



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO PORTO

Instituto Politécnico do Porto

Solange Louro Garcia

Uso de Contraceptivos de Emergência na Cidade de Aveiro: Perfil de utilização e conhecimentos

Mestrado em Aconselhamento e Informação em Farmácia

Novembro 2017

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO PORTO
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

Solange Louro Garcia

USO DE CONTRACETIVOS DE EMERGÊNCIA
NA CIDADE DE AVEIRO

PERFIL DE UTILIZAÇÃO E CONHECIMENTOS

Dissertação submetida à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre em Aconselhamento e Informação em Farmácia, realizada sob orientação da Professora Marlene Santos, professora adjunta convidada, Instituto Politécnico do Porto, e coorientação da Professora Olívia R. Pereira, professora adjunta, Instituto Politécnico de Bragança.

Novembro 2017

"Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objecto singular, um amigo, é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas, é mais preciso ainda."

Antoine de Saint-Exupéry

*"A mente que se abre a uma nova ideia,
jamais volta ao seu tamanho inicial."*

Albert Einstein

Agradecimentos

Neste curto espaço que limita os agradecimentos vou expressar a minha gratidão a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste tão árduo trabalho que além de valorizar o meu currículo, enriqueceu-me imenso como pessoa e como técnica de farmácia que sou.

Desta forma, deixo aqui algumas palavras que, embora possam ser poucas são sentidas e são de coração, acompanhadas de um profundo sentimento de gratidão.

À *Professora Marlene Santos*, o meu sincero e profundo agradecimento pela orientação neste projeto, pelo apoio incondicional, pela partilha do conhecimento e pelo excelente profissionalismo que a caracteriza. Obrigada pela amizade, pelo carinho e por todos os estímulos que de certa forma, motivaram-me a não desistir desta batalha, não só em relação à tese como também em relação a todo o mestrado. A si, agradeço-lhe do fundo do meu coração tudo o que fez para que o meu sonho chegasse a bom porto.

À *Professora Olívia Pereira*, o meu sincero e profundo agradecimento pela coorientação neste projeto, pela total disponibilidade sempre demonstrada e sobretudo, por ter aceite este desafio de mãos dadas comigo. Não tenho palavras para agradecer o imenso conhecimento que partilhou comigo ao longo dos últimos seis anos e por ter contribuído de forma tão positiva para a profissional que hoje sou. Obrigada pela exigência e pela paciência. Obrigada por tudo!

À *Professora Ana Paula Nascimento*, pela prontidão e ajuda que me deu em toda a análise estatística. Obrigada pelo seu sorriso encorajador e pelas palavras motivadoras. É sem dúvida, uma profissional repleta de conhecimento.

Aos *Meus Pais, Dina Garcia e Américo Garcia* por serem o meu modelo de incentivo, por me darem sempre o que podem e o que não podem, por me terem acompanhado e guiado em todos os meus caminhos e sobretudo, por me terem apoiado e incentivado na decisão de continuar os estudos. A vocês, um enorme obrigada por me fazerem acreditar que todo o esforço vale a pena e que no fim a recompensa vem sempre ao de cima.

À *Minha Irmã, Lara Garcia*, por ser um elo fundamental na minha vida e que, por mais que não consiga entender a importância e o esforço que um trabalho deste tipo envolve, sempre me encorajou com o seu sorriso. Um obrigado com muito amor!

À *Diana Santos* e à *Marta Rodrigues* pela sincera e profunda amizade que, desde o início, me deu coragem para seguir em frente sem recuar um passo, mesmo com tantas barreiras pela frente. Obrigada pelas palavras, pelo apoio, por todas as opiniões honestas e por todos os abraços com carinho. Obrigada por serem as meninas que me ajudaram a crescer!

Às *Minhas Colegas de trabalho, Daniela Silva, Isabel Almeida, Mónica Marques, Sofia Pereira e Telma Frias*, pela imensa compreensão e apoio demonstrado. Pelas palavras ditas recheadas de coragem e pela preocupação que sempre sentiram. A todas vocês, um obrigado especial pela amizade e por serem umas excelentes companheiras de trabalho.

À *Sara Ventura* pela ajuda inesperada e pela inteira disponibilidade de partilha de conhecimento. Obrigada por tornarem simples, o que para mim era complicado. Um obrigado com carinho!

Aos *Meus Amigos* no geral pelo apoio incondicional, pelas palavras de incentivo e sobretudo, por serem um bom ouvido nos desabafos imparáveis. Obrigada pela amizade e pelo carinho.

Ao *Daniel*, pelo apoio, pela ajuda, pela compreensão e pelo companheirismo constante que me deu. Pelas palavras sábias e doces, pelos carinhos constantes, por toda confiança e coragem transmitida no momento certo. A ti, um obrigado do tamanho do mundo por nunca me deixares ter desistido do meu sonho e sobretudo, por seres a minha sombra na conquista desta vitoriosa etapa. Sem ti, esta conquista não tinha o mesmo sabor. Por tudo e porque não existe ninguém que mereça mais, dedico esta grande conquista a ti!

Resumo

Introdução: A contraceção de emergência representa uma segunda linha de prevenção da gravidez não desejada, com eficácia contraceptiva após uma relação sexual desprotegida. Métodos mecânicos como o DIU de cobre ou hormonais como o levonorgestrel ou o acetato de ulipristal são, atualmente, as opções disponíveis no mercado. Este é um método contraceptivo reservado para situações excecionais, pois não se enquadra num método de contraceção contínuo, nem protege contra infeções sexualmente transmissíveis.

Objetivos: O objetivo principal do estudo visa caracterizar o perfil de utilização e o conhecimento relativo ao uso de contraceptivos de emergência em mulheres da cidade de Aveiro.

Métodos: Este é um estudo de carácter analítico, observacional e transversal, em que se recorreu a um questionário de autopreenchimento como instrumento de recolha de dados, o qual foi aplicado a 381 mulheres da cidade de Aveiro. As principais variáveis analisadas foram o conhecimento sobre contraceção de emergência e a utilização da mesma. Dados sociodemográficos foram também recolhidos. Para a comparação do nível de conhecimento entre três ou mais grupos independentes foi utilizado o *teste do Qui-quadrado* e o *teste de Fisher*. Para todos os testes foi utilizado um nível de significância de 5%.

Resultados: Os resultados mostraram que 86,6% das mulheres conhecem a contraceção de emergência, mas apenas 18,2% recorreu a este método. O levonorgestrel foi o método mais utilizado, e também o mais reconhecido. A falha do método de contraceção regular (50,0%) foi o motivo mais reportado como razão para a toma, e a farmácia o local de maior aquisição da contraceção de emergência (90,0%). Apesar da maior parte das inquiridas ter revelado um bom conhecimento sobre o tema, tendo a maioria respondido corretamente a quase todas as questões, ainda é desconhecido para algumas mulheres a forma de administração e os cuidados a ter após a contraceção de emergência (64% e 73,6%). Existe associação estatisticamente significativa entre o conhecimento da contraceção de emergência e todas as características sociodemográficas ($p < 0,05$) e entre o consumo de contraceptivos de emergência e a idade ($p = 0,001$).

Conclusões: A maioria dos inquiridos conhece a contraceção de emergência, mas ainda existem alguns pontos que revelam que nem todas as mulheres apresentam a mesma literacia sobre contraceção de emergência. Esta conclusão afigura-se como uma oportunidade para que sejam realizados maiores esforços educacionais, de forma a instruir a população sobre a contraceção de emergência.

Palavras-chave: Contraceção de emergência, levonorgestrel, acetato de ulipristal, DIU de cobre, relação sexual desprotegida, gravidez não desejada

Abstract

Introduction: Emergency contraception represents a primary line of prevention of unwanted pregnancy, with contraceptive effectiveness after unprotected intercourse. Mechanical methods such as copper intrauterine device, or hormonal methods, such as levonorgestrel or ulipristal acetate are currently available options on the market. This contraceptive method, should however be reserved for exceptional situations because it is not a continuous method, neither it protects against sexually transmitted diseases.

Objectives: The main objective of this study was to evaluate women's knowledge and use of Emergency contraception in a sample of women living in Aveiro city.

Methods: This was an analytical, observational and cross-sectional study. Data was collected using a self-administered questionnaire to a total of 381 women living in Aveiro city. The main outcome measures were women's knowledge of and use of Emergency contraception. Demographic data was also collected. The chi-square test and the Fisher's test were used to compare the level of knowledge among three or more independent groups. For all tests a significance level of 5%.

Results: The results showed that 86.6% of the women are aware of an emergency contraction, but only 18.2% used this method. Levonorgestrel was the most consumed and also the most recognized method among women. The failure of the regular contraception method (50.0%) was the most reported motive of use. Community pharmacies were the site of greatest acquisition of emergency contraception (90.0%). The knowledge of the respondents is in general positive, and the majority answered correctly to almost all the questions, however it is still unknown for some women how to administer and the precautions after the emergency contraception (64% e 73,6%). There was a statistically significant association between knowledge of emergency contraception and all sociodemographic characteristics ($p < 0.05$) and between emergency contraceptive use and age ($p = 0.001$).

Conclusions: Most interviewees were aware of an emergency contraception, but some present limited knowledge about the topic. This conclusion appears as an opportunity for greater educational efforts to instruct the population about emergency contraception.

Key words: Emergency contraction, levonorgestrel, ulipristal acetate, copper IUD, unprotected intercourse, unwanted pregnancy

Índice

Agradecimentos.....	vii
Resumo.....	xi
Abstract.....	xv
Introdução.....	2
CAPÍTULO I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	7
1. Contraceção de emergência.....	8
1.1 Enquadramento Legal em Portugal.....	10
1.2 Tipos de contraceptivos de emergência.....	11
i. Levonorgestrel.....	12
ii. Acetato de Ulipristal.....	13
iii. DIU de cobre.....	14
1.3 Mecanismo de ação da contraceção de emergência.....	16
i. Mecanismo de ação do levonorgestrel.....	17
ii. Mecanismo de ação do Acetato de Ulipristal.....	18
iii. Mecanismo de ação do DIU de cobre.....	18
1.4 Eficácia da contraceção de emergência.....	19
1.5 Indicações da contraceção de emergência.....	21
1.6 Reações adversas associadas à contraceção de emergência.....	24
1.7 Contra-indicações para a contraceção de emergência.....	27
1.8 Interações medicamentosas.....	29
2. Acesso à contraceção de emergência.....	30
3. Uso de contraceptivos de emergência.....	32

3.1	Escolha da contraceção de emergência.....	32
3.2	Considerações a ter com os contraceptivos de emergência.....	35
	i. Contraceptivos de emergência hormonais.....	35
	ii. DIU de cobre.....	36
4.	Aconselhamento da contraceção de emergência.....	36
4.1	O papel do profissional de farmácia no aconselhamento de contraceptivos de emergência hormonais.....	37
4.2	Informações terapêuticas relativas ao DIU de cobre.....	38
5.	Conhecimento sobre a contraceção de emergência.....	39
CAPÍTULO I – MÉTODOS.....		42
1.	Tipo de estudo.....	44
2.	População e amostra do estudo.....	44
3.	Instrumento de recolha de dados.....	45
4.	Análise estatística.....	46
5.	Aspetos Éticos.....	46
CAPÍTULO III – RESULTADOS.....		48
	Parte I – Caracterização da amostra.....	50
	Parte II – Conhecimento da contraceção de emergência.....	51
	Parte III – Utilização de contraceptivos de emergência.....	54
	Parte IV – Conhecimento, atitudes e comportamentos relativos à contraceção oral de emergência.....	61
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO.....		66
	Conclusão.....	80
	Referências Bibliográficas.....	82
	Anexos.....	86

Índice de abreviaturas, acrónimos

- PF – Planeamento familiar
- IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- GND – Gravidez não desejada
- CE – Contraceção de emergência
- RSD – Relação sexual desprotegida
- DIU – Dispositivo intra-uterino
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
- IPPF – *International Planned Parenthood Federation*
- FHI – *Family Health Administration*
- FDA – *Food and Drugs Administration*
- MNSRM – Medicamentos não sujeitos a receita médica
- FSH – Hormona folículo-estimulante
- LH – Hormona luteinizante
- EMA – Agência Europeia do Medicamento
- SIU – Sistema intra-uterino
- GE – Gravidez ectópica
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
- PFA – Profissional de farmácia
- SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

Índice de tabelas

- Tabela I: Eficácia da contraceção de emergência
- Tabela II: Falha contracetiva e necessidade de contraceção de emergência
- Tabela III: Características sociodemográficas da amostra
- Tabela IV: Outros tipos de contraceptivos de emergência conhecidos
- Tabela V: Meios de obtenção de conhecimento da contraceção de emergência
- Tabela VI: Associação entre o consumo de contraceptivos de emergência e variáveis sociodemográficas
- Tabela VII: Associação entre o tipo de contracetivo de emergência consumido com o tempo decorrido após a RSD, com o motivo de consumo e com o local de aquisição
- Tabela VIII: Associação entre a eficácia da contraceção de emergência com o tempo decorrido após a RSD e com o número e o tipo de contraceptivos de emergência consumidos
- Tabela IX: Pessoa que adquiriu a contraceção de emergência
- Tabela X: Conhecimento, atitudes e comportamentos relativos à pílula do dia seguinte

Índice de figuras

- Figura I: Ciclo menstrual da mulher
- Figura II: Algoritmo de tratamento com contraceptivos de emergência
- Figura III: Autoperceção do conhecimento sobre contraceção de emergência
- Figura IV: Tipos de contraceptivos de emergência conhecidos
- Figura V: Falha do método contraceptivo

Introdução

A prevenção de uma possível gravidez não intencional é uma questão de saúde pública com bastante importância e que engloba alguma preocupação (Cleland, Raymond, Westley, & Trussell, 2014). As relações sexuais não protegidas ocorrem por múltiplas e complexas razões, que podem ir desde a não utilização de nenhuma proteção até ao caso mais grave e preocupante, como a violência sexual (Cleland et al., 2014).

Felizmente já existem diversos métodos contraceptivos que protegem não só uma possível gravidez como também a transmissão de infeções sexualmente transmissíveis, se forem usados de forma regular. No entanto, a ciência atual já permite que hajam outros tipos de contraceptivos, usados após uma relação sexual sem qualquer proteção, que permitem unicamente a prevenção da gravidez.

A disponibilidade de várias opções para a contraceção de emergência torna-se uma vantagem essencial para a mulher que esteja em risco de gravidez após uma relação sexual desprotegida (Cleland et al., 2014). No entanto, este tipo de métodos carece de uma utilização segura e responsável e sempre com a consciência que não é um método rotineiro e que nem sempre funciona de forma eficaz.

A presente dissertação prende-se exatamente neste assunto, abordando temas relacionados com a contraceção de emergência no que diz respeito ao seu conhecimento e consumo na cidade de Aveiro. Sendo assim, de forma a estudar o uso de contraceptivos de emergência na cidade de Aveiro, esta investigação apresenta diversos objetivos, podendo destacar-se o objetivo principal dos secundários.

Objetivos

O objetivo principal visa caracterizar o perfil de utilização e o conhecimento relativo ao uso de contraceptivos de emergência na cidade de Aveiro.

