



PERFIL DA DISTRIBUIÇÃO DA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA PARA ADOLESCENTES EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

PROFILE OF THE DISTRIBUTION OF EMERGENCY CONTRACEPTION FOR ADOLESCENTS AT SÃO PAULO'S COUNTIES

Regina Figueiredo¹, Silvia Bastos², Joyce Lenz Telles³

Resumo:

Descreve-se a postura adotada por municípios do estado de São Paulo que receberam lotes de contracepção de emergência do Ministério da Saúde em 2005 e 2006, com relação à entrega para adolescentes. Utilizando levantamento quantitativo, realizado com questionários semi-estruturados enviados por e-mail às secretarias municipais de saúde, foram examinados: fluxos, serviços e profissionais de saúde envolvidos e critérios de dispensa. Do total, 91,0% responderam à pesquisa, demonstrando que 85,4% iniciaram a oferta do método para adolescentes menores de 18 anos, principalmente em prontos socorros (69,1%). Em unidades básicas tradicionais e de saúde da família houve menor integração, 65,3% e 37,6%, respectivamente, e em serviços especiais de atenção a adolescentes, apenas 31,9% municípios ofertam (percentagens não excludentes). A entrega, geralmente, é feita por médicos e/ou enfermeiros, porém 30% sub-utiliza o potencial da enfermagem. Atende-se, fundamentalmente, os casos de violência sexual e, excluído-se esse evento, há queda de 10 a 30 pontos percentuais no fornecimento em casos de falha ou não uso de contraceptivo regular. Conclui-se que há seletividade na dispensa método, baixa oferta na Atenção Básica, não facilitando acesso de adolescentes nas situações de risco gravídico mais recorrentes em seu cotidiano, contrariando orientações do Ministério da Saúde. Essa postura está ligada à falta de atualização sobre legislações e normas federais vigentes quanto à Saúde Sexual e Reprodutiva deste público, pelo desconhecimento do mecanismo de ação do método (por vezes, identificado como perigoso ou abortivo) e por preconceitos quanto à prática sexual adolescente, provocando a aquisição em farmácias e usos errôneos.

Palavras-chave: gestão em saúde; planejamento familiar; anticoncepção; adolescente; anticoncepcionais hormonais pós-coito; contracepção de emergência.

- 1 Mestre em Antropologia pela Universidade de São Paulo, pesquisadora do Instituto de Saúde
 - 2 Doutora em Saúde Coletiva e Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
 - 3 Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Londrina e com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
- * Projeto desenvolvido no Núcleo de Práticas em Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo de 2006 a 2008, com financiamento próprio.
- Correspondência para:** reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br

Suggested citation: Figueiredo R, Bastos S, Telles JL. Profile of the Free Distribution of Emergency Contraception for Adolescents in São Paulo's Counties. J. Hum. Growth Dev. 2012; 22(1): 105-115.
Manuscript submitted Feb 15 2011, accepted for publication Dec 29 2011.

Abstract:

The position adopted by São Paulo's counties, which received amounts of emergency contraception from the Federal Health Department in 2005 and 2006, is described in relation to the distribution of these to adolescents. Using quantitative surveys carried out with semi-structured questionnaires sent by e-mail to the Municipal Health Offices: influxes, services and health care professionals and the criteria of dispensation were examined. Of the total, 91.0% answered to the research, demonstrating that 85.4% began to offer the method to adolescents less than 18 years old, especially at emergency rooms (69.1%). At public health care clinics traditional and public family health care clinics there was less integration, 65.3% and 37.6%, and in services specialized in adolescent care only 31.9% of the counties offer them (percentages not excludent). Usually, the distribution is carried out by doctors and/or nurses, but 30% of clinics sub-utilize the nursing potential. Cases of sexual violence are fundamentally attended to, but excluding these cases, there is a drop of 10 to 30 percentage points in the distribution of emergency contraceptive to adolescents in cases of the failure or non-use of the regular contraceptive. The conclusion is that there exists selectivity in the method's dispensation, very scarcely offered in Basic Adolescent Health Care Services, which makes it difficult for adolescents to have access to emergency birth control in situations where pregnancy is a risk. This selective behavior among health care professionals has become common practice and goes against the initial objectives of the Federal Health Department. This position is due in part to health care professionals not being up to date on the laws and federal norms concerning Sexual and Reproductive Health, and also to the lack of knowledge of the method's mechanism action (sometimes identified as dangerous or abortive), as well as the prejudice towards adolescent sexual practices-leading to the purchasing of emergency contraceptive in drugstores and its incorrect use.

Key words: health management; family planning; birth control; adolescent; contraceptives postcoital hormonal; emergency contraception

INTRODUÇÃO

Desde meados da década de 80, a Organização Mundial de Saúde¹ enfatiza a importância da contracepção de emergência na prevenção da gravidez não-planejada e, conseqüentemente, de abortos, por ser o único método contraceptivo passível de uso pós-coito. Este contraceptivo, conhecido popularmente como "pílula do dia seguinte", tem eficácia na prevenção da gravidez de até 98% (se utilizado nas primeiras 24 horas depois da relação desprotegida) a 75% (de 25 a 72 horas)².

Por este motivo, o método se apresenta como uma estratégia contraceptiva que deve ser ofertada, visando à promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, inclusive entre adolescentes³, uma vez que

este público está em fase de maturidade, evolução dos padrões psicológicos, formação da identidade e em passagem do estágio de dependência da vida infantil para o de independência da vida adulta⁴, fatores que favorecem, muitas vezes, a prática do sexo desprotegido⁵. Decorrente dessas exposições de risco, a gravidez na adolescência, por suas repercussões, se constitui atualmente como um problema social e de saúde, pelo potencial risco e impacto que representa para adolescentes e seus bebês⁶.

Segundo o IBGE, nos últimos dez anos, o número de mães entre 15 e 17 anos passou de 6,9% para 7,6%⁷. Calcula-se que, na maioria das vezes, a gravidez na adolescência tem ocorrência média entre a primeira e a quinta relação sexual⁵. Situações ligadas à gravidez/par-

to representam a terceira causa de internação hospitalar entre meninas menores de 19 anos no SUS - Sistema Único de Saúde⁸, estão expressas também no grande número de abortos entre o público abaixo de 19 anos, aos quais se atribui ¼ das mortes maternas do país⁹.

