade do contraceptivo de emergência antes e depois do ato sexual, o que é denominado como política de provisão antecipada da CE (ROCCA *et al.*, 2007).

De maneira geral, essas pesquisas identificaram que as farmácias são a alternativa principal para as mulheres, tendo em vista que esses estabelecimentos ficam abertos por mais tempo, possibilitando a aquisição do fármaco, quando comparado a outros locais que fornecem esse método. No entanto, quando relacionada às suas escolhas, as clínicas de planejamento familiar são as predominantes, tendo em vista a probabilidade de privacidade e conversas mais longas com o profissional quanto a esse método (BLACK *et al.*, 2008).

Bastos *et al.* (2009) afirma que as mulheres buscam as farmácias comerciais, devido a distribuição dos métodos de contracepção por meio do sistema público não ser suficiente, por isso se dirigem a esses estabelecimentos preocupadas apenas em adquirir o medicamento, sem se atentar com a orientação necessária sobre uso adequado.

Já um estudo elaborado na Inglaterra teve como objetivo a identificação de qualidades dos serviços que as usuárias julgam importantes como custo, consulta médica, tempo diário de funcionamento, ações dos profissionais, tempo de espera e privacidade durante a consulta (SESTON *et al.*, 2007).

Outro fator importante diz respeito ao fato das mulheres não se sentirem contentes com várias questões do serviço procurado, e optam por não os usar, mesmo diante das chances de gravidez. Além disto, a conservação da privacidade é fator importante a ser considerado, sobretudo em mulheres mais jovens. Os valores de aquisição também são colocados como um empecilho para a utilização da CE em drogarias (SESTON *et al.*, 2007).

Existe uma diferença entre a realidade latino-americana quando comparado aos países desenvolvidos, que está relacionado a falta de opções na aquisição do método, a não ser em drogarias (FIGUEIREDO *et al.*, 2008). Diante disso, a argumentação em relação ao uso desse contraceptivo é reduzida, pelo fato de não haver programas de políticas públicas focada na integração das farmácias como local de acessibilidade à CE, garantindo assim, a responsabilidade social e realização de protocolos característicos entre farmacêuticos e médicos, a fim de atestar a orientação em relação à saúde sexual e reprodutiva (FAÚNDES *et al.*, 2007).

Segundo Souza e Brandão (2009) em serviços públicos de saúde, os padrões morais e religiosos dos genitores de políticas, o julgamento moral de profissionais de saúde, certas vezes tornam-se obstáculos ao acesso da Anticoncepção de Emergência (AE) para as usuárias em casos de contraste econômico, por serem mais vulneráveis, por conta de fertilidade mais elevada, bem como maior frequência de gravidez inesperada.

De acordo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) entre 1996 e 2006 o índice do uso de contraceptivos de emergência no Brasil, aumentou consideravelmente. Já em 1996 o uso dos contraceptivos de emergência não constatou no PNDS, entretanto em 2006, cerca de 12% das mulheres entre 15 a 49 anos de idade, declararam ter usado CE, em que o índice de adesão por faixa etária foi entre 20 e 24 anos, correspondendo a cerca de 18,5% e entre mulheres de 15 a 19 anos foi cerca de 10,4%. Em 2006, as CE ocupou o quinto lugar entre os métodos contraceptivos mais utilizados (BRASIL, 2008). Ainda nessa temática, Borges *et al.* (2010) realizou um estudo com universitárias e constatou que do total das pesquisadas, 50,4% afirmaram já ter utilizado o contraceptivo de emergência.

Atualmente no Brasil, existe uma necessidade urgente para debater esse tema, tendo em vista que esse método é dispensando diariamente, sem uma

monitoração adequada das autoridades sanitárias para verificar as alterações na saúde sexual e reprodutiva dos seus usuários. Não é possível determinar se as usuárias desse método estão sendo orientadas em relação à utilização da AE, se fazem uso de outros métodos associados aos contraceptivos de emergência (PAIVA; BRANDÃO, 2012).

Uma pesquisa realizada por Araújo e Costa (2009) mostrou dados sobre o conhecimento dos jovens em relação a CE, 35% dos participantes afirmaram não ter tido nenhuma informação sobre o método. Dos que receberam informações, 15,5% relataram que foram os amigos quem lhe informaram, 14,6% responderam que as orientações vieram dos pais e familiares, 14% que foram profissionais da saúde e 10,6% disseram que os professores lhe informaram, (5,9%) relataram que receberam informações através de propagandas publicitárias e (4,5%) disseram que as orientações foram recebidas em farmácias comerciais. Percebe-se que as orientações em sua grande maioria foram realizadas por terceiros, o que reitera o pensamento de Paiva e Brandão (2011) de que esse tema deve ser mais debatido.

2.4 DEBATES SOBRE OS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA

Quando se fala em riscos de contracepção de emergência busca-se uma estratégia de conhecimento disciplinar com destaque comum aos perigos desse método. Quando há o destaque dos riscos e perigos associados ao uso da CE em relação à saúde, põe-se em foco a regulação dos corpos. Diante de vários receios sanitários em relação à saúde da mulher, a questão que mais causa preocupação é o ato sexual entre mulheres jovens e pobres, que resultaria em uma gestação de risco (ROBLES, 2015).

De acordo Brandão (2016) essas estratégias podem ser observadas em opiniões encontradas na mídia, manifestações de especialistas e profissionais da saúde que, sustentados por técnicas disciplinares relacionadas às regulações dos corpos e sexualidade, tanto em farmácias quanto em serviços públicos de saúde, há o temor dos perigos ou danos que esse método pode ocasionar as usuárias (CLARKE, 1998).

Esses riscos resumem-se em basicamente duas técnicas discursivas que podem ser considerados como uma acusação para quem faz o seu uso. A primeira é o argumento que a CE possua efeito abortivo e o segundo diz respeito à afirmação

que esse método é uma “bomba de hormônios”. Dentro dessa discussão, há um tema que deve ser destacado, no Brasil e em grande parte da América Latina, o aborto é proibido, havendo assim objeção por parte de vários domínios religiosos como espíritas, católicos, protestantes e outros, pelo fato da CE ser utilizada depois do ato sexual, existem grandes debates para determinar se seu mecanismo de ação pode ou não atingir o feto, nos casos em que houve fecundação (BRASIL, 2005).

Esses debates religiosos acabam gerando uma espécie de resistência ao uso desse método de contracepção, pelo fato de o definirem como abortivo, colocando-o de forma equivocada na classe de medicamentos abortivos quando comparado a outros medicamentos como o misoprostol. Diante desse cenário de debate sobre o uso desse método, várias instituições nacionais e internacionais de saúde atestam a sociedade a eficácia, segurança, garantindo que sua utilização pode prevenir gravidez e sua inofensividade em casos de possível fecundação (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2010).

Com o passar do tempo houve um enfraquecimento da ideia de que este método é abortivo, entretanto esse apelo ainda se encontra abordado em diálogos com a sociedade em geral, bem como entre farmacêuticos, balconistas e profissionais da saúde em geral (BASTOS, 2015).

Há uma possibilidade de que a extensão desse debate a sociedade, feitos a partir do Consórcio Internacional sobre Contraceptivos de Emergência (ICEC) e Consórcio Latino – Americano de Anticoncepção de Emergência (CLAE) estejam estimulando tanto os grupos centrais como os diversos, como por exemplo: laboratórios farmacêuticos, grupos feministas, agências de regulação sanitária, que atuam de forma unificada para garantir que a sociedade aceite o uso das CE, liberando-o da sua “fama” de método abortivo (BASTOS, 2015).

Segundo Harding (1996) o retrocesso da possibilidade abortiva, viabiliza o aumento do receio ou medo de que esse método seja definido como uma “bomba de hormônios”, hipótese essa que, preliminarmente era associada a sua potencialidade abortiva. Entretanto, atualmente vem sendo mais bem pontuado à proposição de predomínio de um “corpo hormonal”.

A classe “bomba de hormônios” usada também com foco social condenador, retira as chances de efeitos ruins na CE no que tange os distúrbios hormonais, modificação do ciclo natural, o que podia afetar a saúde das usuárias desse método. Uma dose hormonal em grande quantidade, com concentração para uma única

dose, causaria efeitos maléficos para as mulheres. E mais uma vez, a tese de alteração hormonal, migra para o pânico de uma hipotética desordem moral, associando a modos de regulação e subordinação do corpo e sexo feminino (LEAL, 1994).

O termo “bomba de hormônios” associa elementos que necessitam ser mais esclarecidos. Por um lado, colabora no ressurgimento de pensamentos vindos da cultura popular que associa o uso de anticoncepcionais em excesso como uma “overdose hormonal”, com o propósito de “baixar as regras” ou possibilitar a vinda da menstruação (LEAL, 1994).

De outro lado, os grupos “antiaborto” disseminam essa ideia de “bomba de hormônios” para gerar medo e consequentemente afastar as mulheres do uso desse método. Em síntese, esse pensamento traz consigo influências relacionadas à literatura em relação ao “corpo hormonal”, saindo da área religiosa e adentrando o campo da ciência, principalmente na área da endocrinologia, sobre os possíveis riscos dos contraceptivos de emergência (OUDSHOORN, 1994).