Embora os restantes objetivos se enquadrem nos secundários, não deixam de ter igualmente importância ao longo da investigação. Sendo assim, relativamente aos objetivos secundários, pretende-se:

1. Verificar se existe associação entre as características socio-demográficas e o conhecimento de contraceção de emergência;
2. Verificar se existe associação entre as características socio-demográficas e o consumo e/ou utilização de contraceptivos de emergência;
3. Verificar se existe associação entre o número de tomas de contraceptivos de emergência com as características socio-demográficas;
4. Avaliar quais os contraceptivos de emergência que mais se consomem;
5. Avaliar os motivos que levam ao consumo de contraceptivos de emergência;
6. Avaliar quais os métodos contraceptivos que mais falham, levando assim ao consumo de contraceptivos de emergência;
7. Verificar se existe associação entre o tipo de contraceptivo de emergência utilizado com o tempo que decorreu após a relação sexual;
8. Verificar quais os locais onde se adquirem com mais frequência os contraceptivos de emergência;
9. Analisar se existe associação entre o contraceptivo de emergência consumido, com os tipos de contraceptivos conhecidos, o motivo da toma e o local de aquisição;
10. Verificar se existe associação entre as características socio-demográficas com a pessoa que adquiriu o contraceptivo de emergência.
11. Avaliar se existe associação entre a eficácia do contraceptivo com o tempo decorrido após a relação sexual e o número de vezes de contraceptivos de emergência consumidos;
12. Verificar se existe associação entre a eficácia e o tipo de contraceptivo tomado;
13. Verificar se existe associação entre a não eficácia do contraceptivo e o aborto induzido;
14. Caracterizar o conhecimento, as atitudes e os comportamentos quanto ao uso de contraceptivos de emergência orais;
15. Verificar se existe associação entre o conhecimento, as atitudes e os comportamentos relativos à pílula do dia seguinte com o tipo de contraceptivo tomado;

Estrutura da Dissertação

A presente dissertação divide-se em quatro capítulos. O capítulo I diz respeito à revisão bibliográfica do tema onde são abordados tópicos relacionados com os contraceptivos de emergência, começando por uma análise detalhada de cada tipo de contraceptivo de emergência existente e terminando no aconselhamento destes mesmo métodos. No capítulo II são abordados todos os métodos que se utilizaram na elaboração de toda a investigação, nomeadamente em relação ao instrumento de recolha de dados, à amostra do estudo e a todos os procedimentos estatísticos utilizados. No capítulo III descreve-se os resultados obtidos na investigação. E, finalmente, no capítulo IV são analisados e discutidos os resultados obtidos.

CAPÍTULO I

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

O acesso à saúde sexual e reprodutiva, é um direito fundamental de qualquer cidadão (Barcia, Díaz, & Carvajal, 2009; Pacheco et al., 2015). Entende-se por “saúde sexual e reprodutiva”, o direito que cada indivíduo tem em decidir quando e com que frequência se quer reproduzir, aliado à possibilidade de poder usufruir de uma vida sexual ativa e, sobretudo, segura (Aguiar, Guimas, Reis, Baião, & Teixeira, 2011; Barcia et al., 2009; Berlofi, Alkmin, Barbieri, Guazzelli, & Araújo, 2006; Direcção Geral da Saúde, 2001).

O planeamento familiar (PF) representa uma componente fundamental na prestação de cuidados básicos na saúde reprodutiva (Direcção Geral da Saúde, 2001). Atividades interligadas com a promoção da saúde, nomeadamente, informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce de infeções sexualmente transmissíveis (IST), prestação de cuidados pré-concepcionais, fornecimento de informações precisas e esclarecedoras a cerca de todos os métodos contraceptivos, elucidar sobre as consequências da gravidez não desejada (GND), entre outras, constituem medidas integrantes dos cuidados de saúde primários no âmbito da medicina geral e familiar (Direcção Geral da Saúde, 2001).

De acordo com o Decreto-Lei nº259/2000 de 17 de outubro, em cada centro de saúde, deverá existir uma equipa multiprofissional, capacitada para responder a todas as necessidades da população de modo a promover e garantir um atendimento imediato em todas as situações que assim o justifiquem, um encaminhamento adequado ponderando o grau de urgência e, finalmente, a consulta de PF propriamente dita onde deverão existir contraceptivos para distribuição gratuita aos utentes (Assembleia da República, 2010, 2000; Direcção Geral da Saúde, 2001). Atualmente, os métodos de contraceção de emergência (CE) já fazem parte do PF de forma a que a mulher ou o casal possa usufruir do seu direito à saúde sexual e reprodutiva (Alano, Costa, Miranda, & Galato, 2012b).

O PF assim como o investimento na formação populacional no grande tema da educação sexual, assume uma posição de extrema importância na salvaguarda da correta utilização deste tipo de métodos contraceptivos (Direcção Nacional). Deste modo, aquando da dispensa dum contraceptivo de emergência é fulcral encaminhar a mulher ou o casal para as consultas de PF para dar

seguimento à situação e evitar episódios do mesmo género, adotando um método de contraceção regular (Direcção Nacional; INFARMED, 2014c, 2014d).

Ao longo das últimas décadas, a investigação impulsionou a descoberta de diversos métodos contraceptivos, que além de estarem disponíveis, são seguros e bastante eficazes (Berlofi et al., 2006; Pacheco et al., 2015; Petiz et al., 2003). O forte desenvolvimento da saúde sexual e reprodutiva, com a crescente divulgação de diversas informações relacionadas com esses métodos, permite que a mulher disponha, hoje em dia, de um leque bastante diversificado de opções contraceptivas e que as possa utilizar de forma mais segura e correta (Berlofi et al., 2006).

De entre os diversos métodos contraceptivos, a CE tem o objetivo de evitar uma GND e não planeada após uma relação sexual desprotegida (RSD), seja por falha do método contraceptivo habitual, pelo não uso de algum tipo de contraceção ou por violência sexual (Aguiar et al., 2011; Barcia et al., 2009; Consortium, 2013; Costa, Wannmacher, Costa, & Tierling, 2012; Fok & Blumenthal, 2016; INFARMED, 2001; Pacheco et al., 2015).. Face a esta definição, a CE deve ser usada somente após o coito, mas antes da gravidez ocorrer (Shen, Che, Showell, Chen, & Cheng, 2017). O acesso à contraceção de emergência é um direito de qualquer cidadão, salvaguardado pelo quadro legislativo em vigor (Assembleia da República, 2010; INFARMED, 2001; Pacheco et al., 2015).

Esta terapêutica funciona como uma segunda linha de prevenção primária da GND, uma vez que é o único método que pode produzir algum efeito preventivo após uma relação sexual com risco de uma gravidez associada (Aguiar et al., 2011; McKeage & Croxtall, 2011). No entanto, a utilização da CE deve ser reservada para situações excecionais e efetuada sempre de forma ocasional (Barcia et al., 2009; Direcção Nacional; Shen et al., 2017; Wannmacher, 2005). Além disso, a mulher deve ser alertada de que não se trata de um método de contraceção contínuo, nem protege contra IST (Barcia et al., 2009; Braz, Faria, & Nabas; Direcção Nacional).

A sua utilização é segura e não está associada a efeitos teratogénicos, (Aguiar et al., 2011; Barcia et al., 2009; Bosworth, Olusola, & Low, 2014; Braz et al.; Consortium, 2013; Ferreira, 2005; Pacheco et al., 2015; Saito & Leal, 2007). No entanto, importa salientar que a CE apenas previne uma possível gravidez que decorra de uma RSD antes da sua toma, o que implica que a mulher possa engravidar, caso após o uso deste método contraceptivo esteja em período fértil, e volte a ter alguma RSD (Aguiar et al., 2011).

Os métodos de CE consistem na implantação de um dispositivo intra-uterino (DIU) no útero da mulher (ação mecânica), ou na ingestão de uma substância hormonal (ação hormonal), como o levonorgestrel ou o acetato de ulipristal nos dias seguintes à relação sexual (Consortium, 2013; Costa et al., 2012; Ferreira, 2005; Pacheco et al., 2015; Pacheco et al., 2011; Stone, Rafie, El-Ibiary, Vernon, & Lodise, 2017; WorldHealthOrganization, 2012)

Face à ampla experiência de utilização, e como forma de prevenir uma gravidez indesejada ou não planeada após uma RSD, a Organização Mundial de Saúde (OMS), incluiu em 2011, a CE com levonorgestrel na lista dos medicamentos essenciais (Bastos, Ventura, & Brandão, 2014; Pacheco et al., 2015; Souza, 2008; Wannmacher, 2005). Em paralelo, a CE também é recomendada por outras entidades como a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), a *Family Health International* (FHI) e pela maioria das agências reguladoras, incluído a *Food and Drug Administration* (FDA)(Constantino, 2010).

1.1 ENQUADRAMENTO LEGAL EM PORTUGAL

A CE hormonal é uma situação passível de automedicação, dado que são medicamentos considerados medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) uma vez que apresentam como finalidade aliviar e tratar patologias de saúde não graves e de carácter passageiro, de forma responsável e com aconselhamento e acompanhamento opcional de um profissional de saúde (INFARMED, 2007). Os MNSRM incluem todos aqueles fármacos que não constituem direta ou indiretamente algum risco quando são utilizados sem vigilância médica, mesmo que sejam utilizados para o fim a que se destinam, que não contenham substâncias ou preparações à base dessas substâncias cuja atividade ou efeitos secundários sejam necessários aprofundar ou ainda que não sejam de administração por via parentérica (INFARMED, 2007). Importa esclarecer que o recurso aos MNSRM deve estar restrito a situações clínicas particulares e a sua dispensa deve seguir as especificações instituídas para este tipo de medicamentos (INFARMED, 2007).

A garantia de acesso em tempo real à CE, assim como às consultas de PF, é salvaguardada pela Lei n.º 12 de 29 de Maio de 2011 da Constituição Portuguesa (INFARMED, 2001) que tem também

como objetivo reforçar os meios de prevenção da GND, intensificando o direito à informação da CE no que diz respeito à sua utilização e às suas indicações (INFARMED, 2001).

De acordo com a mesma lei, os contraceptivos de emergência englobam os medicamentos que tenham indicação para esse mesmo efeito e com autorização de introdução no mercado e como são considerados MNSRM, podem ser adquiridos de forma livre sem ser necessário a apresentação da receita médica para a sua aquisição (INFARMED, 2001, 2007). Como o acesso à CE se encontra facilitado é imprescindível que a dispensa e a venda deste tipo de métodos contraceptivos seja feita sob orientação de um profissional de saúde devidamente qualificado, e que por outro lado, se promovam campanhas informativas e esclarecedoras sempre direcionadas para as necessidades específicas da população-alvo (INFARMED, 2001).

1.2 TIPOS DE CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Durante largos anos, o método *Yuzpe*, atualmente em desuso, foi utilizado em Portugal como um método contraceptivo de emergência (Pacheco et al., 2015). Este método implica a utilização de contraceção oral combinada (pílula hormonal), através da administração planeada de estrogénios e progestagénios sintéticos, em dose e sequência específica, até cinco dias após a relação sexual desprotegida (Bosworth et al., 2014; Direcção Nacional; Ferreira, 2005; Pacheco et al., 2015). O etinilestradiol (estrogénio) e o levonorgestrel (progestagénio) são as hormonas recomendadas pela OMS para o efeito de contraceção de emergência (Bataglião & Mamede, 2011; Ferreira, 2005). Geralmente, para ter efeito de contraceptivo de emergência seria necessário atingir a dose total de 0.1-0.12 miligramas de etinilestradiol e 0.50-0.60 miligramas de levonorgestrel, o que obrigava à administração total de 8 comprimidos divididos em duas tomas com um intervalo de 12 horas ou uma administração dos 8 comprimidos em dose única (Pacheco et al., 2015). Contudo, estatisticamente, este método apenas prevenia 3 em 4 gravidezes (Braz et al.; Direcção Nacional).

Embora ainda se utilize quando o acesso à CE é dificultado, o método *Yuzpe* é menos eficaz, e a frequência e a intensidades dos efeitos adversos são superiores aos contraceptivos de emergência atualmente utilizados (Cleland et al., 2014; Direcção Nacional; Pacheco et al., 2015). Estas razões justificam a preferência pelos métodos que usam apenas progestagénios,

atendendo a que possuem maior eficácia e menos reações adversas (Braz et al; Direcção Nacional; Petiz et al, 2003). Além disso, estão associadas algumas limitações ao método *Yuzpe*, nos casos em que os estrogénios estão contraindicados, situação que não se coloca com os métodos atualmente em uso, uma vez que estão isentos de estrogénios (Ferreira, 2005).

O DIU, usado por aproximadamente 150 milhões de mulheres de várias nacionalidades, assume-se como o método contraceptivo reversível mais frequentemente utilizado no mundo, apresentando uma eficácia elevadíssima aliado à vantagem de poder ser utilizado por um período de tempo prolongado (Holanda et al, 2013; Ministério, da, & Saúde). Atualmente, em Portugal, podem ser encontradas três versões: o DIU de cobre, o DIU de cobre e prata e o DIU contendo levonorgestrel. Em relação aos dispositivos intra-uterinos, o estudo em questão apenas se irá centrar no DIU de cobre, uma vez que é único método mecânico deste tipo que pode funcionar como contraceptivo de emergência, segundo a OMS (Holanda et al, 2013; WorldHealthOrganization, 2012). Os dispositivos inertes de polietileno já não se encontram comercializados em Portugal (Direcção Geral da Saúde, 2001).

Em suma, atualmente, em Portugal, estão disponíveis três métodos de contraceção de emergência, o levonorgestrel, o acetato de ulipristal e o DIU de cobre, sendo este último o mais eficaz e primeiro o que apresenta uma menor eficácia (Pacheco et al, 2015; Pacheco et al, 2011). De seguida detalham-se algumas características dos três métodos usados na contraceção de emergência.

i. Levonorgestrel

O levonorgestrel pertencente ao grupo das hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas, mais especificamente ao grupo das hormonas sexuais, subgrupo dos progestagénios (INFARMED, 2014c, 2014d; INFARMED & Portuguesa). Apresenta-se sob a forma de um comprimido oral de toma única (INFARMED, 2014c, 2014d; Lima, 2014; Pacheco et al, 2015).

O seu uso destina-se após uma RSD ou em caso de falha de um método contraceptivo (INFARMED, 2014c, 2014d; Pacheco et al, 2015). O comprimido deve ser administrado logo que

seja possível, preferencialmente nas 12 horas posteriores à relação sexual e nunca ultrapassando as 72 horas (INFARMED, 2014c, 2014d; Lima, 2014; Pacheco et al., 2015). A eficácia do levonorgestrel é tanto maior quanto mais rápida for a toma após a relação sexual (Aguiar et al., 2011; Bataglião & Mamede, 2011; INFARMED, 2014c).

Como marcas comerciais, é possível encontrar no mercado a Postinor® e a Norlevo® (INFARMED, 2014c, 2014d; Pacheco et al., 2015).

Ambas as marcas têm a maioria dos aspetos, cuidados e indicações muito semelhantes, contudo existem algumas diferenças entre elas no que diz respeito às suas propriedades farmacocinéticas (INFARMED, 2014c, 2014d). Em ambas as marcas a absorção do levonorgestrel é feita muito rapidamente e quase na sua totalidade, apresentando assim uma biodisponibilidade de aproximadamente 100% (INFARMED, 2014c, 2014d). No entanto, a concentração plasmática máxima de levonorgestrel na Postinor® é atingida ao fim de 2 horas e enquanto na Norlevo® é atingida apenas ao fim de 3 horas (INFARMED, 2014c, 2014d).

No que diz respeito à distribuição, tanto a Postinor® como a Norlevo®, ligam-se fortemente às globulinas de ligação das hormonas sexuais, variando apenas o tempo de semivida plasmática entre ambas, que na Postinor® é de 26 horas e na Norlevo® é de 43 horas, aproximadamente (INFARMED, 2014c, 2014d).

Relativamente à biotransformação e à eliminação, ambas as marcas são hidroxiladas no fígado, dando origem a metabolitos que são eliminados por via renal e hepática na Norlevo® e pela urina e pelas fezes na Postinor (INFARMED, 2014c, 2014d).

Os fármacos contendo unicamente levonorgestrel na sua composição, representam os contraceptivos de emergência mais indicados pela OMS (Braz et al.).

ii. Acetato de Ulipristal

O acetato de ulipristal pertencente ao grupo das hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas, mais especificamente ao grupo das hormonas sexuais, subgrupo dos anticoncecionais (EMA, 2014; INFARMED & Portuguesa).

O tratamento consiste na administração por via oral de um comprimido de toma única (EMA, 2014; McKeage & Croxtall, 2011; Pacheco et al., 2015). A administração deve ser feita o mais cedo possível, de preferência nas 12 horas que se seguem à RSD, podendo ser administrado até às 120 horas (5 dias) (EMA, 2014; Jadav & Parmar, 2012; Pacheco et al., 2015; Pacheco et al., 2011).

