MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

PERGUNTAS E RESPOSTAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Editora MS
Brasília – DF
2011

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

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

PERGUNTAS E RESPOSTAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

2ª Edição

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 3

Editora MS

Brasília – DF
2011

© 2005. Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs
O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: http://www.saude.gov.br/editora

Tiragem: 2ª edição – 2011 – 149.536 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Mulher
SAF, Trecho 2, Lote 5/6, Ed. Premium
Torre II, Sala 17, Térreo.
CEP: 70070-600, Brasília – DF
E-mail: saude.mulher@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br

Elaboração de texto na 1ª e 2ª edição:
Jefferson Drezett Ferreira (Membro do Comitê Assessor do Consórcio Latino-Americano de Anticoncepção de Emergência. Consultor da Área Técnica Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Membro da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana)

Colaboração na 1ª edição:
Iolanda Vaz Guimarães
Isa Paula Hamouche Abreu
Ivone Peixoto Gonçalves de Oliveira
Juliana Monti Maifrino

Colaboração na 2ª edição:
Claudia Araújo de Lima
Daniela Cabral Gontijo
Liliane Brum Ribeiro

Editora MS
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774 / 2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:
Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Mara Soares Pamplona e Maria José Martins
Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcelo Rodrigues

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Anticoncepção de emergência : perguntas e respostas para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.
44 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – caderno ; 3)

ISBN 978-85-334-1705-2

1. Anticoncepção. 2. Saúde da mulher. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Título. II. Série.

CDU 618.39

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0183

Títulos para indexação:
Em inglês: Emergency Contraception: Questions and Answers for Health Professionals
Em espanhol: Anticoncepción de Emergencia: Preguntas y Respuestas para Profesionales de Salud

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 5

PERGUNTAS E RESPOSTAS 7

1. O que é anticoncepção de emergência? 7

2. Evitar a gestação após a relação sexual é um método novo? 7

3. Em quais situações a anticoncepção de emergência está indicada? 7

4. Por que a anticoncepção de emergência é importante? 9

5. Como é feita a anticoncepção de emergência? 9

6. Existem diferenças a considerar na escolha do método de Yuzpe ou do levonorgestrel? 11

7. A anticoncepção de emergência é eficaz? Qual o risco de falha? 12

8. Quais são os efeitos colaterais da anticoncepção de emergência? 13

9. Como proceder se o vômito ocorrer nas primeiras horas após o uso da anticoncepção de emergência? 13

10. A anticoncepção de emergência produz efeitos ou complicações para a menstruação? 14

11. Existem contraindicações para a anticoncepção de emergência? 14

12. Por que a anticoncepção de emergência é considerada tão segura para a mulher? 15

13. Nos casos de falha da anticoncepção de emergência ou de uso acidental durante a gestação, que riscos ela oferece para o feto? 16

14. Se a mulher apresenta atraso menstrual, mas não tem diagnóstico laboratorial de certeza de gravidez, e mesmo assim necessitar usar a anticoncepção de emergência, o que deve ser feito? 17

15. Qual o mecanismo de ação da anticoncepção de emergência? 17

16. Existem efeitos da anticoncepção de emergência para o endométrio que possam dificultar ou interromper a implantação? 18

17. Por qual motivo, então, a bula das apresentações comerciais da anticoncepção de emergência mantém referência ao possível efeito sobre o endométrio? 20

18. A anticoncepção de emergência pode atuar como método abortivo? 21

19. Existem riscos da anticoncepção de emergência ser usada de forma abusiva ou descontrolada? Isso não aumentaria os riscos para as DST/HIV? 23

20. E quanto às adolescentes? Não há maior risco de substituição do preservativo pela anticoncepção de emergência? 25

21. O profissional que prescreve a anticoncepção de emergência para a adolescente pode estar fazendo um ato ilegal ou antiético? 26

22. Há contraindicação para a anticoncepção de emergência em adolescentes? 27

23. Qual a diferença entre fecundação e concepção? 27

24. A anticoncepção de emergência está normatizada e regulamentada para uso no Brasil? 29

25. Como fazer aconselhamento em anticoncepção de emergência? Que pontos são importantes? 30

26. Que papel cabe aos setores públicos com relação à anticoncepção de emergência? 32

REFERÊNCIAS 35

APRESENTAÇÃO

A anticoncepção de emergência (AE) é um importante método anticonceptivo para prevenção de gestação inoportuna ou indesejada decorrente de violência sexual, relação sexual eventualmente desprotegida ou falha na anticoncepção de rotina. Assim sendo, a AE é fundamental para a garantia da atenção integral à saúde das mulheres adolescentes, jovens* e adultas, bem como do pleno exercício de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos – direitos humanos reconhecidos em convenções das quais o Brasil é signatário.

Contudo, e a despeito de não ser abortivo, o método ainda enfrenta intricada barreira para sua efetiva difusão e utilização, haja vista as resistências e as informações imprecisas que ainda circundam o método. Para reduzir tais entraves, o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM), publicou, no ano de 2005, o documento referencial ***Anticoncepção de Emergência***, para profissionais de saúde, na forma de perguntas e respostas.

Em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, esta edição busca contemplar tanto os avanços na legislação, quanto nas pesquisas científicas. Ainda, ao manter o documento em formato de perguntas e respostas, a ATSM faz opção pela clareza e facilidade de comunicação que esta configuração proporciona.

Ademais, a anticoncepção de emergência é um importante procedimento profilático na condução do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, tendo contribuído para a redução de inúmeros casos de gestação decorrente de estupro. Assim, em conformidade com as metas do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, lançado em 2007 pelo Governo Federal, o Ministério da Saúde reafirma o seu compromisso na atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência e na promoção de seus direitos sexuais e reprodutivos.

---

* Entender-se-á por mulheres adolescentes as que se encontrem na faixa etária de 10 a 19 anos, e por jovens, as de 15 a 24 anos, de acordo com o conceito da OMS – Organização Mundial da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Marco Legal – Saúde Um Direito de Adolescentes. Brasília, 2005).

A presente edição atualizada e ampliada cumpre, portanto, uma das estratégias prioritárias do Plano de Ação 2008–2011 da ATSM: a de expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres, jovens e adolescentes em situação de violência. Desse modo, contribui para a qualificação dos profissionais de saúde na perspectiva de uma saúde pública equânime, universal e integral. Contribui, ainda, para a garantia do exercício pleno dos direitos humanos das mulheres, em especial, do direito à tomada de decisões sobre sua reprodução, livre de todas as formas de violência ou discriminação, condição fundamental de uma atenção à saúde genuinamente integral e humanizada.

Área Técnica de Saúde da Mulher
Ministério da Saúde

PERGUNTAS E RESPOSTAS

1. O que é anticoncepção de emergência?

R: A anticoncepção de emergência (AE) é um método anticonceptivo que visa prevenir a gestação **após** a relação sexual. O método, também conhecido por "pílula do dia seguinte", ou ainda como "anticoncepção pós-coital", utiliza compostos hormonais concentrados e atua por curto período de tempo nos dias seguintes da relação sexual. Diferente de outros métodos anticonceptivos que atuam na prevenção da gravidez **antes ou durante** a relação sexual, a AE tem indicação reservada a situações especiais ou de exceção, com o objetivo de prevenir gravidez inoportuna ou indesejada[2, 28, 80].

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

R: Tentar prevenir a gestação após uma relação sexual não esperada ou desprotegida não é ideia exatamente nova. Desde o período dos hebreus, são descritas superstições, crenças e magias usadas com esse propósito. Este anseio humano também fez com que métodos precários e ineficazes se tornassem populares e difundidos por muito tempo, a exemplo do que se passou com as duchas vaginais pós-coito[27]. Enquanto método anticonceptivo científico e aceitável, a AE é algo relativamente recente. Embora as primeiras investigações com hormônios sexuais para essa finalidade tenham cerca de três décadas, apenas nos últimos anos a AE passou a despertar maior interesse médico e ganhou difusão entre o público em geral[35].

3. Em quais situações a anticoncepção de emergência está indicada?

R: As indicações da AE são reservadas para situações especiais e excepcionais. O objetivo da AE é prevenir a gravidez inoportuna ou indesejada após relação sexual que, por alguma razão, foi desprotegida. Entre as principais indicações de AE, está a relação sexual sem uso de método anticonceptivo, por razão de violência sexual, falha conhecida ou presumida do método em uso de rotina ou uso inadequado do anticonceptivo. Essas situações são frequentes. Entre as falhas dos

anticonceptivos, podem-se citar rompimento do preservativo, algo relativamente comum, ou deslocamento do diafragma. Esquecimento prolongado do anticonceptivo oral, atraso na data do injetável mensal, cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência ou interpretação equivocada da temperatura basal são algumas circunstâncias que levam ao uso inadequado do método e expõem ao risco de gravidez.