2.5 MECANISMO DE AÇÃO DOS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA

O levonorgestrel (LNG) com ou sem associação do etinilestradiol (EE) tendo seu uso na fase inicial do período menstrual, pode atuar suprimindo o ápice do hormônio luteinizante (LH), que é essencial para que aconteça o processo de ovulação (GLASIER, 2000). Diversos estudos em fase experimental têm investigado essa intervenção dos contraceptivos de emergência na fase de ovulação. Os estudos mostram que esse processo de anovulação ocorre de acordo com a fase do ciclo em que acontece a administração da anticoncepção (CROXATTO *et al.*, 2001).

Ainda segundo Croxatto *et al.* (2001) em casos em que os folículos possuem tamanho entre 12 e 14 mm e 15 e 17 mm, a dose com a miligrama de 1,5 de levonorgestrel atua suprimindo o processo de ovulação em cerca de 94 e 91% das fases, nesta ordem. Nos mesmos casos de dimensões foliculares o método de Yuspe que tem associação do etinilestradiol com 1,0 mg de levonorgestrel, provoca a inibição do rompimento folicular em cerca de 80 e 50% dos ciclos. Em alguns casos, é possível verificar a redução e alteração da função do corpo lúteo (DURAND *et al.*, 2001).

Alguns estudos demonstram que a diminuição da ovulação não é a única forma dos contraceptivos de emergência evitar a fecundação. Cerca de 20% dos casos apresentam um atraso no processo de aumento do LH e atuação do hormônio folículo estimulante (FSH), retardando o processo de ovulação entre 96 e 120 horas, principalmente quando o levonorgestrel é utilizado três dias antes do período de ovulação (MARIONS *et al.*, 2004). Nessas situações, o rompimento folicular acontece no período de quatro a cinco dias depois do ato sexual sem proteção, fase de menor disponibilidade dos espermatozoides no trato genital da mulher (DRACA, 2000).

Entretanto, o CE não apresenta muito eficácia se utilizada no pico do hormônio luteinizante ou em casos em que os folículos finalizam a maturação, com tamanho entre 18 a 20 mm. Nesses casos, o LNG impede a ruptura folicular em cerca de 47% dos casos, já o método de Yuspe apresenta incapacidade de atuar sobre o processo de ovulação. Isso acontece devido às falhas desse método de contracepção (HAPANGAMA; GLASIER; BAIRD, 2001).

Em casos de não uso de contraceptivo e consequentemente preservação da fertilidade, os espermatozoides fixam-se nas criptas presentes no colo do útero e assim assegura sua viabilidade e poder de fecundação por cerca de cinco dias após a relação sexual (FONSECA; CABAR; NOMURA, 2008). Depois que os espermatozoides chegam às trompas, acontece um longo período de migração sustentada, definida pela penetração sucessiva de grupos de espermatozoides nas criptas do útero para o muco cervical (CROXATTO, 1996).

Alguns desses espermatozoides irão se fixar ao epitélio interno da trompa por muitas horas conseguindo assim adquirir motilidade, e, por conseguinte irão perder sua motilidade. Algumas pesquisas mostram que o poder de fecundação é mais relacionado a esses gametas disponibilizados no período da fase da migração sustentada, que é responsável por manter na trompa os espermatozoides de forma constante e renovada, até que ocorra o processo de ovulação (DURAND; LARREA; SCHIAVON, 2009). No entanto, Croxatto *et al.* (2004) afirma que mesmo diante do exposto, a migração sustentada em humanos não apresenta eficácia, que está em torno de 50%.

Esses fatos indicam que uma parte da ação do contraceptivo levonorgestrel acontece no período de migração sustentada dos espermatozoides, agindo na interação com o gameta feminino. Já que o uso de 0,4 mg de levonorgestrel em um

período de 3 a 10 horas depois do ato sexual provoca uma redução considerável na recuperação dos espermatozoides (KESSERU; LEON, 1974). Porém, esse fato não acontece em decorrência da modificação direta do levonorgestrel no processo de motilidade dos espermatozoides, mas sim de alterações consideráveis nas características físicas e químicas do muco cervical, elevando a sua viscosidade e diminuindo o poder de penetração espermática (YEUNG *et al*, 2002).

Sendo assim, o uso do contraceptivo na segunda fase do período menstrual, mesmo que a ovulação tenha acontecido, manifesta capacidade considerável de inibição da migração sustentada dos espermatozoides. O surgimento de uma área cervical hostil prejudica o deslocamento rumo à trompa, diminuindo as chances de fecundação em situações em que não houve a supressão da ovulação (KESSERU; LEON, 1974). Outro fator a ser considerado é que o levonorgestrel estimula a produção de secreção endometrial de glicodelina-A, que é uma substância que reduz o poder de adesão dos espermatozoides à zona pelúcida, afetando assim a fecundação (MUNUCE *et al.*, 2006).

2.6 QUESTIONAMENTOS SOBRE O USO DOS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA

Esse tipo de anticoncepção sempre foi alvo de questionamentos e debates éticos nas áreas ideológicas, políticas e médicas, incluindo o começo da vida humana, medo de alterações tanto no comportamento sexual como no contraceptivo (isso acontece principalmente entre adolescentes e jovens), passando pela acessibilidade a esse método e a introdução dos medicamentos usados, incluindo os que podem ser usados sem prescrição médica (TASK, 1998).

Um estudo evidenciou que nos Estados Unidos cerca de 60 a 80 gravidezes diárias são em decorrência de estupro, por conta disso foi proposto por legisladores que os hospitais da rede pública disponibilizassem os contraceptivos de emergência às vítimas de estupro. Devido a isso, muitos debates surgiram supondo que esse método seria abortivo, no entanto em 2002, uma lei inglesa estabeleceu que a gravidez acontece apenas após a implantação do óvulo e os contraceptivos de emergência não atuam sobre o óvulo implantado, portanto, não é abortiva (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002).

Mcgaughran (2000) vai em contraposição e afirma que a mifepristona atua de forma a inibir a ovulação, bloqueando a implantação, devido causar um retardo na maturação do endométrio. Apenas é considerada eficaz depois da implantação acontecer, e como consequência podendo interromper uma gravidez inicial. Já no Brasil não foram encontrados registros para o uso de mifepristona tanto na ANVISA como na RENAME de 2002 (BRASIL, 2002).

Na França, o levonorgestrel usado como contraceptivo é vendido sem prescrição médica em casos de mulheres menores de 18 anos. No ano de 2003, nos Estados Unidos, a Food and drug Administration (FDA) autorizou a dispensação da substância para todas as idades sem a necessidade de prescrição médica. Entretanto, em 2004 essa decisão foi invalidada, mesmo com as recomendações propostas pelo comitê de especialistas. Essa decisão provocou vários debates entre a classe médica, tendo em vista que esse parecer foi baseado em questões políticas e não em evidências clínicas e científicas (WEBB, 2004; TANNE, 2005).

Outro conflito está relacionado em relação à necessidade desse tipo de anticoncepção ser vendido sem prescrição médica (TASK, 1998). Os que apoiam a utilização desse método afirmam que isto reduz cerca de 50% os índices de aborto. Devido o tempo ser uma questão essencial da eficácia, o acesso facilitado é importante. Alguns contrários a esse pensamento contrapõem que a venda sem prescrição médica e impede que as mulheres tenham uma consulta com o profissional que pode lhe ajudar com uma orientação mais eficaz. Outro ponto alertado é que essa facilidade ao acesso acaba influenciando negativamente no comportamento sexual, principalmente em adolescentes, pois podem trocar o método de contracepção regular pelo de emergência (TANNE, 2005).

Preconizasse que os contraceptivos de emergência vêm sendo usado em todo o mundo, isso se deve tanto pelo desconhecimento como por problemas para ter acesso aos medicamentos de concepção regular. Isso acabaria contribuindo para abortos sem segurança, o que está associado à mortalidade e a morbidade materna. As pessoas que são a favor do acesso mais facilitado da CE afirmam que isso colaboraria na redução de gravidez não planejada (HARRISON, 2001).

Já os contrários ao método, afirmam que essa acessibilidade facilita tanto a não contracepção sistemática como o descuido no que tange o uso do preservativo, elevando a possibilidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's). Entretanto, algumas evidências vão de encontro a essa afirmação, um estudo feito

em Hong Kong mostrou que o fornecimento da CE ocasionou o aumento no uso do método, mas sem alterar a escolha e a regularidade da contracepção regular, principalmente em mulheres jovens (LO *et al.*, 2004). Outra pesquisa realizada com 301 adolescentes norte-americanas, em um período de 6 meses, mostrou que o contraceptivo de emergência não estava relacionada com a elevação dos coitos sem proteção, uso reduzido de preservativos ou alteração no uso da anticoncepção hormonal regular (GOLD *et al.*, 2004).