Assim, o acesso a estratégias de Planejamento Familiar se mostra fundamental para adolescentes, para que possam exercer seu direito à saúde sexual nesta fase da vida. No Brasil, com o objetivo de ampliar a oferta de contraceptivos e promover a redução dessas ocorrências de risco, incluiu-se a contracepção de emergência nas diretrizes de Planejamento Familiar em 1996¹⁰; nesta mesma década foi normatizada a orientação de seu fornecimento em Serviços de Atenção a Vítimas de Violência Sexual¹¹. Ambos os documentos recomendam o fornecimento do método sob a forma de hiperdosagens de pílulas anticoncepcionais combinadas comuns (método Yuzpe), única forma de prescrição disponível na época. Em ambas está explicitada a orientação de fornecimento do método para risco gravídico, inclusive, para adolescentes^{10,11}.

Atualmente a contracepção de emergência é indicada priorizando seu formato em dose única (comprimido de 1,5 mg ou 2 comprimidos de 0,75 mg de levonorgestrel), introduzido no Brasil com autorização da ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 1998¹². O Ministério da Saúde² recomenda o método para qualquer caso em que houver exposição de risco para a gravidez: frente ao não-uso, ao uso incorreto, ou à falha de método contraceptivo de uso regular, além de situações de violência sexual/estupro. Tal iniciativa é considerada fundamental em países como o Brasil, onde o aborto é permitido apenas em casos especiais, situação que acentua a realização de abortamentos ilegais e, por consequência, elevadas taxas de mortalidade materna^{13,14}.

A introdução da oferta da contracepção de emergência na rede pública de saúde brasileira, no formato de dosagem única foi iniciada pelo Ministério da Saúde em 2002, prioritariamente em Servi-

ços de Atenção a Mulheres Vítimas de Violência Sexual; em 2003, iniciou-se a distribuição para a Atenção Básica, visando oferta em UBSs, inicialmente em poucos municípios que se cadastraram¹². A oferta para a Atenção Básica se tornou significativa em 2005, devido ao "Plano de Ação 2004-2007" desenvolvido pelo Ministério da Saúde¹⁵, que englobou a ampliação da dispensa de contraceptivos, realizando a primeira aquisição em grande quantidade¹⁶, quando foram enviadas 65.370 unidades para 153 municípios brasileiros, mesmo ano em que foi elaborado e distribuído material técnico específico, visando orientar profissionais e gestores sobre este novo insumo². Em 2006, dando continuidade à política, o Ministério da Saúde enviou outras 49.952 doses, para 573 municípios de todo o país¹⁷. Considerando apenas o estado de São Paulo foram enviados durante 2005 e 2006 lotes de contracepção de emergência para 119 (18,5%) do total de 645 municípios, priorizando os que com 100.000 habitantes ou mais.

A relevância de se estudar os processos de implantação deste insumo na Atenção Básica, bem como descrever a forma como estão sendo realizados os fluxos, envolvimento de profissionais e a sua oferta nos municípios para o público são fundamentais, de forma a avaliar se estão sendo efetivados os objetivos de saúde pública preconizados nacionalmente. A especificidade da situação dos adolescentes, da mesma forma, merece uma análise detalhada, que demonstre se a introdução do método vem beneficiando também este público.

Assim, esse estudo objetiva descrever o modus operante adotado por municípios do estado de São Paulo que receberam lotes de contracepção de emergência do Ministério da Saúde em 2005 e 2006, com relação à entrega para adolescentes.

MÉTODOS

A pesquisa "Avaliação da Distribuição da Contracepção de Emergência nos Municípios do Estado de São Paulo", de-

envolvida pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo entre maio de 2006 e dezembro de 2007, teve como objetivo identificar: os responsáveis, fluxos estabelecidos, serviços e profissionais envolvidos na dispensa da contracepção de emergência nos 119 municípios paulistas beneficiados com lotes do método enviados pelo Ministério da Saúde entre 2005 e 2006, bem como o público beneficiado com este insumo, além dos critérios utilizados para a dispensa, orientações dadas e facilidades e obstáculos à efetivação de sua oferta.

A coleta de dados foi realizada entre setembro e novembro de 2006, através de questionários semi-estruturados distribuídos às secretarias municipais de saúde listadas pelo Ministério da Saúde como beneficiadas com o método. Os dados foram organizados e analisados quantitativamente, com o uso do software SPSS 12.0, considerando frequências simples para descrição situacional, uma vez que não se pretendeu a ampliação de resultados para todo o estado, visto que cada município tem situação específica e distinta, além de haver uma aquisição diferencial do insumo pelo Município de São Paulo. A pesquisa atendeu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 2006.

Priorizou-se, para este artigo, a análise da dispensa da contracepção de emergência em serviços, com possibilidade de acesso pelo público adolescente em situações de risco de gravidez não-planejada mais comuns (como não uso de contraceptivos e falhas destes), ou seja, focou-se unidades de saúde da Atenção Básica (incluindo estratégia de Saúde da Família), Serviços de Pronto Atendimento à Emergência, bem como Serviços Específicos de Atenção a Adolescentes.

RESULTADOS

Dos 119 municípios do estado de São Paulo beneficiados com envio de contra-

cepção de emergência pelo Ministério da Saúde em 2005 e 2006, 101 (84,9%) confirmaram o recebimento do insumo e responderam à pesquisa. O restante informou não recebimento, por isso foram excluídos desta análise. O município de São Paulo não respondeu à pesquisa, por isso os dados aqui apresentados revelam a realidade de outros municípios de grande, médio e pequeno porte.

Dentre esses municípios que confirmaram recebimento, 2 (2,0%) declararam impossibilidade de disponibilizá-los à população, devido à chegada dos lotes com prazos de validade vencidos. Outros 16 (15,9%) alegaram que ainda não haviam iniciado a disponibilização para o público "por outros motivos". Desta forma, apenas 77 (76,2%) do total de municípios deste estado beneficiados pelo Ministério da Saúde iniciaram sua dispensa e, por isso, responderam aos questionários em sua totalidade, sendo considerados para a análise de fluxos, profissionais envolvidos e critérios e orientações adotadas na dispensa do insumo. Já a quantidade de serviços apresentada inicialmente no item 1 dos resultados foi calculada a partir dos 101 municípios que confirmaram o recebimento do insumo, embora 23,8% deles não tenham possibilidade de análise detalhada da dispensa.