Nos casos de violência sexual, a mulher adolescente, jovem ou adulta é submetida a extremo sofrimento físico e psicológico, comprometendo, muitas vezes de forma irreversível, sua saúde mental e física. Para agravar o quadro já traumático, privada da possibilidade de escolha, a mulher pode ainda sofrer uma segunda violência: a gravidez indesejada[9].

O método de AE assegura às mulheres uma anticoncepção preventiva, na perspectiva da redução de danos. Cumpre ressaltar que qualquer relação sexual forçada, mesmo que praticada pelo marido, é crime violento contra a mulher (vide Lei nº 11.340/2006). Menos explícita que outras formas de violência, algumas coerções sexuais que permeiam o cotidiano de muitos casais são sutis, mas extremamente cruéis, pois restringem a livre escolha e o exercício da sexualidade das mulheres, fazendo uso de intimidação, ameaça e violência psicológica. Ademais, a violência sexual contra as mulheres pode ser considerada, ainda, crime contra a humanidade, conforme Tratado de Roma ratificado pelo Brasil.

Em situações de conflito armado o estupro é frequentemente utilizado como método para gravidez forçada com a finalidade de eliminação étnica ou como instrumento de guerra. Por fim, as situações aqui descritas constituem exemplos de indicação apropriada da AE, na medida em que todas são condições excepcionais[25, 40 60, 80]. **A AE não deve ser usada de forma planejada, previamente programada, ou substituir método anticonceptivo como rotina**[15].

De acordo com a Rename 2010, 7ª Edição – A apresentação do Levornogestrel é de comprimido de 1,5mg, de uso restrito para anticoncepção de emergência.

4. Por que a anticoncepção de emergência é importante?

R: Apesar de existirem diferentes métodos anticonceptivos, a incidência da gravidez indesejada ainda é muito elevada em todo o mundo, particularmente em países em desenvolvimento. De fato, na América Latina e no Caribe, estudos revelam que as mulheres têm mais filhos do que desejariam ter[42]. E porque isso acontece? Primeiro, porque milhões de pessoas têm necessidades não satisfeitas de planejamento familiar, por falta de acesso a métodos anticonceptivos apropriados ou por informação e apoio insuficientes para utilizá-los. No Brasil, esse ainda é um problema para muitas pessoas. Segundo, porque todos os métodos anticonceptivos falham, sem exceção.

A Organização Mundial da Saúde estima que, mesmo que todas as mulheres sexualmente ativas utilizassem métodos anticonceptivos de forma correta e regular, ainda ocorreriam cerca de seis milhões de gestações inesperadas por falha desses métodos[25]. Em terceiro, as mulheres nem sempre têm relações sexuais voluntárias ou desejadas. A elevada prevalência da violência sexual, a coerção sexual nas relações conjugais e a gravidez forçada são circunstâncias que impedem a livre decisão das mulheres.

Estima-se que ocorram, apenas nos EUA, 32 mil gestações por ano decorrentes da violência sexual[21, 25, 60]. Seja qual for o motivo, milhões de gestações acontecem de forma indesejada e não planejada. Cerca de 25% dessas gestações terminará em abortamento induzido, muitas vezes inseguro, levando quase 67 mil mulheres anualmente à morte[25, 81]. Outra parte dessas gestações será levada até o termo, com possibilidade de não aceitação da criança, levando a importantes repercussões individuais, familiares e sociais[60]. A AE apresenta grande potencial para prevenir parte expressiva dessas gestações, evitando imenso sofrimento humano e reduzindo a necessidade de recorrer ao abortamento inseguro.

5. Como é feita a anticoncepção de emergência?

R: Há duas formas atuais aceitáveis de oferecer a AE. A primeira, conhecida como regime ou **método de Yuzpe**, utiliza anticonceptivos hor-

monais orais combinados (AHOC) de uso rotineiro em planejamento familiar e conhecidos como "pílulas anticoncepcionais". O Método de Yuzpe consiste na administração de pílulas anticoncepcionais combinadas, compostas de um estrogênio e um progestágeno sintéticos, **administradas até cinco dias após a relação sexual desprotegida**. A associação mais estudada, recomendada pela Organização Mundial da Saúde, é a que contém etinilestradiol e levonorgestrel. Para finalidade de AE, é necessária a dose total de 0,2mg de etinilestradiol e 1mg de levonorgestrel, divididas em duas doses iguais, com intervalo de 12 horas. Existem no mercado AHOC com 0,05mg de etinilestradiol e 0,25mg de levonorgestrel por comprimido. Nesse caso, utilizam-se 2 comprimidos a cada 12 horas. Nas apresentações comerciais de AHOC com 0,03mg de etinilestradiol e 0,15mg de levonorgestrel por comprimido, devem ser administrados 4 comprimidos a cada 12 horas[1, 2, 20, 31, 82].

A segunda forma de realizar a AE é com o uso exclusivo de progestágeno, o levonorgestrel, na dose total de 1,5mg**. Nas apresentações comerciais com 0,75mg de levonorgestrel por comprimido, a AE pode ser feita com a administração de 1 comprimido de 0,75mg a cada 12 horas ou, preferentemente, com 2 comprimidos de 0,75mg juntos, em dose única. Algumas preparações comerciais disponibilizam o levonorgestrel na dose de 1,5mg por comprimido. Nesse caso, utiliza-se 1 comprimido de 1,5mg em dose única. Da mesma forma que o método de Yuzpe, o levonorgestrel pode ser utilizado até cinco dias da relação sexual desprotegida[25, 73, 80]. É importante considerar que a administração da AE classicamente é descrita dividindo-se a dose total em duas doses iguais, em intervalos de 12 horas, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72 horas da relação sexual. Contudo, recentes investigações da Organização Mundial da Saúde oferecem sólidas evidências de que a dose única de 1,5 mg de levonorgestrel é tão segura e eficaz como duas doses de 0,75 mg separadas em intervalo de 12 horas.

** De acordo com a Rename 2006, o Ministério da Saúde, a partir de 2010, passará a dispensar o Levonogestrel na apresentação 1,5mg.

No entanto, o uso do medicamento em dose única oferece vantagens, principalmente no que se refere à adesão. Este e outros estudos também demonstram efeito anticonceptivo da AE no quarto e no quinto dia após a relação sexual desprotegida, embora com taxas significativamente menores de eficácia. Portanto, o prazo para início da AE não deve ser limitado ao período de 72 horas, ampliando-se seu uso até o 5º dia da relação sexual.

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

R: As indicações do método de Yuzpe e do levonorgestrel exclusivo são as mesmas para a AE, assim como seu mecanismo de ação. Mas há evidentes vantagens do levonorgestrel sobre o método de Yuzpe. Como não contém estrogênios, o método do levonorgestrel está isento de efeitos colaterais e contraindicações relativas a esses medicamentos. Com isso, a frequência e a intensidade dos efeitos secundários da AE são também sensivelmente reduzidas[65].

Outra vantagem do levonorgestrel é não apresentar interação farmacológica com medicamentos antirretrovirais. No método de Yuzpe, o etinil-estradiol pode interagir com alguns desses medicamentos e comprometer a eficácia da AE. Essa condição é importante para mulheres soropositivas que usam a AE, ou para mulheres em situação de violência sexual que utilizam, ao mesmo tempo, a AE para evitar a gravidez por estupro e os antirretrovirais para a profilaxia da infecção pelo HIV[8, 21, 26, 33]. Além disso, o método de Yuzpe apresenta certas limitações em algumas situações clínicas em que o estrogênio é desaconselhado, classificadas na categoria 2 pela Organização Mundial da Saúde. Estas limitações não ocorrem com o levonorgestrel, indicado em substituição ao método de Yuzpe nessas circunstâncias.

Contudo, o argumento fundamental para a escolha do levonorgestrel é a sua maior efetividade na prevenção da gravidez, conforme será descrito adiante. Logo, o levonorgestrel exclusivo é o método de pri-

meira escolha para realizar a AE. O regime de Yuzpe deve ser reservado apenas para situações excepcionais, quando o levonorgestrel não se encontre disponível[8, 21, 26, 80].

7. A anticoncepção de emergência é eficaz? Qual o risco de falha?

R: Pode-se mensurar a efetividade da AE por duas formas diferentes. A primeira, denominada Índice de *Pearl* (ou Índice de Falha), calcula o número de gestações por 100 mulheres que utilizam o método no período de um ano. Estima-se que este índice seja de cerca de 2%, em média, para a AE. A segunda forma mede a eficiência da AE pelo Índice de Efetividade, que calcula o número de gestações prevenidas por relação sexual[68, 69].