Azevedo e Abdo (2006) realizaram um estudo e identificaram que em muitos casos a ausência de informação e orientação familiar em relação à sexualidade, acaba colaborando para que a vida sexual dos adolescentes comece de forma prematura, e como resultado pode ser a obtenção de DST's, problemas emocionais e até mesmo gravidez não planejada. Diversos pesquisadores apontam que os adolescentes e jovens que tiveram essas informações e orientações, são menos propícios a passarem por esse tipo de situações.

Webb (2004) afirma que a facilidade de acesso aos contraceptivos de emergência diminui a possibilidade de gravidez não planejada, o que é muito importante em países onde o aborto não é aprovado ou ainda é muito restrito, como exemplo, temos o Brasil.

2.7 EFICÁCIA DOS TIPOS DE CONTRACEPTIVOS

Cheng (2005) afirma que de 100 mulheres que tiveram relações sexuais sem proteção por volta da segunda ou terceira semana do ciclo, oito delas possui chances de engravidarem. Se essas mulheres usarem o método com levonorgestrel isolado ou método de Yuzpe, esse número reduz para duas mulheres, ou seja, uma diminuição de 75%. Vale ressaltar, que devido o método de Yuzpe ter eficácia e tolerância menor, e deve ser ofertado apenas em casos em que o levonorgestrel não esteja acessível.

Em casos de inserção do DIU no período certo, as chances de gravidez são de cerca de 0,0 a 0,1%. Esse método é indicado apenas em casos de mulheres que procuram tomar os contraceptivos de emergência de forma tardia, que optem por uma anticoncepção mais longa e não apresentem riscos de DST's (CHENG, 2005).

Ainda que em doses menores (10 a 50 mg) a mifepristona manifesta a eficácia e tolerabilidade igual a do levonorgestrel, tirando o fato do atraso na

menstruação que nesses casos são maiores (HAMODA *et al.*, 2004). Uma pesquisa multinacional envolvendo 4071 mulheres, que utilizaram os seguintes medicamentos: mifepristona, levonorgestrel dose única e duas doses de levonorgestrel, as taxas de mulheres grávidas foram de respectivamente 1,5%, 1,5% e 1,8%. Já o Danazol apresentou eficácia parecida com o método de Yuzpe, mas em relação à mifepristona apresentou-se menos eficaz (CHENG, 2005).

A OMS realizou uma pesquisa multinacional a fim de colher amostras fidedigna em relação à eficácia da CE (TASK FORCE ON POSTOVULATORY METHODS ON FERTILITY, 1998). Uma análise realizada com mulheres que utilizaram a CE evidenciou a ação da anticoncepção de emergência e a interferência do tempo sobre a eficácia do método. A Tabela 1 mostra o percentual de gravidez em relação ao tempo de uso do contraceptivo de emergência.

Tabela 1 – Taxa de gravidez de acordo o tempo de uso da anticoncepção de emergência.

Tempo de Uso	Taxa de Gravidez
Primeiras 24 horas	0,4%
Entre 25 a 48 horas	1,2%
Entre 49 a 72 horas	2,7%

Fonte: Adaptado de Task Force on Postovulatory Methods on Fertility, 1998.

Entre 2002 a 2004 foram realizadas pesquisas que constataram que o uso do CE no período de até 120 horas (cinco dias) depois do ato sexual, ainda mostra resultado, entretanto com uma eficácia menor. Por conta disso, e por sua funcionalidade como utilização de emergência, a OMS e o Ministério da Saúde (MS) aumentaram o tempo de uso até o quinto dia, assim a AE atua como última escolha a fim de evitar uma gravidez indesejada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A OMS realizou uma segunda análise e mostrou que existe uma probabilidade de 50% da mulher engravidar em cada intervalo de 12 horas, quando comparado ao intervalo anterior. Ou seja, a mulher que usa a CE no intervalo entre 12 a 24 horas após a relação sexual, tem 50% a mais de chances de engravidar do que se ela usasse nas primeiras 12 horas (TASK FORCE ON POSTOVULATORY METHODS ON FERTILITY, 1998).

2.8 RISCOS DOS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA

As usuárias relatam como efeitos mais comuns o vômito e a náusea, além de tontura, fadiga e mastalgia. Estudos mostram que esses efeitos apresentam redução nas mulheres que utilizam o levonorgestrel quando comparado ao uso do método de Yuzpe. Já em caso de uso da mifepristona, as usuárias apresentam um atraso no início da menstruação de acordo com o aumento da dose, isso acaba gerando ansiedade nessas mulheres por pensarem que é uma possível gravidez. A cefaleia está mais relacionada com o método de Yuzpe e também em caso de uso da dose única do levonorgestrel (MARSTON; MAJEED, 2005).

Estudos demonstram que em usuárias do método de Yuzpe houve uma elevação nos casos de gravidez ectópica, isso ocorre devido ao bloqueio da implantação intrauterina e/ou redução da motilidade tubária ou até mesmo pelo uso após a relação sexual para impedir a implantação uterina, porém não ectópica. A revisão de Cochrane mostrou que entre 33.110 mulheres estudadas, houve relato de cinco casos gravidezes ectópicas (CHENG, 2005).

Para quem acredita que a vida já começa com a fertilização, os efeitos pós-fertilização acaba sendo uma preocupação. Portanto, é necessário que a mulher seja aconselhada sobre isso, possibilitando assim que essa escolha seja de acordo com seus valores morais. Não existem contraindicações para casos de contracepção de emergência, exceto a gravidez. Os sangramentos uterinos acontecem em cerca de 98% das mulheres dentro do período de 21 dias de utilização do contraceptivo, se o sangramento não ocorrer é indicado que se faça o teste de teste de gravidez (TANNE, 2005).

2.9 ORGANIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DOS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA

Um estudo clínico randomizado testou duas doses de LNG de 0,75 mg utilizadas em um período de 12 horas, nas primeiras 72 horas após o ato sexual desprotegido, mostrando uma taxa de gestação de 1,1% contra 3,2 quando comparado ao método de Yuzpe. Isso significa que foram prevenidas cerca de sete a oito gravidezes em 100 mulheres que fizeram a relação sexual sem prevenção, versus seis prevenções com o método de Yuzpe. Outro ponto observado diz respeito

à redução nos casos de vômitos e náuseas que foi reduzido quando houve o uso do levonorgestrel isolado, e isto é um dos fatores que contribuem para a eficácia do método (CHENG, 2005).

No ano de 2002 foi realizado um estudo clínico multinacional e multicêntrico, randomizado e duplo cego, que mostrou que o levonorgestrel de dose única de 1,5 mg apresentou a mesma eficácia de duas doses de 0,75 mg no intervalo de 12 horas entre as duas, sem elevar os efeitos adversos. A administração da dose única tem como vantagem a redução do risco de esquecimento ou atraso em administrar a segunda dose. O uso em até 120 horas (cinco dias) depois do ato sexual, ainda apresentou proteção, entretanto vale ressaltar, que quanto mais demorado o uso, menor os efeitos de proteção. Essa chance de aumentar a eficácia até 120 horas também foi apontada através do método de Yuspe (HAMODA *et al.*, 2004).

É importante destacar que o uso precoce em até 72 horas de qualquer um dos métodos citados diminui as chances de falhas. A utilização da primeira dose depois das 72 horas do ato sexual eleva as chances de gravidez em 50%. Um estudo realizou a comparação entre as administrações oral e vaginal do levonorgestrel, e foi verificado que o nível de concentrações plasmáticas em cada uma delas. Por via oral ficou constatado que suas concentrações foram mais precoces e elevadas, já por via vaginal as concentrações ficaram elevadas por mais tempo quando comparada ao oral. Vale lembrar que a via vaginal apresentou concentrações plasmáticas suficientes para ocasionar a supressão ovariana, em virtude disso deve ser considerada uma forma de administração (TASK, 1998).

Para que a CE seja dispensada nas Unidades Básicas de Saúde, é necessário seguir um protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde, onde primeiramente a usuária deve ser encaminhada para as Atividades Educativas em Saúde Sexual e Reprodutiva – Planejamento Familiar e logo após, deve ser levada para a Consulta Médica. Em casos de usuárias adolescentes o atendimento deve ser prestado conforme a Lei Federal 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente, que garante o atendimento da criança e do adolescente através do SUS (Sistema Único de Saúde), assegurando acessibilidade igualitária aos serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Visto a necessidade da usuária, o profissional deve avaliar qual a contracepção de emergência mais indicada, podendo escolher entre a anticoncepção oral somente com progestogênio, com posologia de um comprimido a

cada 12 horas ou dois comprimidos em uma única tomada em até 72 horas, vale ressaltar que esse prazo pode aumentar para até 5 dias após o ato sexual desprotegido. Outra opção é o método de Yuspe que associa 0,15mg de Levonorgestrel e 0,05mg de etinilestradiol, com indicação de 4 comprimidos a cada 12 horas (totalizando 8), em até 72 horas, podendo estender o prazo para até 5 dias após o ato sexual sem proteção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo misto que associa os métodos quantitativos e qualitativos em uma única pesquisa (FAWCETT, 2015). De acordo com Creswell e Plano Clarck (2011) essa abordagem de pesquisa é definida como um método de coleta, avaliação e associação de procedimentos quantitativos e qualitativos. Esse método é considerado vantajoso por possibilitar interação entre as duas abordagens, viabilizando assim uma melhor resposta analítica.