Relativamente às propriedades farmacocinéticas, o acetato de ulipristal possui uma absorção bastante rápida atingindo a concentração plasmática máxima após 1 hora (EMA, 2014; McKeage & Croxtall, 2011). Quanto à distribuição, apresenta uma forte ligação (>98%) às proteínas plasmáticas (EMA, 2014; Jadav & Parmar, 2012; McKeage & Croxtall, 2011). É amplamente metabolizado pelo CYP3A4 no fígado, dando origem a metabolitos mono-desmetilados, di-desmetilados e hidroxilados, contudo apenas os mono-desmetilados é que se apresentam farmacologicamente ativos (EMA, 2014; Jadav & Parmar, 2012; McKeage & Croxtall, 2011).

A Ellaone® é a única marca comercial disponível para esta substância (EMA, 2014; Pacheco et al., 2015; Pacheco et al., 2011)

iii. DIU de cobre

O DIU de cobre é um pequeno aparelho em forma de “T”, constituído por plástico e que contem polietileno na base da sua constituição sendo este coberto por cobre na haste vertical e horizontal, estando desprovido de látex na sua composição (Giordano, Giordano, & Panisset, 2015; Ministério et al.). No que diz respeito à sua colocação, o dispositivo é inserido durante um exame ginecológico, após um exame geral prévio e a uma avaliação clínica da paciente (Ministério et al.; Pacheco et al., 2011).

Como contraceptivo de emergência, destina-se a ser aplicado após uma RSD ou em caso de falha de um método contraceptivo, devendo ser aplicado nas 120 horas após a RSD ou nos 5 dias a partir da data prevista para a ovulação (Barcia et al., 2009; Direcção Geral da Saúde, 2001; Ministério et al.; Pacheco et al., 2015; Pacheco et al., 2011; World Health Organization, 2012).

Como marcas comerciais, é possível encontrar no mercado a Mona Lisa NV®, SBM Corporation of India TCu 380A ® e SBM Corporation of India Cu 375 Standard ® (India, 2003a, 2003b; Recordart, 2015).

1.3 MECANISMO DE AÇÃO DA CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

A forma de atuação da CE depende do método utilizado, uma vez que cada substância atua de forma diferente no organismo (Pacheco et al., 2015).

Como dois dos métodos aqui analisados são hormonas, à exceção do DIU de cobre, e para melhor compreensão dos mecanismos de ação dos mesmos é fundamental lembrar o ciclo menstrual da mulher. O ciclo menstrual da mulher dura, em média 28 dias, podendo variar entre os 21 e os 35 dias e corresponde ao período de tempo que decorre entre o início do fluxo menstrual (menstruação) e o início do fluxo menstrual seguinte (Aguiar et al., 2011; Constantino, 2010; Direcção Nacional; Fernandes, Fortunato, & Correia-Pinto).

É regulado pela atividade hormonal do hipotálamo, hipófise e ovários, que funcionando interligados controlam a secreção de substâncias que se influenciam e se modulam entre si (Aguiar et al., 2011; Direcção Nacional; Fernandes et al.). A secreção de estrogénios e progesterona, articulando-se com o sistema hipotálamo-hipófise, regulam a secreção de gonadotrofinas, a hormona folículo estimulante (FSH) e a hormona luteinizante (LH) (Aguiar et al., 2011; Direcção Nacional; Fernandes et al.). As concentrações destas hormonas variam ao longo do ciclo, podendo este ser dividido em três fases sequenciais distintas: a fase folicular, a fase ovulatória e a fase luteínica, tal como se pode observar na **figura I**. (Aguiar et al., 2011; Direcção Nacional; Fernandes et al.).

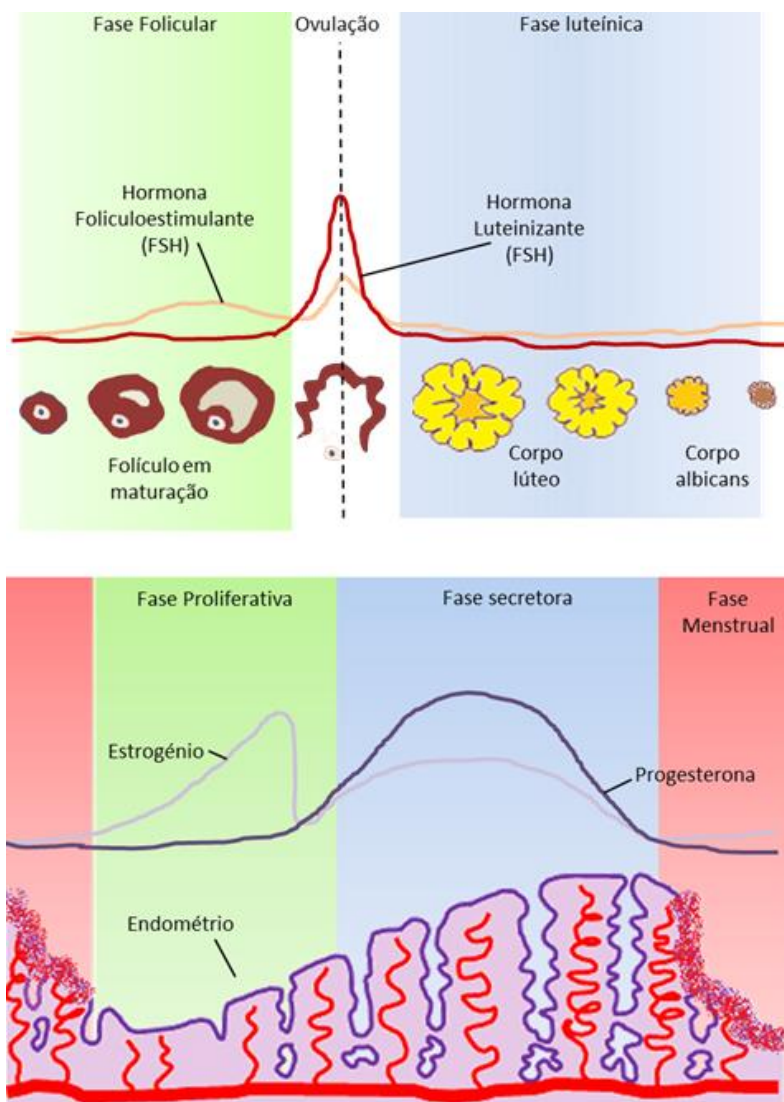


Figura I: Ciclo Menstrual da Mulher, (fonte: http://metis.med.up.pt/index.php/Ficheiro:Ciclo_hormonal_01.png)

A fase folicular inicia-se com o primeiro dia da hemorragia menstrual e tem uma duração média de 15 dias até se atingir a fase ovulatória (Fernandes et al.). O início desta fase é marcado pelo aumento da concentração da FSH e pelo início da síntese de estrogénios que são responsáveis pela maturação dos folículos (Aguiar et al., 2011; Direcção Nacional). No último período desta fase, as concentrações elevadíssimas de estrogénios induzem a libertação maciça de FSH e LH, sendo esta libertação rápida e em grande quantidade desta última hormona que induz o processo ovulatório (Aguiar et al., 2011; Direcção Nacional; Fernandes et al.). O pico de LH que ocorre

aproximadamente a meio do ciclo é fator suficiente para a ovulação que decorre, sensivelmente, 20 horas mais tarde (Aguiar et al., 2011; Direcção Nacional).

A fase ovulatória, tal como foi referido anteriormente, rege-se pelo aumento das concentrações hormonais sanguíneas e dura entre 1 a 3 dias, terminando na ovulação, processo este que corresponde à libertação do ovócito para as Trompas de Falópio onde é transportado para o local onde possa ocorrer uma possível fecundação (Aguiar et al., 2011; Direcção Nacional; Fernandes et al.).

A fase luteínica inicia-se logo após a ovulação, com uma duração média de 13 dias, e termina no primeiro dia do fluxo menstrual (Aguiar et al., 2011; Direcção Nacional; Fernandes et al.). É marcada pela descida das concentrações da FSH e LH, mantendo-se relativamente baixas no decorrer desta fase ao mesmo tempo que os níveis de progesterona aumentam devido a segregação desta pelo corpo amarelo (Aguiar et al., 2011; Direcção Nacional; Fernandes et al.). Caso não ocorra fecundação, o corpo amarelo diminui a sua produção hormonal, dando origem ao aparecimento do fluxo menstrual através da descamação da camada funcional do endométrio (Aguiar et al., 2011; Direcção Nacional).

i. Mecanismo de ação do levonorgestrel

O levonorgestrel inibe ou atrasa a ovulação por um intervalo que pode alcançar os 5 dias, dependendo da fase do ciclo em que a mulher está e do intervalo de tempo que passou após a RSD, uma vez que tem ação sobre a hipófise suprimindo o pico de LH (INFARMED, 2014c; Lima, 2014; McKeage & Croxtall, 2011; Pacheco et al., 2015; Pacheco et al., 2011; Stone et al., 2017). A sua ação depende diretamente da proximidade da sua administração com o pico de LH, isto é, o levonorgestrel pode adiar ou inibir a rotura folicular ou ainda interferir com a formação do corpo lúteo, no caso da relação sexual não protegida ter ocorrido na fase pré-ovulatória (INFARMED, 2014d; McKeage & Croxtall, 2011; Pacheco et al., 2011; Zucchi, Jr, Zucchi, & Camano, 2004). O levonorgestrel consegue interromper ou inibir a ovulação em 96% dos ciclos se for administrado em presença de um folículo ovariano com 12 a 17 mm de diâmetro (Shen et al., 2017).

Este método apenas apresenta eficácia se for unicamente administrado antes de ocorrer a subida de LH e, por isso, não apresenta efeito contraceptivo se for administrado na fase ovulatória

ou pós-ovulatória (Batur, Kransdorf, & Casey, 2016; Fok & Blumenthal, 2016; INFARMED, 2014c; Pacheco et al, 2015; Shen et al, 2017). Isto explica a necessidade e efetuar a administração do levonorgestrel o mais próximo possível da RSD (Shen et al, 2017).

ii. Mecanismo de ação do acetato de ulipristal

O acetato de ulipristal é um modelador seletivo sintético do recetor da progesterona, uma vez que o seu mecanismo de ação se centra na ligação, com grande afinidade, ao recetor da progesterona humano, modificando a atividade natural da mesma (Aguiar et al, 2011; EMA, 2014; Jadav & Parmar, 2012; McKeage & Croxtall, 2011; Pacheco et al, 2011).

Este composto atua na fase pré-ovulatória precoce e tardia, pois suprime o aumento da hormona LH, antes da sua subida e até ao seu pico, acabando por atrasar ou até mesmo inibir a ovulação (Batur et al, 2016; Cleland et al, 2014; EMA, 2014; Fok & Blumenthal, 2016; McKeage & Croxtall, 2011; Pacheco et al, 2015). Mesmo no dia do pico da hormona LH, o acetato de ulipristal consegue retardar a ovulação 24 a 48 horas após a administração (Jadav & Parmar, 2012). Dados farmacodinâmicos afirmam que até mesmo quando é administrado imediatamente antes da ovulação, o acetato de ulipristal está apto para adiar a rotura folicular na maioria dos casos (EMA, 2014).

iii. Mecanismo de ação do DIU de Cobre

O mecanismo de ação preciso do DIU de cobre ainda é pouco conhecido, contudo, pensa-se que possa agir por ser um corpo estranho intra-uterino e que provoca diversas alterações morfológicas e bioquímicas pela ação específica do cobre (Giordano et al, 2015; Pacheco et al, 2011). Atua na fase pré-ovulatória, ovulatória e pós-ovulatória (Pacheco et al, 2015). O DIU de cobre quando utilizado como contraceptivo de emergência, pode impedir que o oócito seja fertilizado caso seja aplicado antes da fertilização ou também evitar a implantação se for inserido numa fase mais tardia (Shen et al, 2017).

Admite-se que o cobre desenvolva uma reação inflamatória citotóxica no endométrio com consecutivas alterações bioquímicas e morfológicas tanto no endométrio como no muco cervical, criando condições completamente adversas para a nidação (Barcia et al, 2009; Giordano

et al., 2015; Holanda et al., 2013; Pacheco et al., 2015; Pacheco et al., 2011). Paralelamente, impede também a fertilização pela toxicidade que o cobre tem sobre o esperma e sobre o óvulo, através da inibição da mobilidade e da capacitação, da diminuição da sobrevivência e da fagocitose do esperma (Barcia et al., 2009; Giordano et al., 2015; Holanda et al., 2013; Ministério et al.; Pacheco et al., 2015; Pacheco et al., 2011; WorldHealthOrganization, 2012).

Ao contrário dos contraceptivos de emergência hormonais, o DIU de cobre não inibe a ovulação, mas sim cria condições completamente hostis no óvulo, nos espermatozoides e no endométrio, devido à ação agressiva do cobre, impedindo, desta forma, a gravidez (Giordano et al., 2015; Pacheco et al., 2015; Pacheco et al., 2011).

1.4 EFICÁCIA CLÍNICA DA CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Os três tipos contraceptivos de emergência reduzem significativamente a probabilidade de gravidez, contudo o DIU de cobre é a opção mais efetiva com 99% de eficácia (Cleland et al., 2014; Stone et al., 2017). Estudos comparativos da eficácia dos vários métodos contraceptivos de emergência afirmam que o DIU de cobre é, sem margem para dúvida, o método mais eficaz, apresentando-se com uma taxa de falha de 0,04 a 0,19%, seguindo-se o acetato de ulipristal com 1,4% de falha e, por fim, o levonorgestrel com uma taxa de falha variável entre os 2 e os 3% (Batur et al., 2016; Pacheco et al., 2015).

Tal como já foi referido anteriormente, a CE pode ser utilizada até 5 dias após a RSD, mas geralmente é mais efetiva quanto mais precoce for a sua administração, com exceção do DIU de cobre em que a eficácia se mantém constante no decorrer das 120 horas (Aguiar et al., 2011; Consortium, 2013; DirecçãoGeraldaSaúde, 2001; INFARMED, 2014d; Pacheco et al., 2015; WorldHealthOrganization, 2012). Esta informação encontra-se resumida na **tabela I** (Aguiar et al., 2011; DirecçãoNacional; Pacheco et al., 2015; Pacheco et al., 2011).

Tabela I: Eficácia da contraceção de emergência, adaptado de Pacheco A, Costa AR, Martins I, Palma F, Sousa F, Almeida MdC, et al. 2015; Aguiar AHd, Guimas AS, Reis LB, Baião LR, Teixeira MM. 2011; Pacheco A, Machado AI, Costa AR, Lanhoso A, Cruz E, Palma F, et al. 2011.

Método	Taxa de eficácia	Número de mulheres que engravidaram por 1000 mulheres
DIU de Cobre	> 99% (nos 5 dias após RSNP)	1 mulher
Acetato de Ulipristal	99,1 % quando utilizado 0 – 24h 98,6 % quando utilizado 0 – 72h 98,7 % quando utilizado 0 – 120h	5 mulheres
Levonorgestrel	95 % quando utilizado 0 – 23h 85 % quando utilizado 24 – 48h 58 % quando utilizado 49 – 72h	10 mulheres

A eficácia do levonorgestrel não é conhecida passadas 72 horas após a RSD (Aguiar et al., 2011; Direcção Nacional; Pacheco et al., 2015). A OMS prevê que a eficácia deste, alargando a sua administração até às 120 horas, desça para os 15-20% aproximadamente (Pacheco et al., 2015).

O DIU de cobre, por ter uma ação independente das atitudes da usuária, a sua eficácia na prática assemelha-se muito à eficácia teórica, o que faz deste um método altamente eficaz, significando que em 1000 mulheres que utilizem o DIU de cobre, apenas 1 mulher irá ficar grávida durante o primeiro ano de utilização (Direcção Geral da Saúde, 2001; Giordano et al., 2015; Ministério et al.; Pacheco et al., 2015; Pacheco et al., 2011; World Health Organization, 2012). Por outro lado, este método de contraceção mantém a mesma eficácia com o passar dos anos, pelo menos nos 5 primeiros (Ministério et al.; Pacheco et al., 2015). Em contrapartida, a eficácia do dispositivo é tanto maior, quanto mais adultas forem as mulheres ou se já tiverem sido mães (Direcção Geral da Saúde, 2001; Ministério et al.; Pacheco et al., 2011).

Comparando o levonorgestrel com o acetato de ulipristal, este último acaba por ser mais eficaz, mesmo quando a administração é feita nas primeiras 24 horas (Batur et al., 2016; Pacheco et al., 2015). Esta conclusão, pode estar relacionada com o facto do acetato de ulipristal possuir ação contraceptiva mesmo quando o pico de LH já começou a aumentar, o que em contrapartida, já não

se processa da mesma forma com o levonorgestrel, uma vez que este apenas apresenta efeito contraceptivo antes da subida do pico de LH, deixando de surtir efeito caso este inicie o seu aumento (Cleland et al., 2014; EMA, 2014; INFARMED, 2014c, 2014d; McKeage & Croxtall, 2011).

Muitos são os estudos, embora limitados e de certa forma inconclusivos, que asseguram que o aumento do peso corporal ou do índice de massa corporal estão diretamente relacionados com uma menor eficácia dos contraceptivos de emergência orais (EMA, 2014; INFARMED, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d; Shen et al., 2017). Estas conclusões são biologicamente plausíveis, pois existem evidências que entre as mulheres que tomam a mesma dose de levonorgestrel, a concentração sérica é 50% menor naquelas que apresentam um Índice de Massa Corporal de 30kg/m² ou mais, em comparação com aquelas com índice de massa corporal normal ou baixo (menos de 25kg/m²) (Shen et al., 2017). Mesmo assim, de acordo com a Agência Europeia do Medicamento (EMA), os contraceptivos de emergência devem continuar a ser administrados independentemente do peso ou do índice de massa corporal da mulher, uma vez que os benefícios associados à toma superam os riscos (Pacheco et al., 2015). Em contrapartida, o DIU de cobre mantém a sua eficácia mesmo em mulheres que possuam excesso de peso ou que tenham um índice de massa corporal mais elevado (Edwards, Panjwani, Pendrith, Ly, & Dunn, 2017).

A CE oral tende a ser menos eficaz com o seu uso consecutivo, repetido e inadequado (Saito & Leal, 2007).

1.5 INDICAÇÕES DA CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

O uso da CE está reservado para situações específicas e excecionais que englobem um risco elevado de ocorrência de GND (Ferreira, 2005, 2014; Pacheco et al., 2015; Wannmacher, 2005). Contudo, a determinação do risco de gravidez pode ser difícil de precisar, dependendo de vários fatores tais como a data de ovulação, a fertilidade do casal e o uso ou não de contraceção (McKeage & Croxtall, 2011; Pacheco et al., 2015).

Consta-se que a ovulação ocorra aproximadamente no 14º dia antes do ciclo menstrual seguinte e que ocorre 10 a 20 horas após o pico de LH, o que permite concluir que a determinação do

período fértil da mulher é uma tarefa árdua, pois varia de mulher para mulher, especialmente naquelas que apresentam ciclos menstruais irregulares (Aguilar et al., 2011; Direcção Nacional; Pacheco et al., 2015). Embora sejam poucos os dias em que a mulher não esteja exposta a uma possível gravidez, teoricamente nos 3 primeiros dias do ciclo, o período fértil deve ser estimado entre 2 dias antes e 2 dias após a ovulação (Aguilar et al., 2011; Direcção Nacional; Pacheco et al., 2015). No entanto, a fecundação tem uma maior probabilidade de se suceder no momento da ovulação ou nas 24 horas posteriores (Constantino, 2010; Pacheco et al., 2015).

A CE está indicada para várias situações de relações sexuais não protegidas, mais especificamente, relações sexuais em que o método contraceptivo utilizado habitualmente falhou ou foi indevidamente usado, relações sexuais sem utilização de um único método contraceptivo ou em todos aqueles casos onde houve algum tipo de crime sexual em mulheres habitualmente não utilizadoras de um método contraceptivo (Consortium, 2013; INFARMED, 2014a, 2014b; Pacheco et al., 2015; WorldHealthOrganization, 2012). Está indicado em qualquer fase da vida reprodutiva e em qualquer fase do ciclo menstrual (Constantino, 2010).

Torna-se necessário considerar que nem sempre a utilização de métodos contraceptivos segue um percurso constante, isto porque, em algumas situações o método utilizado é alterado consoante os relacionamentos, acabando por ser importante frisar que nestes casos, a CE pode advir como uma alternativa emergencial para preencher uma lacuna em momentos como a mudança de parceiro, a alteração de métodos contraceptivos ou até mesmo insegurança em relação ao método utilizado, podendo afirmar-se que, em algumas situações, o recurso à CE pode ser devido a um uso incorreto dos contraceptivos regulares e nem sempre por falha dos mesmos (Bataglião & Mamede, 2011; Raine et al., 2005).

Das situações mais comuns associadas à falha ou ao uso inadequado dos métodos contraceptivos habituais, destaca-se o rompimento do preservativo ou esquecimento na toma dos contraceptivos orais (Direcção Geral da Saúde, 2001; EMA, 2014; Ferreira, 2014; Souza, 2008; WorldHealthOrganization, 2012). A **tabela II** mostra as possíveis situações onde pode ser necessário o recurso da CE por ter ocorrido uma falha ou um uso inadequado do contraceptivo habitualmente utilizado.

Tabela II: Falha contraceptiva e necessidade de Contraceção de emergência, adaptado de Pacheco A, Costa AR, Martins I, Palma F, Sousa F, Almeida MdC, et al. 2015

<i>MÉTODO CONTRACETIVO</i>	FALHA CONTRACETIVA E NECESSIDADE DE CE
<i>Preservativo</i>	- Não utilização do preservativo desde o 1º contacto do pénis com a vagina; - O preservativo escorregou ou rompeu dentro da vagina; - Retenção de preservativo na vagina;
<i>Contraceção oral com progestagénio</i>	- Atraso superior a 36 h na toma da pílula; - Relação sexual não protegida por método barreira durante o uso de medicamentos indutores enzimáticos e nos 28 dias após a sua suspensão, devido às interações medicamentosas que podem ocorrer;
<i>Contraceção Hormonal Combinada (Pílula oral, adesivo transdérmico, anel vaginal)</i>	- Esquecimento de 2 ou mais dias na toma da pílula; - Demora de 2 ou mais dias na colocação do adesivo ou anel; - Relação sexual não protegida por método barreira durante o uso de medicamentos indutores enzimáticos e nos 28 dias após a sua suspensão, devido às interações medicamentosas que podem ocorrer;
<i>Implante</i>	- Remoção tardia do implante; - Relação sexual não protegida por método barreira durante o uso de medicamentos indutores enzimáticos e nos 28 dias após a sua suspensão, devido às interações medicamentosas que podem ocorrer;
<i>Progestagénio injetável, DIU/SIU (Sistema intra- uterino)</i>	- Atraso superior a 4 semanas na realização da injeção; - DIU/SIU expulso parcial ou totalmente; - Relação sexual não protegida nos primeiros 7 dias da colocação do SIU (não coincidindo a colocação com os primeiros dias do ciclo); - Não recolocação imediata de outro DIU/SIU após remoção do mesmo ou início de outro contraceptivo após a remoção do DIU/SIU inicialmente colocado;

Embora seja menos comum, também é motivo para o uso de contraceptivos de emergência, erros associados ao cálculo do período fértil, erro no período de abstinência ou incorreta interpretação da temperatura basal, devido ao risco de gravidez que comportam (Ferreira, 2005, 2014; INFARMED, 2014a, 2014b; WorldHealthOrganization, 2012).

Apesar de existirem várias situações que justificam o uso de contraceptivos de emergência, a sua administração nunca deve ser planeada nem programada e muito menos, utilizada para substituição dum método contraceptivo habitual (Ferreira, 2005, 2014).

1.6 REAÇÕES ADVERSAS ASSOCIADAS À CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Os métodos contraceptivos de emergência orais apresentam um bom perfil de segurança e embora não estejam habitualmente associadas reações adversas graves, é importante referir que não estão destituídos de reações adversas e que existe variabilidade interindividual na manifestação destes efeitos, mas normalmente são tipicamente leves e transitórios (Cleland et al., 2014; EMA, 2014; Ferreira, 2005, 2014; Pacheco et al., 2015). Sintomas como sensibilidade mamária, dores abdominais baixas, vômitos e náuseas, além de serem muito frequentes em ambos os contraceptivos de emergência hormonais, são também possíveis indícios de uma gravidez, pelo que é fundamental descartar essa possibilidade, caso o período menstrual esteja atrasado e se experienciar esta sintomatologia após a toma (Direcção Nacional; EMA, 2014; INFARMED, 2014c, 2014d; Petiz et al., 2003). Como são sintomas passageiros, ligeiros e simples, a mulher não necessita de recorrer a nenhum tipo de terapêutica adicional pois desaparecem normalmente 48 horas após a administração (Aguiar et al., 2011; Pacheco et al., 2015).

Efeitos adversos mais graves também são passíveis de acontecer, embora com uma probabilidade e uma frequência muito mais baixa. (EMA, 2014; INFARMED, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d). No caso do levonorgestrel foram clinicamente notificadas reações adversas como urticária, prurido, dor pélvica, edema da faringe, episódios tromboembólicos, entre outros, enquanto que para o acetato de ulipristal foram reportados efeitos secundários como garganta seca, perturbações no paladar, vertigens, desorientação, sensibilidade ocular à luz, ansiedade, agitação, dor ou prurido genital, entre outros (EMA, 2014; INFARMED, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d). Embora alguma sintomatologia seja comum entre ambas as moléculas, o acetato de

ulipristal apresenta um leque muito mais variado e intenso de reações adversas em comparação com o levonorgestrel (EMA, 2014; INFARMED, 2014c, 2014d).

A ocorrência de vômitos é uma das reações adversas mais previsíveis e prováveis de acontecer, no entanto a terapêutica de rotina com antieméticos profiláticos não é aconselhada (Direcção Geral da Saúde, 2001; Pacheco et al., 2015). Se ocorrer o vômito, e se este acontecer num período até 3 horas após a toma do levonorgestrel, ou do acetato de ulipristal, a toma deve ser repetida e, excepcionalmente nestas situações, a mulher deve tomar simultaneamente um antiemético, ou em alternativa, optar pelo DIU de cobre (Braz et al.; Direcção Geral da Saúde, 2001; Ferreira, 2014; Pacheco et al., 2015; Saito & Leal, 2007).

Embora seja desaconselhável e poder provocar diversas reações adversas, o uso frequente de contraceptivos de emergência orais não acarreta, habitualmente, riscos para a saúde (World Health Organization, 2012).

No que diz respeito ao DIU de cobre, embora seja um método seguro, é necessário ter em conta alguns aspetos (Ministério et al.; Pacheco et al., 2011; World Health Organization, 2012). Logo após a inserção deste é possível que a mulher possa sentir algumas cólicas abdominais, semelhantes às do período menstrual, com algumas horas de duração. Neste quadro, é aconselhável o recurso a um analgésico, como por exemplo, o paracetamol (Cleland et al., 2014; Ministério et al.). É possível, também, a ocorrência de um sangramento vaginal durante um curto período de tempo (Ministério et al.). A dor pélvica, efeito lateral associado ao DIU, pode ocorrer no momento de inserção e alguns dias após a colocação, no entanto, se se tornar persistente e demasiado intensa, deve ser recomendada a extração do aparelho (Direcção Geral da Saúde, 2001). Por outro lado, em casos raros é possível que possa ocorrer infeção pélvica (Direcção Geral da Saúde, 2001; Ministério et al.).

Torna-se importante salientar, que além da dor pélvica, sintomas como corrimento purulento, hemorragia anormal ou atraso menstrual são efeitos colaterais que devem ser identificados como sinais de alarme e prontamente reportados ao médico (Direcção Geral da Saúde, 2001).

Outras complicações incluem a perfuração do útero, que acontece apenas em 0,01% das mulheres e mais frequentes em úteros retrovertidos e a expulsão do DIU (Direcção Geral da Saúde, 2001; Holanda et al., 2013; Ministério et al.; Pacheco et al., 2011;

WorldHealthOrganization, 2012). A expulsão pode ser parcial ou total, e ocorre com maior frequência nos primeiros 3 meses de uso, sendo que a taxa de expulsão tende a diminuir com o aumento da idade e paridade (DirecçãoGeraldaSaúde, 2001; Pacheco et al., 2011).

Nas mulheres que utilizarem este tipo de método, o período menstrual tem a tendência a ser mais longo, acompanhado por uma hemorragia com maior abundância e com mais dor associada, mas com maior prevalência nos primeiros meses de uso (DirecçãoGeraldaSaúde, 2001; Holanda et al., 2013; Ministério et al.; Pacheco et al., 2011). Por outro lado, hemorragias irregulares ou *spotting* também são passíveis de acontecer nos primeiros meses, mas vão desaparecendo com o passar do tempo (DirecçãoGeraldaSaúde, 2001).

A gravidez ectópica (GE) é um dos mais preocupantes efeitos adversos associados à administração de contraceptivos de emergência hormonais (EMA, 2014; INFARMED, 2014c, 2014d; Zucchi et al., 2004).

GE corresponde à implantação e consecutivo desenvolvimento do embrião fora da grande cavidade uterina em locais como nas trompas, ovários, peritoneu, colo do útero ou ligamento largo (Campanha, Orizeu, Ransolin, Sordi, & Zanin, 2012; Fróis et al., 2010; Zucchi et al., 2004). Em alguns países chega mesmo a ser considerada a primeira causa de morte materna no primeiro trimestre de gestação (Fróis et al., 2010; Junior, Montenegro, Soares, & Camano, 2008).

Embora não seja muito frequente, fatores de risco como, doença inflamatória pélvica, tratamento de infertilidade, endometriose, tabagismo, mulheres portadoras de DIU e administração de contraceptivos de emergência orais são motivos suficientes para uma maior probabilidade de ocorrência de GE em mulheres que se encaixem em algumas destas características citadas (Fróis et al., 2010; Junior et al., 2008; Zucchi et al., 2004). A utilização do DIU de cobre como CE também pode dar origem a casos de GE e mesmo sendo pouco frequente a gravidez em mulheres que estejam a utilizar o DIU, quando ela ocorre é ectópica em 3% dos casos (Holanda et al., 2013; Ministério et al.).

Esta problemática é mais preocupante quando se trata do levonorgestrel porque embora seja considerado um método seguro para evitar uma gravidez indesejada após uma relação sexual não protegida, o seu uso torna-se perigoso quando é administrado tangente à fase ovulatória, isto é, muito próximo ao pico de LH (INFARMED, 2014c).

Após a administração de um contraceptivo de emergência hormonal, sintomatologia como atraso menstrual, sangramento vaginal ou dor abdominal aguda são fortes indícios de uma possível GE (EMA, 2014; INFARMED, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d; Junior et al., 2008), e devem receber encaminhamento médico.

1.7 CONTRA-INDICAÇÕES PARA A CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Para ambas as moléculas, em caso de hipersensibilidade à substância ativa ou a algum dos seus excipientes, a toma está contraindicada (Braz et al.; EMA, 2014; INFARMED, 2014c, 2014d; McKeage & Croxtall, 2011). O mesmo se aplica se estivermos perante um caso confirmado de gravidez, o que implica, que caso existam suspeitas, a realização de um teste de gravidez antes da toma do contraceptivo de emergência (Barcia et al., 2009; Braz et al.; Direcção Geral da Saúde, 2001; EMA, 2014; Ferreira, 2005; Petiz et al., 2003). Como a lactose mono-hidratada é um dos excipientes das formulações orais de levonorgestrel e do acetato de ulipristal, mulheres com intolerância à galactose, deficiência de lactase de Lapp ou mal absorção de glucose-galactose, não devem tomar qualquer dos medicamentos (Aguar et al., 2011; EMA, 2014; INFARMED, 2014c, 2014d).

O acetato de ulipristal, embora não tenha outras contra-indicações, deve ser usado com precaução em mulheres com asma não controlada ou com patologias hepáticas graves (Aguar et al., 2011; EMA, 2014; Pacheco et al., 2015).

Relativamente ao levonorgestrel, a administração deste método não é recomendada em mulheres que tenham historial de GE ou de fatores de risco associados a perturbações na coagulação sanguínea, como é o caso da trombose (Direcção Nacional; INFARMED, 2014a, 2014b). Além disso, doenças digestivas graves que impeçam a correta absorção de medicamentos, doenças hepáticas graves ou doenças do intestino delgado como a doença de Crohn também impedem o uso seguro deste fármaco (Aguar et al., 2011; Direcção Nacional; INFARMED, 2014a, 2014b).

Importa referir que as contra-indicações associadas aos contraceptivos orais combinados não se justapõem à contraceção de emergência hormonal (Batur et al., 2016; Ferreira, 2005, 2014; Pacheco et al., 2015).

No que diz respeito ao DIU de cobre, as contra-indicações encontram-se em maior abundância quando comparado com os contraceptivos de emergência hormonais, sendo a gravidez uma contra-indicação comum (DirecçãoGeraldaSaúde, 2001; Holanda et al., 2013; Pacheco et al., 2011; Petiz et al., 2003; WorldHealthOrganization, 2012). O DIU de cobre está contra-indicado em mulheres com doença inflamatória pélvica ativa ou com episódios recorrentes, com anomalias uterinas que impeçam a correta eficácia do método, em portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou da Síndrome da Imunodeficiência adquirida (SIDA) e doentes imunodeprimidas ou a realizar tratamento com imunossuppressores (DirecçãoGeraldaSaúde, 2001; Giordano et al., 2015; Pacheco et al., 2011; Petiz et al., 2003). Suspeitas de neoplasia, hemorragias uterinas não diagnosticadas ou ainda alergia ao cobre, são também fatores que excluem a hipótese de recorrer a este método (DirecçãoGeraldaSaúde, 2001; Holanda et al., 2013; Pacheco et al., 2011; Petiz et al., 2003).

Embora os fatores acima descritos contra-indiquem na totalidade a inserção do DIU, situações de doentes com anemia crónica, incluindo a Talassemia e Drepanocitose, nuliparidade, gravidez ectópica anterior ou apenas um único episódio de doença inflamatória pélvica correspondem a casos de contra-indicações relativas que deverão ser suscetíveis de avaliação (DirecçãoGeraldaSaúde, 2001; Petiz et al., 2003). Outras contra-indicações relativas, podem ainda permitir a inserção do DIU desde que se tenha em conta algumas considerações (DirecçãoGeraldaSaúde, 2001; Petiz et al., 2003). São exemplos, infeções cervicovaginais desde que seja tratada antes da inserção, doença cardíaca valvular devendo ser associada a antibioterapia à inserção do aparelho e fibromas uterinos, desde que não alterem a forma da cavidade uterina (DirecçãoGeraldaSaúde, 2001).

Devido ao aumento do volume do fluxo menstrual causado pela utilização do DIU, mulheres com terapias anticoagulantes ou com distúrbios na coagulação não podem beneficiar do uso do referido dispositivo (Lima, 2014).

1.8 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

O citocromo CYP3A4 é o principal responsável pela metabolização do acetato de ulipristal e do levonorgestrel (Pohl, Zobrist, & Gotteland, 2014). A administração concomitante de alguns fármacos que possam inibir ou induzir esta isoforma CYP podem resultar na alteração das concentrações plasmáticas dos fármacos, alterando a sua efetividade (Pohl et al., 2014). A administração concomitante de alguns fármacos indutores enzimáticos, vão provocar um aumento da metabolização hepática do acetato de ulipristal e do levonorgestrel diminuindo, desta forma, as suas concentrações plasmáticas, podendo originar uma menor eficácia anti-concepcional (EMA, 2014; INFARMED, 2014c, 2014d; Pacheco et al., 2015; Pohl et al., 2014). Desta forma, os indutores enzimáticos são dos poucos fármacos que podem interagir com os contraceptivos de emergência orais e eles são (Cleland et al., 2014; Direção Nacional; EMA, 2014; INFARMED, 2014c, 2014d; Jadav & Parmar, 2012; Lima, 2014; Pacheco et al., 2015):

Fármacos como os antibióticos Rifampicina e a Rifabutina, agentes **anticonvulsivantes** como a Carbamazepina, Oxcarbazepina e Fenitoina, **fármacos antiretrovíricos**: como o Ritonavir, Efavirenz e a Nevirapina e **medicamentos e outros produtos à base de plantas** podem induzir a CYP3A4, e afetar as concentrações plasmáticas dos referidos contraceptivos de emergência hormonais.

Quando as mulheres estão a fazer tratamento terapêutico com algum tipo de indutor enzimático ou nos casos em que a suspensão dos mesmos tenha ocorrido há menos de 28 dias, deverá ser evitada a toma de um contraceptivo hormonal de emergência, sendo preferível optar pelo DIU de cobre (Pacheco et al., 2015). Nas restantes situações em que não é possível recorrer ao DIU, a dose de levonorgestrel deve ser tomada em duplicado, embora não exista muita evidência científica que apoie esta medida (Pacheco et al., 2015).

Importa realçar que a administração concomitante de contraceptivos de emergência hormonais juntamente com anticoagulantes orais, pode potenciar o efeito anticoagulante (Pacheco et al., 2011).

Ainda referente ao acetato de ulipristal, este não deve ser aconselhado a mulheres que façam diariamente terapia crónica com medicamentos que aumentem o pH gástrico, como antiácidos, antagonistas H₂ ou inibidores da bomba de prótons (EMA, 2014; Pacheco et al., 2015). Por outro

lado, como é um fármaco modelador do recetor da progesterona, com grande afinidade de ligação, a sua ação poderá interferir com a eficácia de fármacos que contenham progestagénios, resultando assim numa menor eficácia da ação terapêutica de contraceptivos hormonais combinados ou contraceptivos com base apenas em progestagénios (EMA, 2014).

A administração concomitante de acetato de ulipristal e de levonorgestrel também está contraindicada pelo facto de o acetato de ulipristal ser um modelador do recetor da progesterona e poder interagir com a atividade progestacional do levonorgestrel (EMA, 2014; INFARMED, 2014c).

O levonorgestrel pode ainda diminuir o metabolismo da ciclosporina resultando num aumento da sua toxicidade, sendo por isso contraindicado o uso concomitante de ambos os fármacos (Direcção Nacional; INFARMED, 2014c, 2014d).

Analisando o DIU de cobre, rapidamente é perceptível que este não apresenta um leque tão grande e variado de interações medicamentosas quando comparado aos contraceptivos de emergência orais (Direcção Geral da Saúde, 2001; Petiz et al., 2003). Sendo assim, o referido dispositivo apenas não pode ser colocado em mulheres que estejam a fazer tratamento com imunossuppressores ou em usuárias que administrem habitualmente corticoides sistémicos (Direcção Geral da Saúde, 2001; Pacheco et al., 2011; Petiz et al., 2003).

2. ACESSO À CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

De acordo com o artigo 3.º da Lei n.º 12 de 29 de Maio de 2001 da Constituição Portuguesa, a CE está disponível em diversos serviços de saúde, consoante o tipo de método de contraceção que se pretende utilizar (INFARMED, 2001; Pacheco et al., 2015). A aquisição do DIU de cobre está disponível, de forma gratuita, nos centros de saúde, nas consultas de PF, nos serviços de ginecologia e obstetrícia do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e nos centros de atendimento jovem (Direcção Geral da Saúde, 2001; INFARMED, 2001; Pacheco et al., 2015). O acetato de ulipristal apenas pode ser adquirido em farmácia comunitárias e o levonorgestrel além de poder ser adquirido de forma gratuita nos centros de saúde, nas consultas de PF, nos serviços de ginecologia e obstetrícia do SNS e nos centros de atendimento jovem, podem também ser

comprado nas farmácias comunitárias de forma livre e ainda em postos de venda de MNSRM autorizados pelo INFARMED (Direcção Geral da Saúde, 2001; INFARMED, 2001, 2005; Pacheco et al., 2015). O Decreto-Lei nº134/2005 de 16 de Agosto estabelece o regime para a venda desses mesmos medicamentos fora das farmácias ainda que a venda tenha de ser feita obrigatoriamente sob a orientação de um farmacêutico ou técnico de farmácia (INFARMED, 2005).

Por outro lado, o facto de existirem contraceptivos de emergência hormonais não sujeitos a receita médica, facilita a sua administração aos fins de semana ou à noite, momentos estes em que, geralmente, este tipo de contraceção é mais imprescindível e em que nem sempre é fácil encontrar um médico prescriptor (Bastos et al., 2014; Consortium, 2013). Além disso, a exigência de uma receita médica pode tornar-se uma barreira ao acesso e eventualmente atrasar o processo de administração do contraceptivo, particularmente em populações residentes em zonas rurais ou de acessos limitados (Consortium, 2013).

Um rápido acesso à CE está directamente relacionado com uma maior eficácia, prevenindo uma gravidez não desejada, e reduzindo as taxas de aborto legal ou clandestino (Aguiar et al., 2011; Bastos et al., 2014; Direcção Geral da Saúde, 2001; INFARMED, 2001).

Em Portugal, o aborto, foi legalizado através da lei nº16/2007 de 17 de abril e é permitido até às 10 semanas de gravidez a pedido da própria mulher, independentemente das razões (Assembleia da República, 2007). Pode ser realizado no sistema nacional de saúde ou, em alternativa, em estabelecimentos de saúde privados com autorização para a realização do referido ato, sendo que apenas a própria mulher poderá fazer o pedido de interrupção de gravidez, exceto nos casos que é psiquicamente incapaz (Assembleia da República, 2007). A mesma lei obriga ainda o encaminhamento para uma consulta de PF (Assembleia da República, 2007).

A CE assume um papel fundamental na prevenção de uma gravidez não planeada, dando às mulheres uma segunda oportunidade para evitarem consequências negativas do recurso ao aborto legal ou clandestino, poupando as sequelas a nível físico e psicológico (Bastos et al., 2014). Sendo assim, a CE, assim como o acesso a este método e a toda a sua informação no que diz respeito aos locais de obtenção e a forma como deve ser administrada pode ser um dos primeiros passos para evitar o aborto, pois ao reduzir o número de gravidezes não desejadas, a CE pode diminuir o número de interrupções voluntárias da gravidez (Aguiar et al., 2011; Lima,

2014). Sendo um método utilizado por todo o mundo e podendo este ser adquirido sem prescrição médica, acaba por contribuir para a redução das taxas de aborto provocado (Costa et al., 2012; Wannmacher, 2005).

3. USO DE CONTRACETIVOS DE EMERGÊNCIA

3.1 ESCOLHA DA CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

A escolha da contraceção de emergência deve basear-se na sua eficácia, tendo em conta o tempo decorrido após a RSD, nas contraindicações dos vários contraceptivos de emergência, na frequência da toma deste tipo de métodos, entre outros (Pacheco et al., 2015).

Numa fase muito precoce, isto é, nas 72 horas após a RSD, todos os métodos aqui apresentados, o levonorgestrel, o acetato de ulipristal e o DIU de cobre estão aconselhados (Aguiar et al., 2011; Pacheco et al., 2015). Após este período de tempo e alargando até às 120 horas, o levonorgestrel deixa de ser uma opção terapêutica, embora se pondere que possa ter algum efeito, ficando apenas disponível para uso, o acetato de ulipristal e o DIU de cobre (Aguiar et al., 2011; EMA, 2014; Pacheco et al., 2015). Finalmente, numa fase muito tardia, já ultrapassadas as 120 horas, o DIU de cobre é assumido como o único método disponível para evitar uma gravidez (Pacheco et al., 2015). É importante salientar que a administração deve ser sempre feita o mais cedo possível para uma maior eficácia (Aguiar et al., 2011; Consortium, 2013; Pacheco et al., 2015). Ambas as contraceções de emergência podem ser administradas em qualquer fase do ciclo menstrual, exceto se a hemorragia menstrual estiver atrasada e houver suspeita de gravidez (EMA, 2014; INFARMED, 2014c, 2014d; Pacheco et al., 2011; Petiz et al., 2003; WorldHealthOrganization, 2012).

Se ocorrer mais de um episódio de RSD com necessidade de repetição da contraceção de emergência hormonal, o levonorgestrel pode ser novamente administrado no mesmo ciclo com segurança, embora não seja aconselhável devido à sobrecarga hormonal que pode provocar desequilíbrios graves no ciclo menstrual (Aguiar et al., 2011; INFARMED, 2014a, 2014b). No entanto, para que uma nova administração possa ser feita, a outra RSD tem que ocorrer com um intervalo superior a 72 horas após a última toma de algum tipo de contraceptivo de emergência

(Pacheco et al., 2015). Já a toma de acetato de ulipristal está contraindicada no mesmo ciclo, dado que a segurança e a eficácia não foram testadas nestas situações, embora possa ser repetida no mesmo ano (Aguilar et al., 2011; McKeage & Croxtall, 2011; Pacheco et al., 2015). Além disso, está desaconselhada a utilização concomitante de acetato de ulipristal e de levonorgestrel (Aguilar et al., 2011; EMA, 2014).

Relativamente ao DIU de cobre, quando este é utilizado como contraceptivo de emergência, assume-se como o único método deste tipo que assegura uma elevada eficácia desde o momento em que é colocado até à sua remoção, dado à sua eficácia em todas as fases do ciclo menstrual, pré-ovulatória, ovulatória e pós-ovulatória (Pacheco et al., 2015).

A **figura II** diz respeito a um algoritmo de tratamento relativo aos contraceptivos de emergência, mostrando de forma clara como deve ser efetuada a escolha do contraceptivo de emergência mais adequado em função da sua efetividade.

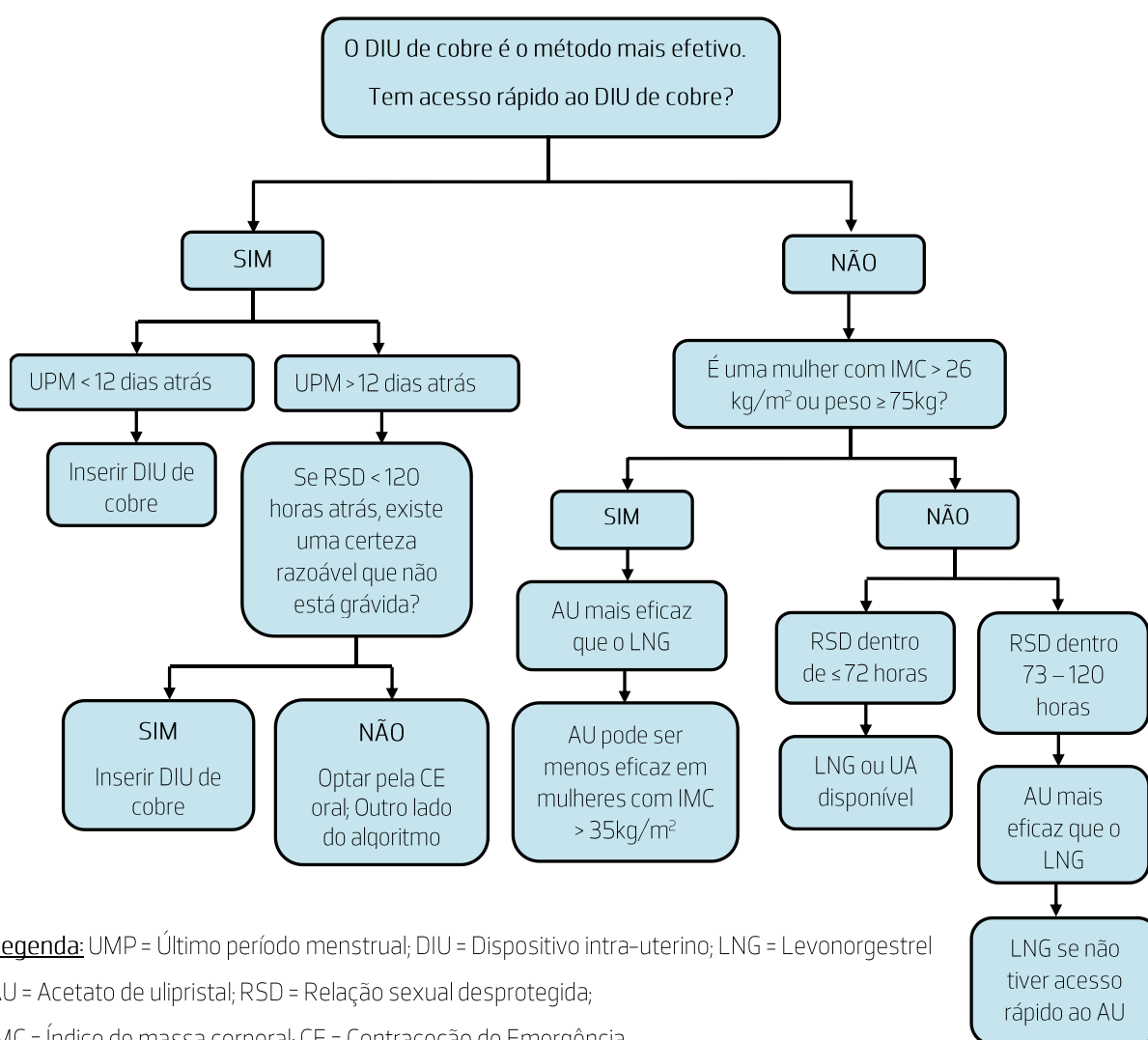


Figura II: Algoritmo de tratamento com contraceptivos de emergência, adaptado de Stone R, Rafie S, El-Ibiary SY, Vernon V, Lodise NM. 2017;

No caso de a mulher estar a amamentar, a toma de um contraceptivo de emergência hormonal não está contraindicada, contudo no momento da escolha do método, deve-se ter em conta alguns parâmetros (Pacheco et al., 2015). No caso do levonorgestrel, a sua toma deverá ser feita preferencialmente logo após ter amamentado e evitar o aleitamento pelo menos durante as 8 horas posteriores à administração, uma vez que o levonorgestrel é excretado no leite materno (Direcção Nacional; INFARMED, 2014c, 2014d; Pacheco et al., 2015). O acetato de ulipristal, também é excretado no leite materno, pelo que a amamentação deverá ser suspensa durante

uma semana após a sua administração, embora não existam estudos que comprovem o risco para o lactente (Cleland et al., 2014; EMA, 2014). De forma a que se consiga, posteriormente, iniciar normalmente o processo de amamentação, durante os dias suspensos a estimulação da lactação deve continuar a ser feita, embora o leite extraído deva ser rejeitado (Cleland et al., 2014; EMA, 2014; Pacheco et al., 2015).

3.2 CONSIDERAÇÕES A TER COM OS CONTRACETIVOS DE EMERGÊNCIA

i. Contraceptivos de emergência hormonais

O período menstrual da mulher, após a ingestão de um contraceptivo de emergência hormonal contendo levonorgestrel, habitualmente ocorre como o normal e no espaço de tempo esperado, no entanto é comum que possa ser antecipado 1 a 2 dias (Aguiar et al., 2011; Direcção Nacional; INFARMED, 2014c, 2014d; Pacheco et al., 2015). No caso do acetato de ulipristal, é comum que a menstruação sofra oscilações, no entanto é mais frequente haver atraso até 7 dias (Aguiar et al., 2011; EMA, 2014; Pacheco et al., 2015). Nenhuma das moléculas interfere com a duração, nem com o volume normal do fluxo menstrual (Pacheco et al., 2015).

Importa sublinhar que, caso o período menstrual não surja na data esperada já tendo em consideração os dias de atraso que podem advir, 5 dias com a toma do levonorgestrel e 7 dias com o acetato de ulipristal, ou se ocorrer hemorragia com características anormais, deve ser realizado um teste de gravidez (Aguiar et al., 2011; EMA, 2014; INFARMED, 2014c, 2014d; Lima, 2014).

Em ambas as substâncias ativas, caso ocorra o vômito nas três horas posteriores à toma do comprimido, a administração do mesmo deve ser repetida (EMA, 2014; INFARMED, 2014c, 2014d; Lima, 2014). Por outro lado, a ocorrência de episódios de diarreia, também pode alterar a efetividade do medicamento (Lima, 2014).

Se a mulher utiliza habitualmente um contraceptivo hormonal regular, como a pílula ou o adesivo, pode prosseguir com a sua utilização, embora a sua eficácia esteja comprometida, sendo por essa razão aconselhada a utilização de um método contraceptivo de barreira fiável até ao aparecimento da menstruação seguinte caso existam relações sexuais (Aguiar et al., 2011;

Bosworth et al., 2014; Cleland et al., 2014; EMA, 2014; INFARMED, 2014c, 2014d; McKeage & Croxtall, 2011; Saito & Leal, 2007).

ii. DIU de Cobre

O DIU de cobre é um método contraceptivo prático, reversível e que além de surtir efeito como contraceptivo de emergência após uma RSD, também tem a vantagem de poder ser utilizado como um método contraceptivo de longa duração, o qual se pode tornar uma vantagem para as mulheres que tinham o objetivo de iniciar um método contraceptivo duradouro e eficaz após uma RSD (Bosworth et al., 2014; Giordano et al., 2015; Ministério et al.; Pacheco et al., 2015; Pacheco et al., 2011; WorldHealthOrganization, 2012). Está também fortemente indicado para as mulheres que recorrerem com frequência à CE (Pacheco et al., 2015).

Ao contrário do que acontece com os contraceptivos de emergência hormonais, o DIU de cobre quando é aplicado após uma RSD, não necessita de nenhuma proteção adicional no que diz respeito à fertilidade (Pacheco et al., 2015). No entanto, a utilização de um método de barreira deve continuar a ser feito para a prevenção de IST, uma vez que o DIU não apresenta esse efeito (DirecçãoGeraldaSaúde, 2001).

Após a inserção, a usuária irá sentir os dois fios do DIU ao alcance dela que são indício da correta localização do mesmo, o que lhe permite perceber se o aparelho se encontra no lugar predisposto (Ministério et al.). A sua extração pode ser realizada em qualquer altura desde que o procedimento seja feito por um médico ginecologista (Ministério et al.).

4. ACONSELHAMENTO RELATIVO À CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

A dispensa de um contraceptivo de emergência, em qualquer um dos serviços de saúde que tenha disponível este tipo de fármaco, deverá ser sempre feita com orientação de um profissional de saúde capacitado para promover um bom aconselhamento inicial assim como, incentivar a mulher a procurar consultas de PF (INFARMED, 2001).

Conforme o artigo 3º da Lei nº 12 de 29 de maio de 2001, os contraceptivos de emergência hormonais são os únicos métodos que podem ser dispensados pela farmácia comunitária ou por locais autorizados pelo INFARMED para a venda de MNSRM (DirecçãoGeraldaSaúde, 2001; Pacheco et al., 2015).

4.1 O PAPEL DO PROFISSIONAL DE FARMÁCIA NO ACONSELHAMENTO DE CONTRACETIVOS DE EMERGÊNCIA HORMONAIS

A farmácia comunitária, e os profissionais de farmácia (PFA) são elementos que se encontram muito próximos do cidadão, dada a sua facilidade de acesso e proximidade (Aguiar et al., 2011).

É na farmácia comunitária que se centram e estão disponíveis determinados serviços de saúde essenciais, ao qual normalmente os utentes recorrem antes de uma consulta médica (Aguiar et al., 2011). Na área da saúde sexual e reprodutiva, os PFA devem promover uma utilização correta, segura e eficaz dos métodos contraceptivos, contribuindo assim para a prevenção de uma GND e para o decréscimo das IST (Aguiar et al., 2011; DirecçãoGeraldaSaúde, 2001).

Sendo assim, a intervenção dos PFA tem como objetivos além da promoção do uso correto, efetivo e seguro da CE, a prevenção da GND assim como a promoção da saúde sexual e reprodutiva da população (Aguiar et al., 2011). Num bom aconselhamento em farmácia, devem estar incluídos princípios básicos como a empatia, a adequação do diálogo e da informação de acordo com as necessidades da pessoa em questão e a interação com a mesma, assegurando que toda a informação foi compreendida (DirecçãoGeraldaSaúde, 2001).

A solicitação de um contraceptivo de emergência hormonal pode ser feita mediante uma prescrição médica ou por iniciativa do utente (Aguiar et al., 2011; DirecçãoNacional). Em ambos os casos, é normal que o utente apresente ansiedade, sendo por isso, fundamental que o aconselhamento seja feito com a máxima privacidade e de forma compreensiva, objetiva e utilizando um discurso sem recorrer a qualquer tipo de juízo de valor (Aguiar et al., 2011; DirecçãoGeraldaSaúde, 2001). São situações como estas, onde a mulher ou o casal apresenta a necessidade de recorrer à CE, que representam momentos privilegiado para a realização de um aconselhamento em farmácia que vise promover o uso correto de um método contraceptivo na

prevenção da GND (Aguiar et al, 2011; Pacheco et al, 2015). E, que por outro lado, faculte os conhecimentos e a compreensão ao utente, de forma a facilitar a sua tomada de decisão no que concerne à sua saúde sexual (Aguiar et al, 2011; Direcção Geral da Saúde, 2001; Direcção Nacional; Pacheco et al, 2015).

Numa primeira fase da abordagem, é crucial fazer a identificação da utente, dos seus eventuais problemas de saúde, excluindo a hipótese de gravidez, assim como da possível medicação que possa estar a tomar, de forma a evitar possíveis interações medicamentosas (Aguiar et al, 2011). Posteriormente, é essencial avaliar a situação da utente de forma a averiguar se de facto necessita ou não de utilizar um contraceptivo de emergência (Aguiar et al, 2011).

Finalmente e após a avaliação da utente assim como da sua situação, é dispensado o contraceptivo de emergência mais adequado, caso não exista nenhum critério que obrigue a encaminhamento para uma consulta médica (Aguiar et al, 2011). Esta mesma dispensa, deve fazer-se acompanhar de um aconselhamento ativo e diferenciador no qual são disponibilizadas todas as informações essenciais para a correta utilização do medicamento, no que diz respeito ao modo de administração e à respetiva posologia, à eficácia clínica e à forma de atuação (Aguiar et al, 2011; Direcção Geral da Saúde, 2001; Saito & Leal, 2007). Por último, mas não menos importante, é relevante que os PFA façam referência às reações adversas assim como a todos os cuidados a ter antes, durante e após a administração do contraceptivo de emergência (Aguiar et al, 2011; Direcção Geral da Saúde, 2001; Ferreira, 2005, 2014; Saito & Leal, 2007).

Faz parte do papel do profissional de farmácia frisar que este tipo de método não previne a transmissão de IST, acentuando que a CE deve ser uma prática de emergência e não contraceptivo habitual, fomentando a utilização de métodos contraceptivos regulares no futuro (Aguiar et al, 2011; Direcção Geral da Saúde, 2001; Direcção Nacional; Lima, 2014; Pacheco et al, 2015).

4.2 INFORMAÇÕES TERAPÊUTICAS RELATIVAS AO DIU DE COBRE

O DIU de cobre é um aparelho unicamente colocado pelo médico ginecologista (Ministério et al; Pacheco et al, 2011). No entanto, embora o profissional de farmácia não o possa aconselhar diretamente, deve estar instruído para esclarecimento de alguma dúvida por parte da mulher ou

reencaminhar ao médico, uma vez que o DIU de cobre, em determinadas situações, pode ser o único contraceptivo de emergência adequado.

Um procedimento técnico correto e apropriado associado a uma usuária esclarecida e com toda a informação adequada são pontos importantes para o uso bem-sucedido do DIU de Cobre (Direcção Geral da Saúde, 2001).

Antes da aplicação, a usuária deve ter conhecimento de todas as vantagens e desvantagens que o método apresenta e deve ainda ser alertada para os possíveis sinais de alarme e que são causas suficientes para recorrer a uma consulta (Direcção Geral da Saúde, 2001; Ministério et al.). Do mesmo modo, deve também ser informada que deverá ser ginecologicamente avaliada, anualmente, e que é recomendado fazer um controlo 3 meses após a colocação (Giordano et al., 2015; Pacheco et al., 2011; Petiz et al., 2003). Ao mesmo tempo, a mulher deve ter noções da sua eficácia, reversibilidade e efeitos adversos mais comuns, e aqueles que poderão representar complicações (Direcção Geral da Saúde, 2001; Giordano et al., 2015).

5. CONHECIMENTOS SOBRE A CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde de 2005–2006, aproximadamente 15% da população feminina e em condições passíveis de gravidez não utiliza nenhum método contraceptivo (Estatística, 2009).

No que diz respeito à CE, o estudo de Águas et al (Águas, Bombas, & Silva, 2016) que avalia as práticas contraceptivas das mulheres em Portugal refere que 88% das mulheres sexualmente ativas conhece a CE, no entanto, apenas 17% já recorreu a este tipo de contraceptivo. Com resultados semelhantes, mas já fora de Portugal, o estudo de Alano et al (Alano, Costa, Miranda, & Galato, 2012a) realizado em mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina, no Brasil, com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos, também mostra que a grande maioria das mulheres inquiridas, 99%, têm conhecimento sobre a existência da CE e ainda 85% afirma saber que os contraceptivos de emergência não previnem IST. Em contrapartida, neste último estudo, cerca de metade das inquiridas (48,6%) já recorreram à CE (Alano et al., 2012a).

O estudo descritivo de Ros et al (Ros, Miret, & Rué, 2009) sobre o uso de contraceptivos de emergência na Catalunha, afirma que nem toda a população alvo do estudo tem a consciência que a CE deve ser utilizada apenas em casos de emergência e não como contraceptivo habitual. Esta conclusão é baseada no número de vezes que as inquiridas recorreram a este método, sendo que a grande maioria (78,5%) já utilizou em duas ocasiões e aproximadamente 4% já utilizou em quatro situações ou mais (Ros et al., 2009).

Experiências de mulheres que utilizaram a CE sem prescrição na França, Noruega, Suécia e Portugal relatadas num estudo de Gainer et al (Gainer et al., 2003) mostram que a CE é considerada um método de emergência, a ser utilizado apenas em casos onde houve falha de um método contraceptivo regular. Da mesma forma, o mesmo estudo evidenciou ainda que o uso da CE só motivou as mulheres para estarem ainda mais atentas ao contraceptivo regular que faziam, e ainda um subgrupo de mulheres nos quatro países reportaram que alteraram as suas práticas contraceptivas em função da experiência que viveram com a CE (Gainer et al., 2003).

Pela análise de alguns estudos aqui mencionados referentes às práticas contraceptivas das mulheres, mais em concreto em relação à CE, pode-se inferir que existem lacunas referentes ao modo de como deve ser utilizada a CE. O mesmo estudo de Gainer et al (Gainer et al., 2003), comprova isso mesmo ao demonstrar que existe um conhecimento limitado sobre menstruação, contraceção e saúde reprodutiva, e à utilização da CE por parte das mulheres participantes no referido estudo. Neste sentido e, face à escassez de dados sobre a utilização e conhecimentos da CE na população Portuguesa, o objetivo principal visa caracterizar o perfil de utilização e o conhecimento relativo ao uso de contraceptivos de emergência na cidade de Aveiro.

CAPÍTULO II

MÉTODOS

Face ao objetivo proposto de analisar o perfil de utilização e conhecimentos relativos ao uso de contraceptivos de emergência na cidade de Aveiro, foi levado a cabo o presente estudo, cujos detalhes metodológicos se enunciam de seguida.

1. Tipo de estudo

Este é um estudo de carácter analítico, porque se testam as hipóteses e se relacionam as variáveis em estudo, observacional de base populacional, porque apenas se analisam as variáveis em estudo sem modificar ou alterar qualquer aspeto, e transversal, pois os dados recolhidos referem-se a um determinado momento não definido na vida das pessoas (Hochman, Nahas, Filho, & Ferreira, 2005).

2. População e amostra do estudo

O local do estudo centrou-se na cidade de Aveiro, incluindo as freguesias que lhe pertencem. Segundo a Base de Dados de Portugal Contemporâneo (Santos, 2009), em 2016 a cidade de Aveiro, possuía 41.093 habitantes do sexo feminino, distribuídos por dez freguesias urbanas (Cacia, São Jacinto, Esgueira, Santa Joana, São Bernardo, Oliveirinha, Aradas, União de freguesias de Eixo e Eirol, Vera Cruz e Glória, Requeixo, Nariz e Nossa Senhora de Fátima) (CMA). A amostra foi calculada com base na população total do sexo feminino pertencente à cidade de Aveiro. Com recurso à calculadora de amostragem ("Calculadora de Amostragem,"), com nível de significância de 5%, e com base na população feminina da região em estudo, obteve-se uma amostra não probabilística accidental constituída por 381 indivíduos.

Os inquiridos foram convidados a participar de forma voluntária e anónima, e após consentimento informado, livre e esclarecido, através do preenchimento de um inquérito por questionário. O referido instrumento foi aplicado a mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, que sabiam ler e escrever e a residir numa das freguesias urbanas pertencentes à cidade de Aveiro. As regiões, onde foi efetuada a aplicação do questionário e recolha de dados, foram selecionadas por conveniência.

A entrega dos questionários foi feita por intermédio de uma distribuição manual na via pública, mais especificamente em espaços públicos e sociais.

3. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário de autopreenchimento, adaptado de um questionário anteriormente estruturado, pré-codificado e autoaplicado para a população brasileira (Nascimento, 2012). Os inquiridos foram convidados a participar de forma voluntária e anónima, e após consentimento informado, livre e esclarecido, através do preenchimento de um inquérito por questionário. O referido instrumento foi aplicado a mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, que sabiam ler e escrever e a residir numa das freguesias urbanas pertencentes à cidade de Aveiro. As regiões, onde foi efetuada a aplicação do questionário e recolha de dados, foram selecionadas por conveniência.

A entrega dos questionários foi feita por intermédio de uma distribuição manual na via pública, mais especificamente em espaços públicos e sociais.

O questionário foi organizado em quatro secções de resposta fechada. A primeira secção incluiu perguntas de natureza sociodemográficas com o objetivo de conhecer a idade, o estado civil, o grau académico e a situação no trabalho do inquirido. Seguidamente, a segunda secção, visa a caracterização do conhecimento acerca da contraceção de emergência. A terceira secção visa conhecer práticas de consumo e a utilização de contraceptivos de emergência. Finalmente, a quarta e última secção pretende determinar o nível de conhecimento, e identificar atitudes e comportamentos relativos ao consumo, e ao uso de contraceptivos de emergência orais.

O estudo em causa envolve variáveis dependentes e independentes, nomeadamente:

- **Dependente:** Consumo e conhecimentos sobre contraceptivos de emergência;

Independente: Características sociodemográficas (idade, estado civil, ciclo de escolaridade, situação no trabalho), conhecimento da contraceção de emergência (tipos de contraceptivos de emergência que o individuo conhece, como obteve esse conhecimento), consumo e ou utilização de contraceptivos de emergência (se já consumiu ou utilizou contraceptivos de emergência, quantas vezes recorreu à contraceção de emergência, a que tipo de contraceção de emergência recorreu, o motivo que levou o individuo a recorrer à contraceção de emergência, onde adquiriu a contraceção de emergência, quem foi adquirir a contraceção de emergência, quanto tempo após a relação sexual foi utilizada a contraceção de emergência e se foi eficaz e ou não e caso não

tenha sido, se recorreu ao aborto) e, finalmente, conhecimentos, atitudes e comportamentos relativos ao consumo de contraceptivos de emergência orais.

4. Análise estatística

A edição e o tratamento de dados foram conduzidos pelo intermédio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22 para o Windows, com análise descritiva dos dados, designadamente o cálculo de frequências absolutas e relativas para as variáveis nominais e ordinais, o cálculo de medidas de tendência central (moda, mediana e média) e medidas de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) para as variáveis quantitativas. Para a comparação do nível de conhecimento entre três ou mais grupos independentes foi utilizado o *teste do Qui-quadrado* e o *teste de Fisher*. Para todos os testes foi utilizado um nível de significância de 5%.

Os dados referentes ao conhecimento, atitudes e comportamentos relativos à pílula do dia seguinte (parte IV do questionário) foram agrupados em “sabe” e “não sabe” mediante as respostas dos inquiridos às respetivas perguntas. Isto é, todas as respostas assinaladas corretamente no questionário, foram classificadas como “sabe”, e em contrapartida, todas as respostas incorretas ou assinaladas como “não sei” foram classificadas como “não sabe”.

5. Aspetos Éticos

Os dados recolhidos ao longo da investigação através do instrumento de recolha de dados foram tratados com a máxima confidencialidade, garantindo o anonimato das respostas dadas no preenchimento do questionário. Anteriormente à aplicação do instrumento de recolha de dados, as participantes foram informadas de todos os aspetos da investigação, da natureza do estudo e da duração do mesmo para a qual é solicitada a participação da pessoa, tendo esta ter que dar consentimento para a sua participação na investigação. Posteriormente ao tratamento de dados, estes foram divulgados de forma coletiva.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Parte I – Caracterização da Amostra

Participaram neste estudo 381 inquiridos, com idades compreendidas entre 18 e os 79 anos e com uma média de $36,38 \pm 12,85$ anos. Relativamente ao estado civil, a grande maioria das inquiridas, 184 (48,3%) era solteira, e no que diz respeito às habilitações literárias, 136 pessoas (35,7%), que equivalem à maioria, possuem graus académicos superiores como licenciatura, mestrado ou doutoramento. Em relação à atividade laboral, observou-se que a grande maioria (278; 73,0%) das inquiridas encontram-se a exercer uma atividade profissional. Estes dados podem ser observados com maior detalhe na **tabela III**.

Tabela III: Características sociodemográficas da amostra

Variáveis	Frequência (n)	Percentagem (%)
Idade		
18 – 30 anos	154	40,4
31 – 40 anos	88	23,0
41 – 50 anos	77	20,1
51 – 60 anos	47	12,2
61 – 70 anos	10	2,7
71 – 80 anos	5	1,5
Estado Civil		
Solteiro	184	48,3
Casado/União de Facto	152	39,9
Separado/Divorciado	33	8,7
Viúvo	12	3,1

Tabela III (continuação): Características sociodemográficas da amostra

Variáveis	Frequência (n)	Percentagem (%)
Ciclo de Escolaridade		
< 1º Ciclo	5	1,3
1º Ciclo (4ª classe)	30	7,9
3º Ciclo (9º Ano)	100	26,2
Ensino Secundário	110	28,9
Ensino Superior	136	35,7
Situação no Trabalho		
Ativo	278	73,0
Desempregado	52	13,6
Estudante	39	10,1
Reformado	8	2,1
Outro	4	1,0

PARTE II – CONHECIMENTO DA CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Analisando a autoperceção do conhecimento acerca da CE observa-se pela **figura III** que das 381 mulheres inquiridas no estudo, 330 (86,6%) conhecem ou já ouviram falar em CE.

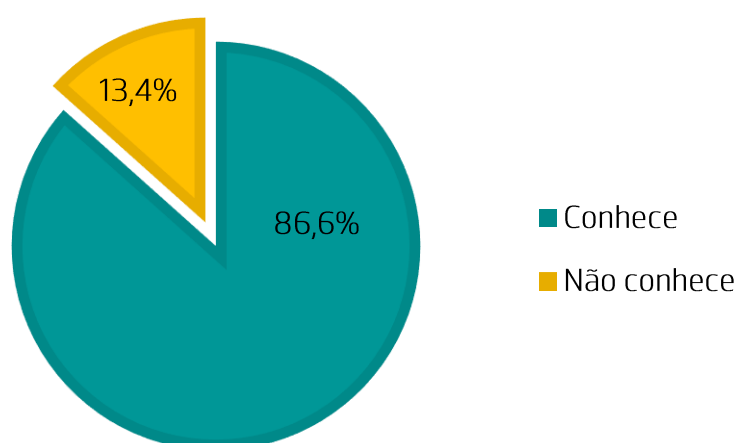


Figura III: Autoperceção do conhecimento sobre contraceção de emergência

Nesta amostra observou-se uma associação significativa entre o conhecimento da CE e todas as características sociodemográficas, sendo que para a idade, para o ciclo de escolaridade e para a situação no trabalho o valor do p -value é inferior a 0,001 e, por fim, para o estado civil é de 0,001. O conhecimento da CE é maior na classe etária dos 18 aos 30 anos (36,0%), em mulheres que estão casadas ou em união de facto (43,0%) e que se encontram empregadas (67,5%). Ainda relativamente ao ciclo de escolaridade, as mulheres que têm o ensino superior são as que mais conhecem a CE (34,4%), seguindo-se o ensino secundário com 24,9% de respostas.

Relativamente aos tipos de CE que as 330 mulheres afirmam conhecer, a grande maioria (37,0%), conhece o levonorgestrel, 29,7% reconhecem o DIU de cobre como contraceptivo de emergência, 24,2% conhecem o acetato de ulipristal e 11,80% afirma conhecer outros tipos de contraceptivos de emergência diferentes dos que foram mencionados na questão, tal como é possível observar na **figura IV**. Esta pergunta permitia ao inquirido assinalar mais do que uma opção de resposta e por isso o resultado total ultrapassa as 330 pessoas. Ainda relativamente ao conhecimento sobre a contraceção de emergência, das 39 (11,8%) mulheres que afirmaram conhecer outro tipo de contraceptivo de emergência, a maioria delas (87,2%) fazem referência à pílula do dia seguinte, o que significa que não reconhecem a nomenclatura enunciada atrás. As restantes deram outra resposta, tal como mostra a **tabela IV**.

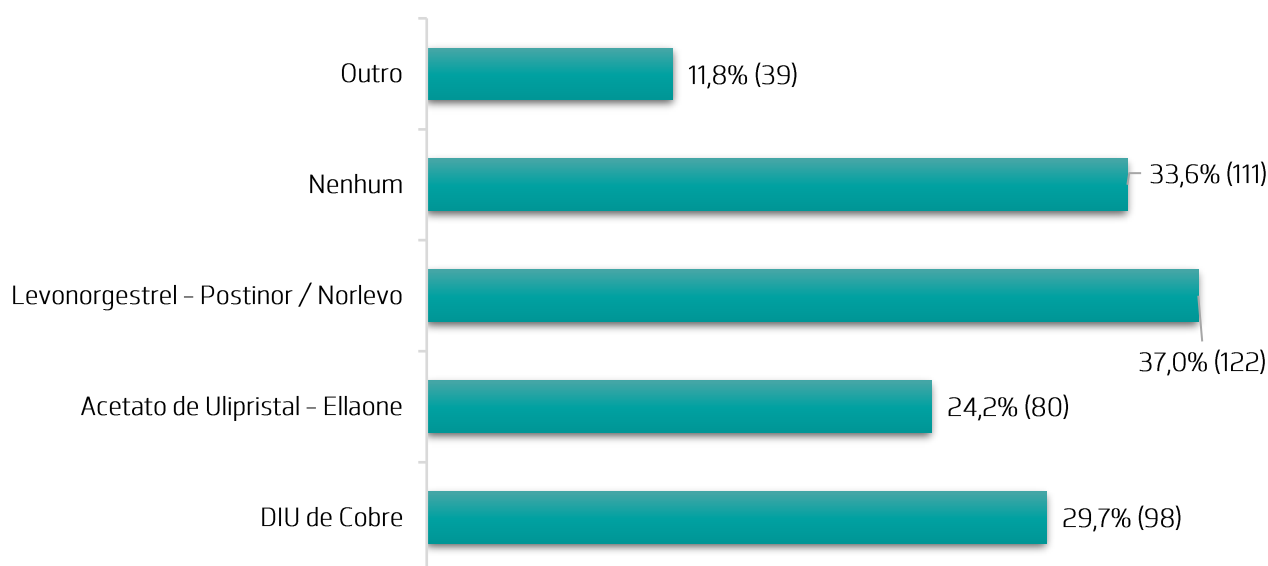


Figura IV: Tipos de contraceptivos de emergência conhecidos

Tabela IV: Outros tipos de contraceptivos de emergência conhecidos

Conhecimento de outros tipos de contraceptivos de emergência	Frequência (n)	Percentagem (%)
Pílula do Dia Seguinte	34	87,2
Misoprostol – Cytotec [®]	1	2,6
Pílula	1	2,6
Das 24 horas	1	2,6
Sei que existe, mas não conheço marcas	1	2,6
Sem resposta	1	2,6

Através da análise da variável tipos de contraceptivos de emergência conhecidos (DIU de cobre, acetato de ulipristal e levonorgestrel) e as características sociodemográficas, mais precisamente a idade e o ciclo de escolaridade, é possível afirmar que existe uma associação estatisticamente significativa entre o conhecimento do acetato de ulipristal com a idade ($p = 0,030$) e com o ciclo de escolaridade ($p = 0,002$). As restantes variáveis, DIU de cobre e levonorgestrel, não apresentam nenhuma relação estatisticamente significativa com a idade ($p = 0,702$; $p = 0,073$) nem com o ciclo de escolaridade ($p = 0,199$; $p = 0,437$), respetivamente.

No que se refere à forma de como as 330 mulheres obtiveram conhecimento da CE, pela análise da **tabela V**, pode concluir-se que, 35,2% referiu a internet como fonte de conhecimento, seguindo os amigos com 34,2%, a unidade de ensino com 31,8% e a publicidade com 28,2%. Ainda 27,0% das inquiridas referiu como fonte de conhecimento os hospitais ou centros de saúde, e 26,7% a farmácia. Esta pergunta permitia ao inquirido assinalar mais do que uma opção de resposta e por isso o resultado total ultrapassa as 330 pessoas.

Ainda das 12 inquiridas (3,6%) que afirmaram ter obtido conhecimento por outro meio, a maioria, referiu em resposta aberta, a televisão (50,0%), seguindo-se o ginecologista com 16,7% de respostas.

Tabela V: Meios de obtenção de conhecimento da contraceção de emergência

Como obteve conhecimento da contraceção de emergência	Frequência (n)	Percentagem (%)
Internet	118	35,2
Amigos	113	34,2
Escola	105	31,8
Publicidade	93	28,2
Hospitais ou centros de saúde	89	27,0
Farmácia	88	26,7
Revistas ou jornais	76	23,0
Familiares	57	17,3
Formações	56	17,0
Outro	12	3,6
Televisão	6	50,0
Ginecologista	2	16,7
Marido	1	8,3
Planeamento Familiar	1	8,3
Comunicação social	1	8,3
Não tive conhecimento	1	8,3

PARTE III –UTILIZAÇÃO DE CONTRACETIVOS DE EMERGÊNCIA

Quanto à prevalência do consumo e/ou utilização de contraceptivos de emergência, observa-se, pela **tabela VI**, que das 330 mulheres inquiridas que conhecem ou já ouviram falar na CE, apenas 60 (18,2%) mencionaram já terem recorrido à CE.

Tabela VI: Associação entre o consumo de contraceptivos de emergência e variáveis sociodemográficas

		Já utilizou contraceptivos de emergência			Estatística teste (<i>p</i> -value)
Variável		Sim n (%)	Não n (%)	Total N (%)	
Faixa Etária	Dos 18 aos 30 anos	33 (10,0%)	104 (31,5%)	137 (41,5%)	$p = 0,001$
	Dos 31 aos 40 anos	21 (6,4%)	60 (18,2%)	81 (24,5)	
	Dos 41 anos 50 anos	5 (1,5%)	64 (19,4)	69 (20,9%)	
	Dos 51 aos 60 anos	1 (0,3%)	34 (10,3%)	35 (10,6%)	
	Dos 61 aos 70 anos	0 (0%)	8 (2,4%)	8 (2,4%)	
Estado Civil	Solteiro	29 (8,8%)	105 (31,8%)	134 (40,6%)	$p = 0,545$
	Casado / União de facto	26 (7,9%)	138 (41,8%)	164 (49,7%)	
	Separado /divorciado	4 (1,2%)	23 (7,0%)	27 (8,2%)	
	Viúvo	1 (0,3%)	4 (1,2%)	5 (1,5%)	
Grau de escolaridade	< 1º ciclo	1 (0,3%)	2 (0,6%)	3 (0,9%)	$p = 0,268$
	1º ciclo (4ª classe)	1 (0,3%)	15 (4,5%)	16 (4,8%)	
	3º ciclo (9º ano)	19 (5,8%)	66 (20,0%)	85 (25,8%)	
	Ens. Secundário (12º ano)	20 (6,1%)	75 (22,7%)	95 (28,8%)	
	Ens. Superior (Lic. Mes. Dout.)	19 (5,8%)	112 (33,9%)	131 (39,7%)	
Situação no trabalho	Ativo	41 (12,4%)	216 (65,5%)	257 (77,9%)	$p = 0,039$
	Reformado	0 (0%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	
	Desempregado	14 (4,2%)	24 (7,3%)	38 (11,5%)	
	Estudante	5 (1,5%)	27 (8,2%)	32 (9,7%)	
	Outro	0 (0%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)	

Pela observação da **tabela VI**, é claramente notável que existe uma associação estatisticamente significativa entre o consumo de contraceptivos de emergência e a idade ($p = 0,001$) e a situação no trabalho ($p = 0,039$). Da mesma forma que no conhecimento da CE, o consumo de

contracetivos de emergência sobressaiu-se na classe etária dos 18 aos 30 anos (10,0%) e nas mulheres que se encontram numa situação profissional ativa (12,4%). Em contrapartida, o consumo de contracetivos de emergência mostrou ser maior nas mulheres solteiras (8,8%) e com o ensino secundário (6,1%), contudo, nas mulheres cujas habilitações literárias são o 3º ciclo e o ensino superior, o consumo também se salientou com 5,8% de respostas em ambas as categorias.