A AE apresenta, em média, Índice de Efetividade entre 75 e 85%. Significa dizer que ela pode evitar três de cada quatro gestações que ocorreriam após uma relação sexual desprotegida[65, 52]. No entanto, a eficácia da AE pode variar de forma importante em função do tempo entre a relação sexual e sua administração. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o método de Yuzpe apresenta taxas de falha de 2% entre 0 e 24 horas, de 4,1% entre 25 e 48 horas e de 4,7% entre 49 e 72 horas.

Para os mesmos períodos de tempo, as taxas de falha do levonorgestrel são expressivamente menores, 0,4%, 1,2% e 2,7%, respectivamente. Na média dos três primeiros dias, a taxa é de 3,2% para o método de Yuzpe e de 1,1% para o levonorgestrel[80]. Entre o 4° e o 5° dia, seguramente a taxa de falha da AE é mais elevada. No entanto, cabe considerar que a taxa de falha do levonorgestrel, mesmo utilizado entre o 4° e o 5° dia (2,7%), é menor que a taxa média de falha do método de Yuzpe entre 0 e 3 dias (3,2%)[73, 80].

Essas observações fundamentam a recomendação de utilizar a AE até o 5° dia da relação sexual desprotegida. Outro dado importante é a constatação de que a administração do levonorgestrel, em dose única ou a cada 12 horas, apresenta eficácia semelhante para prevenir a gestação[73]. No entanto, é necessário lembrar que o uso repetitivo ou frequente da AE compromete sua eficácia ao longo do tempo, que será

sempre menor do que aquela obtida com o uso regular do método anticonceptivo de rotina no mesmo período.

É importante destacar que a menor eficácia observada no uso repetido da AE se deve ao acúmulo das sucessivas taxas de falha por cada exposição. Não há evidências de que a repetição da AE resulte em suposto mecanismo de "tolerância" ao medicamento.

Em suma, os dados sobre eficácia são absolutamente claros para que se afirme que a AE deva ser administrada tão rápido quanto possível e, preferentemente, em dose única dentro dos cinco dias que sucedem a relação sexual desprotegida.

8. Quais são os efeitos colaterais da anticoncepção de emergência?

R: Os efeitos secundários mais frequentes para as mulheres que usam a AE são náuseas, em 40 a 50% dos casos, e vômito, em 15 a 20%[29, 65, 72, 74]. Esses efeitos podem ser minimizados com o uso de antieméticos cerca de uma hora antes da tomada da AE. Mas não está claro que se consiga reduzir a incidência de náuseas e vômitos associados à AE com alimentos[57]. Outros efeitos secundários podem ocorrer, embora com menor frequência. Cefaleia, dor mamária e vertigens são de curta duração e têm remissão espontânea nas primeiras 24 horas após o uso da AE. De modo geral, a AE é bem tolerada pela maioria das mulheres e, excepcionalmente, ocorrem efeitos indesejáveis mais intensos ou severos[60, 80].

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

R: Se o vômito ocorrer nas primeiras duas horas após a administração da AE, recomenda-se que a dose seja repetida. Caso o vômito ocorra novamente e dentro do mesmo prazo, recomenda-se que a administração da AE seja feita por via vaginal. A absorção da AE pelo epitélio da vagina oferece níveis plasmáticos semelhantes aos da absorção pela via oral, tanto para o levonorgestrel como para o método de Yuzpe[15, 60]. Mulheres com história recorrente de vômitos com o uso da AE podem ser orientadas a escolher, primariamente, a via vaginal em eventual uso futuro[21]. O uso da AE por via vaginal é importante em

situações especiais em que o uso oral encontre-se impedido, como no caso de mulheres inconscientes após trauma físico e/ou psicológico decorrente de violência sexual[8].

10. A anticoncepção de emergência produz efeitos ou complicações para a menstruação?

R: A maioria das usuárias da AE experimenta pouca ou nenhuma alteração significativa no ciclo menstrual e é importante que se esclareça que ela não provoca sangramento imediato após o seu uso[60]. A Organização Mundial da Saúde afirma que 57% das mulheres que usam a AE terão a menstruação seguinte ocorrendo dentro do período esperado, sem atrasos ou antecipações. Em 15% dos casos, a menstruação poderá atrasar até sete dias e, em outros 13%, pouco mais de sete dias[65]. A antecipação da menstruação, menor que sete dias, ocorre em apenas 15% dos casos. Essas modificações são autolimitadas, têm remissão espontânea e, geralmente, são bem toleradas pela mulher. No entanto, o uso repetitivo ou frequente da AE pode acentuar esses transtornos menstruais e dificultar o reconhecimento das fases do ciclo e do período de fertilidade[60].

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

11. Existem contraindicações para a anticoncepção de emergência?

R: A única contraindicação absoluta para a AE, categoria 4 da Organização Mundial da Saúde, é a gravidez confirmada. Excetuando-se esta condição, todas as mulheres podem usar o método com segurança, mesmo aquelas que, habitualmente, tenham contraindicações ao uso de anticoncepcionais hormonais combinados[74]. Mulheres com ante-

cedentes de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa ou diabetes com complicações vasculares são classificadas na categoria 2 da Organização Mundial da Saúde, que recomenda precauções[15, 79]. **Nesses casos, a AE deve ser realizada, preferentemente, substituindo-se o método de Yuzpe pelo levonorgestrel**.

12. Por que a anticoncepção de emergência é considerada tão segura para a mulher?

R: A segurança da AE explica-se, principalmente, pelo **tempo muito curto de tratamento**, pela **baixa dose hormonal administrada** e pela **escolha dos medicamentos empregados**. O levonorgestrel tem sido amplamente utilizado em diferentes situações clínicas e, em todas elas, é considerado de elevada segurança. O seu uso como método de AE, embora requeira dose pouco maior do que a empregada em outras indicações, tem apresentado dados semelhantes de segurança. Além disso, a concentração da dose de levonorgestrel na AE não excede de 30 a 40% da dose geralmente encontrada em cartelas de pílulas anticoncepcionais usadas rotineiramente para o planejamento familiar. O mesmo ocorre com o método de Yuzpe quando comparado com a dose total de uma caixa de qualquer anticoncepcional de baixa dosagem disponível no mercado. Em acréscimo, diversos estudos clínicos e epidemiológicos têm verificado raros efeitos adversos severos, atestando a segurança da AE.

Mesmo para eventos graves, como o tromboembolismo e o acidente vascular, as investigações têm encontrado risco pouco significativo relacionado ao uso correto da AE. Além disso, os riscos verificados foram menores entre usuárias da AE, quando comparados com aqueles verificados entre usuárias de anticoncepcionais hormonais combinados de rotina [29, 65, 80]. De todo modo, as poucas condições que representam contraindicação ou precaução para o uso da AE pelo método de Yuzpe podem ser descartadas, com facilidade, durante a entrevista com a mulher. Portanto, a indicação da AE, seja qual for o método escolhido, não deve ser condicionada a exames médicos ou complementares desnecessários[75].

Em se tratando de AE com levonorgestrel exclusivo, os sólidos indicadores de segurança têm permitido que alguns países passem a adotar iniciativas que garantam o acesso à AE sem necessidade de apresentação de prescrição médica.

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

R: Embora a AE não tenha qualquer indicação durante a gravidez, é possível que ela seja usada de forma acidental ou inadvertida na gestante, inclusive durante o primeiro trimestre de gestação. Além disso, como ocorre com todos os métodos anticonceptivos, a AE certamente falhará em certo percentual de casos. Ainda que as duas circunstâncias exponham a gestação de maneiras muito diferentes aos compostos da AE, não há registro de efeitos teratogênicos em ambos os casos. Na primeira hipótese, não existem evidências epidemiológicas de que mulheres expostas acidentalmente a anticonceptivos hormonais combinados, durante a fase inicial da gravidez, apresentem maior incidência de anomalias fetais. No caso da AE pelo método de Yuzpe, utilizam-se os mesmos princípios ativos desses anticonceptivos, porém, em doses menores e por período muito curto de tempo[5, 62, 79].

Na segunda hipótese, de falha da AE, deve-se considerar que o tratamento é administrado muito antes do início da organogênese, fase do desenvolvimento fetal de maior vulnerabilidade à ação de agentes teratogênicos. Nesses casos, os estudos clínicos têm comprovado a segurança da AE, não registrando maior incidência de anomalias fetais[5, 56, 62]. Além disso, progestágenos semelhantes ao levonorgestrel são largamente utilizados no início da gestação com o objetivo de proteger a gravidez, como na ameaça de abortamento espontâneo ou após procedimentos de fertilização *in vitro*. Nesses casos, progestágenos são utilizados no primeiro trimestre sem que existam evidências de efeitos negativos para o feto ou para o desenvolvimento da gravidez[3, 48, 61].