Segundo Malhotra (2006) a pesquisa qualitativa é uma metodologia não estruturada de cunho exploratório, com base em amostras pequenas que possibilitam várias formas de percepção e compreensão do tema abordado. Enquanto, que a pesquisa quantitativa busca mensurar os dados e aplicá-los de alguma forma estatística.

Optou-se por esse formato, pois pesquisadores tem verificado que é necessário haver uma mutualidade, considerando as variadas pretensões da pesquisa, cuja finalidade não pode ser atingida por uma abordagem metodológica única (SANTOS FILHO, 2001, *apud* QUEIROZ, 2006).

E para que essas teorias sejam afirmadas na prática, foi aplicada uma pesquisa de campo, que conforme Fonseca (2002) é caracterizado pelas análises que abrangem a pesquisa bibliográfica e/ou documental, bem como a realização da coleta de dados juntamente com as pessoas a serem analisadas. A pesquisa inclui artigos de revisão e originais escritos na língua portuguesa que foram selecionados de acordo com os critérios estabelecidos nos aspectos éticos e legais.

Este trabalho pode ser considerado como uma pesquisa descritiva, que segundo Gil (1999, p. 44) “são inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados”.

Como de critério de inclusão foram consideradas acadêmicas do curso da área da saúde, regulamente matriculadas na Instituição de Ensino, sem faixa etária, que utilizassem contraceptivos de emergência e que responderam todas as perguntas do questionário corretamente. Foi utilizado como método de exclusão, indivíduos do sexo masculino, acadêmicas que não sejam da área da saúde e que

não façam parte da Instituição de Ensino onde foi realizada a pesquisa. Além disso, foram descartadas acadêmicas que não utilizavam os contraceptivos e que não responderam o questionário corretamente.

3.2 LOCAL DA AMOSTRA

A pesquisa de campo foi aplicada em uma Instituição de Ensino Superior na cidade de Itaituba, que fica localizada na mesorregião do sudoeste do Estado do Pará e que possui uma população de 97.493 (noventa e sete mil e quatrocentos e noventa e três) habitantes, segundo dados Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE no ano de 2010. A origem do nome Itaituba vem do tupi, sendo que *Itá* significa pedra, *y* representa a água e *tyba* quer dizer ajuntamento, portanto o nome da cidade significa ajuntamento de água da pedra. A cidade foi fundada no dia 15 de dezembro de 1856, pelo tenente coronel Joaquim Caetano Corrêa (ITAITUBA, 2021).

A pesquisa teve como principal objetivo averiguar o uso indiscriminado e as consequências do uso de contraceptivos orais. A escolha dessa IES foi selecionada por conveniência, por conta da facilidade de aplicação do questionário e consequentemente obtenção dos dados. O alvo dessa pesquisa foram as acadêmicas de cursos da área da saúde da Faculdade que pelo menos alguma vez já fizeram uso do contraceptivo de emergência.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para o instrumento de coleta de dados optou-se pelo questionário, que segundo Cervo e Bervian (2002) é uma forma de alcançar resultados através de um documento que o próprio informante preenche. Esse questionário continha perguntas fechadas, que possibilitam maior facilidade em relação à análise de dados bem como na sua contabilização.

O questionário eletrônico elaborado nessa pesquisa foi aplicado para as acadêmicas de cursos da área da Saúde em uma Instituição de Ensino Superior na Cidade de Itaituba, Estado do Pará, com perguntas fechadas e de múltipla escolha, pois trazem alternativas específicas. Segundo Gil (2009) é uma forma de averiguação com questões que tem como objetivo coletar informações.

A escolha do questionário eletrônico se deu pelo fato da *web* contribuir para o alcance de atingir um número maior de pessoas e pela vantagem do baixo custo e da acessibilidade como uma forma de coleta de dados para comunidade em geral. Esse custo mais baixo faz com que sua aplicação se torne mais disponível a qualquer indivíduo que tenha internet, além de ter proporcionado a democratização da coleta de dados. O uso de multimídias possibilitou a padronização e a interação do pesquisado com o questionário (COUPER, 2000).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Essa pesquisa têm como base os princípios estabelecidos na legislação em relação às pesquisas científicas e testes realizados com humanos, de acordo a resolução do CNS nº 466 de 2012. Esta resolução informa sobre a obrigatoriedade de os pesquisadores esclarecerem aos participantes sobre os riscos e benefícios da pesquisa.

A pesquisa teve como prioridade garantir a privacidade, confidencialidade das informações obtidas, além da participação voluntária. E não apresentou riscos físicos para nenhum de seus participantes, entretanto pode ter provocado riscos pequenos como, por exemplo, constrangimento no ato de preencher o questionário. Por conta disso, foi imprescindível o esclarecimento das questões abordadas, antes da voluntária preencher o questionário.

Antes da aplicação do questionário, foi realizada a solicitação de autorização do estabelecimento para a aplicação da pesquisa. Após a aprovação foi realizada a execução da coleta de dados e a explicação sobre o objetivo do trabalho. De forma que as voluntárias pudessem estar cientes do que se tratava o questionário e que soubessem o quanto foi importante participação na pesquisa. Após a aceitação das voluntárias, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que confirma participação na pesquisa.

Vale ressaltar, que todas as informações que foram obtidas através dos questionários, ficaram armazenadas de forma confidencial e foram utilizadas apenas para as coletas de informações que contribuíram para os resultados da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados da pesquisa foram coletados por meio da aplicação de um questionário eletrônico feito através da plataforma *Google Forms* que se encontra no anexo 1, onde se obteve dados relativos sobre a utilização dos contraceptivos de emergência. Após a aplicação do questionário, foi realizado o agrupamento e análise dos dados, que estão organizados em tópicos dispostos abaixo.

4.1 FAIXA ETÁRIA

Participaram da pesquisa 45 acadêmicas, dentre essas participantes apenas 1,5% (n=1), não aceitou o TCLE para responder o questionário.

Das participantes, 77,6% (n=34) responderam que acham que a faixa etária que mais faz o uso desse método está entre 12 a 19 anos, 20,7% (n=9) afirmaram que a utilização é mais frequente entre 20 a 30 anos e 1,7% (n=1) que este uso é maior em mulheres acima de 30 anos, conforme mostra a Tabela 2.

Diante dos dados analisados, observa-se na Tabela 2 a organização da faixa etária das acadêmicas que participaram da pesquisa.

Tabela 2 – Distribuição percentual da faixa etária das acadêmicas que participaram da pesquisa.

IDADE	N	%
Entre 18 a 20 anos	5	12,1
Entre 21 a 25 anos	23	51,7
Entre 25 a 30 anos	7	15,5
Acima de 30 anos	9	20,7
Total	44	100

Fonte: Autores da pesquisa, 2021.

Através da análise dos dados foi possível verificar que as acadêmicas que mais utilizam a CE possuem idade entre 21 e 25 anos, o que correspondeu a 51,7% (n = 23) das entrevistadas. Isso pode ser justificado pelo receio de uma gravidez indesejada, em uma fase de muitas responsabilidades com a faculdade e em muitos casos ainda não terem independência financeira ou estabilidade econômica (BASTOS *et al.*, 2009).

Esses dados confirmam com os números em âmbito nacional promovido pelo PNDS no ano de 2006, que demonstra que o maior índice de uso foi em mulheres

com faixa etária entre 20 a 24 anos (18,5%). O segundo grupo que mais fez uso foi o das mulheres de 25 a 29 anos que correspondeu a 16,9% das entrevistadas, por fim o índice menor foi em adolescentes (10,4%) (BRASIL, 2006).

Verifica-se que o índice de uso do contraceptivo de emergência pode modificar conforme a faixa etária analisada e o planejamento da pesquisa, conforme demonstra Araújo e Costa (2009) através de uma pesquisa realizada no Estado de Pernambuco com adolescentes com idade entre 14 a 19 anos, que constatou que o índice de uso da CE foi de apenas 27,8%.

4.2 USO DO CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA

A utilização da CE demanda algumas precauções a fim de alcançar sua eficácia. Uma dessas precauções está relacionada com o tempo em que é usada após o ato sexual e a outra diz respeito ao uso repetitivo, que interfere de forma negativa na sua eficácia, que em geral é menor do que o anticoncepcional de uso regular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Os resultados correspondentes ao uso deste método contraceptivo são: 82,5% (n=36) das pesquisadas afirmaram já ter feito uso do método e 17,5% (n=8) disseram não ter feito uso do medicamento. Do total de pesquisadas, 38% (n=16) responderam que fizeram uso do método uma vez ao ano, 40% (n=18) utilizaram duas vezes ao ano e 22% (n=10) assumiram ter usado acima de três vezes no ano, conforme mostra o Gráfico 1.

