

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**USO DE CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS  
EM MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE PORTO  
ALEGRE**

**FRANCIELE MOLETTA DE ALMEIDA**

**PORTO ALEGRE  
2017**

**FRANCIELE MOLETTA DE ALMEIDA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**USO DE CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS  
EM MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE PORTO  
ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira

**PORTO ALEGRE**

**2017**

**FRANCIELE MOLETTA DE ALMEIDA**

**USO DE CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS  
EM MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE PORTO  
ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

29/08/2017

**BANCA**

Prof. Dr. Roger Flores Ceccon  
Instituto Municipal de Saúde da Família  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maíra Rosseto  
Faculdade de Medicina  
Universidade Federal da Fronteira Sul

Profa. Dra. Aline Blaya Martins de Santa Helena  
Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## RESUMO

**Introdução:** A contracepção de emergência (CE) constitui uma metodologia contraceptiva ética e alternativa, de caráter excepcional, que pode ser utilizada em situações especiais. O método está indicado após uma relação sexual desprotegida, falha presumida de contraceptivos, uso inadequado de contraceptivos ou na violência sexual. Apesar da disponibilidade de métodos contraceptivos e da CE, a incidência da gravidez não planejada é elevada em todo o mundo, particularmente em países em desenvolvimento.

**Objetivo:** Investigar o uso de CE por mulheres vivendo com HIV/Aids e fatores associados em Porto Alegre. **Metodologia:** Estudo transversal com 582 mulheres de 18 a 49 anos, vinculadas a serviços especializados em HIV/Aids. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e das instituições envolvidas, e sua execução foi financiada pelo CNPq. Fatores associados ao uso de CE foram investigados por modelo de regressão de Poisson. **Resultados:** Identificou-se que 18,6% das mulheres vivendo com HIV/ Aids utilizou a CE alguma vez na vida. Diferenças entre mulheres que utilizaram e que não utilizaram CE foram observadas quanto à faixa etária ( $p < 0,001$ ), escolaridade ( $p = 0,018$ ), renda domiciliar ( $p = 0,014$ ), uso de preservativo na primeira relação sexual ( $p = 0,022$ ), uso de método contraceptivo na primeira relação sexual ( $p = 0,002$ ), desejo de ter filhos ( $p = 0,009$ ) e ocorrência gestações planejadas ( $p = 0,029$ ). Os fatores independentemente associados à utilização de CE foram a faixa etária e o uso de método contraceptivo na primeira relação sexual. **Considerações finais:** Identificou-se que entre mulheres vivendo com HIV/Aids, o perfil das usuárias de CE, são mulheres mais jovens, com mais escolaridade, com melhor renda, com maior frequência de uso de métodos contraceptivos, com menor número de filhos e com desejo de ter filhos/outras. A CE tem sido utilizada por mulheres com maior capacidade de gestão da vida reprodutiva. O trabalho apresenta informações relevantes aos serviços de saúde. Recomenda-se, que o uso da CE seja expandido ou encorajado para os demais perfis de mulheres, tendo em vista a elevada ocorrência de gestações não planejadas, que representam a ausência do pleno exercício dos direitos reprodutivos das mulheres.

**Palavras-chave:** Contracepção de emergência. HIV, Aids. Saúde Reprodutiva.

## ABSTRACT

**Introduction:** Emergency contraception (EC) is an alternative, ethical contraceptive method, which can be used under exceptional circumstances. It's recommended after an unprotected sexual intercourse, presumed contraceptive failure, misuse of contraceptives or sexual violence. Despite the availability of contraceptive methods and the EC, the occurrence of unplanned pregnancy is high around the globe, particularly in developing countries. **Objective:** To research the use of EC by women living with HIV/AIDS and associated factors in Porto Alegre, Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was performed with 582 women aged from 18 to 49 recruited at specialized HIV/AIDS health care services. The project was approved by the Research Ethics Committee of the University of Rio Grande do Sul and the institutions involved, its execution being funded by the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq). Factors associated with the use of CE were investigated through the Poisson regression model. **Results:** It was found that 18.6% of the women living with HIV/AIDS used the EC. Differences between those who did it and those who didn't were related to age ( $p < 0.001$ ), schooling ( $p = 0.018$ ), household income ( $p = 0.014$ ), condom use at the first sexual intercourse ( $p = 0.022$ ), use of a contraceptive method at the first sexual intercourse ( $p = 0.002$ ), desire to have children ( $p = 0.009$ ) and occurrence of planned pregnancies ( $p = 0.029$ ). The factors independently associated with the use of EC were the age group and the use of a contraceptive method at the first intercourse. **Conclusions:** The profile of EC users among women living with HIV/AIDS was found to consist in younger, more educated and higher-income women, who use contraceptive methods more frequently and have fewer children and less desire to have new ones. Therefore, EC has been used by women with greater capacity to manage their reproductive lives. This work presents relevant information to health care services. The use of EC is encouraged for other groups of women as well, given the high occurrence of unplanned pregnancies and the related barrier against the full exercise of women's reproductive rights. **Keywords:** Emergency contraception. HIV/AIDS. Reproductive Health.

***Dedico este trabalho à minha mãe, minha filha e meu esposo,  
por todo amor, carinho, preocupação, dedicação e incentivo  
em todos os momentos da minha trajetória!***

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus e ao Universo, por tudo.

Todo processo de aprendizado é difícil e exige determinação e dedicação, os percursos durante essa trajetória não foram poucos, foram diversas mudanças e decisões e foram poucos os dias que não pensava em desistir, contudo o universo se encarrega de (re) organizar e colocar em nossas vidas pessoas que nos incentivam a prosseguir, minha gratidão à todas elas.

A professora Luciana Barcellos Teixeira, pela orientação, disponibilidade, paciência, contribuição na minha formação e amizade desde a época da graduação; além de seus conselhos me fazendo acreditar que era possível e sempre me incentivando a prosseguir. Obrigada!

A todos os mestres deste programa que não medem esforços para caminhar ao nosso lado, nos guiando sempre pelo melhor caminho;

As bolsistas Karen Silva Calvo (acadêmica de Enfermagem da UFRGS) e Evelin Maria Brand (enfermeira) pela busca dos artigos utilizados neste trabalho; meninas muito obrigada, desejo todo sucesso a vocês e podem contar comigo caso precisem de algo;

Aos colegas de trajetória com os quais foram possíveis muitas trocas de experiências e discussões maduras e construtivas;

A minha mãe e minhas irmãs Keronili e Thayffner pela educação, amor, carinho, incentivo e vibrações positivas, não apenas para este trabalho, mas em todos os momentos e decisões da minha vida;

Aos meus dindos Beatriz e Beto e afilhada Luísa que me acolheram com tanto amor no início de tudo e acompanham de perto o caminho percorrido nos últimos anos.

A minha sogra que sempre me apoiou e esteve ao meu lado num dos momentos mais difíceis;

Ao meu esposo, amigo, companheiro e incentivador, sem você teria sido quase impossível. Obrigada!

E por fim para a pessoa mais importante da minha vida, àquela que me ensinou a ler brincando de esconder, estudar durante amamentação e que hoje me olha nos olhos e diz: “Coragem mamãe”. Minha filha, Maria Alice, obrigada por renovar minha fé e me dar forças e energias para prosseguir, por mais difícil que seja o trajeto, você me faz acreditar que é possível. Te amo!



O dia mais belo: hoje  
A coisa mais fácil: errar  
O maior obstáculo: o medo  
O maior erro: o abandono  
A raiz de todos os males: o egoísmo  
A distração mais bela: o trabalho  
A pior derrota: o desânimo  
Os melhores professores: as crianças  
A primeira necessidade: comunicar-se  
O que traz felicidade: ser útil aos demais  
O pior defeito: o mau humor  
A pessoa mais perigosa: a mentirosa  
O pior sentimento: o rancor  
O presente mais belo: o perdão  
O mais imprescindível: o lar  
A rota mais rápida: o caminho certo  
A sensação mais agradável: a paz interior  
A maior proteção efetiva: o sorriso  
O maior remédio: o otimismo  
A maior satisfação: o dever cumprido  
A força mais potente do mundo: a fé  
As pessoas mais necessárias: os pais  
A mais bela de todas as coisas: O AMOR!