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

R: Em situações de atraso menstrual, em que a gravidez é suspeita, mas não confirmada, a AE não está totalmente contraindicada. Nesses casos, os mesmos cuidados devem ser tomados, evitando-se o método de Yuzpe e optando-se pelo levonorgestrel. Não se recomenda que a decisão de uso da AE seja condicionada a testes laboratoriais de gravidez, exceto quando estes estiverem disponíveis e oferecerem resultado em curto intervalo de tempo[20, 60, 79].

15. Qual o mecanismo de ação da anticoncepção de emergência?

R: O mecanismo de ação da AE é ponto de muito interesse tanto de usuárias, como de provedores e profissionais de saúde. Embora se acumulem investigações científicas sobre o tema, o conhecimento das mulheres e dos profissionais de saúde ainda é relativamente escasso. Isso colabora para que persistam diversas dúvidas, principalmente, sobre um suposto "efeito abortivo". Portanto, o esclarecimento dos efeitos anticonceptivos da AE é fundamental. Nesse sentido, é preciso recordar que uma relação sexual só resulta em gravidez se ela acontecer no dia da ovulação ou nos cinco dias que a precedem. Este período de fertilidade, de seis dias, varia para cada ciclo e para cada mulher, decorrente da possibilidade de a ovulação ocorrer tão cedo como no 10° dia do ciclo menstrual, ou tão tardiamente quanto no 23° dia. Os espermatozoides, por sua vez, precisam esperar entre um e cinco dias no trato genital feminino até que se produza a ovulação. E é exatamente nesse espaço de tempo que a AE atua[60]. Entretanto, o mecanismo de ação principal da AE varia bastante conforme o momento do ciclo menstrual em que a AE é administrada. Assim, se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, antes do pico do hormônio luteinizante (LH), a AE altera o desenvolvimento dos folículos, impedindo a ovulação ou a retardando por vários dias[43, 49, 59, 64].

A ovulação pode ser impedida ou retardada em quase 85% dos casos e, nessas circunstâncias, os espermatozoides não terão qualquer oportu-

nidade de contato com o óvulo[4]. No entanto, se a AE for administrada muito próxima do momento da rotura folicular ela terá pouca capacidade de impedir ou postergar a ovulação, o que pode explicar grande parte dos casos de falha do método[17, 18, 22, 45]**.** Quando administrada na segunda fase do ciclo menstrual, depois de ocorrida a ovulação, a AE atua por outros mecanismos. Nesse caso, a AE modifica a viscosidade do muco cervical, tornando-o espesso e hostil, impedindo ou dificultando a movimentação e deslocamento dos espermatozoides desde o colo do útero até as trompas, em direção ao óvulo. Este efeito demonstrável sobre o processo de migração sustentada dos espermatozoides reduz significativamente a probabilidade de fecundação nos casos em que a AE não foi capaz de inibir a ovulação[38].

Esses mecanismos de ação têm sólida documentação científica e ocorrem ao mesmo tempo, prevalecendo um deles ou ambos, conforme o período do ciclo menstrual em que a AE é administrada. Por meio desses mecanismos de ação é que a AE impede a fecundação, o que sustenta afirmar que o método atua apenas impossibilitando o encontro entre o óvulo e os espermatozoides[16, 32, 49]. Portanto, há suficiente e segura evidência científica de que a AE atua sempre antes da fecundação e, consequentemente, antes da implantação. Ao mesmo tempo, acumulam-se apontamentos científicos concretos de que a AE não exerce qualquer efeito após a fecundação ou que implique na eliminação precoce do embrião.

16. Existem efeitos da anticoncepção de emergência para o endométrio que possam dificultar ou interromper a implantação?

R: A questão de eventuais efeitos da AE para o endométrio, possivelmente interferindo de alguma forma com os processos reprodutivos seguintes à fecundação, exige alguns esclarecimentos.

De fato, essa hipótese tem sido colocada com base em algumas poucas pesquisas publicadas há cerca de duas ou três décadas, que teriam verificado efeitos ou modificações sobre o endométrio com o método de Yuzpe que, em tese, permitiriam pleitear a existência de mecanismo de ação adicional, também chamado de "terceiro mecanismo". A

esse "terceiro mecanismo", por sua vez, atribui-se suposto efeito de inibição da implantação ou eliminação precoce do embrião[43, 83]. Aqui, cabe considerar que todas essas pesquisas, sem exceção, apresentam nítidas inconsistências científicas que comprometem a confiabilidade de seus resultados. Algumas delas foram realizadas com metodologia limitada ou incompleta, comprometendo sobremaneira a interpretação e a validação de seus resultados. Outras investigações utilizaram de casuística e de métodos inapropriados, atualmente considerados cientificamente inaceitáveis.

Em acréscimo, alguns desses experimentos apresentaram resultados impossíveis de serem reproduzidos por outros investigadores, condição fundamental para a aceitação dos resultados. Portanto, é necessário compreender que todos esses indicadores de efeitos sobre o endométrio não apresentam sustentação científica confiável que permita atribuir efeito abortivo para a AE.

Ao mesmo tempo, muitas outras investigações foram conduzidas no sentido de verificar a hipótese de efeitos do levonorgestrel para o endométrio, utilizando-se metodologia inquestionável. Essas pesquisas contestam concretamente os resultados encontrados nas pesquisas anteriores. Além disso, novas investigações têm ampliado e aprofundado os parâmetros de análise do endométrio após o uso da AE, incluindo-se o número de glândulas por mm^2, porcentagem de tecido estromal, e número de artérias espiraladas do endométrio[22, 23, 44].

A receptividade do endométrio para a implantação do blastocisto após a AE também tem sido exaustivamente verificada, analisando-se marcadores como α1, α4, β1, β3, αvβ3, mucina, fatores de crescimento, gen hoxa 11, cox 1, cox 2, aglutininas, e número e distribuição de pinópodos[23, 45, 70, 71]. Todos esses indicadores analisados demonstraram não sofrer alteração após o uso da AE.

De fato, o levonorgestrel só produziu alterações sobre o endométrio pouco significativas em dose três a seis vezes maiores do que aquelas que existem na AE[43]. Em conclusão, há grande número de estudos que

têm invariavelmente demonstrado a ausência de efeitos da AE para o endométrio, afastando, com segurança, a hipótese de existência de um "terceiro mecanismo" de ação.

17. Por qual motivo, então, a bula das apresentações comerciais da anticoncepção de emergência mantém referência ao possível efeito sobre o endométrio?

R: Existem algumas explicações para que as bulas das apresentações comerciais da AE ainda incluam referência aos efeitos do anticoncepti-vo sobre o endométrio. Os fabricantes de medicamentos regularmente inserem nas bulas toda a informação considerada relevante e disponível na época, tanto aquelas que mostram os aspectos favoráveis do medicamento como as que apontam eventuais efeitos desfavoráveis.

Essa medida visa manter a posição de isenção do fabricante em relação ao seu produto, oferecendo todos os dados negativos ou positivos sobre o mesmo[83]. Contudo, as informações na bula não representam o esgotamento ou término das investigações sobre diferentes aspectos do medicamento, ou que não existam, ao longo do tempo, novos dados concretos que possam tanto consolidar como contestar as informações anteriores.

De fato, na época da elaboração dessas bulas, muitos estudos atualmente considerados fundamentais para compreender o mecanismo de ação da AE sequer tinham sido iniciados, assim como outros ainda não tinham sido completados e publicados para a análise da comunidade científica internacional. Portanto, na época de elaboração das bulas não existiam elementos científicos suficientes para analisar, criticamente, a adequação dos primeiros trabalhos que apontavam efeitos da AE para o endométrio[22, 23, 44, 45, 70, 71].

Na questão específica do impacto sobre a receptividade do endométrio, a inexistência desses estudos contribuiu para que um suposto efeito para o endométrio permanecesse como condição a ser considerada. Desde então, essas bulas não sofreram adequada reformulação e atualização, mantendo informações que foram posteriormente modificadas. Por motivos semelhantes, as bulas da AE ainda advertem que

o mecanismo de ação da AE "não está esclarecido", ou que o tempo limite para seu início é de "72 horas", ou que a administração deve ser realizada em "duas doses".

Essas dificuldades e limitações relativas às bulas da AE, embora compreensíveis, precisam ser esclarecidas para os profissionais de saúde e para as usuárias, evitando-se que conceitos inadequados sustentem dúvidas sobre o mecanismo de ação.

18. A anticoncepção de emergência pode atuar como método abortivo?

R: Não existe qualquer sustentação científica para afirmar ou fazer suspeitar que a AE seja método que resulte em aborto, nem mesmo em percentual pequeno de casos. As pesquisas asseguram que os mecanismos de ação da AE evitam ou retardam a ovulação, ou impedem a migração sustentada dos espermatozoides. Não há encontro entre os gametas masculino e feminino. Assim sendo, não ocorre a fecundação.