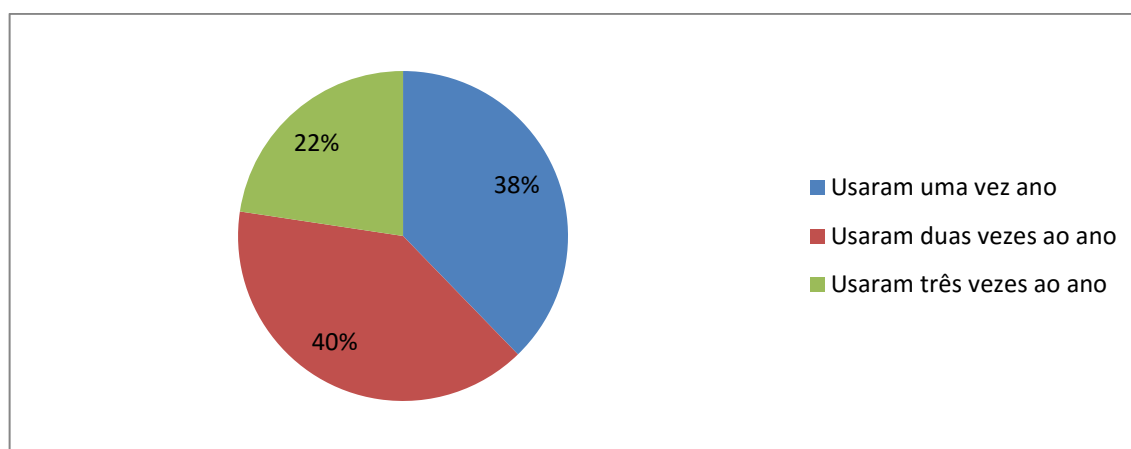


Gráfico 1 – Frequência de uso anual da CE pelas acadêmicas. Fonte: Autores da Pesquisa (2021).

Esses dados evidenciam que o conhecimento das mulheres sobre a existência do método atinge a grande maioria das acadêmicas em estudo, sendo que a frequência maior de uso anual relatada foi de até duas vezes ao ano. Uma pesquisa realizada por Borges *et al.*, (2010) também constatou um valor considerável de acadêmicas que utilizaram a CE, no qual 50,4% afirmaram ter utilizado esse tipo de contracepção.

Brasil (2006) afirma que o planejamento familiar é imprescindível para evitar uma gravidez não desejada, e as mulheres com escolaridade e nível socioeconômico menor são mais afetadas, devido a grande parte delas não terem informações e não possuir acesso a outras formas de contracepção. Para que essa situação seja amenizada, é necessário que essas mulheres tenham acesso tanto aos contraceptivos de emergência, como a outras formas de contracepção, bem como a meios de proteção e tratamento para DST e HIV/Aids por meio do Sistema Único de Saúde (BASTOS *et al.*, 2009).

A proporção de jovens que relatou que fez uso do anticoncepcional e mesmo assim utilizou os contraceptivos de emergência foi de 29,8% (n=13), sendo que 70,2% (n=31) afirmaram não utilizar contraceptivo de emergência durante o uso de anticoncepcionais. Esse dado refuta o que Vargas *et al.*, (2017) afirmou por meio de um estudo com universitárias no Norte do Paraná, e constatou que 78% das mulheres que fizeram uso da CE, utilizavam algum método de anticoncepção. Talvez esses dados tenham sido divergentes devido as acadêmicas que participaram da pesquisa serem de curso da área da saúde, e por isso já possuem um conhecimento prévio em relação ao uso da CE.

Das pesquisadas 12,1% (n= 5) responderam que consideram que é necessário usar a CE mesmo se fizer uso de outros métodos contraceptivos como camisinha, DIU e anticoncepcionais, e 87,9% (n= 39) afirmaram que não é necessário. Esse dado reitera a afirmação de Cheng *et al.* (2008) de que CE só deve ser utilizada nesses casos se houver falha no uso do anticoncepcional, rompimento da camisinha ou caso o DIU tenha sido expulso.

Foi questionado as acadêmicas se durante o uso da CE manifestaram alguma reação adversa como, por exemplo, sangramentos, náuseas e vômitos, dor de cabeça, sensibilidade nos seios, diarreia, dor abdominal, atraso na menstruação, retenção de líquido, espinhas ou nenhuma das alternativas, os dados obtidos estão

organizados na Tabela 3. Essa tabela demonstra os percentuais de cada reação adversa relatada pelas acadêmicas.

Tabela 3 – Percentual das reações adversas relatadas pelas acadêmicas.

REAÇÕES ADVERSAS	N = 44	%
Sangramentos	18	40,9
Náuseas e vômitos	5	11,4
Dor de cabeça	6	13,6
Sensibilidade nos seios	7	15,9
Diarreia	1	2,3
Dor abdominal	1	2,3
Atraso na menstruação	1	2,3
Retenção de líquido	1	2,3
Espinhas	1	2,3
Nenhuma das alternativas	3	6,7

Fonte: Autores da pesquisa, 2021.

Schiavon *et al.* (2002) afirmam que grande parte das usuárias da CE sente pouca ou nenhuma modificação expressiva no ciclo menstrual. Segundo a OMS 57% das usuárias que utilizam a anticoncepção de emergência apresentam a menstruação dentro do prazo esperado, sem retardo ou adiantamento, o que converge com as respostas das pesquisadas. Talvez o alto índice de sangramentos relatado pelas acadêmicas pode ocorrer devido o uso contínuo da CE, que pode provocar elevação dos transtornos menstruais e impossibilitar a identificação das fases menstruais e do ciclo de fertilidade (SCHIAVON *et al.*, 2002).

4.3 CONHECIMENTO DAS ACADÊMICAS SOBRE OS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA

Os contraceptivos de emergência são considerados eficazes, entretanto o uso repetitivo e indiscriminado pode ocasionar muitos problemas para a saúde, dentre eles o câncer de colo uterino e de mama, além de infertilidade e da redução da eficácia, possibilitando assim uma provável gravidez indesejada (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Na análise do que se refere o conhecimento das usuárias em relação ao uso da CE foi identificado que 96,5% (n=42) sabiam que deve ser utilizada apenas em casos emergenciais e 3,5% (n= 2) não tinham conhecimento sobre essa temática. Em relação às informações sobre o uso correto, 89% (n= 39) afirmaram ter esse

conhecimento e 11% (n= 5) relataram não ter tido nenhuma explanação sobre o uso prolongado, conforme observa-se no Gráfico 2. De acordo os dados coletados, acredita-se que o fato de as acadêmicas cursarem o ensino voltado para a área da saúde tenha influenciado no conhecimento em relação ao uso da CE.

O Gráfico 2 demonstra os percentuais em relação as informações das acadêmicas sobre o uso correto dos contraceptivos de emergência.

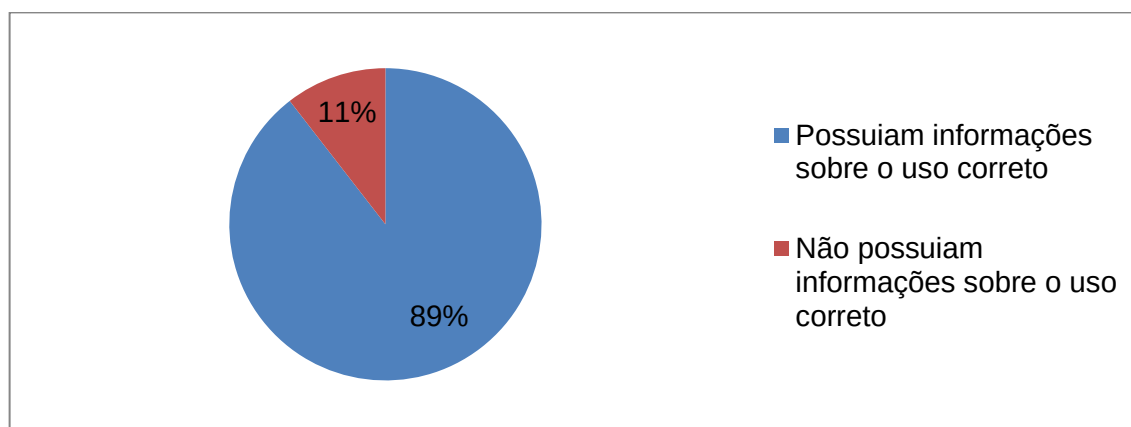


Gráfico 2 – Percentual das informações sobre o uso correto da CE. Fonte: Autores da Pesquisa (2021).

Os dados demonstram que as acadêmicas estão bem-informadas em relação ao uso da CE, esse percentual é muito importante, tendo em vista os riscos ao qual estão expostas as mulheres que o utilizam de forma frequente, pois esse método pode ocasionar uma oscilação orgânica, comprometendo não somente órgãos sexuais e reprodutivos como também, a estrutura óssea, além de ocasionar alterações de comportamento até cefaleias (BRANDÃO, 2016).

Ainda para Brandão (2016) descreve que os prejuízos da CE estão associados apenas a casos em que o uso não é realizado em situações emergenciais, pelo fato da sua utilização ter se tornado banalizado, passou a ser usado de forma contínua por muitas mulheres, e é nesses casos que os prejuízos podem ocorrer.