Alocação de oferta da contracepção de emergência em diferentes serviços:

Dos 101 municípios que confirmaram recebimento da contracepção de emergência, 47 (46,5%) informaram possuir serviços especiais de atenção a adolescentes. Destes, apenas 17 (36,1%) afirmaram início da oferta do método nesses serviços. Em todos esses municípios pesquisados existem UBSs - Unidades Básicas de Saúde (inclusive USFs - unidades com estratégia de Saúde da Família), desses 67 (59,3%) incluíram a oferta do método em UBSs tradicionais e 39 (35,8%) em USFs.

Desses 101 municípios, 55 (54,4%) alegaram possuir PAs - Serviços de Pronto Atendimento a Emergências. Em 76,3% desses municípios afirmaram ter

iniciado a dispensa da contracepção de emergência nesses serviços (tabela 1).

Distribuição da contracepção de emergência em serviços para adolescentes:

Dos 17 (36,2%) municípios que introduziram a oferta da contracepção de

emergência em rotinas em Serviços Específicos de Atenção ao Adolescente, 2 (11,8%) alegaram estar realizando a oferta "apenas para mulheres adultas", ou seja, acima de 18 anos, reduzindo para pelo menos 15 (31,9%) a oferta ao público adolescente menor judicialmente (figura 1).

Tabela 1: Tipos de serviços que distribuem a contracepção de emergência em municípios que confirmaram recebimento em 2005 e 2006 (N = 101)

Tipo de Serviço	Municípios que Distribuem CE:	%	Municípios que NÃO Distribuem CE:	%	Não resp.	%	Total Municípios	%
Em UBS	67	66,3	40	39,6	6	5,9	101	100
Em USF	39	38,6	63	62,3	7	6,9	101	100
Em Serviços de Adolescentes	17	36,2	29	61,7	1	2,1	47	100
Em P.As. municipais	42	76,3	7	12,7	6	10,9	55	100

OBS: percentagens não excludentes.

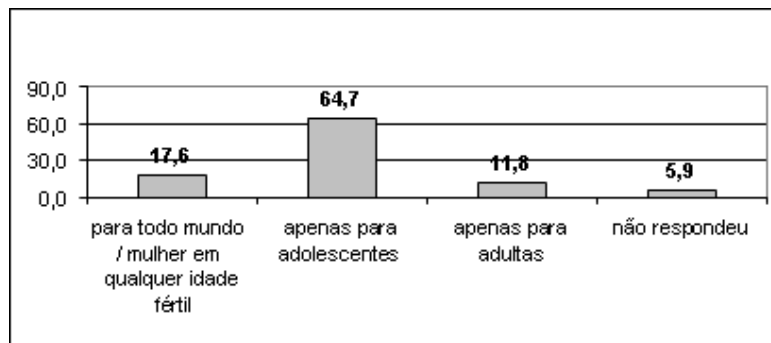


Figura 1: Público Beneficiado com o Fornecimento da Contracepção de Emergência em Serviços de Atendimento ao Adolescente

Com relação à situação atendida, em 13 (76,5% deles) a dispensa estava sendo feita em qualquer situação de risco de gravidez, em 1 (5,9%) apenas em casos de falhas de contraceptivos e em 2 (11,8%) apenas em casos de violência sexual.

A entrega do insumo estava sendo realizada em 8 (47,1%) desses municípios apenas por médicos; em outros 8 (47,1%) por médicos e/ou enfermeiros e, em 1 (5,9%), exclusivamente por enfermeiros. Em 5 (30,3%) municípios, esse fornecimento estava sendo feito apenas através de marcação de consultas para entrega do método e em 12 (70,0%) não havia essa exigência. Orientações específicas quanto à posologia

eram dadas ao público em 4 municípios (25,0%); nos 12 demais (75,0%) eram dadas também orientações sobre a importância de escolha de métodos regulares e uso de preservativo para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a aids.

Distribuição da contracepção de emergência no pronto atendimento:

Dos 101 municípios que confirmaram recebimento da contracepção de emergência do Ministério da Saúde, 55 (54,5%) possuíam Serviços de Pronto Atendimento a Emergências (PAs) municipais, 12 (21,8%) deles sendo municí-

pios que não possuem serviços específicos de Atenção ao Adolescente. Dos municípios com PAs, 42 (76,3%) introduziram a dispensa da contracepção de emergência nesses locais. Desses, 4 (9,5%) realizavam esta oferta "apenas para mulheres adultas" (acima de 18 anos); 3 (16,7%) "apenas para adolescentes", considerando a faixa desde a puberdade até idade adulta; 27 (64,3%) para "mulheres em qualquer idade fértil"; em 7 (16,7%) não houve especificação do público (figura 2).

Em 14 (33,4%), dos municípios onde os serviços de PAs ofertam o método, sua entrega é realizada apenas em casos de violência sexual. Em 1 (2,4%) apenas em casos de falhas de contraceptivos, em 2 (4,7%) há outro critério para esta disponibilização, e em 24 (47,1%), em qualquer situação de risco de gravidez (figura 3).

A entrega em PAs estava sendo realizada em 6 (35,3%) municípios apenas por médicos, em outros 6 (35,%) por médicos ou enfermeiros, em 1 (5,9%) exclusivamente por enfermeiros e em 4 (23,5%) por outros profissionais; sendo que 6 municípios (35,3%) dispensam agendamento de consulta para fornecê-lo, fazendo atendimento imediato, outros 3 (17,6%) exigem marcação desta e 8 (47,1%) não deram informação.

Distribuição da contracepção de emergência em unidades básicas de saúde:

Todos os municípios que confirmaram recepção de lotes de contracepção de emergência do Ministério da Saúde possuem unidades básicas de saúde (UBSs). Desses, 67 (59,3%) haviam implementado a oferta nesses serviços. Essa oferta é feita em 1 (1,5%) apenas

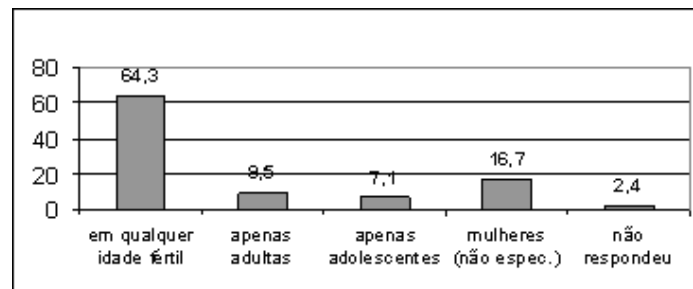


Figura 2: Público Beneficiado com Contracepção de Emergência em Pronto-atendimentos Municipais (em %)

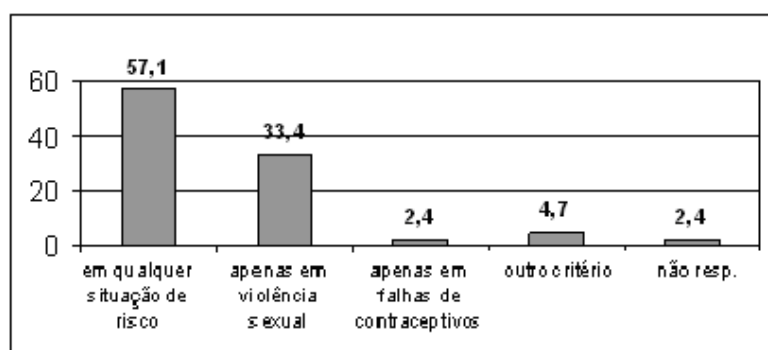


Figura 3: Situação em que é Fornecida a Contracepção de Emergência em Pronto-atendimentos Municipais (em %)

“para mulheres adultas” (acima de 18 anos) e 41 (61,2%) declararam beneficiar também o público adolescente menor de 18 anos (figura 4).

O fornecimento do método em UBSs estava sendo realizado em 7 (10,4%) municípios apenas em casos de violência sexual; em 5 (7,5%) apenas em casos de falhas de outro contraceptivo; 47 (70,1%) realizam em qualquer situação de risco de gravidez e 2 (3,0%) alegam a entrega em outras situações (figura 5).

Dentre os 67 municípios que ofertam o método em UBSs, em 14 (20,9%) deles afirmaram necessidade de agendamento de consultas para fornecimento do método. Em 25 (37,3%) a entrega estava sendo realizada apenas por médicos, em 23 (34,3%) por médicos ou enfermeiros e em 7 (10,4%) exclusivamente por enfermeiros. Em 7 (10,4%)

dos municípios, foram apontados outros profissionais envolvidos na dispensa do contraceptivo de emergência e 5 (7,5%) não responderam à questão.

Distribuição da contraceção de emergência na saúde da família:

Dos 101 municípios que receberam lotes de contraceção de emergência do Ministério da Saúde, todos possuem USFs e, desses, 39 municípios (38,6%) implementaram a distribuição do método nesses serviços, sendo que, em 1 (2,6%) município essa nas USFs é feita apenas “para mulheres adultas” e em 29 (74,4%) municípios há fornecimento também para adolescentes menores ou declaradamente para qualquer idade fértil (figura 6) e no máximo 38 (97,4%) que poderiam realizá-lo mas deram respostas vagas ou não responderam.

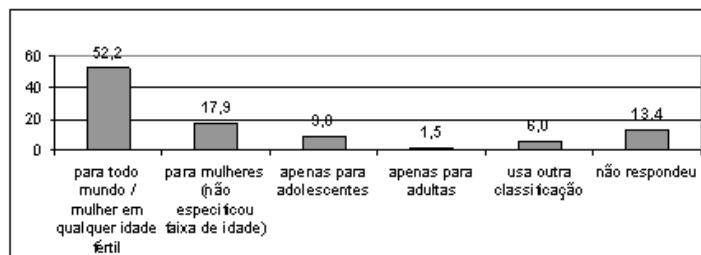


Figura 4: Público ao Qual é Fornecida a Contraceção de Emergência em Unidade Básica de Saúde - UBS (em %)

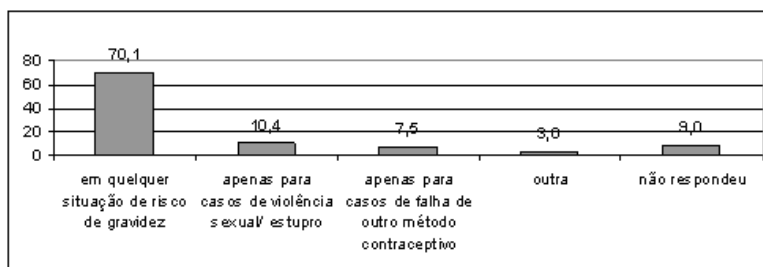


Figura 5: Situação em que a Contraceção de Emergência é fornecida em Unidades Básicas de saúde (%)

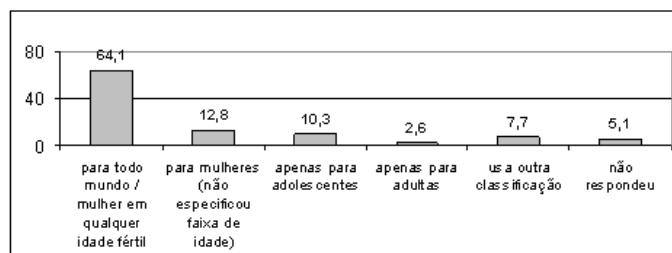


Figura 6: Público ao Qual é Fornecida a Contraceção de Emergência em Unidades de Saúde da Família - USF

Das USFs que estavam fornecendo o método, 2 (5,1%) ofertavam apenas em casos de violência sexual; 33 (84,6%) em qualquer situação de risco de gravidez; 5 (7,5%) apenas em casos de falhas de contraceptivos; e 4 (10,3%) também em outras situações (figura 7).

No caso de necessidade, 20,5% dos municípios exigiam marcação de consulta para realizar o fornecimento do método nesses serviços. Em 14 (38,9%) deles a entrega era realizada apenas por médicos; em 2 (5,6%) municípios por médicos ou enfermeiros; em 15 (41,7%) exclusivamente por enfermeiros; em 3 (8,3%) foram apontados outros profissionais envolvidos na dispensa do contraceptivo; e 5 (13,9%) não responderam à questão.

Distribuição da contraceção de emergência para adolescentes considerando e excluindo situações de violência sexual

Dos 85,4% dos 101 municípios que receberam o método que afirmaram

fornecê-lo a adolescentes, 69,1% ocorre em cidades que possuem PAs. Excluindo a atenção a casos de estupro nesses serviços, apenas 34,5% desses municípios com PAs atendem adolescentes em qualquer outra situação de risco mais comumente enfrentada pelos adolescentes.

Da mesma forma, a oferta do método para este público em UBSs tradicionais e USFs que ocorrem, respectivamente em 65,3% e 37,6% dos municípios, é reduzida para 54,5%, e 31,6% ao excluir-se casos de violência sexual/estupro (tabela 2).