A diminuição progressiva da efetividade da AE, conforme transcorre o tempo a partir da relação sexual, e a incapacidade de produzir sangramento imediato ou mesmo em caso de gravidez são demonstrações simples, porém evidentes de que a AE é capaz de evitar a gravidez, mas não de interrompê-la.

A AE impede a fecundação e não há indicadores de que ela atue após esse evento, inclusive sobre o endométrio. Este fato deveria ser suficiente para estabelecer, claramente, a ausência de efeito abortivo. Apesar disso, conceitos cientificamente incorretos foram construídos sobre o mecanismo de ação da AE, dando margem a que se levante, equivocadamente, a hipótese de efeito abortivo.

Entre os falsos conceitos científicos, é comum a colocação de que, nos casos em que ocorresse a fecundação, a gravidez ainda seria evitada por meio de alterações hormonais, conhecidas por efeito luteolítico. O corpo lúteo é a estrutura imediatamente formada no ovário no mesmo local em que ocorreu a ovulação. Sua função reside, por um curto

período de tempo, na produção hormonal necessária para a continuidade do processo reprodutivo.

Diversos estudos demonstram que a AE atua sobre o corpo lúteo, levando a uma situação de modificação funcional. No entanto, não há evidências de que a disfunção luteolítica interfira no processo de implantação[65]. O conceito cientificamente incorreto reside em acreditar que a fecundação, uma vez não impedida, sofrerá ação luteolítica. Assim, o processo de implantação do blastocisto seria supostamente impedido, resultando no "efeito abortivo precoce". Esse argumento não tem sustentação, por vários motivos. Primeiro, porque os progestágenos sintéticos contidos na AE são semelhantes à progesterona natural, atuando no organismo do mesmo modo que ela.

A progesterona produzida pelo ovário a partir da ovulação ou administrada depois da fecundação favorece o desenvolvimento e a manutenção da gravidez. Daí vem o seu nome, progesterona, que significa pró-gestação.

A Organização Mundial da Saúde assegura que a disfunção luteolítica produzida pela AE não se diferencia da disfunção luteolítica induzida pela lactação. A amamentação segue como alternativa anticonceptiva natural e tecnicamente válida, sem que se atribua a ela qualquer "efeito abortivo".

É fato absolutamente conhecido que a progesterona não apresenta efeito abortivo, mesmo se administrada em altas doses. Ao contrário, ela é essencial para a gravidez. Tanto que, em casos de ameaça de abortamento espontâneo, em gestações desejadas, é frequente que se indique progesterona natural como tratamento. Nesses casos, existe inequívoca demonstração de que a progesterona reduz significativamente a taxa de perda fetal, protegendo a gravidez[46]. O mesmo procedimento é feito nos casos de reprodução assistida, administrando-se a progesterona natural, de forma profilática, imediatamente após a inseminação artificial ou a transferência de embriões.

A dose de progesterona natural utilizada, nesses casos, é bioequivalente a dose de levonorgestrel presente na AE, embora utilizadas em momentos diferentes do ciclo reprodutivo. Não obstante, há ampla documentação de que a progesterona natural aumenta as taxas de gravidez, favorecendo o processo reprodutivo[3, 10, 53]**.** Somado a todas essas evidências, estudos estatísticos indiretos ou de plausibilidade biológica, bem como experimentos em modelos animais, descartam efeitos do levonorgestrel após a fecundação e rejeitam a possibilidade de uma "janela de fertilidade" com o uso da AE[37, 41, 47, 50, 76].

A revisão das pesquisas científicas permite afirmar, sem reserva de dúvida, que a AE não atua após a fecundação e não impede a implantação, caso a fecundação ocorra.

Por fim, cabe reconhecer a existência de informações incorretas, muitas vezes admitidas pelos profissionais de saúde ou pelas mulheres, como se fossem verdadeiras, embora sem qualquer fundamentação científica. **A mais comum distorce por completo o mecanismo de ação da AE. Segundo a mesma, a AE se pautaria em oferecer "altas doses de hormônios" para "espessar o endométrio" que, com a "interrupção abrupta" dos hormônios levaria à "eliminação do endométrio" e, junto com ele, "interromperia a implantação recente do embrião". Esta informação, absolutamente inconsistente em cada detalhe, ainda persiste entre algumas usuárias e, lamentavelmente, entre profissionais de saúde**.

19. Existem riscos da anticoncepção de emergência ser usada de forma abusiva ou descontrolada? Isso não aumentaria os riscos para as DST/HIV?

R: A AE não oferece qualquer proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis (DST) ou contra o vírus da imunodeficiência humana (HIV). É fundamental que essa premissa seja conhecida pelos profissionais de saúde e, principalmente, pelos casais que utilizam a AE. Contudo, este não é problema exclusivo ou específico da AE. Todos os demais métodos anticoncepcionais, com exceção dos preservativos

masculino e feminino, enfrentam a mesma limitação e também não protegem contra as DST/HIV. Mesmo assim, todos esses métodos continuam indicados e com critérios bem definidos, sem que se deixe de observar os cuidados necessários de aconselhamento para prevenção das DST/HIV.

De certa forma, o mesmo ocorre com a AE. Porém, o fato de a AE não proteger a mulher das DST/HIV, evidentemente, desperta a preocupação de provedores e profissionais de saúde. O que se teme, principalmente, é que ocorra o uso abusivo ou indiscriminado do método. Com isso, cogita-se que poderia ocorrer o abandono da camisinha ou a redução expressiva de seu uso, aumentando perigosamente a exposição para as DST/HIV. Essa preocupação, embora legítima, não tem sido confirmada.

Em países como Alemanha, Inglaterra, Finlândia e Austrália, investigações consistentes têm demonstrado que as mulheres usam a AE de maneira eventual e responsável, na maioria das vezes dentro de indicações aceitáveis e justificáveis. Não foi constatado qualquer indicador ou tendência de uso abusivo ou descontrolado. O mais importante é que não se observou diminuição significativa do uso de métodos de barreira[19, 30, 39, 54].

Os resultados sugerem que a AE não induz ou estimula comportamentos de risco para as DST/HIV. Ao contrário, outros estudos indicam que a AE pode aumentar a adesão ao método de barreira, principalmente quando a camisinha é o único anticonceptivo utilizado pelo casal.

Em caso de acidente com o preservativo, como rompimento ou deslocamento, a AE constitui a única e última alternativa para evitar a gravidez. A associação da AE, na ocorrência de falha, oferece segurança adicional e aumenta a confiança dos casais na escolha do preservativo como método anticonceptivo. Esse aspecto é muito importante.

A elevada eficácia do preservativo na prevenção das DST/HIV é indiscutível e todo esforço deve ser feito para promover o seu uso. No en-

tanto, é necessário admitir que a taxa de falha do preservativo, como método anticonceptivo, varia entre 3% a 14% entre usuárias regulares do método[81].

De forma geral, não há indicadores de que a AE leve a comportamentos de risco, principalmente quando ela é inserida no contexto de políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva que assegurem informação, aconselhamento e seguimento. Mesmo assim, é preciso reconhecer que uma parcela muito pequena e particular dos casais utilizará a AE de forma inadequada, incorreta e mesmo abusiva, contrariando todas as recomendações. Essa questão, no entanto, não é condição específica da AE e pode ser constatada para outros métodos anticonceptivos ou mesmo para outros medicamentos. Nesses casos, é necessário que gestores e profissionais de saúde intensifiquem seus esforços para identificar e intervir nessas situações de risco, oferecendo aconselhamento e educação em saúde para mudança desse comportamento.

20. E quanto às adolescentes? Não há maior risco de substituição do preservativo pela anticoncepção de emergência?

R: Diversos estudos e pesquisas sobre o uso de AE por adolescentes demonstram não haver abandono ou redução do uso do preservativo. Outros estudos mostram que a AE é usada pelos adolescentes dentro das indicações recomendadas, sem evidências de uso abusivo. Nesta faixa etária, o preservativo continua sendo o método de primeira escolha, baseado na dupla proteção precisamos dizer aqui qual o sentido de dupla proteção que oferece. No entanto, assim como ocorre entre casais adultos, a possibilidade de acidente com o preservativo deve ser considerada. Nesse caso, há indicadores de que a associação entre preservativo e anticonceptivos orais, para obter segurança complementar, é mais abandonada ao longo do tempo pelos adolescentes do que a associação entre preservativo e AE[27, 60, 63]. O preservativo é, in-

discutivelmente, a única medida que pode reduzir, simultaneamente, os riscos da gravidez não planejada e das DST/HIV.