Outro ponto abordado na pesquisa diz respeito sobre a falta de informação relacionada ao contraceptivo influenciar no uso frequente, 93,1% (n= 40) responderam que sim e 6,9% (n= 4) relataram que não. O que confirma a afirmação de Bastos e colaboradores (2009) de que existe carência de uma atuação forte do farmacêutico no que tange a orientação das mulheres que utilizam a anticoncepção

de emergência, assegurando o uso adequado, além de estimular as mesmas a usarem preservativos, a fim de prevenir DST's.

Bastos *et al.*, (2009) reitera a importância de o profissional farmacêutico possuir formação específica para que possa desempenhar seu papel de forma eficaz, por meio da orientação ao paciente. O Gráfico 3 mostra os dados coletados em relação ao aconselhamento do farmacêutico, 71% das entrevistadas afirmaram que seria decisivo na sua escolha de tomar ou não o medicamento, um dado satisfatório que reitera a importância da atuação do farmacêutico no processo de atenção farmacêutica. O Gráfico 3 demonstra o percentual das respostas das acadêmicas em relação ao aconselhamento do farmacêutico ser decisivo ou não na sua escolha de usar a CE.

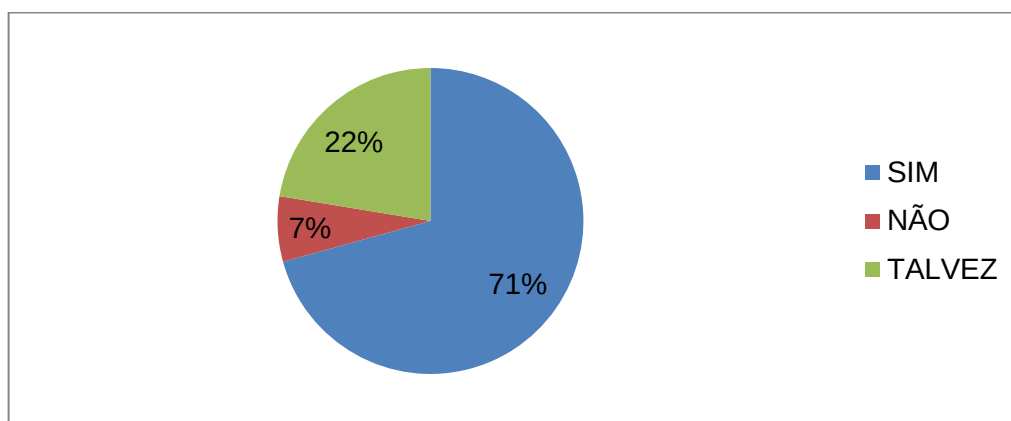


Gráfico 3 – Influência do aconselhamento do Farmacêutico. Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Costa *et al.*, (2008) evidencia que atualmente a vida sexual das mulheres tem começado mais cedo, por volta dos 11 anos e grande parte delas não possuem informações sobre o uso adequado e sobre a finalidade do contraceptivo de emergência. Em muitos casos não têm orientações sobre a não proteção da CE contra DST's. Neste estudo foi verificado que 96,6% (n=42) das acadêmicas participantes da pesquisa afirmaram saber que os contraceptivos de emergência não previnem possíveis doenças sexualmente transmissíveis, apenas 3,4% (n= 2) relataram não saber dessa informação. Esses dados contradizem ao que afirma Azevedo e Abdo (2006) de que grande parte das mulheres não possuem informações sobre a CE não prevenir DST's.

Costa e colaboradores (2008) abordam sobre a importância da prescrição médica durante o processo de dispensação da CE, pois dificultaria esse acesso.

Entretanto, ressaltam que mesmo sendo necessária essa prescrição, os contraceptivos de emergência ainda podem ser adquiridos de forma facilitada em drogarias. Segundo dados obtidos por meio do questionário, 100% (n= 44) das acadêmicas relataram adquirir a CE em drogarias, o que reitera a afirmação dos autores.

Na atualidade, esse método de contracepção está incluso nas Normas de Planejamento Familiar a fim de assegurar o direito das mulheres e do casal de possuir controle de fecundidade, entretanto essa distribuição pelo SUS é uma realidade distante em vários locais. Segundo Souza e Brandão (2009) essa realidade acontece devido os serviços públicos demonstrarem relutância em ofertar esse tipo de contracepção, pelo fato da ideia da CE incentivar as mulheres, principalmente as adolescentes a desprezar outros tipos de métodos contraceptivos, como anticoncepcionais e até mesmo preservativos. Os dados da pesquisa informam essa ideia, pois nenhuma das acadêmicas relataram ter adquirido a CE nas unidades básicas de saúde, não foi perguntado se isso foi devido a buscarem nesses locais e não encontrarem, ou por não saberem que o SUS disponibilizam esses contraceptivos.

Além disso, foi questionado as acadêmicas em relação à polêmica dos contraceptivos de emergência provocarem ou não o aborto, 91,4% (n= 40) afirmou que não e 8,6% (n= 4) relataram que sim. Segundo o Ministério da Saúde (2005) não existe base científica que consagre ou sustente que o contraceptivo de emergência ocasione o aborto. Estudos afirmam que a forma de atuação da CE previne ou atrasa a ovulação, ou impossibilita a migração dos espermatozoides. Se não existe a união dos gametas femininos e masculinos, portanto, não existe o processo de fecundação.

A redução gradativa da eficácia da CE, com o passar do tempo desde o início do ato sexual, e a inabilidade de ocasionar o sangramento instantâneo ou até mesmo em situações de gravidez, são exposições simples, mas inequívoco de que a anticoncepção de emergência evita a gravidez, entretanto não a interrompe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Como resultados obtidos nessa pesquisa, é possível destacar as seguintes questões: o alto índice de uso da CE entre as acadêmicas, muitas vezes durante o uso de anticoncepcionais; altos índices de reações adversas relatado pelas

pesquisadas; conhecimento sobre a CE não prevenir DST's; e a importância do aconselhamento do farmacêutico sobre o uso e efeitos.

Portanto, ressalta-se a importância do aconselhamento farmacêutico a fim de garantir o uso adequado da CE, alertando a paciente de que esse uso não deve ser frequente, e que não a isenta de uma possível DST, uma vez que o preservativo é a única forma de impedir essa contaminação. É necessário que a CE seja indicada apenas em casos de emergenciais, como rompimento do preservativo ou situações de violência sexual, para evitar uma possível gravidez indesejada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados obtidos por meio da pesquisa, foi possível verificar que a maioria das acadêmicas que participaram da análise demonstrou ter conhecimento em relação à contracepção de emergência, tanto no uso correto quanto em relação a CE não proteger contra DST's. As participantes da pesquisa afirmaram adquirir a pílula em drogarias, o que faz surgir uma questão a ser analisada: essas acadêmicas não buscam as UBS para retirar o contraceptivo de emergência por não saber que a rede pública distribui ou por considerar mais prático e menos constrangedor adquirir nas drogarias? Essa questão não foi investigada durante a pesquisa.

Grande parte das acadêmicas relatou ter conhecimento sobre o uso adequado e mencionaram que a CE só deve ser usada em casos emergenciais. Portanto, relataram que o uso frequente não é adequado, entretanto a maioria afirmou ter feito uso do medicamento mais de três vezes em um único ano e outras afirmaram ter usado a CE durante o uso de anticoncepcionais regulares, o que vai de encontro com a afirmação de ter conhecimento sobre o uso correto. Essa é uma questão que precisa ser mais investigada a fim de buscar soluções para essa divergência.

O resultado ainda demonstra que o aconselhamento do farmacêutico poderia influenciar no uso ou não uso da CE, esse é um dado importante, tendo em vista que o farmacêutico é o profissional qualificado para informar os pacientes sobre o uso correto dos medicamentos. Esse dado reitera a importância desse profissional no processo de aconselhamento, assegurando o uso seguro e racional da CE, além de ressaltar a importância do uso de preservativos para evitar possíveis contaminações.

Diante do exposto, é possível verificar que o objetivo do estudo foi alcançado, pois foi realizada a identificação da faixa etária que mais usa a CE, as reações adversas mais relatadas, frequência de uso anual e conhecimento delas em relação a não proteção dos contraceptivos de emergência contra DST's. Os dados coletados mostraram que ainda há algumas questões para serem investigadas, mas foi possível verificar que a informação é de extrema importância nesse processo de uso correto da contracepção de emergência.

REFERÊNCIAS

AMADO, Cybeli Ribeiro; LEAL, Marta Miranda. **Anticoncepção de emergência na Adolescência**. FMUSP, Revista Moreira JR Editora, 2001.

ARAÚJO M. S. P; COSTA, LOBF. **Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco**. Brasil. Cad Saúde Pública 2009; 25(3):551-562.

AZEVEDO, G. E; ABDO, C. H. N. **Adolescentes de classe média do ensino fundamental: prática e conhecimento da sexualidade**. Pediatría 2006; 28(3):184-190.

BASTOS, S; BONFIM, J. R. A; KALCKMANN, S; REGINA, F. R, F. M. **Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e procura da contracepção de emergência em farmácias e drogarias do município de São Paulo**. Saúde Soc 2009; 18(4):787-799.