Empecilhos para implementação da contraceção de emergência:

Entre os 101 municípios paulistas que confirmaram recebimento da contraceção de emergência do Ministério da Saúde, 18 (17,8%) referiram empecilhos para sua implementação. Quanto à **origem** dessas dificuldades, 12 (66,7% dos que citaram problemas, 11,9% do total) apontaram como vindas de UBSs; 8

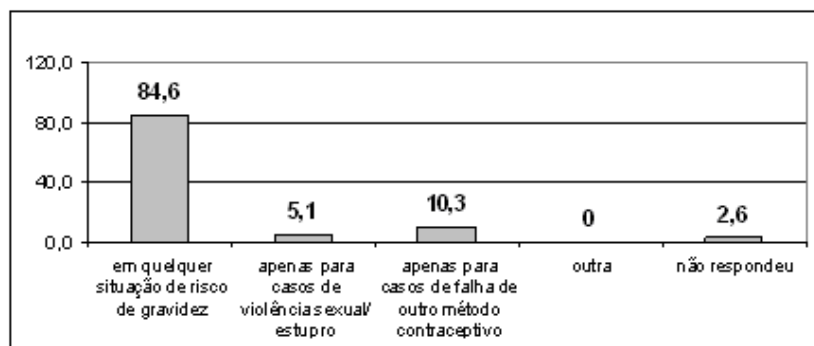


Figura 7: Situação em que é Fornecida a Contraceção de Emergência em Unidades de Saúde da Família - USF

Tabela 2: Tipos de serviços que distribuem a contraceção de emergência em municípios que confirmaram recebimento em 2005 e 2006 (N = 101)

Tipo de Serviço	Municípios que Distribuem CE:	%	Municípios que Distribuem CE para > de 18 anos	%	Municípios que Distribuem CE em Falha/Não uso de contraceptivos	%
Em UBS	67	66,3	66	65,3	55	54,5
Em USF	39	38,6	38	37,6	32	31,6
Em Serviços de Adolescentes	17	36,2	15	31,9	9	19,2
Em P.As. municipais	42	76,3	38	69,1	19	34,5

OBS: percentagens não excludentes.

(44,4% dos que citaram, 7,9% do total) como vindas de USFs; em 8 (44,4% dos que citaram, 7,9% do total) como empelinhos vindos da própria secretaria de saúde e gestores; em 5 (16,7%, 10,6% dos municípios que possuem esses serviços) originária de Serviços Atenção ao Adolescente.

Os **tipos** de dificuldades apontadas foram: em 5 (27,8%) deles a resistência de setores das Secretarias de Saúde para implantar a oferta do método; em 4 (22,2%) a não autorização de entrega deste insumo pela enfermagem e em 9 (50%) outros entraves como: a solicitação de assinatura de termos de consentimento pelas usuárias para a obtenção do método; (em a exigência de assinatura ou presença física de responsáveis legais por adolescentes menores de 18 anos e casos onde foi tentado ou efetivo o veto de entrega para o uso por adolescentes. Além de ser salientado nos dados a recusa assumida de fornecer o método a adolescentes menores de 18 anos em 14,6% desses municípios. Também foi citado 1 caso de recusa de fornecimento a portadores de HIV/aids.

DISCUSSÃO

Tendo em vista a insuficiente quantidade de Serviços Específicos de Atenção ao Adolescente nos municípios paulistas (apenas 46,5% dos municípios da pesquisa os possuem, geralmente 1 por cidade), a possibilidade de acesso de adolescentes à contracepção de emergência para os riscos mais comuns, como falha ou não uso de contraceptivo regular¹⁸, só pode ser realizada através de sua oferta em UBSs, incluindo USFs, além PAs. Assim, como foi visto, apesar de que, de forma geral, 85,4% dos 101 municípios que receberam o método terem afirmado genericamente que o fornecem a adolescentes, verifica-se que bem menos da metade estava beneficiando adolescentes menores de 18 anos em serviços de fácil acesso, onde a oferta ocorre majoritariamente em PAs (em 69,1% das em cidades que possuem PAs), caindo para quase a metade (34,5%) na aten-

ção a outras situações que não de estupro, que são as mais frequentemente enfrentadas pelos adolescentes.

A mesma queda abrupta na porcentagem de municípios que fornecem a contracepção de emergência para menores de 18 anos para situações outras (que não as de violência sexual) se observa em UBSs tradicionais e USF (de 65,3% e 37,6% dos municípios, respectivamente, para 54,5%, e 31,6%), demonstrando restrição da oferta do método em situações de risco mais comuns enfrentadas pelos adolescentes. Apesar disso, são as UBSs tradicionais que têm ofertado mais facilmente o método para menores de 18 anos em qualquer situação de risco.

Contraditoriamente, Serviços Específicos de Atenção ao Adolescente, que seriam mais sensibilizados com esta política, demonstraram maior restrição de fornecê-lo a menores de 18 anos (apenas 31,9% o fizeram). Em 12,7% esta dispensa é **apenas** para casos de estupro, o que diminui ainda mais a oferta (para 19,2%) em outras situações de risco.

Esse pouco fornecimento (apenas em 54,5% municípios pesquisados) para qualquer situação de risco de gravidez mais comum, registradas no cotidiano de adolescentes, demonstra gestores e equipes de saúde necessitam se atualizar quanto à legislação vigente em Saúde Sexual e Reprodutiva para adolescentes, principalmente os 14,6% dos municípios que se recusam efetivamente a realizar a dispensa para este público em qualquer situação de risco. Negar a contracepção de emergência, ou ofertá-la de modo limitado (apenas para violência sexual) restringe os princípios preconizados pelo ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁹, que transformou adolescentes em sujeitos-cidadãos de direitos, alterando sua condição civil com relação a antigas legislações.

O ECA especifica que deve ser assegurado a este público o "acesso igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde"¹⁹. Tal promoção inclui, obviamente, ações preventivas no campo da Saúde Sexual e Reprodutiva, área que concentra as

principais causas de morbi-mortalidade das adolescentes, por isso integra automaticamente a orientação e acesso à contracepção e à prevenção de DST/aids – tal como se realiza com o público adulto sexualmente ativo. Neste sentido, adolescentes têm o mesmo direito ao exercício do Planejamento Familiar garantido constitucionalmente²⁰, que deve ser efetivado universalmente pelo SUS com a oferta de métodos de prevenção à gravidez, além do acesso aos preservativos para a proteção das DST, como orienta o Programa Nacional de DST/Aids.