Contudo, os indicadores epidemiológicos têm demonstrado que a prevalência de uso do preservativo, apesar de ter aumentado, ainda se encontra abaixo do desejado, principalmente entre jovens. Em consequência, a cada ano ocorrem 15 milhões de nascimentos entre mães adolescentes em todo o mundo. Quase 60% dessas gestações não são planejadas ou não são desejadas. Dos 46 milhões de abortamentos praticados no mundo a cada ano, cerca de 10% são realizados por adolescentes. Quase metade desses abortamentos é realizada em condições inseguras, resultando em 13% das mortes maternas e 25% das causas de infertilidade[81]. Ao mesmo tempo, 7 mil jovens infectam-se a cada dia com o HIV, em todo o mundo. As proporções do problema acentuam-se ao considerar que os adolescentes representam 20% da população mundial e que 85% deles vivem em países em desenvolvimento (IPAS, 1999). **Os dados apontam a coexistência de duplo risco para a saúde reprodutiva do adolescente, na medida em que ambos os fatores, gravidez não planejada e infecção pelo HIV, decorrem da relação sexual desprotegida**[55].

Não há dúvida de que a AE é medida importante, entre tantas necessárias, para evitar a gravidez e o abortamento na adolescência. Em países onde o abortamento é proibido, pesquisas revelam que muitas adolescentes poderiam ter evitado a interrupção da gravidez se conhecessem ou tivessem maior acesso à AE[34]. Por outro lado, a AE não protege contra os riscos das DST e HIV.

21. O profissional que prescreve a anticoncepção de emergência para a adolescente pode estar fazendo um ato ilegal ou antiético?

R: Não. O profissional de saúde que prescreve algum método anticoncepcional para a adolescente, incluindo a AE, não fere qualquer princípio ético ou legal. Ao contrário, os profissionais de saúde têm clara responsabilidade com a atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. A Lei nº 9.263, de 1996, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, determina que o planejamento familiar seja

parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Define o planejamento familiar como ações preventivas e educativas, com garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Ademais, adolescentes têm direito à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticonceptivos, segundo os arts. 11, 102 e 103 do Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente[12, 13, 24].

22. Há contraindicação para a anticoncepção de emergência em adolescentes?

R: As contraindicações para o uso da AE em adolescentes são exatamente as mesmas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde para o uso em mulheres adultas, conforme consta na resposta da pergunta 11. É importante que se esclareça que não existem contraindicações adicionais ou complementares para o uso da AE nesse grupo etário. Assim, o uso adequado da AE em adolescentes é tão seguro e eficaz quanto o uso em mulheres adultas[15, 74, 79].

23. Qual a diferença entre fecundação e concepção?

R: Essa pergunta é fundamental, pois os dois conceitos, fecundação e concepção, embora muito diferentes sob a perspectiva médica, são usados equivocadamente como sinônimos. A fecundação, também chamada de fertilização, refere-se, exclusivamente, ao processo de união dos gametas masculino e feminino, óvulo e espermatozoide.

A fecundação tem tempo definido e limitado para ocorrer. Se a relação sexual se der no dia da ovulação, a fusão dos núcleos do óvulo e do espermatozoide demorará entre 12 e 24 horas. Se a relação sexual ocorrer antes da ovulação, os espermatozoides permanecem no trato genital feminino, no colo de útero, por até cinco dias aguardando a ovulação, migrando gradativamente em direção às trompas. É importante que se esclareça que a fecundação não ocorre imediatamente após a relação sexual.

Embora seja fato que parte do total dos espermatozoides chegue até a trompa em poucos minutos após a relação sexual, durante a fase rápida de migração, eles têm pouca ou nenhuma capacidade de fecundação. Os espermatozoides disponibilizados durante a fase sustentada de migração serão responsáveis pela fecundação, que ocorre em uma das trompas. O transporte do óvulo fecundado ou fertilizado, agora chamado zigoto, requer entre cinco e sete dias para chegar até a cavidade uterina.

O zigoto, constituído por oito ou dez células, passa por intensa multiplicação celular durante o transporte na trompa. Ao chegar à cavidade uterina, o zigoto tem cerca de 200 células e passa a ser chamado de blastocisto. O blastocisto, então, organiza suas células em dois polos. O primeiro, com cerca de 20 células, dá origem ao embrião (polo embrionário). O segundo, chamado trofoblasto, tem por finalidade a fusão do blastocisto com o tecido endometrial. Este processo de fusão entre o blastocisto e o endométrio é chamado implantação ou nidação. A implantação completa-se entre o 11° e o 12° dia após a fecundação, resultando na concepção.

O conceito de concepção se aplica ao processo de nidação. A fecundação ocorre muito antes da implantação ou nidação. Ambos não são sinônimos e não devem ser confundidos[16, 36, 60, 78]. Somente a partir do momento da concepção é que ocorrerá o desenvolvimento do polo embrionário do blastocisto, que resultará no embrião. Até atingir esse ponto do processo reprodutivo, as taxas de sucesso são baixas. Menos de 50% das relações sexuais em período fértil terminam em fecundação e metade desses zigotos perde-se naturalmente, sem que ocorra a implantação. Essa é uma característica da reprodução da espécie humana, que restringe a possibilidade de gravidez a cerca de 20 a 25% em cada mês de tentativa.

O conceito de fecundação também não é sinônimo de gravidez. O trofoblasto, na medida em que produz a nidação, secreta o hormônio gonadotrofina coriônica humana (HCG), que mantém o organismo materno produzindo progesterona para a continuidade do processo reprodutivo.

A possibilidade de detecção do HCG, no sangue ou urina da mulher, constitui a primeira evidência de gravidez. Assim, sob a perspectiva médica e legal, entende-se que a gravidez se inicia após a implantação, como sinônimo de concepção. Assim, o Comitê de Ética da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) e o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG) definem como gravidez o processo reprodutivo a partir da implantação, mediante "sinais e sintomas presuntivos de gravidez", como atraso menstrual e provas diagnósticas aceitáveis[11, 36, 67].

24. A anticoncepção de emergência está normatizada e regulamentada para uso no Brasil?

R: No Brasil, a AE é medicação aprovada pelos órgãos de vigilância sanitária e disponível, comercialmente, mediante receita médica. Além disso, a AE está incluída pelo Ministério da Saúde nas normas técnicas de Planejamento Familiar (1996) e Violência Sexual (1998 e 2005). Recentemente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a Resolução nº 1.811, de 14 de dezembro de 2006, estabelecendo normas éticas para a utilização da AE e ratificando a responsabilidade de médicos por sua prescrição, como medida de prevenção, visando minimizar os impactos da gravidez não planejada e suas consequências na Saúde Pública. A Resolução ressalta, ainda, que a AE não provoca danos, tampouco interrompe a gravidez, podendo ser utilizada em todas as etapas da vida reprodutiva[12].

A AE também faz parte das recomendações e orientações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH)[7, 8, 11]. Do mesmo modo, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, no caderno de ética em ginecologia e obstetrícia, assegura que a AE é um direito da mulher. Acrescenta que negar sua prescrição sem justificativa aceitável, mediante suas possíveis e graves consequências, constitui infração ética passível das medidas disciplinares[14]. Entre os muitos organismos internacionais, a AE está aprovada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela *International Planned Parenthood*

Federation (IPPF), pela *Family Health International* (FHI), pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e pelas agências reguladoras da maioria dos países, incluindo a *Food and Drug Administration* (FDA).

Outro aspecto ético e legal de grande interesse é a possibilidade da prescrição da AE por enfermeiros em circunstâncias especiais. A Lei nº. 7.498/86, que regulamenta o exercício da enfermagem, no artigo 11, item II, § 3º, assegura o direito ao enfermeiro de prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública, dentro de rotinas definidas e aprovadas pela instituição, e sob supervisão médica.

Nesse sentido, a inclusão de enfermeiros e enfermeiras em políticas públicas de saúde que visam reduzir a incidência da gravidez indesejada e de suas consequências, é alternativa importante nas estratégias de ampliação ao acesso da AE.

A delegação organizada e corretamente administrada desse ato pode ser essencial, particularmente em regiões carentes de profissionais de saúde, nas situações que exigem otimização da função médica, ou nos programas de saúde da família. A previsão da delegação de prescrição de medicamentos, dentro do marco legal estabelecido, não conflita com os Conselhos profissionais envolvidos[6].