BASTOS, L. L. **O Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência: um estudo dos argumentos para difusão dos contraceptivos de emergência em países em desenvolvimento**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

BASTOS, S. *et al.* **Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e procura da contracepção de emergência em farmácias e drogarias do município de São Paulo**. Saúde sociedade, São Paulo, v.18, n.4, p.787-799, 2009.

BLACK, K. *et al.* **Provision of emergency contraception: a pilot study comparing access through pharmacies and clinical settings**. Contraception, v.77, p.181-185, 2008.

BORGES, A. N. V; FUJIMORI, E; HOGA, L. A. K; CONTIN, M. V. **Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência**. Caderno Saúde Pública 2010; 26(4):816-826.

BRANDÃO, E. R. Divulgação da contracepção de emergência na mídia impressa brasileira: necessidade do debate sobre sexualidade na adolescência. *In*: FIGUEIREDO, R.; BORGES, A. L. V.; BASTOS, S. (Org.). **Panorama da contracepção de emergência no Brasil**. São Paulo: Instituto de Saúde/SESSP: Escola de Enfermagem/USP: Rede Ce, 2016. p. 211-233.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006**. Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Série G. Brasília: MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS, 2006**. Relatório. Brasília: MS, 2008. 583p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de Emergência:** perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Introdução. In: _____. **Atenção humanizada ao abortamento:** norma técnica. 2. ed. Brasília, DF, 2011b. p. 7-11. (Série A. Normas e Manuais Técnicos: Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, caderno n. 4). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar:** manual técnico. 4 ed. Brasília, 2002. (Série A: Normas e Manuais Técnicos n. 40).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica.** Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/renome02.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2020.

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

CASTEL-BRANCO, Margarida; FIGUEIREDO, Isabel Vitória. **Ainda sobre a “pílula do dia seguinte”.** "Mundo farmacêutico". Nº 29 (2007) p. 40-42.

CERVO, A. L. BERVIAN, P. A. **Metodologia científica.** 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHENG L; GULMEZOGLU, A. M; PIAGGIO, G; EZCURRA, E; VAN LOOK, P. F. **Interventions for emergency contraception.** Cochrane Database Syst Rev 2008(2):CD001324.

CHENG, L. *et al.* Interventions for emergency contraception (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library.** v.2. Oxford: Update Software, 2005.

CLARKE, A. **Disciplining reproduction:** modernity, american life sciences, and “the problem of sex”. Berkeley: University of California Press, 1998.

CORREA, S.; ALVES, J. E. D; JANNUZZI, P. M. Direitos e Saúde Sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. (Org). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva.** Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006.

COSTA N. F. P; FERRAZ, E. A; SOUZA, C. T; SILVA, C. F. R; ALMEIDA, M. G. **Acesso à anticoncepção de emergência:** velhas barreiras e novas questões. Rev Bras de Ginecol e Obstet 2008; 30(2):55-60.

COUPER, M. P. **Web Surveys a review of issues and approaches**. Public Opinion Quarterly. v. 64, p. 464-494. 2000.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. 2nd. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.

CROXATTO, H. B, BRACHE, V; PAVEZ, M; COCHON, L; FORCELLEDO, M. L, ALVAREZ, F *et al.* **Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75 mg dose given on the days preceding ovulation**. *Contraception*. 2004;70(6):442-50.

CROXATTO, H. B; DEVOTO, L; DURAND, M; EZCURRA, E; LARREA, F; NAGLE, C. *et al.* **Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature**. *Contraception*. 2001;63(3):111-21.

CROXATTO H. B; DIAZ, S; SALVATIERRA, A. M; MORALES, P; EBENSPERGER, C; BRANDEIS, A. **Treatment with Norplant® subdermal implants inhibits sperm penetration through cervical mucus in vitro**. *Contraception*. 1987;36(2):193-201.

CROXATTO, H. B. Gamete Transport. *In*: Adashi, E. Y; Rock, J. A, Rosenwaks, Z, editors. **Reproductive Endocrinology, Surgery, and Technology**. New York: Lippincot-Raven; 1996.

DE ALMEIDA, F. B. *et al.* **Avaliação do Uso de Anticoncepcionais de Emergência entre Estudantes Universitários**. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, v. 5, n. 3, p. 49-55, 2015.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Judicial review of emergency contraception**. London, 2002.

DICIONÁRIO HOUAISS da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

DRACA, P. **Emergency contraception**. *Med Pregl*. 2000;56(3):729-38.

DURAND, M; LARREA, F; SCHIAVON, R. **Mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia: efectos del levonorgestrel anteriores y posteriores a la fecundación**. *Salud Publica Mex*. 2009;51(3):1-7.

DURAND, M. *et al.* **On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception**. *Contraception*, v. 64, p. 227-34, 2001.

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

FAWCETT, J. **Invisible nursing research: thoughts about mixed methods research and nursing practice**. *Nurs Sci Quart* [Internet]. 2015 [cited 2016 May 01]; 28(2):167-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25805392>.

FIGUEIREDO, R. **Contracepção de Emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional.** Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva 2004. N. 13. setembro. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/10anos/Regina_CE2004.doc>. Acesso em: 17 jun. 2020.

FIGUEIREDO, R. **Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/Aids.** Cien Saude Colet 2010; 15(Supl. 1):1175-1183.

FIGUEIREDO, R., *et al.* (Org.). **Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência por adolescentes do município de São Paulo: estudo com estudantes de escolas públicas de ensino médio.** São Paulo, Instituto de Saúde, 2008. 38p.

FIGUEIREDO, R.; BASTOS, S. **Contracepção de emergência: atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégias de DST/AIDS.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. Disponível em: <<http://www.clae-la.org/downloads/Publicaciones/macontr.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2020.

FONSECA, E. S. V. B; CABAR, F. R, NOMURA, R. M. Y. **Anatomia e fisiologia: ovulação, implantação e embriogênese.** In: Zugaib M, editor. Obstetrícia. Barueri: Editora Manole; 2008. p 60-74.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002.

FOSTER, D. *et al.* **Pharmacy access to emergency contraception in California. Perspectives on Sexual Reprod. Health,** v.38, n.1, p.46-52, 2006.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L. e DÍAZ, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil.** São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. pp: 165-179.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GLASIER, A. **Emergency contraception.** Br Med Bull. 2000;53(9-10):510-2.

GOLD, M.A. *et al.* **The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors.** Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, v.17, n.2, p.87-96, 2004.

GOULARD, H. *et al.* **Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use.** Contraception. V.74, p.208-213, 2006.

HAMODA, H. *et al.* **A randomized trial of mifepristone (10 mg) and levonorgestrel for emergency contraception.** Obstetrics & Gynecology, v.104, p.1307-1313, 2004.

HAPANGAMA, D, GLASIER, A. F, BAIRD, D. T. **The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle.** Contraception. 2001;63(3):123-9.

HARDING, J. **Sex and control: the hormonal body.** *Body & Society*. London, v. 2, n. 1, p. 99-111, 1996.

HARDY, E. et al. **Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras.** Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), Brasil, v. 17, n. 4, p. 1031-1035, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000400038&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 mai. 2020.

HARRISON-WOOLRYCH, M. et al. **Improving access to emergency contraception.** BMJ, v.322, p.186-187, 2001.

ITAITUBA (PA). Prefeitura. Disponível em: http://itaituba.pa.gov.br/portal/?page_id=2734. Acesso em: 18 abr. 2021.

KEOGH, L. **A qualitative study of women's use of emergency contraception.** J Fam Plann Reprod Health Care, v.31, n.4, p.288-293, 2005.

KESSERÜ, E; LEON, F. **Effect of different solid metals and metallic pairs on human sperm motility.** Int J Fertil. 1974;19(2):81-4.

LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 127-139.

LO, S. S. T. et al. **Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behaviour: a randomized controlled trial.** Human Reproduction, v.19, n.10, p.2404-2410, 2004.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada.** 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MARIONS, L, HULTENBY, K, LINDELL, I; SUN, X; STABI, B, GEMZELL DANIELSSON, K. **Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action.** Obstet Gynecol. 2002. 100 (1): 65 – 71.

MARSTON, C.; MAJEED, A. Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter. In Great Britain: **repeated cross sectional surveys.** BMJ, v.331, p.271, 2005.

MCGAUGHRAN, A. L. **Informed consent and emergency contraception.** Referências Bibliográficas American Family Physician, v. 62, n. 10, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Planejamento Familiar - Manual para o Gestor e Manual Técnico.** Série A. Normas e Manuais Técnicos - 2002.

MUNUCE, M. J; NASCIMENTO, J. A. A; ROSANO, G; FAUNDES, A; BAHAMONDES L. **Doses of levonorgestrel comparable to that delivered by the levonorgestrel releasing intrauterine system can modify the in vitro expression of zona binding sites of human spermatozoa.** Contraception. 2006;73(1):97-101.

OLIVEIRA, A. B; OYAKAWA, C. N; MIGUEL, M. D; ZANIN SMW; MONTRUCCHIO, D P. **Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil.** RBCF Rev Bras Ciênc Farm 2005; 41:409-12.