O início da vida sexual no Brasil e, portanto, o risco para a gravidez não-planejada inicia-se, em média, aos 15-16 anos, conforme a região do país como apresentado na PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde de 2006²¹, apontando a importância de oferta de informações, mas primordialmente, do acesso a métodos contraceptivos, incluindo a contracepção de emergência à população adolescente.

Essa atenção deve ser realizada mesmo independente da presença de pais ou responsáveis, conforme ressalta o “Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens”²². Tal orientação visa à garantia de e bem-estar da saúde do adolescente como ética profissional, respeitando o direito de privacidade e confidencialidade individual, como corroboram o Conselho Federal de Medicina²³, o Conselho de Ética em Enfermagem²⁴ e a Associação Brasileira de Pediatria²⁵.

Por isso, instrui a necessidade de consentimento informado do adolescente para vínculos ou conversas que venham a ser estabelecidos com sua família e/ou responsáveis²², o que preserva a confiança e presença do adolescente no serviço de saúde. Em situações mais complexa ressalta-se que deve ser incentivada e sugerida a aproximação do adolescente com a família/responsáveis mediante apoio dos profissionais de saúde, da mesma forma que em caso de risco de vida eminente dos adolescentes o Ministério prevê a quebra de sigilo por profissionais que devem comunicar imediatamente os responsáveis legais²².

Todos esses preceitos de atenção integral em Saúde Sexual e Reprodutiva, principalmente das adolescentes estão recomendados internacionalmente pelas Conferências da ONU de Cairo e Beijing, das quais o Brasil é signatário, portanto guiando práticas de saúde em nível federal³.

Outro fator de restrição de acesso à contracepção de emergência a adolescentes é a imposição da atenção médica, sub-utilizando o potencial de enfermagem em UBSs em mais de 30% dos municípios pesquisados, da mesma forma, que a exigência de agendamento de consulta para fornecê-lo, observada em 20% deles. A Lei de Planejamento Familiar nº 9.263/96²⁰, embasa a competência dos profissionais de saúde, normalizando a assistência e o fornecimento da informação e ações de contracepção, com uso dos métodos disponíveis para sua finalidade, o que integra contraceptivos orais-hormonais e, portanto, a contracepção de emergência.

Com relação aos profissionais da enfermagem, atualmente o que está vigor em nível federal são: a Lei de Exercício Profissional nº 7.498/86²⁶ e a Resolução 271/02²⁷. Esses documentos definem que a orientação de contraceptivos para adolescentes e mulheres em geral, também pode ser realizada em consultas de enfermagem ou no acolhimento, integrando a prescrição e administração desses medicamentos disponíveis em farmácias de serviços públicos de saúde²⁴. Nesse sentido, a participação da enfermagem no fornecimento da contracepção de emergência possibilita que não haja necessidade de “quebra de fila”, sobrecarga de médicos ou aguardo que ameace a sua maior eficácia nas primeiras 24 horas².

A enfermagem tem papel fundamental e competência legal para atuar em ações de Promoção em Saúde em consultas de enfermagem, no acolhimento e em visitas domiciliares, além, obviamente, de sua importante função na Educação em Saúde.

A pesquisa demonstra que 17,8% de municípios relataram problemas para implantação da contracepção de emer-

gência, dificuldade vinda inclusive em 7,9% dos próprios gestores. A falta de informação e atualização sobre o mecanismo de ação do método, relativa a seus aspectos técnico-científicos, demonstra que muitos ainda crêem que seja perigoso ou abortivo. Ao mesmo tempo, se constata estar presente no exercício profissional e de gestão fatores de ordem pessoal moral com relação à orientação e ao fornecimento de contraceptivos a adolescentes, apontando a resistência em reconhecê-los, principalmente meninas, como sujeitos autônomos quanto à própria sexualidade e prática sexual.

Essa transposição da cultura cotidiana para a saúde pública é retratada também: na restrição de serviços que ofertam contracepção de emergência a este público, nos casos em que a oferta é feita apenas em casos de violência sexual e nos casos em que são solicitadas autorizações de responsáveis. Tal transposição foi igualmente registrada por Lefevre e cols.²⁸, em pesquisa em UBSs da Zona Sul do Município de São Paulo, onde cerca de 15,0% dos profissionais entrevistados afirmaram que não indicariam contracepção de emergência para adolescentes em nenhum caso e 23,3% deles disseram que considerar a religião do usuário para prescrevê-la, reforçando a idéia errônea do método como sendo abortivo.

Vale ressaltar que a descentralização e municipalização dos serviços de saúde têm dificultado o seguimento e monitoramento de políticas definidas em âmbito nacional, facilitando que gestores e profissionais de saúde locais, criem resistência a suas efetivações²⁹. Isso foi verificado em iniciativas judiciais em São José dos Campos, Jundiaí e Vargem (municípios de São Paulo), que tentaram criar leis próprias visando à proibição de comercialização e fornecimento do método – iniciativas barradas pelo Ministério Público por sua inconstitucionalidade³⁰.

Todos esses empecilhos perpetuam o abandono dos adolescentes, deixando-os em constante vulnerabilidade com relação à Saúde Sexual e Reprodutiva, fundamentalmente quanto a gestações não-planejadas e infecções por DST/

aids³¹, retratados nas altas taxas de gestação abaixo de 19 anos (cerca de 21% do total do país), além dos casos de abortamento, que sobrecarregam os hospitais do SUS⁸. Tais eventos são frutos, muitas vezes, de situações vividas por meninas e meninos que estão no início da vida sexual e que, por isso, mantém relações sem proteção por estarem iniciando a aceitação de si mesmos como sexualmente ativos e ainda não têm percepção dos riscos efetivos dessas práticas^{5, 32}.

A atuação com a contracepção de emergência entre o público adolescente é, assim, fundamental nesse momento em já há ampla informação sobre o método (96%) entre jovens³³ e o seu uso vem sendo realizado sem orientação dos profissionais de saúde, comportamento observado em mais de 20% dos adolescentes sexualmente ativos de Ensino Médio estadual da cidade de São Paulo¹⁸, dado registrado nacionalmente na PNDS de 2006²¹. Em alguns grupos de jovens universitários de diversas regiões do país, Silva³³ constatou uso de 41,8%.

O fato do método já ser amplamente conhecido e vir sendo utilizado por adolescentes e jovens, leva ao temor de seu uso abusivo⁶. Por enquanto, estudos nacionais e internacionais demonstram que o uso da contracepção de emergência não tem promovido queda de utilização de outros métodos contraceptivos regulares, nem de preservativos^{18, 34, 5, 35}. Esse registro pode ser considerado uma "sorte", visto que os serviços públicos de saúde têm se omitido quanto à problemática. Ao não fornecer a contracepção de emergência para adolescentes, ao não criar um discurso correto de uso e aproveitar a demanda em seus serviços para fornecer informações corretas e realizar o encaminhamento à escolha de métodos contraceptivos de uso regular, levam este público a adquiri-lo diretamente em farmácias e drogarias particulares por cerca da maioria de adolescentes, (74% na cidade de São Paulo), conforme observou Figueiredo e cols¹⁸.

Isso ocorre porque, apesar do método em nosso país (diferentemente do que ocorre em outros países), ter exi-

gência de prescrição médica, está não é culturalmente respeitada³⁶. A venda direta do medicamento em farmácias já ultrapassa 5.000.000 de doses anuais no Brasil³⁷, grande parte adquirida por adolescentes que, como também constataram Castro e Rodrigues em Portugal³⁸, têm fácil aceitação em usar o método em caso de necessidade.

É essa aquisição não-orientada que facilita casos onde adolescentes fazem adoção da contracepção de emergência de forma contínua e errônea, de uso regular, conforme apurou Araújo e Costa³⁹ na rede pública de Pernambuco, ainda, que o uso mensal e contínuo ainda não atinja grande parcela, menos de 15% dos que utilizaram o método na vida conforme Figueiredo e cols.¹⁸ – percentual que tende a crescer se não houver mudança na recepção dos adolescentes nos serviços públicos de saúde.

Assim, embora haja tentativa inicial de ofertar a contracepção de emergência para a população, apenas cerca da metade dos municípios do estado de São Paulo entre aqueles estudados e que confirmaram recebimento do método enviado pelo Ministério da Saúde, ofertaram este insumo para adolescentes menores de 18 anos. A maior oferta para este público demonstrou ocorrer em municípios que possuem PAs, em 2/3 dos municípios beneficiados, em UBSs e apenas 1/3 em USF. A oferta deste contraceptivo em todos esses serviços é restrita e mais centrada para casos de violência sexual e cai de 10 a 30 pontos percentuais (com exceção da dispensa em USF que diminui 5 pontos) para fornecimento em outras situações de risco preconizadas pelo Ministério da Saúde, como falha ou não uso de contraceptivo regular por adolescentes.

Ainda existe desinformação sobre o mecanismo de ação do método entre profissionais que temem que ele seja forte, perigoso ou abortivo, o que indica a necessidade de atualização técnica sobre este contraceptivo. Da mesma forma, parece haver um receio por vários gestores e profissionais de saúde quanto à atenção a adolescentes menores de 18 anos que necessitam da contracepção

comum ou de emergência, demonstrando a necessidade de atualização em Direitos Sexuais e Reprodutivos de adolescentes. Esse receio cria restrições de acesso que estão presentes tanto em UBSs e USFs, como em PAs. Foi observado que há municípios, inclusive, que criam empecilhos “adicionais” para o acesso deste público ao método, restringindo explicitamente a sua entrega, ou definindo faixas etárias aleatórias (a partir de 13, 15, etc., conforme o serviço), ou exigindo autorizações ou presença de responsáveis para prescrevê-la.

Serviços Atenção ao Adolescente, contraditoriamente à sua proposta de promoção de saúde para esta população, também demonstram resistência em oferecer acesso ao contraceptivo de emergência. Isso retrata que não vêem esta medicação como alternativa estratégica para a promoção de saúde, a ser utilizada com foco na redução de gestações e abortos e como um procedimento capaz de atrair adolescentes a esses serviços.

PAs são estratégicos para o acesso ao método em finais de semana, porém, considerando-se a sobrecarga desses serviços, há necessidade de que essa ação seja descentralizada e incorporada às ações de Planejamento Familiar de UBSs e USFs.

A dispensa da contracepção de emergência deve excluir toda e qualquer forma de agendamento de curto e médio prazo, dado que sua eficácia está ligada à urgência do uso. Por isso, é preciso desenvolver mecanismos de entrega imediata, que garanta a sua eficácia e, ao mesmo tempo, acolha a demanda adolescente com a menor exposição possível de forma a evitar constrangimentos.

Serviços de saúde devem potencializar a utilização de seus recursos humanos de Enfermagem nas rotinas de oferta da contracepção de emergência. Esses são desperdiçados em mais de 1/3 dos serviços pesquisados, não adotando as orientações do COFEN. Auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, depois de capacitados, poderiam difundir informações sobre a contracepção de emergência na comunidade, favorecendo uma maior atuação e vínculo

com adolescentes por meio de atividades "extra-muros" e a possibilidade de orientação e informações para além do horário de funcionamento das UBSs e USFs. Recomenda-se, também, a inclusão de orientações da contracepção de emergência não apenas em orientações verbais, mas também em materiais educativos.

Apesar de o estudo constatar que há orientações sobre métodos contraceptivos e prevenção de DST/aids na maioria dos municípios que fazem dispensa do método para adolescentes, ainda há ¼ que não o realizam. Por isso é fundamental que todos os profissionais e serviços façam encaminhamento da demanda da contracepção de emergência às UBSs e USFs para grupos de Planejamento Familiar, consultas ginecológicas e obtenção de contraceptivos de uso regular, que são mais seguros, de maneira a promover um cuidado mais integral e com ênfase na prevenção de DSTs/aids, incluindo o HPV entre este público.

Para facilitar o alcance e expansão dessas ações, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde capacitados e sob supervisão de enfermeiros também podem ocupar um importante papel

na divulgação e na interface com outros setores e serviços que atuam com a população, como: serviços de apoio a usuários de drogas que atendem adolescentes, serviços que atuem com adolescentes sob risco social, de transtornos ou déficit mental, ou serviços de DST/aids que realizem trabalhos de prevenção e atenção à adolescentes, além de farmácias, organizações não-governamentais que também se relacionam com o público adolescente. Desta forma, a possibilidade de divulgação e acesso ao método é ampliada, reduzindo a vulnerabilidade dos adolescentes em sua diversidade com orientações pró-ativas frente a relações sexuais de risco.

Cabe reforçar que a pouca abordagem e oferta da contracepção de emergência na rede pública de saúde em geral para adolescentes, registrada neste estudo, leva ao uso do método por automedicação em farmácias e aumenta o risco de uso do método de forma incorreta, abusiva, repetitiva e sem orientações. Ao mesmo tempo, afasta esses adolescentes da atenção complementar para promoção de saúde sexual e reprodutiva, que em última análise o exclui de um direito já previsto por políticas e normas vigentes.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Emergency Contraception: A guide to the provision of services [online]. [acessado em 12/11/2007]. Disponível em <http://www.who.int>
2. Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência: Perguntas e respostas para profissionais de saúde, Brasília; 2005. 20p.
3. Ministério da Saúde. Marco legal: Saúde, um direito dos adolescentes. Brasília; 2005. 58p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
4. Organização Mundial de Saúde. El Embarazo y el aborto en la adolescencia: informe de la reunión de la OMS. Genebra; 1975. p. 10. Serie Informes Técnicos.
5. Figueiredo R, Andalaft Neto J. Uso de Contracepção de Emergência e Camisinha entre Adolescentes e Jovens. São Paulo: Revista da SOGIA-BR. 2005; 2(2): 4-6.
6. Monteleoni ML, Takiuti AD, Conceição I, Kerr J. Anticoncepção de Emergência e a Adolescente [resumo]. Congresso Latinoamericano de Gineco-Obstetrícia; 2006; Rio de Janeiro, Brasil. [texto na Internet]. São Paulo: REDECE; 2005. [acessado em novembro de 2010]. Disponível em: <http://www.redece.org/resumo%20albertina.pdf>
7. IBGE. Jovens Mães. Brasília, 2008 [acessado em novembro de 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/saude/jovensmaes.html>

8. DATASUS. Dados de Internação Hospitalar [acessado em 2010]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>
9. IPAS. Rio de Janeiro: Jovens na Rede; 2005 [acessado em novembro de 2010]. Disponível em: <http://www.ipas.org.br>
10. Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência. Assistência ao Planejamento Familiar. Serviço de assistência à Saúde da Mulher, Brasília; 1996. p.121-125.
11. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes – Norma Técnica. Brasília; 1999. 40p.
12. Figueiredo R. Contracepção de Emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. Rev. de Saúde Sexual e Reprodutiva. IPAS, setembro; 2004. 18p. [acessado em 13/11/2010]. Disponível em: <http://www.ipas.org.br>
13. Hardy E, Duarte GA. & cols. Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 2001; 17(4):1031-1035.
14. Wannmacher L. Contracepção de emergência: evidências versus preconceitos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Brasília, 2005; 2(6):1-6.
15. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Mulher. Plano de Ação 2004-2007. Brasília; 2004. 48p.
16. Ministério da Saúde. Relatório da Política. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ação Programática e Estratégica. Relatório de Gestão 2003 à 2006 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília; 2007. 128p. Série C – Projetos, Programas e Relatórios.
17. Figueiredo R, Bastos S. Relatório Final da Pesquisa de Avaliação da Distribuição da Contracepção de Emergência nos Municípios do Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. 52p.
18. Figueiredo R, Escuder MM, Puppo LR, Porto Alvez MCG. Conhecimento e Uso de Contracepção de Emergência por Adolescentes: estudo com estudantes de Ensino Médio de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. 36p.
19. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); Lei nº 8.069; 13 de julho de 1990.
20. Brasil. Lei Federal nº 9.263– Constituição Federal; 1996
21. Ministério da Saúde. Centro de Análise e Planejamento. PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006. Brasília; 2009. 302p.
22. Ministério da Saúde. Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Brasília: MS; 2006. 56p. Série B – textos básicos da saúde.
23. CFM - Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília; 1988.
24. COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 271/2002. Brasília; 2002.
25. Saito MI, Leal MM. O exercício da sexualidade na adolescência: a contracepção em questão. São Paulo: Revista de Pediatria, 2003; 25(1): 36-42.
26. Brasil. Lei 7498/86. Regulamentação do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário Oficial da União: Brasília, 26 jun. 1986; Seção 1, p.9273-5.
27. Brasil. Resolução 271/02. COFEN; 2002.
28. Lefebvre F (org). O profissional de saúde, o adolescente e a contracepção de emergência: ajudando a decidir. São Paulo: IPDSC; 2010. 32p.
29. ECOS – Comunicação em Sexualidade. Marco Referencial para Promoção e Defesa dos Direitos de Adolescentes e Jovens à Contracepção de Emergência. São Paulo: Ecos; 2006. 25p.
30. Figueiredo R, Bastos S. Saúde e direitos sexuais e reprodutivos: o Poder Judiciário deve garantir acesso à contracepção de emergência. Keinert TMM, Bastos de Paula SH, Bonfim JRA. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. p.119-26.
31. Aine-Schutt J, Maddaleno M. Salud sexual y reproductiva de adolescen-

- tes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas. OPAS; 2003. 38p.
32. Vieira LM, Saes SO, Dória AAB, Goldberg, TBL. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. Recife: Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil. 2006; 6(1):135-40.
 33. Silva FC. Contracepção de emergência: conhecimento, experiência e opinião de estudantes da área de saúde de quatro Universidades Federais o Brasil. São Paulo, 2009. Tese (mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. 109p.
 34. Raine T & cols., Direct Access to Emergency Contraception Through Pharmacies and Effect on Unintended Pregnancy and STIs – a randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association. 2005; 293(1):54-62.
 35. Belzer, M & col. Advanced Supply of Emergency Contraception for Adolescent Mothers Increased Utilization without Reducing Condom or Primary Contraception Use. Journal of Adolescent Health. 2003; 32(2):122-3.
 36. Bastos S, Bonfim JRA, Kalckmann S, Figueiredo R. Fernandes MEL. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e procura da contracepção de emergência em farmácias e drogarias do município de São Paulo. São Paulo: Revista Saúde e Sociedade. 2009; 18(4):787-99.
 37. IMS Health. Dados de levantamento de vendas farmacêuticas nacionais; 2009 [acessado em outubro de 2011]. Disponível em <http://www.redece.org>
 38. Castro JF, Rodrigues VMCP. Conhecimentos e atitudes dos jovens face à contracepção de emergência. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2009; 43(4): 889-94.
 39. Araújo MSP, Costa LOBF. Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública (on line). 2009; 25(3): 551-562.