25. Como fazer aconselhamento em anticoncepção de emergência? Que pontos são importantes?

R: O aconselhamento deve seguir a complexidade de fatores que atravessam a gravidez indesejada, desde o entendimento prévio sobre padrões culturais que atribuem valores naturalizados às relações entre os gêneros, situações de violências e agressões contra as mulheres, até orientações informativas e de aconselhamento para práticas sexuais seguras. Vários elementos de educação, informação e apoio devem ser colocados para as usuárias da AE, na forma de aconselhamento para o uso responsável e dentro das recomendações apropriadas. Nesse

sentido, profissionais e provedores de saúde devem oferecer esclarecimentos para as usuárias da AE nos seguintes aspectos:

a) direito a uma prática sexual segura, prazerosa e sem violência, na perspectiva dos direitos sexuais e direitos reprodutivos;

b) o conceito básico de possibilidade de evitar a gravidez após a relação sexual;

c) o prazo de tempo disponível para iniciar o método;

d) o esclarecimento de que o método não induz a sangramento após o uso; portanto, não se aplica a situações de atraso menstrual;

e) a informação sobre marcas comerciais disponíveis e forma de uso, em receita médica ou material educativo;

f) a indicação de uma referência acessível para obter a prescrição da AE ou tratar eventuais reações adversas;

g) a informação de que a AE não a protegerá nas relações sexuais posteriores, orientando abstinência ou método de barreira até a próxima menstruação, quando deverá, se indicado, iniciar um método anticonceptivo de **rotina**;

h) a advertência de que a AE não protege das DST/HIV;

i) o estímulo ao uso do preservativo como dupla proteção, sempre que possível e indicado;

j) o esclarecimento de que o uso repetitivo da AE é menos eficiente que os métodos anticonceptivos de rotina para prevenir a gravidez;

k) a informação de que a AE pode causar efeitos colaterais e como preceder em seu manejo;

l) a informação de que a ausência de contraindicações não se aplica para o uso repetitivo do método e que se utilizada com frequência, a AE apresenta as mesmas contraindicações de qualquer método anticonceptivo hormonal; e

m) a ausência de efeito abortivo da AE[60]. Essas informações, prestadas de maneira clara e acessível, são fundamentais para a inserção da AE na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos.

26. Que papel cabe aos setores públicos com relação à anticoncepção de emergência?

R: Incluir a AE em normas técnicas de atendimento sem dúvida é algo importante. No entanto, os setores públicos deveriam adotar outras medidas que incorporassem a AE dentro dos direitos sexuais e reprodutivos. **Todas as mulheres em idade reprodutiva e com risco de gravidez indesejada deveriam ter garantia de acesso à informação e ao uso da AE**. Os serviços de saúde, desde a atenção básica, deveriam estar preparados para oferecer resposta a essa demanda. Capacitação de profissionais de saúde para prescrição e aconselhamento, facilitação do acesso aos serviços de saúde e programas de educação e informação para as usuárias são algumas medidas necessárias[1]. No entanto, para que a AE diminua a incidência da gravidez indesejada e reduza o abortamento inseguro, é importante que a informação chegue até a mulher antes que ela venha a necessitá-la.

No caso de adolescentes, o conhecimento da AE deveria chegar, idealmente, antes que iniciassem a primeira relação sexual[60]. Nos casos de violência sexual, é fundamental que a informação sobre a AE não fique restrita aos serviços de saúde. Os setores da Polícia e os departamentos de Medicina Legal, geralmente envolvidos nas situações de emergência, deveriam informar as mulheres sobre os impactos da violência e referenciá-las para serviços especializados[30]. É importante que os gestores de saúde locais, disseminem a informação sobre a

necessidade de utilização imediata da anticoncepção de emergência para os casos de violência sexual. Assim, todos os serviços que compõem as redes de atenção deverão prioritariamente encaminhar a pessoa vitimizada ao serviço de saúde. Essa premissa deverá constar nos protocolos conjuntos.

REFERÊNCIAS

1. A ANTICONCEPÇÃO de emergência: um grupo de consulta para seu uso no Brasil. *Femina*, [s.l.], v. 24, n. 6, p. 567-569, 1996.

2. BELLAGIO conference on emergency contraception. *Consensus Statement on Emergency Contraception*, [s.l.], v. 52, p. 211-213, 1995.

3. BEN-NUN, I. et al. Effect of preovulatory progesterone administration on the endometrial maturation and implantation rate after in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril*, Birmingham, US, v. 53, n. 2, p. 276-81, 1990.

4. BRACHE, V. et al. *Efecto de la administración de levonorgestrel solo como anticoncepción de emergencia sobre la función ovulatoria*. Resúmenes de la XVIII re\unión de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana, Cuba, p. 28-31, 2003.

5. BRACKEN, M. B. Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstet. Gynecol*., [s.l.]. n. 76, p. 552-557, 1990.

6. BRASIL. Lei nº. 7.498. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,* Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção I, p. 9273 - 9275.

7. _____. Ministério da Saúde. *Assistência ao planejamento familiar*. Brasília, 1996.

8. _____. Ministério da Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília, 2005.

9. _____. Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília, 2006. P. 163.

10. CHILLIK, C. et al. Randomized prospective study between progesterone by intramuscular and vaginal route in vitro fertilization. *Reproduccion*. [s.l.], v. 10, n. 2, p. 45-9, 1995

11. CODE of Federal Regulations 45CFR 46. *OPRR Reports*: Protection of Human Subjects, 8 mar. 1983.

12. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº. 1.811/2006. Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, devido à mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país. *Diário Oficial da União,* Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jan. 2007. Seção I, p. 72.

13. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Código de ética: resolução CFM nº. 1.246. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção 1, p. 1574-7.

14. _____. Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: _____. *Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia*. 2º. ed. São Paulo, 2002. p. 71-78.

15. COUTINHO, E. M. et al. Comparative study on the efficacy and acceptability of two contraceptive pills administered by the vaginal route: an international multicenter clinical trial. *Clin. Pharmacol. Ther.*, [s.l.], v. 1, p. 65-75, 1993.

16. CROXATO, H. La píldora anticonceptiva de emergencia y la generación de un nuevo individuo. *Reflexión y Liberación*, [s.l.], n. 61, p. 33-39, 2004.

17. CROXATTO, H. B. et al. Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, upon ovarian function. *Contraception*, Stoneham, England, v. 65, p. 121-8, 2002.

18. CROXATTO, H. B. Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75 mg dose given on the days preceding ovulation. *Contraception*, Stoneham, England, v. 70, p. 442-50, 2004.

19. DELBANCO, S. F. et al. Are we making progress with emergency contraception: recent findings on american adults and health professionals. *J. Am. Med. Wom. Assoc.*, [s.l.], v. 53, p. 242-246, 1998. Suppl. 2.

20. DREZETT, J. et al. Contracepção de emergência para mulheres vítimas de estupro. *Rev. Centro Ref.*, [s.l.], v. 2, n. 3, p. 29-33, 1998.

21. _____. Atencíon a mujeres sobrevivientes de violencia sexual: el rol de los servicios de salud. *Comunicaciones*, [s.l.], v. 10. n. 13, p. 5-18, 2003.

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

23. DURAND, M. et al. Expresión endometrial de genes y proteinas reguladas por progesterona posterior a la administración aguda de levonorgestrel. *Rev. Invest. Clin.*, México, v. 56, p. 550, 2004.

24. ESTATUTO da criança e do adolescente. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado S.A., 1993.

25. FAÚNDES, A.; BRACHE, V.; ALVAREZ, F. Emergency contraception: clinical and ethical aspects. *Gynecol. Obstet.*, [s.l.], n. 82, p. 297-395, 2003.

26. FAÚNDES, A.; LEOCÁDIO, E.; ANDALAFT NETO, J. V Fórum de atendimento integral à mulher vítima de violência sexual. *Femina*, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 107-111, 2001.

27. FIGUEIREDO, R. Brasil: uso de anticoncepción de emergencia por jóvenes. *Boletín CLAE*, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 10, 2003.

28. FORMIGA FILHO, J. F. N. Anticoncepção de emergência. *Femina*, [s.l.], 1997, v. 25, n. 4, p. 301-10, 1997.

29. GLASIER, A. Emergency postcoital contraception. *N. Engl. J. Med.*, [s.l.], v. 337, p. 1058-1064, 1997.

30. GLASIER, A.; BAIRD, D. The effects of self-administering emergency contraception. *N. Engl. J. Med.*, [s.l.], v. 339, p.1-4, 1998.

31. GRIMES, D. A. Emergency contraception: expanding opportunities for primary prevention. *The New England Journal of Medicine*, [s.l.], 1997, v. 337, n. 15, p. 1078-1079, 1997.

32. GROU, F.; RODRIGUES, I. The morning-after pill-how long after? *Am. J. Obstet. Gynecol.*, [s.l], n. 171, p. 15291534, 1994.

33. GUILLEBAUD, J. Time for emergency contraception with levonorgestrel alone. *Lancet.*, [s.l], v. 352, p. 416, 1998.

34. HARPER, C.; ELLERTSON, C. The emergency contraceptive pill: a survey of knowledge and attitudes among students at Princeton University. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, [s.l.], v. 173, p. 1438-1445, 1995.