OLIVEIRA, M. I. C.; OLIVEIRA, V. B. **Avaliação quantitativa da dispensação de contraceptivos de emergência na região de Curitiba, PR, Brasil, entre 2012 e 2014.** Revista Infarma Ciências Farmacêuticas, v. 27, n. 4, p. 248-252, 2015.

OUDSHOORN, N. **Beyond the natural body: an archeology of sex hormones.** London: Routledge, 1994.

PAIVA, S. P.; BRANDÃO, E. R. **Contracepção de emergência no contexto das farmácias: revisão crítica de literatura.** Physis, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 17-34, 2012.

PAIVA, S. P; BRANDÃO, E. R. **Contracepção de Emergência no contexto das farmácias: revisão crítica da literatura.** Disponível em:< <https://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a02.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2020.

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, v.1, p.158-76, 2009.

RAINE, T. *et al.* **Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: a randomized controlled trial.** Jama, v.293, n.1, p.54-62, 2005.

ROBLES, F. A. **Da gravidez de “risco” às “maternidades de risco”:** biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 139-169, 2015.

ROCCA, C. *et al.* **Beyond access: acceptability, use and nonuse of emergency contraception among young women.** American Journal of Obstetrics & Gynecology, v.196, p.29, 2007.

ROS, C.; MIRET, M.; RUE, M. **Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña.** Comparación entre una zona rural y una urbana. GacSanit., v.23, n.6, p.496-500, 2009.

SANTOS FILHO, J. Camilo dos. **Pesquisa quantitativa versus pesquisa qualitativa:** o desafio paradigmático. In: SANTOS FILHO, J. Camilo dos; GAMBOA, Silvio Sánchez. Pesquisa educacional: quantidade-qualidade. 4. ed.São Paulo: Cortez, p.13-59, 2001.

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.

SCHMITZ, A. C; SECCO, M. B; PINHEIRO, T. R; CAMPOS, A. C; ALMEIDA, H. **Conhecimento De Adolescentes Acerca Da Contracepção De Emergência**. Catussaba. Revista Científica da Escola de Saúde. 2013/2014; (1).

SESTON, E. *et al.* **Women's preferences for the provision of emergency hormonal contraception services**. Pharm World Sci, v.29, p.183-189, 2007

SHOVELLER, J. *et al.* **Identifying barriers to emergency contraception use among young women from various sociocultural groups in British Columbia, Canada**. Perspectives on Sexual and Reprod Health, v.39, n.1, p.13-20, 2007

SOUZA, R. A, BRANDÃO, E. R. **Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços públicos de saúde**. Revista Saúde Coletiva, 2009; 19(4):1067-1086.

SOUZA, R. A. **Pílula do Dia Seguinte: uma revisão de literatura sobre a Anticoncepção de Emergência**. Artigo de Revisão. Cadernos UniFOA. Edição nº 8, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100002>. Acesso em: 30 abril 2020.

SOUZA, R. A.; BRANDÃO, E. R. **Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços públicos de saúde**. Physis, v.19, n.4, 2009

SUWWAN, L. Ministério amplia a distribuição Gratuita da pílula do dia seguinte. *In: Folha de São Paulo*, sucursal de Brasília, 2005.

TANNE, J. H. **FDA ducks decision on emergency contraceptive**. BMJ, v.331, p.596, 2005.

TAQUETTE, S R, VILHENA, M M; PAULA, M C. **Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência**: estudo de fatores de risco. Revista Sociedade Brasileira Medicina Trop 2004; 37(3):210-214.

TASK force on postovulatory methods of fertility regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet, v.352, p.428-433, 1998.

VARGAS, A. C. *et al.* **Uso indiscriminado de contraceptivo de emergência por universitários no Norte do Paraná**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v. 20, n. 1, p. 65-71, 2017.

WEBB, A. M. C. **Emergency contraception: latest changes**. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, v.30, n.1, p.7-9, 2004.

WERTHEIMER, R. E. **Emergency postcoital contraception**. Am Fam Physician, v.62, p.2287- 2292, 2000.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs)**. Geneva, 2010. Disponível em: Acesso em: 30 de Julho de 2020.

WILLIAMSON, L.; BUSTON, K.; SWEETING, H. **Young women's perceptions of pregnancy risk and use of emergency contraception**: findings from a qualitative study. Contraception, v.79, p.310-315, 2009.

YEUNG, W. S; CHIU, P. C; WANG, C. H; YAO, Y. Q; Ho, P.C. **The effects of levonorgestrel on various sperm functions**. Contraception. 2002;66(6):453-7.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário da Pesquisa

1 – Você já fez uso de contraceptivo de emergência? OBS: Se você ainda não fez uso, não precisa responder as próximas perguntas.

() Sim () Não

2 – Qual a sua faixa etária?

() Entre 18 e 20 () entre 21 e 35 () entre 25 a 30 () acima de 30

3 – Quantas vezes dentro de um ano você já fez uso deste método?

() Uma vez () Duas vezes () Acima de três vezes

4 – Você sabia que a pílula não deve ser utilizada constantemente, apenas em casos emergenciais?

() Sim () Não

5 – Você já teve alguma informação sobre o uso correto e os problemas que essas pílulas podem trazer ao seu organismo, se utilizada de forma prolongada?

() Sim () Não

6 – Você já fez uso de algum anticoncepcional e mesmo durante esse uso, utilizou o contraceptivo de emergência?

() Sim () Não

7 – Você já teve alguma reação adversa ocasionada pelo uso do contraceptivo de emergência? Se sim, marque abaixo.

() Sangramento () Sensibilidade nos seios

() Náuseas e vômitos () Diarreia

() Dor de cabeça () Dor abdominal

() Outros.

8 – Você sabia que os contraceptivos de emergência não previnem de possíveis Doenças Sexualmente Transmissíveis?

() Sim () Não

9 – Você acha que mesmo utilizando outros métodos contraceptivos (camisinha, anticoncepcional, DIU e outros) deve – se utilizar o contraceptivo de emergência?

() Sim () Não

10 – Você acredita que a falta de informação sobre os riscos deste medicamento é um dos fatores para este uso ser tão frequente, mesmo em situações desnecessárias?

() Sim () Não

11 – Onde você costuma adquirir esse método contraceptivo?

- () Unidade Básica de Saúde () Drogarias
() Outros

12 - Você acha que o uso indiscriminado desse método acontece em decorrência da falta de informação ou descuido?

- () Falta de informação () Descuido

13 - Para você o aconselhamento do Farmacêutico em relação ao uso e riscos desse contraceptivo seria decisivo na sua escolha de usar ou não?

- () Sim () Não () Talvez

14 – Para você o uso dos contraceptivos de emergência é frequente em qual faixa etária?

- () Entre 12 a 19 anos () Entre 20 a 30 anos () Acima de 30 anos.

15 - Em sua opinião os contraceptivos de emergência é uma forma de aborto?

- () Sim () Não

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “O uso indiscriminado dos contraceptivos de emergência, em mulheres de uma Instituição de Ensino na cidade de Itaituba – PA”, desenvolvida por Emillyn Rebeka do Nascimento Souza, Érica Siane Soares Costa e Robson de Oliveira Ferreira, discentes do Curso de Farmácia da Faculdade de Itaituba - FAI, sob orientação do Professor Especialista Júnio Fábio do Vale. O objetivo central do estudo é compreender a maneira de utilização dos contraceptivos de emergência por mulheres que estudam em uma determinada Instituição de Ensino do Município de Itaituba. O convite a sua participação se deve ao fato de você fazer parte do grupo de estudo, tendo em vista que as mulheres são as únicas usuárias deste medicamento, e grande parte o utilizam de forma desordenada. Portanto, diante dos prejuízos que esse método traz, buscamos colher dados para averiguarmos como as alunas da instituição de Ensino Superior estão em relação às informações sobre os Contraceptivos de Emergência. A relevância do estudo está em obter dados sobre a forma como as mulheres vêm utilizando os CE e se a mesmas estão cientes dos riscos que estão expostas em casos de uso frequente.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, que serão utilizadas somente para fins acadêmicos. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar dos pesquisadores informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário aos pesquisadores do projeto. Esse questionário será aplicado em uma plataforma online, onde será disponibilizado o link as participantes para facilitar o preenchimento e dar comodidade às mesmas. Como riscos, foi identificada a

possibilidade de que você possa se sentir envergonhada ou constrangida devido às perguntas se tratarem de um método contraceptivo. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em forma de comunicação oral com a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso e possível publicação em forma de resumo ou artigo.

Pesquisador (es):

Emillyn Rebeka do Nascimento Souza, e-mail: emillynrebeka23@gmail.com.
Telefone: (93) 991364031.

Érica Siane Costa Ferreira, e-mail: siane.erica@hotmail.com. Telefone: (93) 991761964.

Robson de Oliveira Ferreira, e-mail: robson21.ferreira@hotmail.com.
Telefone: (93) 991843395.

Orientador: Professor Júnio Fábio do Vale, e-mail: juniofabio@hotmail.com.
Telefone: (93) 991520849.

Emillyn Rebeka do Nascimento Souza

Érica Siane Soares Costa

Robson de Oliveira Ferreira

Júnio Fabio do Vale

Itaituba, ____ de ____ de 2020.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante: _____