Madre Teresa de Calcutá

## LISTAS

### ABREVIACOES E SIGLAS

**CE** - Contracepção de Emergência.

**CI** - Contraceptivo Injetável.

**CLAE** - Consórcio Latinoamericano de Anticoncepcin de Emergencia.

**CO** - Contraceptivo Oral.

**FDA** - Food and Drug Administration.

**FEBRASGO** - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.

**FHI** - Family Health International.

**FIGO** - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia.

**ICEC** - International Consortium on Emergency Contraception.

**IPPF** - International Planned Parenthood Federation.

**IST** - Infecções Sexualmente Transmissíveis.

**MS** - Ministério da Saúde.

**NEPAIDS/USP** - Núcleo de Estudos para a Aids da Universidade de São Paulo.

**OMS** - Organização Mundial da Saúde.

**PAISM** - Programa de Assistência Integral  Saúde da Mulher.

**PIWH** - Pacific Institute for Women's Health.

**PNAISM** - Política Nacional de Assistência Integral  Saúde da Mulher.

**PNAUM** - Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos.

**PNDS** - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.

**SBRH** - Sociedade Brasileira de Reprodução Humana.

**SUS** - Sistema nico de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2 Objetivos específicos .....	13
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
3.1 Panorama das questões sexuais e reprodutivas .....	14
3.2 As gestações no Brasil .....	22
3.3 A contracepção de emergência.....	25
3.4 Direito e acesso ao método .....	29
3.5 Vantagens e desvantagens da CE.....	30
3.6 As mulheres vivendo com HIV/Aids .....	30
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>33</b>
4.1 População Pesquisada e Cálculo Amostral.....	33
4.2 Locais de Realização da Pesquisa .....	34
4.3 Logística do Trabalho de Campo .....	34
4.4 Análise dos Dados .....	35
4.5 Aspectos Éticos .....	35
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>37</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>46</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>60</b>
<b>ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>68</b>
<b>ANEXO 2: APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFRGS</b> .....	<b>70</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A contracepção de emergência (CE) constitui uma metodologia contraceptiva ética e alternativa, de caráter excepcional, que pode ser utilizada em situações especiais (FORMIGA FILHO, 1997). O método está indicado após uma relação sexual desprotegida, falha presumida de contraceptivos, uso inadequado de contraceptivos ou na violência sexual (BRASIL, 2006).

Existem duas formas de utilização da CE, uma delas é conhecida como método Yuzpe e a outra trata de uma combinação de etinil-estradiol e levonorgestrel. O método de Yuzpe utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados (AHOC) de uso rotineiro em planejamento familiar e conhecidos como “pílulas anticoncepcionais”. Este consiste na administração combinada de um estrogênio e um progestágeno sintético, utilizados até cinco dias após a relação sexual desprotegida. O segundo método é o mais estudado e recomendado pela Organização Mundial de Saúde, para a finalidade de CE é necessária a dose total de 200g de etinil-estradiol e levonorgestrel, divididas em duas doses iguais, a cada 12 horas ou administradas em dose única e também pode ser utilizado até cinco dias após a relação sexual desprotegida (BRASIL, 2006).

Apesar da disponibilidade de métodos contraceptivos e da CE, a incidência da gravidez não planejada ainda é muito elevada em todo o mundo, particularmente em países em desenvolvimento. A CE apresenta grande potencial de prevenir essas gestações, reduzindo a necessidade de recorrer ao abortamento inseguro, pois estudos demonstram que um grande percentual de mulheres usuárias da CE já teve pelo menos um aborto, além dos estudos também são elevados os índices de aborto (PILLECO et al., 2015).

Tais fatos podem ser em virtude da maior atividade sexual da mulher. Além do grande número de gestações não planejadas e abortamentos, ocorre na década de noventa, a feminização da epidemia da Aids, em que se observou haver um grande número de mulheres infectadas, com uma velocidade de crescimento maior em relação aos homens. Esse aumento foi tão significativo, que no ano de 1994 a Aids passa a ser a primeira causa de morte entre mulheres no estado de São Paulo. No âmbito global nota-se a mesma proporção, enquanto em 1990 a mortalidade por Aids era cerca de duas vezes maior em homens do que em mulheres, em 1995 o impacto na mortalidade por Aids tornou-se similar entre homens e mulheres (SANTOS et al., 2002).

A feminização da Aids se deve a vários fatores, entre os quais estão os fatores biológicos, em que as mulheres são mais vulneráveis à infecção do HIV. Tendo em vista que as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são mais frequentemente assintomáticas nas mulheres do que nos homens, e que as mulheres estão em idade reprodutiva, há uma maior preocupação com este grupo. Os riscos à exposição da infecção pelo HIV se acentuam nas mulheres mais jovens, pré-púberes e adolescentes, onde a imaturidade do aparelho genital determina uma fragilização adicional frente à infecção pelo HIV. Estudos na área da sexualidade e reprodução apontam que a gestão da vida sexual e reprodutiva tem sido difícil, particularmente nas sociedades ocidentais contemporâneas em que a interação sexual entre pares heterossexuais torna o planejamento reprodutivo mais circunstancial (BRANDÃO et al., 2017) e há ainda a necessidade de negociação do uso do preservativo masculino (SILVA et al., 2015). Isso é especialmente preocupante para as mulheres com HIV, em que há evidência de que estas mulheres se encontram em situação de vulnerabilidade (TEIXEIRA et al., 2017).

Além dos fatores biológicos supracitados, estudos apontam as questões culturais e sociais das mulheres, evidenciando que as mulheres que se encontram em contextos de vulnerabilidade, facilitam a ocorrência da infecção pelo HIV e de outros desfechos negativos em saúde. Dentre estes principais desfechos negativos que podem trazer graves consequências estão à ocorrência de gestações não planejadas, pelas situações que dificultam a gestão da vida reprodutiva (TEIXEIRA et al., 2013; TEIXEIRA et al., 2017), como precariedade da situação socioeconômica e dificuldades de acesso à informação e cuidado com a saúde; e também o aborto inseguro (PILECCO 2014, PILECCO et al., 2015). Considerando que a maioria das mulheres vivendo com HIV/Aids se encontra em idade reprodutiva, particularmente esse grupo, cujo a literatura aponta dificuldade de gestão da vida reprodutiva (TEIXEIRA et al., 2013; TEIXEIRA et al., 2017), poderia se beneficiar do uso de CE. Há também de se considerar a ausência de estudos da utilização da CE, especialmente em mulheres vivendo com HIV/Aids.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Investigar o uso de contracepção de emergência por mulheres vivendo com HIV/Aids do município de Porto Alegre.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Avaliar a associação entre uso de contracepção de emergência e o perfil sócio demográfico/ econômico.
- b) Avaliar a associação entre uso de contracepção de emergência e fatores sexuais.
- c) Avaliar a associação entre uso de contracepção de emergência e fatores reprodutivos.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Panorama das questões sexuais e reprodutivas

A definição de saúde é resultado de um reflexo social, econômico, político e cultural, ou seja, a saúde e a doença podem representar diferentes significados de acordo com a época, o local, a classe social, as concepções científicas, religiosas e filosóficas. Dentro de tais circunstâncias não havia, na história da humanidade, um conceito universal do que é saúde. Segundo Scliar (2007), para se chegar a um consenso sobre o conceito de saúde, seria necessário um entendimento entre as nações através de um organismo internacional. Somente após a Segunda Guerra Mundial com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), foi definido o primeiro conceito de saúde, publicado em abril de 1948, onde diz que “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.

Na Constituição de 1988 este conceito foi ampliado, passando a ser considerado um direito social, de relevância pública, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas. No campo específico da saúde sexual e reprodutiva, ficou a cargo do estado proporcionar recursos educacionais e científicos para o exercício do planejamento familiar (PITANGUY, MIRANDA, 2006), e a evolução dos conceitos e do desenvolvimento de ações em saúde tem, historicamente, encontrado entraves com questões religiosas. Os conceitos de saúde seguem em constante evolução, especialmente nas duas últimas décadas, tanto na esfera nacional quanto mundial. Segundo Barsted (2002):

Ao afirmar que os direitos das mulheres são direitos humanos, a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, pela Organização das Nações Unidas, deram alento à introdução da perspectiva de gênero em todas as demais conferências da ONU da década de 90. Em Viena, as Nações Unidas reconheceram que a promoção e a proteção dos direitos humanos das mulheres devem ser questões prioritárias para a comunidade internacional. Consolidou-se, dessa forma, um longo caminho iniciado em 1948, quando da Declaração Universal dos Direitos Humanos (BARSTED, 2002, p.87).

Deste momento em diante foram notáveis os avanços em relação a políticas direcionadas a saúde sexual e reprodutiva da mulher. Em 1994, foi realizada no Cairo, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, a qual incorporou no seu documento final o consenso do conceito de direitos reprodutivos, onde é citada a promoção da igualdade e da equidade nas relações de gênero, a defesa dos direitos das mulheres e as responsabilidades masculinas. Já em 1995, ocorreu a IV Conferência

Mundial da Mulher, onde o conceito acima foi reafirmado e foi introduzido o tema de direito sexual (VENTURA, 2006).

Além das diversas políticas que foram implementadas ao longo dos anos buscando a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, a OMS também estabeleceu como primordiais pesquisas em saúde com os temas sexualidade e saúde reprodutiva, contracepção e concepção, incluindo a gravidez, o parto e o puerpério, considerando como fatores importantes o contexto sociocultural, condições socioeconômicas entre outros (OSIS, 1998).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com objetivo de melhorar a saúde da mulher, tendo como principal política, a assistência às mulheres através da disponibilização de contracepção atendendo toda a população feminina em idade fértil (OSIS, 1998).

Buscando ainda avançar em relação a aspectos de saúde sexual e reprodutiva, foi aprovada em 1996, a Lei 9.263 a qual regulamenta o Planejamento Familiar, como um conjunto de ações para regular a fecundidade através de atividades de prevenção e educação em saúde, que garantam o acesso às informações de métodos e técnicas disponíveis, para limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, dentro de uma visão de atenção integral à saúde, sendo proibido qualquer tipo de ação para controle demográfico (SANCHES, 2013).

Em relação ao planejamento familiar e reprodutivo das mulheres brasileiras, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, publicou um perfil da população feminina em idade fértil e verificou-se que nos últimos 10 anos as mulheres iniciaram sua vida sexual mais jovem. A prática da anticoncepção apresentou crescimento, alcançando em 2006, um total de 80,6% no grupo de mulheres em idade fértil (BRASIL, 2008a).

Este mesmo estudo demonstrou que 66% das jovens, de 15 a 19 anos e sexualmente ativas, já haviam utilizado algum método contraceptivo, sendo os mais frequentes o preservativo (33%), a pílula (27%) e os injetáveis (5%). A pesquisa também verificou que a grande maioria das mulheres já utilizou algum método anticoncepcional, sendo um percentual de quase 100%. O percentual das mulheres que tiveram contato com a pílula do dia seguinte chegou a 23,2% (BRASIL, 2008a).

No entanto, apesar da maioria das mulheres já terem utilizado método anticoncepcional, a PNDS de 2006 também indicou que o número de mulheres que não



desejam filhos aumenta com a idade, variando de 9,4% em mulheres entre 15 e 19 anos para 20,3% em mulheres entre 30 e 49 anos (BRASIL, 2009b). Além disso, a literatura indica um alto percentual de nascimentos não planejados, em torno de 46%, sendo que destes 28% eram desejados para mais tarde e 18% não eram desejados (SANCHES, 2013).

Um estudo realizado com 48 gestantes indicou que 80% das jovens tiveram a primeira relação entre os 14 e 15 anos, com relato de terem sido pressionadas pelos namorados para a ocorrência da primeira relação, embora tenham consentido. Todas estas gestantes engravidaram na primeira experiência sexual, embora tenham citado o conhecimento sobre o preservativo masculino e pílula anticoncepcional (SIMÕES, 2010).

Dados contraditórios entre o crescimento da contracepção e o alto número de gestação e nascimentos não planejados indicam que a política de atenção à saúde sexual e reprodutiva pode não estar atendendo a necessidade da população. Para Simões (2010), há o conhecimento sobre métodos contraceptivos e a clara desinformação sobre o funcionamento do próprio corpo, o que indica uma necessária orientação sobre corpo, sexualidade e reprodução para os jovens já no início do desenvolvimento sexual das características sexuais (SIMÕES, 2010). Há, de fato, uma discrepância entre o conhecimento que é relatado e a prática de uso, nesse sentido, alguns estudos de cunho antropológico indicam inclusive a dificuldade de negociação com o parceiro, no caso do uso do preservativo.

Segundo Sanches (2013), o conceito de gestação não planejada é essencial tanto no que tange políticas públicas de saúde quanto nas ações locais de saúde, afim do estabelecimento de estratégias de promoção da capacidade da mulher e/ou do casal a optar por ter ou não e em qual momento da vida ter filhos (SANCHES, 2013).

Dados do Caderno de Atenção Básica (2013) identificam que as ações voltadas para saúde sexual e reprodutiva, têm sido direcionadas, em sua maioria, na mulher, com poucas iniciativas que tragam o homem para seu envolvimento nestas questões. E mesmo nas ações direcionadas às mulheres são predominantes aquelas voltadas aos momentos gestacional e puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2013). É necessária uma ampliação na abordagem também para os homens, promovendo o seu efetivo envolvimento nas ações, considerando sua corresponsabilidade nas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013). Além disso, considera-se relevante a expansão da visão sobre a gestão da vida reprodutiva para as mulheres (TEIXEIRA, 2012), incluindo o uso da CE.

É importante ressaltar que tais ações de abordagem referente à saúde sexual e reprodutiva devem incluir a discussão sobre os métodos contraceptivos tanto masculinos quanto femininos, conforme a política de planejamento familiar, política esta que é reconhecida como necessidade do indivíduo, porém é contraditória entre o que é normatizado pelo estado, o que é praticado pela sociedade e que é ofertado pelos serviços de saúde (COSTA et al., 2013).

A PNDS também apresenta em seu estudo um comparativo nas práticas anticoncepcionais nas mulheres brasileiras entre 1996 e 2006, segundo estratos sociais e investigando os diferentes métodos de contracepção, classificou ainda como “boa prática” aquela que permite à mulher planejar e administrar sua prole desde o início de sua vida reprodutiva de tal forma que não comprometa sua saúde e garantam sua preferência reprodutiva (BRASIL, 2009a).

Ainda no mesmo estudo foi possível perceber que as mulheres de classe econômica mais baixa foram responsáveis por praticamente todo o incremento no uso de métodos contracepcionais ocorridos entre 1996 e 2006, tal fato demonstra que reduziram as diferenças entre as classes sociais nesse período em relação ao acesso aos métodos, assim como o empoderamento da mulher teve um grande salto. Contudo, ainda há o que se melhorar nesta realidade, tendo em vista que as mulheres mais pobres que não utilizaram anticoncepcionais, em 2006, ainda eram quase o dobro das mulheres com maior poder aquisitivo (BRASIL, 2009a). Em relação ao acesso, também é relevante destacar que no Brasil, frente à epidemia da Aids, há a disponibilização gratuita de preservativos masculinos em serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Em 2016, foi publicado um estudo baseado na Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), realizada de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, sobre a utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. Este estudo foi realizado com mulheres não grávidas de 15 a 49 anos, sexualmente ativas ou não, e demonstrou que a prevalência do uso do contraceptivo oral (CO) foi de 28,2% e de contraceptivo injetável (CI) foi de 4,5% (FARIAS et al., 2016).

Comparado ao estudo da PNDS de 2006, o uso atual do CO em mulheres que vivem sem companheiro é semelhante, sendo 21,6% atual e 22,1% em 2006. Já para as mulheres que vivem com companheiro a prevalência aumentou de 24,7% em 2006 para 29,3% em 2014. Os dados evidenciaram maior gestão da vida reprodutiva, sobre a decisão em ter filhos ou não e em qual momento da vida. Além disso, há o apoio e

orientações dos serviços de saúde, pois a grande maioria das mulheres entrevistadas refere ter orientação para a utilização da CO (FARIAS et al., 2016), o que aponta o cumprimento de ações de planejamento familiar pelos serviços.

Os dados citados comparados aos de outros países, demonstram que a utilização de CO em mulheres brasileiras é superior à América Latina e Caribe (24,0%) e semelhante à América do Sul (29,0%), países europeus (30,0%) e aos EUA (28,0%). Contudo, ainda é considerado um valor muito baixo tendo em vista que menos de 50% da população em idade fértil utiliza método contraceptivo, e torna-se mais grave ao analisar a exposição de mulheres jovens à vida sexual (SANCHES, 2013), e até mesmo à infecção pelo HIV e outras ISTs.

O reduzido número de mulheres utilizando métodos contraceptivos pode ser influenciado pela falta de acesso a alguns métodos gratuitamente. O estudo realizado por Farias (2016) identifica que os principais locais de obtenção de pílulas contraceptivas eram em farmácias comerciais, depois foram citados os acessos de forma gratuita como principal fonte o Sistema Único de Saúde (SUS) e 10,4% das usuárias relataram o uso de amostra grátis.

O SUS através de sua proposta democrática de saúde, na qual oferece atenção integral, universal e equânime, propõe através da política de planejamento familiar que o próprio sistema ofereça métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitas, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de escolha, num contexto de respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos (BRASIL, 2013). Na implementação do SUS, desde a década de 90, as políticas de saúde incluíam questões de saúde reprodutiva (LANGER; ESPINOZA, 2002). Seguindo os preceitos das conferências internacionais da ONU, em que o país foi signatário, e da própria constituição, o SUS incluiu a garantia e o fornecimento de métodos contraceptivos à toda população (BRASIL, 2004).

Contudo, ainda há um afastamento entre os serviços de saúde e as necessidades especialmente dos jovens, tal afastamento pode ser motivado pela própria nomenclatura de tais serviços. Um exemplo é na oferta de métodos contraceptivos na rede pública que fica situado no campo do planejamento familiar. A definição atrelada à ideia ou não de família já se torna uma barreira a pessoas que não possuem esta expectativa, mas que detenham demandas sobre o planejamento de sua vida reprodutiva. Nesse sentido é importante que os serviços de saúde sejam atrativos e reconhecidos pela juventude, tanto por meninas quanto por meninos (BRASIL, 2007a). Isso demonstra que, embora o acesso

a contraceptivos tenha aumentado, ainda não cobre toda ou pelo menos grande parte da população feminina em idade fértil, principalmente as jovens. Este fato é um indicador que pode explicar a grande ocorrência de gestações não planejadas no Brasil.

Um estudo realizado nas unidades de família de um determinado distrito sanitário em Salvador, com 191 mulheres grávidas, com idade média de 24 anos, foi relatado que 66,5% delas estavam em uma gestação não planejada (COELHO et al., 2012). Além disso, o estudo ainda evidenciou uma associação entre a idade e a gestação não planejada, demonstrando que as adolescentes são mais expostas a gravidez não planejada. As jovens com menor escolaridade e menor renda são aquelas que apresentam a gestação não planejada com maior frequência, tal fato pode ser remetido às dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos e falta de informações sobre sexualidade e reprodução (COELHO et al., 2012).

A ocorrência de uma gestação não planejada se apresenta como um grave problema para a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes e jovens brasileiras, levando muitas delas à prática de abortos. Essa prática não é incomum na trajetória de mulheres vivendo com HIV/Aids (PILECCO, 2014). Este fato pode ser evidenciado com os altos números de atendimentos decorrentes de aborto no SUS, assim como os altos números de óbitos maternos juvenis (BRASIL, 2007a). O SUS que registra tais números assustadores é o mesmo que não dá conta de políticas sexuais e reprodutivas que poderiam evitá-los.

No Brasil o aborto é responsável pela principal causa isolada de mortalidade materna em várias regiões do país. Essas mortes atingem principalmente mulheres jovens, pobres e com maior dificuldade de acesso a serviços de saúde devido a questões sociais e econômicas (BRASIL, 2011).

Embora seja estimado um declínio no número de abortos entre 1995 e 2013, de 1,08 milhão para 865 mil casos anuais, os números ainda são bastante preocupantes, a taxa atual de aborto em mulheres brasileiras ainda é muito superior àquela observada nos países da Europa Ocidental, onde o procedimento do aborto é legal, seguro e acessível (BRASIL, 2008b). Os estados do Norte e Nordeste do Brasil apresentam as maiores taxas de aborto e os menores índices de redução, demonstrando que regiões socialmente mais vulneráveis mantem o aborto como principal causa de morte materna (ADESSE; MONTEIRO, 2007).

A morbidade em decorrência de casos de aborto induzido reflete nas 240 mil internações anuais no SUS para tratamento de suas complicações (ADESSE;

MONTEIRO, 2007). Além do custo financeiro o aborto também apresenta custos na vida da mulher, custo pessoal/emocional e risco físico (ainda que pequeno com o aborto legal). Além disso, as gestações continuadas mesmo que não planejadas, têm menos oportunidades de se beneficiar de cuidados pré-natais (SANCHES, 2013).

Nos países em desenvolvimento, as estimativas indicam que 36% das gestações anuais não foram planejadas e 20% delas terminam em aborto. É contundente a relação entre aborto inseguro e mortalidade materna. No Brasil, por exemplo, o aborto está entre as quatro causas de morte materna evitável, fato que ocorre justamente por uma gestação não planejada (BRASIL, 2004).

Na América Latina e no Caribe, morrem cerca de 30 mulheres a cada 100 mil interrupções da gestação. Na Ásia, são 160 mortes a cada 100 mil abortos. Ainda há um impacto maior nos países africanos, onde a taxa de mortalidade o aborto inseguro é de 460 por 100 mil procedimentos. Nos países subsaarianos a letalidade é ainda maior, atingindo 520 óbitos por 100 mil abortos clandestinos. Tais números contrastam com países desenvolvidos onde o aborto induzido é realizado de forma legal, e segura, e a taxa de letalidade é de 0,7 cada a cada 100 mil interrupções da gravidez (WHO, 2008).

Além do alto número de abortamentos a gravidez não planejada também aumenta o risco de morbidade e mortalidade ligadas ao aborto. Na América do Sul tal fato é evidenciado com proporções preocupantes, em que o número de abortos clandestinos está próximo dos quatro milhões por ano, e a taxa de aborto induzido é mais que 30/100 gestações, sendo quase todos realizados ilegalmente, trazendo sérios riscos para a vida da mulher (LANGER; ESPINOZA, 2002).

No âmbito mundial os números também são altos, a cada ano são 80 milhões de mulheres que vivem a situação de uma gravidez não planejada e este número vem crescendo nas últimas décadas (SANCHES, 2013). Este fenômeno é vinculado ao risco adicional de aborto, além de aumentar o risco de morbidade e mortalidade ligadas ao aborto (LANGER; ESPINOZA, 2002).

Em países desenvolvidos o índice de gravidez não planejada também é elevado. Nos Estados Unidos, por exemplo, estudos demonstram que 56% das gestações, no período de um ano, não são planejadas (KAUFMANN; MORRIS; SPITZ, 1997). Além disso, também aumentou a proporção de nascimentos de gravidez não planejada entre 1995 e 2002, em mulheres abaixo de 25 anos este crescimento foi de 10,4% em 1995 para 18,6% em 2002, e o número de nascimentos não desejados por 1.000 mulheres com idades entre 15 e 24 anos aumentou de 25 para 48 (SANCHES, 2013). Na Turquia

também foram encontrados indicadores sobre gestações não planejadas, em 2003, os dados da Pesquisa de Saúde da População, apresentou que 34% das gravidezes do período de um ano são não planejadas. No período de 1 ano estima-se cerca de 1.286.796 nascimentos, destes, além dos 34% que resultam de gestações não planejadas, 14% são de uma gestação importuna e 10% resultam de uma gestação indesejada (SANCHES, 2013). No mundo, a OMS estima que de todas as gestações não planejadas por ano, 46 milhões terminam em abortos induzidos e 22 milhões são praticados em condições precárias e inseguras (WHO, 2003).

Entre as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio está à redução da razão de mortalidade materna, esta meta não foi alcançada pelo Brasil, pois índices divulgados pela OMS indicam que ainda ocorrem 68,2 óbitos de mulheres por 100 mil nascidos vivos, quase o dobro da meta estabelecida para o país de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos (WHO, 2016). Todos os dados expostos podem estar entrelaçados com a grande desigualdade social e econômica como fator relevante no óbito materno: mulheres jovens, negras e pobres, àquelas em situação de maior vulnerabilidade, ainda são as que mais morrem no Brasil, principalmente as que vivem em regiões menos favorecidas (DREZETT, 2013).

### 3.2 As gestações no Brasil

Desde a década de 80 o MS vem buscando proposições para refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher, preconizando ações de saúde dirigidas para o atendimento global, com destaque para os cuidados durante a gestação considerando a atenção materno-infantil como área prioritária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Tais ações têm reproduzido indicadores de assistência materno-infantil cada vez melhores no país e isso decorre, sobretudo, da ampliação dos serviços básicos de saúde, da melhor assistência à gestação, ao parto e ao puerpério. A oferta e a realização do pré-natal adequado reduzem a morbimortalidade materno-infantil e isso se apresenta por parte da criança, em melhor crescimento intrauterino, maior peso ao nascer, menor ocorrência de prematuridade, de mortalidade neonatal e por parte da mãe, em menor índice de intercorrências no período gestacional e de complicações no momento do parto. Trata-se, portanto, de um conjunto de ações que buscam melhorar a qualidade de vida e o bem-estar materno-infantil (GOMES; CÉSAR, 2013).

Ainda que o sistema de saúde busque a constante melhora no serviço de atenção à saúde da mulher, deve-se considerar que os indicadores relacionados a esse público, em especial, são considerados muito sensíveis às desigualdades sociais, refletindo condições diferenciadas de vida e de acesso a recursos sociais (saúde, educação, renda, trabalho, segurança) entre diversos grupos da população, e as formas como classe social, gênero e raça/etnia se entrelaçam e operam como determinantes sociais da saúde (XAVIER et al., 2013).

Para buscar melhorias nos serviços oferecidos são necessários estudos que apresentem resultados relacionados à saúde reprodutiva que reflitam a realidade do país. Em relação à gestação, a literatura aponta que uma grande porção das gestações ocorre na faixa etária entre 12-20 anos, período da adolescência e jovens adultas. Segundo Pinto et al. (2005) a gestação neste momento da vida não é só um problema clínico que torna mais difícil o acompanhamento das gestantes pelo sistema de saúde, é um problema social, porque interfere na vida da mulher, alterando suas perspectivas e de sua família. Outro estudo identifica ainda que há predomínio de adolescentes e adultas jovens, de baixa escolaridade e renda familiar, vivendo em razoáveis condições de habitação e saneamento, que iniciaram vida sexual e gestaram precocemente (GOMES; CÉSAR, 2013).

O grande crescimento das gestações nessa faixa etária mostra a importância da ampliação de programas educacionais para adolescentes em todo País, tal situação é um reflexo da desinformação desses jovens que se expõem não só a uma gestação não planejada como a ISTs, e esse quadro se torna ainda mais grave se for observado que a grande maioria de tais ocorrências acontece entre a população mais pobre e vulnerável (PINTO et al., 2005).

Na década de 1990 começou a ser destacado, entre diversos serviços e instituições o termo “vulnerabilidade”. Segundo Santos (2016) o conceito de vulnerabilidade permitiu uma visão mais ampla sobre questões relacionadas à desigualdade social, diversidade sexual, raça/etnia, preconceito e discriminação, destacando que tais condições podem potencializar a disseminação da infecção pelo HIV e consequente epidemia da Aids, além das gestações não planejadas. Segundo Santos, este conceito pode ser subdividido em três grupos:

Há a vulnerabilidade individual, social e programática. Os fatores ligados à vulnerabilidade individual consideram questões como idade, sexo, atividade e práticas sexuais, raça/cor, escolaridade, renda, acesso a serviços de saúde e outros bens sociais. Ou seja, consideram os contextos epidemiológicos e sociodemográficos que determinam um maior ou menor grau de exposição ao HIV/Aids dos indivíduos.

À vulnerabilidade social, tange as questões ligadas ao exercício de cidadania e dos direitos. Aqui se incluem os direitos sexuais e reprodutivos e a diversidade sexual, as questões de gênero e gerações, o pertencimento étnico e racial e seus significados dentro da sociedade. E por fim a vulnerabilidade programática é definida pelo investimento em ações e programas de saúde voltados à prevenção da infecção pelo HIV e à assistência prestada a pessoas vivendo com HIV/Aids, assim como pela possibilidade de acesso dada aos diferentes segmentos da população às ações e equipamentos sociais e de saúde (AYRES et al., 1999).

Dentro de um determinado contexto, a relação entre os indivíduos e os equipamentos sociais nela dispostos, define o grau de vulnerabilidade de cada um. Autores defendem que a partir dos estudos sobre contextos da infecção pelo HIV é possível conhecer e compreender a condição dos indivíduos e/ou dos grupos populacionais em termos de vulnerabilidade, e assim, buscar estratégias de intervenção e trazer à luz da discussão de políticas públicas questões que possam olhar determinados grupos, como as mulheres vivendo com HIV/Aids na perspectiva da integralidade.

Entre os fatores para gestação não planejada em meio as jovens adolescentes e mulheres com HIV/Aids estão a falta de informação sobre métodos contraceptivos e também a ausência do planejamento familiar, o qual complementa o conjunto de ações da saúde materno-infantil e produz a oportunidade de acesso às informações e aos meios de



regulação da fertilidade por parte da população, além do alerta médico do risco gravídico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

O Programa de Planejamento Familiar foi desenvolvido pelo SUS e visa informar as pessoas por meio de um conjunto de ações e atitudes clínicas e práticas em saúde, bem como orientar quanto a anticoncepção, fornecendo total liberdade de escolha sem distinção para que seus usuários possam, com informação e conhecimento, escolher, de forma segura e eficaz, o momento que consideram mais pertinente para a concepção (COSTA et al., 2013).

O planejamento familiar faz parte de uma gama de programas que buscam amparar a população feminina. Entre eles está contemplada a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) a qual enfatiza além da assistência integral, ações que reproduzem a promoção da saúde visando garantir os direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual, além de abordar questões de desigualdades sociais como determinantes em processos patológicos. É importante salientar que essa política quebra os paradigmas até então difundidos onde a mulher era compreendida, apenas como mãe e reprodutora pelos Programas de Assistência Materno-Infantil (BRASIL, 2013).

A gestação não planejada, embora se faça mais frequente na população mais pobre, é presente em todos os estratos socioeconômicos da população brasileira. O percentual de gestações não planejadas entre as mulheres é muito variável. Entre mulheres que apresentam gestações não planejadas, aproximadamente 50% realizam aborto provocado. Segundo Figueiredo, no ano 2000 foram registrados 67 óbitos decorrentes das 247.884 internações por aborto em hospitais pagos pelo SUS. Tais procedimentos podem estar relacionados a 5% das mortes maternas, que apresentam coeficientes muito elevados no país, de 34,79 mulheres por 100.000 nativos (FIGUEIREDO; BASTOS, 2008).

Para além da desinformação, da ausência de planejamento familiar e da falta de orientação quanto a aspectos sexuais e reprodutivos de jovens mulheres, um importante fator que aumenta os números de gestações não planejadas, está na dificuldade de acesso à CE (FIGUEIREDO; BASTOS, 2008).

Frente ao contexto apresentando de ocorrência de gestações não planejadas e aborto inseguro, a CE é uma alternativa ética e segura para evitar a gravidez não planejada, que pode evitar a ocorrência de aborto provocado, e, portanto, pode contribuir também para diminuição das mortes decorrentes de procedimento de aborto.

### 3.3 A contracepção de emergência

A CE começou a ser estudada na década de 70 por Albert Yuzpe e logo em seguida foi disponibilizada no mercado da Hungria, em 1980 na China e em 1984 na Suécia. Contudo no Brasil permaneceu difundido apenas entre alguns grupos do movimento de mulheres e profissionais de ginecologia, a primeira oficina sobre o uso de pílulas como a CE, ocorreu em Brasília em 1996, promovida pelo escritório do Population Council no Brasil e pela Coordenação de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde, com o propósito de definir diretrizes para a introdução da CE na atenção à saúde reprodutiva no Brasil; e foi a partir dessa oficina que o MS incorporou a CE às normas nacionais, incluindo esse método no Manual de Assistência ao Planejamento Familiar em 1996 – recomendando a utilização do regime Yuzpe.

Em 1996 foi criado o International Consortium on Emergency Contraception (ICEC), por meio do esforço de várias instituições que incentivaram projetos em prol dos direitos sexuais e reprodutivos, ressaltando a significância do método. Essa articulação de instituições definiu como objetivo a difusão da CE no mundo, visando minimizar a ocorrência de gravidez não planejada e o aborto induzido, principais situações causadoras de morbimortalidade materna em diversos países. O ICEC é formado por 25 organizações não governamentais para expandir o acesso e promover o uso seguro da CE, tendo foco nos países em desenvolvimento (BASTOS; VENTURA; BRANDÃO, 2014).

Os esforços do ICEC e da OMS, na década de 1990, conseguiram expor para a indústria farmacêutica a necessidade da ampliação de acesso ao método. Entre as instituições participantes do ICEC, destaca-se o Pacific Institute for Women's Health (PIWH), que propôs em 2000, a formação de um consórcio específico para atuar em prol da concepção de emergência da região latino americana, o Consórcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE). No Brasil, desde 1998, membros do Núcleo de Estudos para a Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS/USP), que pesquisavam estratégias de dupla proteção para maior adesão ao uso de preservativos e à prevenção de IST e do HIV/Aids, foram convidados a compor o grupo fundador do CLAE (BASTOS; VENTURA; BRANDÃO, 2014).

Atualmente, há duas formas de oferecer a CE. A primeira forma é através do método Yuzpe, que consiste na administração de pílulas anticoncepcionais combinados, compostas de um estrogênio e um progestágeno, ambos sintéticos, administradas até cinco dias após a relação sexual desprotegida. A segunda forma é com o uso de

progestágeno isolado, o levonorgestrel na dose total de 1,5mg, que pode ser utilizado da mesma forma: até cinco dias após a relação sexual desprotegida (BRASIL, 2006).

A CE com base em pílulas orais de levonorgestrel está regulada nas ações de Planejamento Familiar pelo MS, desde 1996 (DREZETT, 2002) e para uso em serviços de atendimento às vítimas de violência, desde 1998 (BRASIL, 2003); mesmo ano em que foi autorizado o comércio de doses de 1,50 mg de levonorgestrel pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (PAIVA; BRANDÃO, 2012). Apesar disso, ainda há forte pressão conservadora quanto a sua disponibilização e utilização, junto à oposição contra as conquistas dos direitos sexuais e reprodutivos; grupos que tentam frequentemente infuir para impedir e, até retroagir, políticas já instituídas têm como alvo constante a CE, que sofre tentativas de restrição, debates morais e disseminação de informações equivocadas que geram preconceito, desinformação e, conseqüentemente, subutilização (TOLEDO et al., 2005). A CE é aprovada por muitos organismos internacionais, como pela 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). Em nosso país, a CE é aprovada pelos órgãos de vigilância sanitária e também faz parte das recomendações da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) (TOLEDO et al., 2005).

No Brasil, foi em 1999, depois de muita polêmica no Congresso Nacional, que o MS fez com que entrasse em vigor a norma de utilização da CE para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (HARDY et al, 2001). Em setembro do mesmo ano a ampla população teve acesso ao método quando foi introduzido no mercado brasileiro em forma de dosagem única, podendo ser adquirido facilmente nas farmácias (FIGUEIREDO, 2004). No SUS foi introduzido, em 2004, a PNAISM, a qual englobou entre suas ações a implantação da utilização da CE que visa prevenir gravidez inoportuna ou não planejada, após relação sexual que por alguma razão, foi desprotegida, falha presumida de contraceptivos, uso inadequado de contraceptivos ou na violência sexual. No Brasil a CE também é chamada de pílula do dia seguinte (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2010; CERQUEIRA; CARVALHO; LEMOS, 2014).

Apesar da introdução da CE no SUS há mais de uma década, recente estudo (BRANDÃO et al., 2017) divulgou dados de uma investigação sócioantropológica

conduzida entre 2012 e 2014, com farmacêuticos e balconistas. A questão da pesquisa foi a necessidade de conhecer as circunstâncias sociais que condicionaram o acesso das mulheres à CE nas farmácias privadas. O estudo discute as dificuldades para o acesso à CE em serviços públicos, relacionados ao juízo de valor dos profissionais de saúde frente à necessidade da CE.

Nos EUA, em que não há disponibilidade gratuita da CE, a FDA retirou a restrição de idade para a compra em farmácias no ano de 2013, e desde então, há estudos sendo conduzidos para avaliar o impacto desta liberação (ACHA, 2013). Essas mudanças regulatórias foram projetadas para melhorar o acesso à CE. Em 2017, um estudo realizado com 979 farmácias de cinco cidades dos EUA apontou que a CE estava disponível em 83%, no entanto, somente 5,2% destes estavam abertos nas 24 horas do dia (WILKINSON et al., 2017).

No México a CE foi implementada em 2004. Um estudo recente que utilizou dados da Pesquisa Demográfica Nacional do país de 2006, 2009 e 2014 avaliou o conhecimento e o uso de CE em mulheres de 15 a 29 anos. Em geral, o conhecimento aumentou ao longo do tempo: 62% em 2006, 79% em 2009 e 83% em 2014 ( $p < 0,001$ ). O uso de CE foi de 3% em 2006, 11% em 2009 e 29% em 2014, evidenciando-se aumento ao longo do tempo ( $p < 0,001$ ) (HAN et al., 2017).

A CE deve ser utilizada em excepcional. O método está indicado após uma relação sexual desprotegida, falha presumida de contraceptivos, uso inadequado de contraceptivos ou na violência sexual (FORMIGA FILHO, 1997). A CE não deve ser usada de forma planejada, previamente programada, ou substituir método anticonceptivo como rotina (BRASIL, 2006). Apesar desta indicação, há preocupação internacional com o uso indiscriminado do método (WILKINSON et al., 2017). No Brasil, não há estudos precisos sobre o tema, no entanto, uma recente pesquisa com 383 farmacêuticos nas cinco regiões do país, divulgou que aproximadamente 66% das vendas em farmácias privadas são para mulheres que utilizam a CE de forma regular (BRANDÃO et al., 2017).

Hoje, apesar da disponibilidade de métodos contraceptivos, a incidência da gravidez não planejada ainda é muito elevada em todo o mundo, particularmente em países em desenvolvimento. De fato, na América Latina e Caribe, estudos revelam que as mulheres têm mais filhos do que desejariam ter (LANGER; ESPINOZA, 2002); o que se deve ao fato de que milhões de pessoas não têm suas necessidades de planejamento familiar e reprodutivo satisfeitas, por falta de acesso a métodos contraceptivos ou por

informações insuficientes. No Brasil, esse problema alcança quase 8 milhões de pessoas (BRASIL, 2006).

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 sobre a gestação. Há quinze anos, estimava-se que nos Estados Unidos havia 32 mil gestações por ano decorrente da violência sexual (DREZETT, 2002; FAÚNDES; BRACHE; ALVAREZ, 2003). Aproximadamente 25% dessas gestações finalizadas com o abortamento, muitas vezes inseguro, levando quase 67 mil mulheres anualmente a morte (WHO, 2003). Neste sentido, a CE apresenta grande potencial de prevenir essas gestações, reduzindo a necessidade de recorrer ao abortamento inseguro.

Um estudo realizado com 823 mulheres, atendidas em serviços de saúde reprodutiva da rede privada em localidades urbanas, das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, cuja grande parte da amostra era mulheres jovens, solteiras e com nível médio de escolaridade, encontrou um expressivo percentual de mulheres com relato de pelo menos um abortamento antes de ingressar no estudo (52%), indicando alta vulnerabilidade para gravidez não planejada e ressaltando os riscos para o abortamento inseguro independente da questão social (COSTA et al., 2008).

Outro estudo também realizado com jovens universitárias em SP demonstrou um grande número de usuárias da CE, alertando que a proporção de jovens que utilizou a CE mais de uma vez foi relativamente alta, considerando seu caráter de uso emergencial, como seu próprio nome já diz (BASTOS et al., 2008). Em estudo realizado com 1.365 mulheres francesas que procuravam o serviço para realização de aborto, aproximadamente um terço das entrevistadas (36,4%) já haviam usado a CE e, destas, 14,2% por mais de uma vez (ROWLANDS et al., 2000).

Apesar de o método ser estudado do ponto de vista fisiológico, há estudos que vêm apontando o perfil de usuárias da CE. No entanto, o uso por grupos específicos e questões referentes ao acesso são pouco estudadas. Tendo em vista o benefício do uso, frente ao contexto apresentado, as questões que dificultam o uso do método precisam ser mais discutidas, de forma que as políticas ou ações de saúde possam dirimi-las. Entre os principais fatores que dificultam o uso de CE destaca-se o prazo para início do método, a dificuldade de acesso, a baixa disponibilidade, as poucas possibilidades de escolha, o desconhecimento do método e a crença de efeito abortivo (BRASIL, 2003; VAN LOOK, 1998). É preciso ressaltar que a CE é um direito da mulher, e que a interpretação de que a CE é um método abortivo é falsa, pois as evidências científicas apontam justamente o

contrário (DREZETT, 2002). O mecanismo de ação baseia-se na inibição ou postergação da ovulação, na disfunção do corpo lúteo, e na alteração da função e da capacitação dos espermatozoides. Não há qualquer evidência científica de que a CE possa atuar sobre o processo de implantação e resultar em abortamento (TRUSSELL, RAYMOND, 1999), já que a CE não atua após a fecundação e não impede a implantação, caso a fecundação ocorra (BRASIL, 2006).

### **3.4 Direito e acesso ao método**

Mundialmente existe preocupação em relação aos direitos das mulheres, principalmente naqueles relacionados à saúde sexual e reprodutiva, marcados em grandes conferências ou discussões internacionais. Esse movimento teve seu início na primeira Conferência Internacional de Direitos Humanos (Teerã – 1968), o qual reconheceu a importância dos direitos humanos das mulheres. De acordo com Bastos, Ventura e Brandão (2014), em 1995 ocorreu um grande marco na história da CE, na IV Conferência Mundial sobre as mulheres, neste momento foi reconhecido que todos os indivíduos e casais possuem o direito de definir sobre o número de filhos que desejam ter, além do direito às informações e educação para tal planejamento. Além das conferências também foi criado o ICEC.

O Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência é um consórcio formado por 25 organizações não governamentais para expandir o acesso e promover o uso seguro da Contracepção de Emergência, tendo foco nos países em desenvolvimento (BASTOS; VENTURA; BRANDÃO, 2014).

A CE é o único método que permite a mulher evitar a gravidez após um ato sexual desprotegido, por isso seu acesso deve ser facilitado, tendo em vista o grande número de gestações não planejadas e as consequências que podem causar, incluindo a possibilidade de aborto clandestino. Também existe o argumento de que negar ou restringir o acesso à CE é uma violação aos princípios dos direitos humanos. (BASTOS; VENTURA; BRANDÃO, 2014).

Estudos alertam a pouca abordagem do tema nos serviços de saúde e a pouca oferta do método na rede pública de saúde, o que leva a procura por automedicação em farmácias e aumenta os riscos de uso do método de forma incorreta, abusiva, repetitiva e sem orientações. Além disso, afasta a população feminina de uma atenção complementar para promoção da saúde sexual e reprodutiva, que em última análise exclui de um direito já previsto por políticas e normas vigentes (FIGUEIREDO; BASTOS, 2008). Dessa forma,

apesar de ser um direito, pouco se sabe sobre seu uso no Brasil. Uma das questões que se coloca sobre este uso, é que muitas gestações não planejadas poderiam ser evitadas se este fosse um método amplamente difundido.

### **3.5 Vantagens e desvantagens da CE**

O uso da CE é viável quando se faz necessário evitar uma gravidez não planejada. Este método pode ser utilizado em qualquer etapa da vida reprodutiva e fase do ciclo menstrual, pelo fato de não ser abortivo (BRAZ; FARIA; NABAS, 2014). Além destas vantagens, o método também pode ser adquirido nas farmácias e em alguns serviços de saúde, quando disponível.

O método de CE não provoca efeitos colaterais graves nas usuárias, tampouco efeitos teratogênicos, ou seja, não causa danos ao feto caso falhe. Ressalta-se ainda que ela não provoca efeito abortivo, ou seja, não interrompe a gravidez estabelecida. Dessa forma, se apresenta como segura inclusive para mulheres que não podem tomar estrogênio. Outra vantagem da pílula de CE é que ela não interage com medicamentos antirretrovirais, fator que é vital em casos de mulheres vivendo com HIV/Aids (FIGUEIREDO; BASTOS, 2008).

Contudo o seu uso não pode ser frequente. Neste sentido, entre as desvantagens estão a alta dosagem hormonal – que pode ocasionar alguns efeitos colaterais menores, e a não proteção contra ISTs (HICKEY; SHEDLIN, 2017). Dessa forma, se faz necessárias campanhas preventivas para que a prevenção ocorra de forma adequada e o uso seja direcionado aos casos emergenciais (FIGUEIREDO; BASTOS, 2008).

### **3.6 As mulheres vivendo com HIV/Aids**

A vulnerabilidade de um determinado grupo é definida através de uma análise das características de proporção macro, ou seja, que incluem questões políticas, econômicas e socioculturais (AYRES et al., 1999). Essa análise é que vai diluir ou potencializar o risco individual das pessoas adquirirem determinadas doenças, em especial a Aids. A vulnerabilidade social está presente neste grupo de mulheres com destaque para aquelas de baixa renda, como fruto da precariedade da situação socioeconômica, dos padrões de relacionamento estabelecidos socialmente e de forma desigual entre homens e mulheres,

bem como das dificuldades de acesso à informação e cuidado com a saúde (TEIXEIRA, 2012).

Essa vulnerabilidade potencial observada entre a população feminina – que é chamada de vulnerabilidade individual (relativa ao sujeito) e social (considerando as questões socioculturais), tem motivado estratégias para o enfrentamento da Aids entre esta população. Como exemplo, têm-se os protocolos de prevenção da transmissão vertical (mãe-bebê). Para a prevenção da mulher em si, observa-se a inclusão do exame anti-HIV no pré-natal e a distribuição e incentivo ao uso de preservativos (BRASIL, 2003), além do protocolo de adesão ao tratamento, para mulheres infectadas. Todas essas estratégias também visam dirimir a vulnerabilidade programática, ou seja, àquela relacionada aos serviços de saúde (seja pela falta de acesso ou ineficiência em alguma medida), na medida em que os mesmos deveriam auxiliar no enfrentamento da doença. Isto é relevante, especialmente em termos de saúde sexual e reprodutiva, tendo em vista que a maioria das mulheres vivendo com HIV/Aids estão em idade reprodutiva.

Alguns estudos avaliam métodos de contracepção e saúde reprodutiva em mulheres com HIV a fim de analisar suas realidades. Um estudo americano demonstrou que os planos de saúde reprodutiva de mulheres HIV positivas são semelhantes aos de mulheres HIV negativas (STANWOOD et al., 2007). Um inquérito domiciliar realizado em São Paulo observou que mulheres com HIV/Aids não costumam identificar o risco de gravidez não-planejada (FIGUEIREDO; BASTOS, 2008). Outro estudo conduzido em Minas Gerais encontrou que mulheres com diagnóstico prévio de HIV à gestação atual, tiveram maior número de gestações em relação à média daquelas com diagnóstico na gestação em estudo (ROMANELLI et al., 2006). Segundo o último boletim epidemiológico de HIV/Aids (2016), foram notificados no Brasil, no período de 2000 a junho de 2016, 99.804 casos de gestantes infectadas, sendo o RS responsável por 18,2% deste total. Além disso, os indicadores apresentados apontam que no RS é crescente a notificação anual de casos entre 2007 e 2015, também é notável que quanto menor a escolaridade maior o número de notificações. Recentemente, um estudo em Porto Alegre identificou elevado número de gestações após o diagnóstico de HIV/Aids, sendo que a maioria destas gestações não foram planejadas. O estudo está demonstrando que a presença da infecção pelo HIV pode ter impacto na vida sexual e reprodutiva, mas não exclui a ocorrência de gestações não planejadas (TEIXEIRA et al., 2017).

As gestações não planejadas podem ser consequência não somente da falta de acesso à prevenção e assistência adequada à saúde das mulheres, mas também podem



estar associadas a desigualdades de relações de gênero que se estabelecem socialmente, determinando um papel à mulher com relação às decisões masculinas de não uso de preservativos, sendo influenciada especialmente pelas precárias condições socioeconômicas (KNAUTH et al., 2002, BARBOSA, 1995; OLIVEIRA; FRANÇA-JUNIOR, 2003).

O aborto é uma das principais causas de mortalidade materna e este problema está associado principalmente à ausência de orientações e métodos seguros para evitar a gravidez não planejada, bem como a ilegalidade que submete muitas mulheres a práticas inseguras. As dificuldades de investigação acerca da prática de aborto, em especial sobre o aborto induzido, tanto na população feminina em geral, como também com mulheres vivendo com HIV/Aids, são evidenciadas pela escassez de estudos internacionais e nacionais.

Um estudo de coorte realizado com mulheres soropositivas, acompanhadas desde 1993, em diferentes centros europeus, observou o aumento significativo de abortos induzidos após o diagnóstico de HIV, enquanto que o número de novas gestações diminuiu com a progressão da doença (VAN BENTHEM et al., 2000). A proporção maior de abortos induzidos entre mulheres soropositivas, sugerida por vários estudos, pode ser reflexo de uma proporção maior de gestações não planejadas entre essas mulheres, como têm sido observados em diferentes contextos socioculturais.

Bongain et al. (2002), em uma coorte de mulheres soropositivas acompanhadas no sul da França, apresentou redução na proporção de aborto induzido após a introdução da profilaxia antirretroviral. Um estudo conduzido em São Paulo, com mulheres soropositivas, encontrou que um terço delas referia já ter realizado pelo menos um aborto (SANTOS et al., 2002). A CE pode influenciar diretamente estes desfechos supracitados. É nesse sentido que se justifica o estudo do tema entre mulheres vivendo com HIV/Aids.

## 4 METODOLOGIA

Este estudo é oriundo de um projeto de pesquisa de maior amplitude, intitulado “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre”, que foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia”, aprovado nos Comitês de Ética das instituições envolvidas, e recebeu financiamento do CNPq para a sua execução. O estudo foi delineado como um estudo transversal, composto por dois grupos de mulheres, sendo (1) um grupo formado por usuárias da rede pública de saúde sem diagnóstico conhecido de HIV e (2) um grupo formado por mulheres soropositivas para o HIV atendidas em serviços especializados. Para fins desta pesquisa de mestrado serão utilizados os dados do grupo de mulheres vivendo com HIV/Aids. Neste grupo, foram selecionadas as mulheres que responderam quanto ao uso de CE, por ser o objeto de trabalho da dissertação. Os dados, coletados em 2011, foram disponibilizados pelo grupo de pesquisa Saúde e Gênero (SAGE), que tem como integrante a professora orientadora deste trabalho.

### 4.1 População Pesquisada e Cálculo Amostral

A amostra foi constituída por mulheres de 18 anos a 49 anos usuárias da rede pública de saúde da cidade de Porto Alegre. Foram excluídas da amostra aquelas mulheres que não apresentaram capacidade cognitiva/mental para participarem do estudo. Considerando que o estudo original buscou comparar dois grupos – mulheres com e sem HIV em relação às variáveis estudadas, considerando-se um poder de 80% e nível de significância de 5%, o cálculo inicial da amostra foi de 615 mulheres em cada grupo, totalizando 1.230 mulheres, já considerando o efeito do delineamento por amostragem complexa (*deff*) igual a 1,6.

O plano amostral utilizado corresponde a uma amostra estratificada em dois estágios, sendo o primeiro estrato formado pelas mulheres que não possuíam o diagnóstico de infecção pelo HIV e eram atendidas nos serviços de saúde de atenção primária à saúde, e o segundo estrato por mulheres vivendo com HIV que eram atendidas nos serviços de saúde da rede pública destinados ao acompanhamento de mulheres com HIV e que estavam sendo acompanhadas em ginecologia/obstetrícia e/ ou infectologia.

Dentro de cada estrato, as unidades primárias de seleção foram os serviços de saúde, e as mulheres atendidas nos serviços de saúde selecionados foram as unidades

secundárias de seleção. No estrato das mulheres vivendo com HIV/Aids todos os serviços foram incluídos no primeiro estágio e uma amostra aleatória simples de mulheres foi selecionada em cada serviço, proporcional ao número total de atendimentos. As mulheres serão as unidades amostrais do estudo.

## **4.2 Locais de Realização da Pesquisa**

Foram incluídos na pesquisa os serviços de saúde da rede pública da cidade de Porto Alegre que atendem mulheres vivendo com HIV/Aids em ao menos uma das seguintes especialidades: ginecologia/obstetrícia e infectologia. Dessa forma, o trabalho de campo deste estudo ocorreu em sete serviços: SAE (Serviço de Atendimento Especializado) Vila dos Comerciantes; SAE IAPI; Ambulatório Especializado do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Hospital Fêmea; Hospital Nossa Senhora da Conceição; Ambulatório de Dermatologia Sanitária; Hospital Sanatório Partenon.

## **4.3 Logística do Trabalho de Campo**

O número de participantes selecionadas em cada um dos serviços foi proporcional à quantidade de atendimentos realizados pelo serviço. Após as devidas aprovações nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, foi realizado um mapeamento de todos os serviços a fim de identificar o número de pacientes atendidas, rotinas e horários de atendimento, dados estes necessários para a distribuição da amostra nos serviços e organização da coleta de dados. A fim de garantir a aleatoriedade, as mulheres foram selecionadas de acordo com a lista de atendimento do dia em cada um dos serviços.

Foi realizado convite para participar do estudo no momento de comparecimento à consulta, realizando-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e coletando-se o consentimento formal para participação na pesquisa (condução da entrevista). Cada serviço participante do estudo exigiu mudanças no TCLE original (**ANEXO 1**) que correspondiam a inclusão dos dados de contato do CEP da instituição.

As entrevistas foram conduzidas em tablets, em ambiente reservado e adaptado de acordo com as características de cada serviço, com a finalidade de garantir a confidencialidade das informações. Posteriormente, todas as informações foram armazenadas em programa específico, para realização do controle de qualidade e análise

dos dados. O controle de qualidade foi realizado com 20% da amostra, de forma aleatória. Algumas questões foram checadas através de ligações telefônicas.

#### **4.4 Análise dos Dados**

Neste estudo, as diferenças entre os grupos (mulheres que utilizaram e que não utilizaram CE) foram analisadas por meio de teste de associação de Qui-quadrado de Pearson (ou teste exato de Fischer) para variáveis categóricas.

O modelo de regressão de Poisson com estimador robusto foi utilizado para investigar os fatores independentes associados ao uso da CE. As razões de prevalência (RP) para cada categoria das variáveis exploratórias foram estimadas, tendo como referência a categoria de menor risco esperado. Para inclusão na modelagem, foram consideradas aquelas variáveis cuja razão de prevalência bruta apresentar valor p menor que 0,20 (HOSMER; LEMESHOW, 2000; AMORIN; OLIVEIRA; FIACCONE, 2014).

A modelagem estimou as razões de prevalência para cada variável exploratória em um modelo de regressão que incluiu simultaneamente todas as variáveis, com ajuste simultâneo. Esse modelo foi utilizado para examinar o efeito independente de cada variável exploratória sobre o desfecho e, dessa forma, identificar os principais preditores da CE.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

O presente estudo foi planejado obedecendo às exigências das “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos”, estando em conformidade com as normativas do Conselho Nacional de Saúde, Resoluções CNS nº 466/2012 e suas complementares; portanto a eticidade da pesquisa implicou em:

- Obtenção de TCLE;
- Ponderação entre riscos e benefícios (beneficência);
- Garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);
- Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa (justiça e equidade).

O projeto de pesquisa que permitiu a coleta dos dados que serão utilizados para essa dissertação foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituição de origem do projeto (ANEXO 2),

assim como em todos os Comitês de Ética das instituições onde o estudo foi conduzido.

O convite e a obtenção do consentimento para participar da pesquisa foram realizados pelos próprios entrevistadores, nos locais de atendimento (serviços de saúde) pré-selecionados. A obtenção do consentimento a partir da leitura do TCLE deu-se com a autorização do paciente através de assinatura ou identificação por impressão dactiloscópica.