35. HATCHER, R. A. *Emergency contraception*: the nation's best kept secret. Decatur, G. A.: Bridging the Gap Communications, 1995.

36. HUGHES, E. C. *Committee on terminology, The American College of Obstetricians and Gynecologists, Obstetric-Gynecologic Terminology*. Philadelphia, P. A.: F. A. Davis Company, 1972.

37. KAHLENBOM, C.; STANFORD, J.; LARIMORE, W.L. Postfertilization effect of hormonal emergency contraception. *Ann. Pharmacother.*, Cincinnati, Ohio, US, v. 36, p. 465-70, 2002.

38. KESSERÜ E, et al. The hormonal and peripheral effects of d-Norgestrel in postcoital contraception. *Contraception*, Stoneham, England, v. 10, p. 411-24, 1974.

39. KOSUNEN, E.; SIHVO, S.; HEMMINSKI, E. Knowledge and use of hormonal emergency contraception in Finland. *Contraception*, Stoneham, England, v. 55, p. 153-157, 1997.

40. KOZARIC-KOVACIC, D. et al. Rape, torture and traumatization of Bosnian and Croatian women: psychological sequelae. *Am. J. Orthopsychiatry*, [s.l.], v. 65, p. 428-433, 1995.

41. LANDGREN, B. M. et al. The effect of levonorgestrel administered in large doses at different stages of the cycle on ovarian function and endometrial morphology. *Contraception*, Stoneham, England, v. 39, p. 275-89, 1989.

42. LANGER, A.; ESPINOZA, H. Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. In: RAMOS, S.; GUTIÉRREZ, M. A. *Nuevos desafíos de la responsabilidad política*. Rio de Janeiro: Foro de la Sociedad Civil en las Americas, 2002.

43. LING, W. Y. et al. Mode of action of dlnorgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. *Fertil. Steril.*, [s.l.], v. 32, p. 297-302, 1979.

44. LING, W. Y. et al. Mode of action of dl.norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. III. Effect of postovulatory administration on ovarian function and endometrium. *Fertil. Steril.*, [s.l.], v. 39, p. 292-7, 1983.

45. MARIONS, L. et al. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet. Gynecol.*, [s.l.], v. 100, p. 65-71, 2002.

46. MARZETTI, L. et al. Current role of progesterone therapy in the prevention of spontaneous abortion and the treatment of threatened abortio. *Minerva Ginecol.*, Turin, It., v. 52, n. 12, p. 515-519, 2000.

47. MULLER, A. L.; LLADOS, C.; CROXATTO, H. B. Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat. *Contraception*, Stoneham, England, v. 67, p. 415-9, 2003.

48. NOBLOT G et al. The use of micronized progesterone in the treatment of menece of preterm delivery. *Eur J O & G Reprodu Biol.*, [s.l.], v. 40, p. 203-209, 1991.

49. ORTIZ, M. A.; CROXATO, H. Mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia. *Boletín CLAE*, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 2, 2003.

50. ORTIZ, M. E. Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey Cebus apella. *Hum. Reprod*. Oxford, Inglaterra, v. 19, p. 1352-56, 2004.

51. PALOMINO, A. *Efecto de levonorgestrel como anticoncepción de emergencia sobre receptores de endometrio durante la ventana de implantación*: Resúmenes de la XVIII reunión de la asociación latinoamericana de investigadores en reproducción Humana, Cuba, p. 28-31, 2003.

52. PIAGGIO, G. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet.*, [s.l.], v. 353, p. 721, 1999.

53. PLOSKER, S. M.; JACOBSON, W.; AMANTO, P. Predicting and optimizing success in an intrauterine insemination programme. *Hum. Reprod.*, Oxford, Inglaterra, v. 9, p. 2014, 1994.

54. PYETT, P. M. Postcoital contraception: who uses the "morning after pill"? *Aust N. Z. J. Obstet. Gynaecol.*, [s.l.], v. 3, p. 347-350, 1996.

55. RADHAKRISHNA, A.; GRINGLE, R. E.; GREENSLADE, F. C. *Identificando a interseção*: adolescência, gravidez não desejada, HIV/Aids e aborto em condições de risco. Chapel Hill, N. C.: Ipas, 1999.

56. RAMAN-WILMS, L. et al. Fetal genital effects of first-trimester sex hormone exposure: a meta-analysis. *Obstet. Gynecol.*, [s. l.], v. 85, p. 141-149, 1995.

57. RAYMOND, E. et al. *Effectiveness of meclizine in preventing nausea associated with emergency contraceptive pills*. Research Triangle Park, North Carolina.: Family Health International, 1999.

58. RAYMOND, E. et al. Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Hum. Reprod*., Oxford, Inglaterra, v. 15, p. 2351-2355, 2000.

59. ROWLANDS, S. et al. A possible mechanism of action of danazol and an ethinylestradiol/norgestrel combination used as postcoital contraceptive agents. *Contraception*, [s. l.], v. 33, p. 539-545, 1986.

60. 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.

61. SIMON, A. J. et al. Micronized progesterone: vaginal and oral uses. *Clin. Obstet. Gynecol.*, [s.l.], v. 38, p. 902-914, 1995.

62. SIMPSON, J. L.; PHILLIPS, O. P. Spermicides, hormonal contraception and congenital malformations. *Adv. Contracept.*, [s.l.], v. 6, n. 3, p. 141-167, 1990.

63. SOTO, G. M. Servicios amigables para jóvenes. *Boletín CLAE*, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 9-10, 2003.

64. SWAHN, M. L. et al. Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.*, [s.l.], v. 75, p. 738-744, 1996.

65. TASK FORCE ON POSTOVULATORY METHODS OF FERTILITY REGULATION. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet*., [s.l.], v. 352, p. 428-433, 1998.

66. TASKIN, O. et al. High doses of oral contraceptives do not alter endometrial ±1 and ± 3integrins in the late implantation window. *Fertil. Steril*., [s.l.], v. 61, p. 850-855, 1994.

67. TORRES, J. H. R. Aspectos legais do abortamento. *Jornal da Redesaúde*, [s.l.], v. 18, p. 7-9, 1999.

68. TRUSSELL, J.; ELLERTSON, C.; STEWART, F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Fam. Plann. Perspect*., [s.l.], v. 28, p. 58-64, 1996.

69. TRUSSELL, J.; RODRÍGUEZ, G.; ELLERTSON, C. New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception*, Stoneham, England, v. 57, p. 363-369, 1998.

70. UGOCSAI, G. et al. Biological, microscopic and scanning electron microscopic investigation of the effeects of postinor/d-norgestrel/ in rabbits. *Contraception*, Stoneham, England, v. 30, p. 153-9, 1984.

71. UGOCSAI, G.; ROZSA, M.; UGOCSAI, P. Scanning electron microscopic (SEM) changes of the endometrium in women taking high doses of levonorgestrel as emergency postcoital contraception. *Contraception*, Stoneham, England, v. 66, p. 433-7, 2002.

72. VAN LOOK , P. F. A.; STEWART, F. Emergency contraception. In: HATCHER, R. A. et al. *Contraceptive Technology*. 17. ed. New York: Ardent Media, 1998.

73. VON HERTZEN, H. et al. Low dose mifeprostone and two regimes of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *Lancet*., [s.l.], v. 360, p. 1803-1810, 2002.

74. WEBB, A. Emergency contraception. *Fert. Control. Rev*., [s.l.], v. 4, p. 3-7, 1995.

75. _____. How safe is the Yuzpe method of emergency contraception. *Fert. Control. Rev*., [s.l.], v. 4, p. 16-18, 1995.

76. WILCOX, A. J.; DUNSON, D.; BAIRD, D. D. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*, v. 321, p. 1259-62, 2000.

77. WILCOX, A. J.; WEINBERG, C. R.; BAIRD, D. D. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy and sex of the baby. *N. Engl. J. Med*., [s.l.], v. 333, p. 1517-1521, 1995.

78. _____. Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. *N. Engl. J. Med.*, [s.l.], v. 340, p. 1796-99, 1999.

79. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Improving access to quality care in family planning medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods*. Geneva, 1996.

80._____. *Emergency contraception*: a guide for service delivery: WHO/ FRH7FPP798.19. Geneva, 1998.

81. _____. *Safe abortion*: technical and policy guidance for health systems. Geneva, 2003.

82. YUZPE, A.; PERCIVAL-SMITH, R.; RADEMAKER, A. W. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined whith dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. Fertility and Sterility, [s.l.], 1982.

83. YUZPE, A. A.; THURLOW, H. J.; RAMZY, I.; LEYSHON, J. I. Post coital contraception—a pilot study. *J Reprod Med* Saint Janis, vs, v. 13, p. 53-8.

ISBN 978-85-334-1705-2

Ouvidoria do SUS
136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA