

# Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, Nordeste do Brasil

## Emergency contraception supply on primary health care in Recife, Northeastern Brazil

### **Maria Benita Alves da Silva Spinelli**

Mestre em Saúde Materno-infantil. Docente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco.

Endereço: Rua Canapolis, 132, Apto. 01, Tamarineira, CEP 52060-000, Recife, PE, Brasil.

E-mail: benitaspinelli@hotmail.com

### **Ariani Impieri de Souza**

Doutora em Nutrição. Docente do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

Endereço: Rua dos Coelho, 300, Boa Vista, CEP 50070-550, Recife, PE, Brasil.

E-mail: ariani@imip.org.br

### **Lygia Carmen de Moraes Vanderlei**

Doutora em Saúde Pública. Docente do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

Endereço: Av. Parnamirim, 98, Apto. 401, Parnamirim, CEP 52060-000, Recife, PE, Brasil.

E-mail: lygiacarmen@imip.org.br

### **Suely Arruda Vidal**

Doutora em Saúde Materno Infantil. Docente do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

Endereço: Rua Francisco da Cunha, 1910, Apto. 102-B, Boa Viagem, CEP 51020-041, Recife, PE, Brasil.

E-mail: suely@imip.org.br

## Resumo

O objetivo do estudo foi descrever as características da utilização da contracepção de emergência (CE) em unidades de saúde da família (USF) da cidade do Recife entre março e setembro de 2011. O questionário foi respondido por 234 profissionais, 154 enfermeiros e 80 médicos selecionados por amostragem aleatória em 117 USF. Quase todos os profissionais (90,6%) informaram disponibilidade da CE na USF; médico e/ou enfermeiro foram os principais dispensadores (73,9%) e 27,4% conheciam a estratégia de distribuição através do “kit saúde da mulher”. Apesar de 85,0% dos profissionais já terem prescrito a CE, apenas 8,5% a consideraram como direito da mulher. A maioria (80,7%) conhecia o manual de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde e cerca de metade (51,2%) conhecia o manual de Direitos Reprodutivos do município. Entre os entrevistados, 51,3% conheciam o correto mecanismo de ação e 77,4% costumam informar às mulheres sobre CE. Os principais motivos para não informar foram: “falta de oportunidade” (10,0%) para os médicos e “para evitar que se tornem rotina” (6,5%) para os enfermeiros. Metade dos profissionais (50,0%) informaram prescrever nas três situações preconizadas (relação desprotegida, estupro e falha do método contraceptivo em uso) e 65,8% concordam que a religião interfere na decisão da prescrição/orientação. Os profissionais de saúde demonstraram ter conhecimento técnico suficiente para prescrever a CE, porém não a reconhecem como um direito das mulheres. Além disso, consideram que a influência religiosa pode interferir na decisão da prescrição e no uso da CE pelas mulheres.

**Palavras-chave:** Anticoncepção; Anticoncepção pós-coito; Atenção primária à saúde; Direitos reprodutivos.

## Abstract

The aim of the study was to describe the use of emergency contraception (EC) in Family Health Units in Recife between March and September, 2011. The questionnaire was answered by 234 professionals, 154 nurses and 80 physicians selected by random sampling in 117 USF. Almost all professionals (90.6%) reported availability of EC in Family Health Unit; physicians and/or nurse were the main prescribers (73.9%); 27.4% knew the distribution strategy by “women’s health kit”. Although 85.0% of professionals have already prescribed the EC, only 8.5% considered the EC as a woman’s right. The majority (80.7%) understand the Family Planning manual of the Ministry of Health and about half (51.2%) understand the Reproductive Rights manual of the municipality’s manual. 51.3% knew the EC action mechanism and 77.4% usually inform women about EC. Among those who do not explain about EC, the main reasons were: “lack of opportunity” (10.0%) for physicians and “to avoid becoming routine” (6.5%) for nurses. Half of the professionals (50.0%) reported prescribing in three recommended situations (unprotected intercourse, rape and failure of contraceptive method use) and 65.8% agree that religion interfere in the decision of the prescription/advice. Health professionals have demonstrated sufficient technical knowledge to prescribe EC, but do not recognize it as a right of women. Also, they consider that the influence of religion may interfere with the decision of prescribing and with the use of EC by women.

**Keywords:** Contraception; Contraception Postcoital; Primary Health Care; Reproductive Rights.

## Introdução

A contracepção de emergência (CE) é um método de prevenção da gravidez indesejada, indicada quando há relação sexual desprotegida, violência sexual ou sexo coercitivo e falha do método contraceptivo regular (Drezett, 2008). Atua inibindo ou retardando a ovulação e a fecundação, mecanismos de ação cientificamente demonstrados e que ocorrem simultaneamente, prevalecendo um ou ambos, conforme o período do ciclo menstrual (Brasil, 2011a; Drezett, 2008; Hevia, 2012).

A importância da CE nos países em desenvolvimento, entre eles a América Latina e Caribe, confirma-se devido ao fato de que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 50% das 18 milhões de gestações anuais não são planejadas e 23% delas resultaram em aborto (Brasil, 2011b). No Brasil, estimativas apontam para um milhão de abortos induzidos anuais, com 250 mil internações no Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento de suas complicações, sendo o aborto a quarta causa de óbito materno e a quinta causa de internação no SUS no ano de 2008. Assim, a CE poderia ser uma medida de proteção de grande parte destes eventos (Figueiredo e Bastos, 2008).

A CE utilizando o progestogênio oral foi inicialmente estudada por Albert Yuzpe, na década de 70 (Yuzpe e Lancee, 1977). No Brasil, o método foi regulamentado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1996 (Brasil, 1996), chamado de “método de Yuzpe”, utilizado na forma de pílulas anticoncepcionais combinadas de estrogênio e progesterona, uma vez que não havia o produto específico apenas com progesterona, como é utilizado atualmente (Figueiredo, 2004; Figueiredo e Andalaft, 2005).

Os serviços públicos iniciaram a introdução do método a partir de 1999, na estratégia de redução de gravidez indesejada decorrente de estupro em serviços de atendimento a mulheres em situação de violência sexual (Brasil, 2002b; Figueiredo e Bastos, 2008; Souza e Brandão, 2009). A partir de 2003, o MS determinou a disponibilização da CE de forma mais ampla para que não ficasse restrita apenas aos serviços de referência para mulheres em situação de violência sexual (Brasil, 2004).

A inclusão da CE entre os métodos contraceptivos regulamentados e disponíveis no País faz parte do cenário crescente de conquistas dos direitos sexuais e reprodutivos, ampliação almejada em reformas políticas que, porém, não se efetivaram em ações práticas de saúde (Figueiredo e Bastos, 2008; Souza e Brandão, 2009).

No município do Recife, a atenção à saúde da mulher, baseada nos princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004), tem como uma das prioridades o acesso oportuno das mulheres aos serviços de saúde e à atenção aos direitos sexuais e reprodutivos (Recife, 2007). Seguindo essa orientação, ampliou-se o acesso à CE mediante a disponibilização do insumo na Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo de atenção primária preconizado pelo SUS, atual porta de entrada do sistema (Brasil, 2002b). A ESF tem como proposta construir novas práticas de saúde, pautadas no estabelecimento de vínculo e acolhimento, como reordenador dos processos de trabalho, oferecendo à população uma participação mais ativa no cuidado com a saúde, recebendo atenção individualizada, integral e mais humanizada (Costa e col., 2008).

Recomenda-se que a oferta da CE seja feita através do “Kit saúde da mulher”, contendo, além do comprimido da CE, um *folder* com informações educativas/preventivas, um preservativo masculino e um feminino, entregue pelo médico ou enfermeiro no momento da consulta (Recife, 2007).

Diante da necessidade de conhecer a situação de oferta e distribuição da CE pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade do Recife, este estudo teve como objetivo caracterizar a oferta de CE nas unidades de saúde da família do Recife sob a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros.

## Método

Trata-se de um estudo observacional e descritivo das características da oferta da CE no âmbito da ESF na cidade do Recife, Nordeste do Brasil que em 2011 possuía 117 unidades básicas de saúde, onde atuavam 244 equipes de saúde da família e 488 profissionais (médicos e enfermeiros) com cobertura populacional de 54%.

Para o cálculo do tamanho amostral foi adotada uma frequência de 12% de utilização da CE (Arihla e Berquó, 2009), com erro de estimação de 3% e nível de confiança de 95%, totalizando 250 profissionais, já com acréscimo de 10% para eventuais perdas, que foram selecionados por sorteio, utilizando a tabela de números aleatórios.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário, contendo perguntas abertas e fechadas, entregue aos profissionais em visitas previamente agendadas, que poderia ser respondido na hora ou entregue posteriormente à pesquisadora. As respostas foram apresentadas em tabelas de frequência segundo categoria profissional e comparadas entre elas através do teste de associação de qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) sob o número 2.110/2011.

## Resultados

Os 250 profissionais de saúde sorteados para o estudo, médicos e enfermeiros, foram provenientes das 244 equipes de saúde da família. Foram entrevistados 80 médicos e 154 enfermeiros, totalizando a amostra em 234 profissionais de saúde, correspondendo à perda de 6,4%. A maioria dos profissionais (85,9%) era do sexo feminino. Dos médicos, quase a metade (43,8%) estava na faixa etária acima de 50 anos de idade, 61,2% se declararam de raça/cor branca, 50,0% tinham mais de 20 anos de formados e 56,3% referiram pertencer à religião católica. Entre os enfermeiros foi observado que 65,6% tinham menos de 40 anos de idade, 54,6% tinham até dez anos de formado, 59,1% referiram ser católicos e 53,3% se autodeclararam da raça/cor preta ou parda.

Os profissionais (90,6%) referiram que havia disponibilidade da CE na USF; 98,7% afirmaram que a mulher recebe orientação sobre a CE; 76,5%, que a unidade recebe abastecimento sistemático, entretanto, 22,6% dos profissionais, lotados em 35 diferentes USF relataram falta de abastecimento. Essas unidades foram alvo de observação direta pelo pesquisador e em 22 delas o desabastecimento não se confirmou.

**Tabela 1 - Número e Proporção (%) dos profissionais de saúde segundo características sociodemográficas. Unidades de Saúde da Família do Recife, 2011**

Características	Médicos		Enfermeiros		Total		p*
	n=80	%	n=154	%	n=234	%	
<b>Sexo</b>							
Feminino	62	77,5	139	90,3	201	85,9	0,008
Masculino	18	22,5	15	9,7	33	14,1	
Total	80	100,0	154	100,0	234	100,0	
<b>Faixa Etária</b>							
39 anos	25	31,2	101	65,6	126	53,9	< 0,001
40 - 49 anos	15	18,8	37	24,0	52	22,2	
50 anos	35	43,8	13	8,5	48	20,5	
Sem informação	5	6,2	3	1,9	8	3,4	
Total	80	100,0	154	100,0	234	100,0	
<b>Raça/Cor</b>							
Branca	49	61,2	65	42,2	114	48,7	0,014
Preto/Pardo	31	38,8	82	53,3	113	48,3	
Sem informação	-	-	7	4,5	7	3,0	
Total	80	100,0	154	100,0	234	100,0	
<b>Tempo de Formado</b>							
Até 10 anos	16	20,0	84	54,6	100	42,7	< 0,001
11 - 20 anos	24	30,0	42	27,3	66	28,2	
> 20 anos	40	50,0	27	17,6	67	28,6	
Sem informação	-	-	1	0,5	1	0,5	
Total	80	100,0	154	100,0	234	100,0	
<b>Religião</b>							
Católica	45	56,3	91	59,1	136	58,1	0,997
Evangélica	10	12,5	20	13,0	30	12,8	
Outra	13	16,2	27	17,5	40	17,1	
Sem religião/sem informação	12	15,0	16	10,4	28	12,0	
Total	80	100,0	154	100,0	234	100,0	

\*Teste qui-quadrado de Pearson

**Tabela 2 - Número e Proporção (%) dos profissionais de saúde segundo disponibilidade da Contracepção de Emergência nas Unidades de Saúde da Família. Recife, 2011**

Disponibilidade referida pelo profissional	Disponibilidade da CE na USF		Abastecimento de CE sistemático		Orientação da CE à mulher na USF	
	N	%	N	%	N	%
Sim	212	90,6	179	76,5	231	98,7
Não	21	9,0	53*	22,6	2	0,9
Sem informação	1	0,4	2	0,9	1	0,4
Total	234	100,0	234	100,0	234	100,0

\*Estes 53 profissionais pertenciam a 35 diferentes USF. Estas USF foram conferidas posteriormente sobre o abastecimento, e em 22 USF não foi confirmado o desabastecimento referido.

Em relação à dispensação da CE, 73,9% dos profissionais relataram que é feita pelos prescritores, médico e/ou enfermeiro da unidade. Doze por cento (12,0%) dos profissionais referiram que a dispensação era realizada por não prescritores, técnico de enfermagem ou pessoa da farmácia. O tipo de insumo predominantemente referido como dispensado à mulher foi apenas o comprimido da CE (47,9%) e 27,4% referiram a dispensação do “kit saúde da mulher”. Apesar de 85,0% dos profissionais terem referido que já haviam prescrito a CE, apenas 8,5% a consideraram um direito da mulher.

Com relação aos dados sobre conhecimento da CE, observou-se que 67,5% dos médicos e 87,7%

dos enfermeiros referiram conhecer o manual de Planejamento Familiar do MS, enquanto o Manual de Direitos Reprodutivos do município foi relatado por 47,5% e 53,2% dos médicos e enfermeiros, respectivamente. Quanto às indicações da CE, 67,5% dos médicos e 83,1% dos enfermeiros referiram conhecer as três indicações preconizadas para o uso - relação sexual desprotegida, estupro e falha do método contraceptivo. Quando indagados sobre o mecanismo de ação da CE, 41,3% dos médicos e 56,5% dos enfermeiros responderam que a CE impede ou atrasa a ovulação e a fecundação. Apenas um profissional (médico) referiu que a CE é microabortiva.

**Tabela 3 - Número e proporção (%) de entrevistados (profissional responsável pela dispensação) tipo de insumo dispensado, prescrição e reconhecimento da CE como direito da mulher nas Unidades de Saúde da Família. Recife, 2011**

Variáveis	N	%
<b>Profissional responsável pela dispensação</b>		
Prescritor*	173	73,9
Não prescritor (técnico de enfermagem ou pessoa da farmácia)	28	12,0
Qualquer profissional (prescritor ou não)	8	3,4
Sem informação	25	10,7
Total	234	100,0
<b>Tipo de insumo dispensado</b>		
Só o comprimido	112	47,8
Kit saúde mulher**	64	27,4
Comprimido + preservativo	29	12,4
Sem informação	29	12,4
Total	234	100,0
<b>Já prescreveu a CE</b>		
Sim	199	85,0
Não	35	15,0
<b>CE como direito da mulher</b>		
Sim	20	8,5
Não	214	91,5

\* É considerado prescritor: médico e enfermeiro;

\*\*Kit saúde da mulher = envelope contendo, além do comprimido da CE, 1 folder com informações educativas/prevenção, 1 preservativo masculino e 1 feminino.

**Tabela 4 - Número e Proporção (%) dos profissionais de saúde segundo conhecimento sobre contracepção de emergência nas Unidades de Saúde da Família. Recife, 2011**

Conhecimento	Médico		Enfermeiro		Total		p*
	n=80	%	n=154	%	n=234	%	
<b>Manual de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde</b>							
Sim	54	67,5	135	87,7	189	80,7	<0,001
Não	20	25,0	15	9,7	35	15,0	
Não informou	6	7,5	4	2,6	10	4,3	
Total	80	100,0	154	100,0	234	100,0	
<b>Manual de Direitos Reprodutivos do Município</b>							
Sim	38	47,5	82	53,2	120	51,2	0,601
Não	35	43,7	65	42,2	100	42,8	
Não informou	7	8,8	7	4,6	14	6,0	
Total	80	100,0	154	100,0	234	100,0	
<b>Conhecimento das indicações* do uso da CE</b>							
Todas as três indicações	54	67,5	128	83,1	182	77,8	0,022
Duas das indicações	17	21,2	16	10,4	33	14,1	
Uma das indicações	3	3,8	2	1,3	5	2,1	
Sem informação	6	7,5	8	5,2	14	6,0	
Total	80	100,0	154	100,0	234	100,0	
<b>Conhecimento do mecanismo de ação da CE</b>							
Impede/atrasa ovulação/fecundação	33	41,3	87	56,5	120	51,3	0,099
Impede implantação	33	41,3	53	34,4	86	36,8	
Impede/atrasa ovulação, fecundação e implantação	5	6,2	4	2,6	9	3,8	
Microabortivo	1	1,2	-	-	1	0,4	
Não sabe/sem informação	8	10,0	10	6,5	18	7,7	
Total	80	100,0	154	100,0	234	100,0	

\* Teste de qui-quadrado de Pearson

\*\* As três indicações preconizadas são: relação desprotegida, estupro e falha do método contraceptivo em uso.

Em relação ao conhecimento e prática sobre a CE, entre os médicos observou-se que 67,5% referiram que costumam informar as mulheres sobre a CE; entre os que não informam, o principal motivo foi *falta de oportunidade* (10,0%). Entre os enfermeiros, 82,5% relataram que costumam informar as

mulheres sobre a CE e entre as que não informam, o principal motivo alegado foi *evitar que a CE se torne rotina* (6,5%). Quando indagados sobre as situações nas quais já fez a prescrição, 48,8% dos médicos e 50,6% dos enfermeiros informaram ter feito nas três situações preconizadas.

**Tabela 5 - Número e Proporção (%) dos profissionais de saúde segundo conhecimento e prática dos médicos e enfermeiros sobre contracepção de emergência nas Unidades de Saúde da Família. Recife, 2011**

Conhecimento e prática	Médico		Enfermeiro		Total		p*
	N	%	N	%	N	%	
<b>Costuma informar as mulheres sobre a CE</b>							
Sim	54	67,5	127	82,5	181	77,4	0,027
Apenas em caso de estupro	-	-	1	0,7	1	0,4	
Não, é papel da enfermeira	4	5,0	-	-	4	1,7	
Não, esqueço	1	1,2	4	2,5	5	2,1	
Não, faltou oportunidade	8	10,0	2	1,3	10	4,2	
Não, para evitar que se torne rotina	1	1,2	10	6,5	11	4,8	
Não, incentiva outros métodos	3	3,8	1	0,7	4	1,7	
Não, tem pouca informação sobre CE	-	-	2	1,3	2	0,8	
Sem informação	9	11,3	7	4,5	16	6,9	
Total	80	100,0	154	100,0	234	100,0	
<b>Situações na qual prescreveria a CE</b>							
As três indicações preconizadas**	39	48,8	78	50,6	117	50,0	0,429
Duas das indicações	11	13,8	30	19,5	41	17,5	
Uma das indicações	19	23,7	32	20,8	51	21,8	
Nunca	2	2,5	2	1,3	4	1,7	
Sem informação/não houve oportunidade	9	11,2	12	7,8	21	9,0	
Total	80	100,0	154	100,0	234	100,0	

\* Teste de qui-quadrado de Pearson

\*\* As três indicações preconizadas são: relação desprotegida, estupro e falha do método contraceptivo em uso.

## Discussão

A disponibilidade da CE na rede básica de saúde do Recife está de acordo com a estratégia federal e municipal de torná-la mais acessível às mulheres, porém os resultados do estudo sugerem haver pouca articulação entre a oferta potencial e a efetivamente realizada. Uma das possibilidades para explicar parte dessa situação poderia ser cogitada pela influência da religião católica, ainda predominante no Brasil, que considera a CE como droga abortiva e sua possível interferência na decisão de prescrevê-la e sobre o direito da mulher de ter acesso no serviço de saúde e à satisfação das suas necessidades básicas (Díaz e col., 2003; Faúndes e Hardy, 2004).

Embora no Brasil o poder da Igreja católica seja um fator que influencia fortemente a concepção de que a CE é abortiva, ela tende a ser ainda mais forte

em outros países da América Latina como o Chile e o México como observado por Díaz e colaboradores (2003) em um estudo sobre aceitabilidade da CE e fatores facilitadores ou limitantes da sua introdução.

Avaliando o perfil sociodemográfico dos médicos e enfermeiros atuantes nas ESF pesquisadas, os últimos são mais jovens, com menos tempo de formados e predominando o sexo feminino. Isto pode ter favorecido o maior percentual de conhecimento sobre a CE, incluindo suas indicações e a atitude de informar com mais frequência às mulheres.

Entretanto, de modo geral, os profissionais concordaram haver disponibilidade, abastecimento e orientação da CE na USF e afirmaram já haverem prescrito o contraceptivo (CE) na maioria das vezes. Isto é um indicativo do favorecimento ao pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher com acesso oportuno ao método e consequente

redução dos riscos de uma gestação não desejada e suas possíveis complicações (Bastos e col., 2009; Chin-Quee e col., 2010).

Embora as USF, em sua maioria, sejam abastecidas sistematicamente com a CE, em 35 unidades os profissionais informaram que havia desabastecimento. Entretanto, em uma visita posterior dirigida especificamente a essas unidades, constatou-se que em apenas 13 delas havia falta desse insumo. O fato de não ter sido feita a visita em todas as USF pesquisadas constitui uma limitação do estudo e não garante o abastecimento nas unidades referidas como abastecidas. Ainda que 13 unidades representem cerca de 10% de todas as unidades do Recife, esta constatação é preocupante por se tratar de um método de emergência e que tem um prazo relativamente curto para ser instituído e garantir a sua eficácia. Uma recente revisão sobre o estado legal da CE na América Latina recomenda que o prazo para que a medicação tenha o efeito esperado seja de até 120 horas, mas preferencialmente até 72 horas (Hevia, 2012).

Considerando as particularidades que envolvem o uso da CE e respeitando o exercício profissional das categorias diretamente envolvidas no acolhimento e assistência às usuárias do SUS, a Secretaria de Saúde do Recife determina que seja competência dos médicos e enfermeiros da rede básica a realização da prescrição e a sua dispensação à usuária na ocasião da consulta. Cada equipe de saúde da família recebe dois “kits saúde da mulher” que deve ficar disponível ao profissional que atende a mulher. Além disso, a entrega da CE deve sempre ser feita através deste *kit*, visando favorecer o diálogo entre usuária e profissional de saúde, permitindo esclarecer dúvidas, garantir privacidade e fortalecer a linha de cuidados à saúde integral da mulher (Recife, 2002, 2004). No entanto, verificou-se que 12% dos profissionais desconhecem/descumprem a norma, pois referiram que a dispensação da CE é realizada pelo técnico de enfermagem ou pessoa da farmácia.

Outro exemplo de descumprimento da norma do município foi o achado de quase metade dos entrevistados afirmarem a entrega ou prescrição apenas do comprimido sem fazer referência a nenhuma informação adicional. Contudo, demonstram por outro lado, o compromisso em garantir o direito da

mulher ao uso da CE.

Um estudo realizado na Escócia investigou o nível de informação recebida por usuárias que procuram a CE diretamente nas farmácias e constatou que apesar de a maioria das mulheres receberem informações adequadas, apenas uma minoria adota um método contraceptivo regular após o uso da CE (Glasier e col., 2010). Isto reforça a necessidade de orientação mais consistente sobre métodos contraceptivos no momento em que a mulher procura a CE.

O conhecimento do manual de Planejamento Familiar do MS foi referido pela maioria dos profissionais, enquanto o de Direitos Reprodutivos do município era conhecido apenas por cerca de metade destes, talvez pelo fato de que diferentemente do município, o MS disponibiliza suas publicações eletronicamente facilitando o acesso à informação (Brasil, 2002a).

A maioria dos entrevistados conhece as três situações de uso da CE (relação sexual desprotegida, violência sexual e falha do método contraceptivo), enquanto o correto mecanismo de ação da CE, de impedir ou atrasar a ovulação e a fecundação (Hevia, 2012), foi referido por pouco mais da metade dos profissionais.

A maioria dos entrevistados afirmou que costuma informar à mulher sobre a CE, porém, entre os motivos alegados pelos médicos para não informar rotineira, destacaram-se a “falta de oportunidade” e de que esta seria “papel do enfermeiro”. Ademais, uma explicação para a menor frequência de prescrição/informação/orientação entre os médicos em relação aos enfermeiros poderia ser o fato de que eles não consideram importante despendar parte do seu tempo para se dedicarem a ações educativas e, às vezes, repetitivas, atribuindo esta função aos enfermeiros (Costa e col., 2008).

Por outro lado, os enfermeiros, afirmaram não informar “para evitar que se torne rotina”. Isto sugere veladamente o possível preconceito e a imposição de valores pessoais sobre o direito da mulher. A resistência para informar corretamente às mulheres as diferentes formas de contracepção e particularmente quanto à CE ainda é um obstáculo no Brasil por diversas barreiras, como falta de informação às mulheres sobre seus direitos básicos, preocupação, não fundamentada, por parte dos profissionais de

saúde com o uso indevido (substituição de métodos anticoncepcionais regulares), exigência de prescrição médica para esta medicação em particular, características morais, religiosas e culturais (Costa e col., 2008).

Esta divergência de opinião entre médicos e enfermeiros demonstra que um atribui ao outro a responsabilidade da educação em saúde, em um contexto em que, cada vez mais se deveria buscar qualidade de vida e prevenção de doenças (Schimith e Lima, 2004). É sabido que, em geral e equivocadamente, os médicos têm a sua formação voltada para curar doenças e os enfermeiros, para o cuidado às pessoas. Ainda assim, deve-se alertar para a necessidade de todo e qualquer profissional de saúde tomar para si a responsabilidade da educação em saúde, sem perder a oportunidade de fazê-la como prática cotidiana do seu atendimento (Souza e col., 2008).

Chama atenção o fato de apenas 8,4% dos profissionais considerarem o método como direito da mulher. Embora toda mulher tenha o direito de conhecer a CE, de saber como deve ser utilizada, qual a sua finalidade, onde está disponível na rede pública e daí poder decidir com segurança, querer ou não fazer uso do método. Este direito não está sendo garantido pelo pouco reconhecimento que os profissionais têm acerca dos direitos reprodutivos e sexuais (Díaz e col., 2003).

Outra limitação deste estudo foi o próprio desenho quantitativo que não permite uma discussão mais aprofundada em relação às concepções dos profissionais a respeito da CE, além do fato de não ter sido investigada a opinião das usuárias. Sugere-se, portanto, que a partir destes dados possam ser desenhados estudos qualitativos nesta mesma população, de modo a aprofundar o conhecimento sobre os reais obstáculos à implantação plena desta importante estratégia de redução de danos à saúde mental e reprodutiva das mulheres no Brasil.

## Considerações finais

Os dados deste estudo sugerem que a rede de saúde encontra-se, majoritariamente, preparada para a oferta do método às mulheres. A não existência da prática sistemática da orientação e divulgação da

CE pelos serviços de saúde ou a forma tímida ou restrita como esta ação possa estar ocorrendo pode contribuir com o uso incorreto ou com a busca da CE nas farmácias privadas sem orientação adequada.

A não aceitabilidade plena do método pelos profissionais de saúde demanda maior investimento por parte da gestão para sensibilizar estes profissionais no sentido de incorporarem tal prática na rotina do atendimento ofertado às mulheres.

## Referências

- ARILHA, M.; BERQUÓ, E. Cairo+15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. In: \_\_\_\_\_. *Brasil: 15 anos após a Conferência do Cairo*. Campinas: ABEP: UNFPA, 2009. p. 97-120. Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/brasil\\_15\\_anos\\_cairo.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/brasil_15_anos_cairo.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2012.
- 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 e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 787-799, 2009.
- BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Seção 1, p. 561. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm)>. Acesso em: 13 jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Assistência em planejamento familiar: manual técnico*. 4. ed. Brasília, DF, 2002a. (Série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 40). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A saúde no Brasil indicando resultados 1994-2001*. Brasília, DF, 2002b. (Série C, Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_Brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_Brasil.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Por qual motivo, então, a bula das apresentações comerciais da anticoncepção de emergência mantém referência ao possível efeito sobre o endométrio? In: \_\_\_\_\_. *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília, DF, 2011a. p. 20. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde: Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, caderno n. 3). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao\\_emergencia\\_perguntas\\_respostas\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2012.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2012.

CHIN-QUEE, D. S. et al. Bridging emergency contraceptive pill users to regular contraception: results from a randomized trial in Jamaica. *Contraception*, Washington, DC, v. 81, n. 2, p. 133-139, 2010.

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

DÍAZ, S. et al. Aceitabilidade da anticoncepção de emergência no Brasil, Chile e México: fatores que poderiam facilitar ou dificultar sua introdução. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1729-1737, 2003.

DREZETT, J. *Nota técnica sobre a anticoncepção de emergência*. São Paulo: CCR, 2008. Disponível em: <[www.ccr.org.br/uploads/noticias/NotaTecnicaAE.pdf](http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/NotaTecnicaAE.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2012.

FAÚNDES, A.; HARDY, E. *O papel da religiosidade na perspectiva e no agir de médicos ginecologistas em relação ao aborto previsto por lei, à anticoncepção de emergência e ao DIU*. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2004. Resumo Executivo da Pesquisa.

FIGUEIREDO, R. Contracepção de emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva*, Rio de Janeiro, n. 13, Sem paginação, set. 2004. Disponível em: <<http://www.usp.br/nepaidsabia/images/BIBLIOTECA/PDF/artigos/contracep%C3%A7%C3%A3o%20de%20emerg.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2012.

FIGUEIREDO, R.; ANDALAF, J. Uso de contracepção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. *Revista SOGIA-BR*, São Paulo, v. 6, n. 2, p.1-11, 2005.

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: 25 fev. 2012.

GLASIER, A. et al. Community pharmacists providing emergency contraception give little advice about future contraceptive use: a mystery shopper study. *Contraception*, Washington, DC, v. 82, n. 6, p. 538-542, 2010.

HEVIA, M. The legal status of emergency contraception in Latin America. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, London, v. 116, n. 1, p. 87-90, 2012.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Portaria nº 020, de 03 de abril de 2002. *Diário Oficial da Prefeitura do Recife*, Recife, 4 abr. 2002. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/diariooficial/exibemateria.php?cedicacodi=196&aedicaano=2002&ccadercodi=2&csecaocodi=12&cmatercodi=7&QP=&TP=>>>. Acesso em: 25 fev. 2012.

RECIFE. Secretaria de Saúde. *Atenção aos direitos sexuais e reprodutivos: normas e rotinas*. Recife, 2004. p. 12-35.

RECIFE. Secretaria de Saúde. *Relatório de gestão da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Recife 2001 - 2006*. Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Recife, 2007. p. 7-19. Recife, 2007. (Documento Impresso).

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S100-S110, 2008. Suplemento 1.

SOUZA, R. A.; BRANDÃO, E. R. Marcos normativo da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços públicos de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1067-1086, 2009.

YUZPE, A. A.; LANCEE, W. J. Ethiny lestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertility and Sterility*, New York, v. 28, n. 9, p. 932-936, 1977.

Recebido em: 25/07/2012

Reapresentado em: 09/01/2013

Aprovado em: 01/04/2013