A análise dos próximos resultados diz sempre respeito à última utilização do contracetivo de emergência.

Relativamente ao consumo dos contracetivos de emergência, a **tabela VII** mostra que, da amostra de 60 mulheres que já recorreu à CE, a grande maioria utilizou o levonorgestrel (51,7%), 15,0% consumiram o acetato de ulipristal e 10,0% utilizaram o DIU de cobre. Ainda uma grande parcela das mulheres (23,3%), afirma ter recorrido a outro tipo de contracetivos que não aqueles que estavam mencionados na pergunta. Dessas 14 mulheres (23,3%), 12 delas referiram a pílula do dia seguinte como o contracetivo utilizado e 2 delas não deram nenhuma resposta escrita.

Comparando o contracetivo de emergência ao qual a mulher recorreu tendo em conta os tipos de contracetivos de emergência conhecidos, os resultados dos testes estatísticos provam existir uma associação estatisticamente significativa entre o DIU de cobre ($p = 0,001$), o acetato de ulipristal ($p < 0,001$) e o levonorgestrel ($p < 0,001$). Por outro lado, comparando também o contracetivo de emergência consumido tendo em conta as variáveis sociodemográficas, a análise estatística permite concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade ($p = 0,569$), o estado civil ($p = 0,461$), o ciclo de escolaridade ($p = 0,785$) e a situação no trabalho ($p = 0,113$).

Relativamente ao tempo de uso da CE após a relação sexual, a maioria das inquiridas, 68,3%, utilizou o contracetivo de emergência até 12 horas após a relação, 26,7% utilizaram-no entre 12 horas e 3 dias após e apenas 1,7% utilizou-o entre 3 dias e 5 dias após. Além disso, 3,3% referiram ainda que não sabem ou não se lembram de tempo que passou entre a toma do contracetivo e a relação sexual (**tabela VII**).

No que diz respeito aos motivos que levaram as mulheres a consumir contracetivos de emergência, das 60 mulheres consumidoras, 50,0% afirmaram que o método que estavam a

usar falhou, 35,5% apontaram como motivo a não utilização de nenhum tipo de contraceptivo, 11,7% apenas recorreram à CE por uma questão de insegurança e os restantes 3,3% indicaram outro motivo, como a toma de antibióticos (tabela VII). Ainda das 30 inquiridas que afirmaram que a causa foi a falha do método que estariam a usar (figura V), a grande maioria, 56,60% aponta o preservativo, seguindo-se o contraceptivo oral com 26,60% de respostas e o anel vaginal com 10,00%. Uma pequena percentagem das mulheres referiu ainda a falha do adesivo transdérmico e do espermicida (figura V).

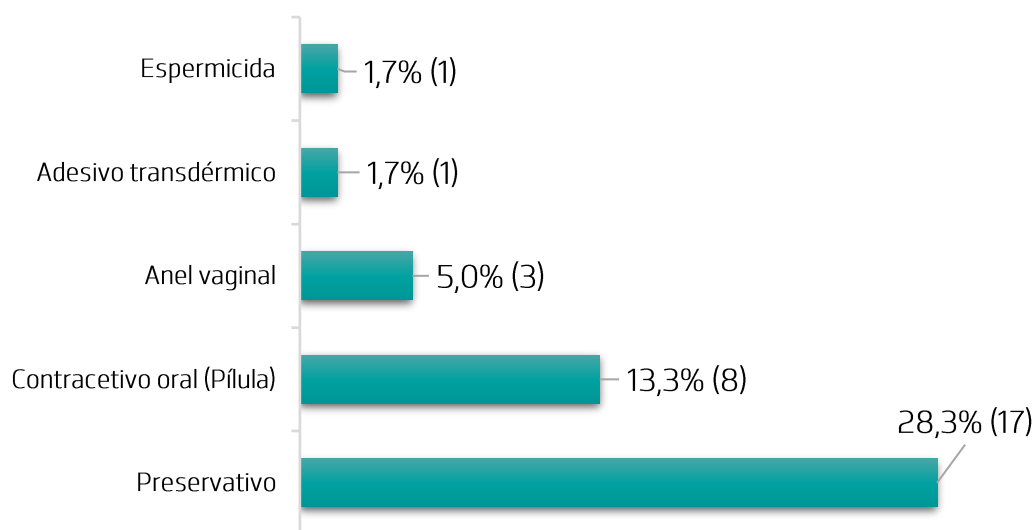


Figura V: Falha do método contraceptivo

No que se refere ao local de aquisição da CE, a tabela VII mostra que o local principal foi a farmácia com 90,0% de respostas, seguindo-se o planeamento familiar (8,3%) e apenas 1,7% a afirmar que adquiriu o contraceptivo de emergência noutro local sem ser os mencionados, tendo-se averiguado que esse mesmo local foi o centro de saúde. A farmácia foi o local predileto para aquisição de CE, independentemente do tipo de CE que a mulher consumiu.

A análise estatística entre o tipo de contraceptivo tomado com o tempo decorrido após a RSD ($p = 0,104$), com os motivos que levaram ao consumo da CE ($p = 0,460$) e com o local de aquisição do contraceptivo ($p = 0,273$), mostra que não existe associação estatisticamente significativa entre estas variáveis (tabela VII).

O levonorgestrel foi o contraceptivo mais consumido independentemente do número de horas que passaram entre a RSD e a toma do contraceptivo, do motivo da toma ou do local de aquisição (tabela VII).

Tabela VII: Associação entre o tipo de contraceptivo de emergência consumido com o tempo decorrido após a RSD, com o motivo de consumo e com o local de aquisição

		Tipo de contraceptivo de emergência consumido					Estatística teste (<i>p</i> -value)
Variável		DIU de cobre n (%)	Acetato de Ulipristal n (%)	Levonor- gestrel n (%)	Outro n (%)	Total n (%)	
Tempo decorrido após RSD	Até 12 horas	4 (6,7%)	5 (8,3%)	19 (31,7%)	13 (21,7%)	41 (68,3%)	<i>p</i> = 0,104
	Entre 12h e 3 dias após	1 (1,7%)	3 (5,0%)	11 (18,3%)	1 (1,7%)	16 (26,7%)	
	Entre 3 e 5 dias após	0 (0%)	1 (1,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,7%)	
	Não sabe / Não se lembra	1 (1,7%)	0 (0%)	1 (1,7%)	0 (0%)	2 (3,3%)	
Motivo de consumo da contraceção de emergência	O método usado falhou	2 (3,3%)	6 (10,0%)	18 (30,0%)	4 (6,7%)	30 (50,0%)	<i>p</i> = 0,460
	Não usei método contraceptivo	4 (6,7%)	2 (3,3%)	8 (13,3%)	7 (11,7)	21 (35,0%)	
	Por uma questão de insegurança	0 (0%)	1 (1,7%)	4 (6,7%)	2 (3,3%)	7 (11,7%)	
	Outro	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,7%)	1 (1,7%)	2 (3,3%)	
Local de aquisição	Farmácia	5 (8,3%)	8 (13,3%)	29 (48,3%)	12 (20,0%)	54 (90,0%)	<i>p</i> = 0,273
	Planeamento familiar	0 (0%)	1 (1,7%)	2 (3,3%)	2 (3,3)	5 (8,3%)	
	Outro	1 (1,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,7%)	

No que diz respeito à eficácia do contraceptivo de emergência utilizado pelas inquiridas, 91,7% das mulheres consideram que a CE à qual recorreram foi eficaz (**tabela VIII**). Importa, no entanto, salientar que das inquiridas em que a CE não foi eficaz (8,3%), nenhuma recorreu ao aborto para evitar a gravidez.

Os dados relativos ao número de vezes que as inquiridas recorreram à CE revelam que das 60 mulheres, 68,3% recorreu uma única vez, 23,3% recorreu duas vezes, 5,0% recorreu 3 vezes e 1,7% recorreu à CE 4 vezes. A mesma percentagem de participantes recorreu mais de 4 vezes (**tabela VIII**).

Tabela VIII: Associação entre a eficácia da CE com o tempo decorrido após a RSD e com o número e o tipo de contraceptivos de emergência consumidos

Variável		A CE à qual recorreu foi eficaz			Estatística teste (<i>p</i> -value)
		Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Número de contraceptivos de emergência tomados	1 vez	38 (63,3%)	3 (5,0%)	41 (68,3%)	<i>p</i> = 0,740
	2 vezes	12 (20,0%)	2 (3,3%)	14 (23,3%)	
	3 vezes	3 (5,0%)	0 (0%)	3 (5,0%)	
	4 vezes	1 (1,7%)	0 (0%)	1 (1,7%)	
	Mais de 4 vezes	1 (1,7%)	0 (0%)	1 (1,7%)	
Tempo decorrido após RSD	Até 12 horas	38 (63,3%)	2 (5,0%)	41 (68,3%)	<i>p</i> = 0,248
	Entre 12h e 3 dias após	15 (25,0%)	1 (1,7%)	16 (26,7%)	
	Entre 3 e 5 dias após	1 (1,7%)	0 (0%)	1 (1,7%)	
	Não sabe/Não se lembra	1 (1,7%)	1 (1,7%)	2 (3,3%)	
Tipo de contraceptivo de emergência consumido	DIU de cobre	5 (8,3%)	1 (1,7%)	6 (10,0%)	<i>p</i> = 0,671
	Acetato de Ulipristal	9 (15,0%)	0 (0%)	9 (15,0%)	
	Levonorgestrel	28 (46,7%)	3 (5,0%)	31 (51,7)	
	Outro	13 (21,7)	1 (1,7)	14 (23,3%)	

A **tabela VIII**, mostra que não existe qualquer tipo de associação estatisticamente significativa entre a eficácia do contraceptivo de emergência e o número de contraceptivos consumidos ($p = 0,740$), nem com o tempo decorrido após a RDS ($p = 0,248$) ou com o tipo de contraceptivo consumido ($p = 0,671$).

Através da análise das variáveis número de vezes que as inquiridas recorreram à CE e as características sociodemográficas, é possível concluir que não existe associação estatisticamente significativa entre esta e a idade ($p = 0,731$), o estado civil ($p = 0,973$), o grau de escolaridade ($p = 0,854$) e a situação laboral ($p = 0,489$).

Em relação a quem adquiriu a CE, constata-se que 70,0% das 60 mulheres que recorreram à CE, foram elas próprias a adquirir o contraceptivo, 15,0% das inquiridas afirmaram que foi o parceiro e 11,7% dizem que foram elas próprias juntamente com o parceiro a adquirir a CE. Ainda 3,3% referiram que foi um amigo a adquirir o contraceptivo (**tabela IX**).

Tabela IX: Pessoa que adquiriu contraceção de emergência

Quem adquiriu a contraceção de emergência?		
Eu própria	42	70,0
O meu parceiro	9	15,0
Eu e o meu parceiro	7	11,7
Amigo	2	3,3

Nesta amostra, analisando as variáveis quem adquiriu a CE e as características sociodemográficas, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o ciclo de escolaridade e a pessoa que adquiriu a contraceção ($p = 0,042$), tendo-se também observado que independentemente do grau de escolaridade, normalmente é a mulher a adquirir o contraceptivo. Nas restantes características sociodemográficas, os resultados estatísticos não permitem afirmar que a idade ($p = 0,670$), o estado civil ($p = 0,069$) e a situação no trabalho ($p = 0,850$) estão associadas à variável quem adquiriu a CE. Da mesma forma, continua a ser, na

maioria, a mulher a adquirir ela própria o contraceptivo de emergência independentemente da classe etária, da situação no trabalho, ou do estado civil. Contudo, as mulheres que estão casadas ou em união de facto apresentam uma taxa de aquisição do contraceptivo com o companheiro maior em comparação com os restantes estados civis.

PARTE IV – CONHECIMENTO, ATITUDES E COMPORTAMENTOS RELATIVOS À CONTRACEÇÃO ORAL DE EMERGÊNCIA

A **tabela X** diz respeito à análise do conhecimento, das atitudes e dos comportamentos das mulheres inquiridas em relação à pílula do dia seguinte. As questões foram agrupadas por “sabe” ou “não sabe” mediante a resposta das inquiridas. Importa referir que na categoria “não sabe” estão incluídas tanto as respostas que foram assinaladas incorretamente como as respostas que foram marcadas como “não sei”.

Como é passível de se observar na **tabela X** a maioria das mulheres inquiridas assinalaram corretamente as afirmações correspondentes ao tempo de uso (1) (89,1% sabe), à prevenção de IST (2) (90,9% sabe) e se a pílula do dia seguinte pode substituir a pílula oral comum (9) (85,2%). Em relação à comparação da eficácia entre a pílula do dia seguinte e outros métodos contraceptivos (4), pouco mais de metade dos inquiridos respondeu corretamente (63,3%) e aproximadamente metade respondeu corretamente às questões 6 e 8 em que são questionados se a pílula do dia seguinte pode ser utilizada uma vez por mês e se precisa de ser usada somente quando a mulher está no período fértil, com 53,3% e 52,7% de inquiridos a responder de forma correta, respetivamente. Ainda na questão 10, onde é questionado se a mulher ao tomar a pílula do dia seguinte está protegida de uma gravidez até à chegada da menstruação, 67,3% respondeu corretamente.

Pela observação da mesma tabela, em três questões diferentes a categoria “não sabe” assume uma percentagem de respostas superior. Na questão 3 que questiona se em caso de vômito até duas horas após a toma da pílula do dia seguinte é necessário repetir a dose, na questão 5 que pergunta se a toma pílula do dia seguinte deve ser tomada até a um máximo de cinco dias após a relação sexual e na questão 7 que mencionada que a pílula do dia seguinte é abortiva, apenas um terço da população respondeu corretamente em cada afirmação, com 26,4%, 36%, e 35,8% de respostas corretas, respetivamente. Apesar da maioria das respostas terem sido dadas

corretamente, ainda existe uma grande parte da população que responde de forma incorreta a todas as questões ou que não sabem a veracidade das mesmas.

Tabela X: Conhecimento, atitudes e comportamentos relativos à pílula do dia seguinte

Variáveis	Total	
	Frequência (n)	Percentagem (%)
1 – A pílula do dia seguinte deve ser usada antes da relação sexual.		
Sabe	294	89,1
Não sabe	36	10,9
2 – A pílula do dia seguinte previne doenças sexualmente transmissíveis.		
Sabe	300	90,9
Não sabe	30	9,1
3 – Em caso de vômito até 2 horas após a ingestão da pílula do dia seguinte deve-se repetir a dose.		
Sabe	87	26,4
Não sabe	243	73,6
4 – A pílula do dia seguinte é mais eficaz que os métodos contraceptivos (preservativo, pílula, DIU).		
Sabe	209	63,3
Não sabe	121	36,7
5 – Ao usar a pílula do dia seguinte, deve-se estar atento para que isso ocorra até a um máximo de 5 dias após uma relação sexual.		
Sabe	119	36
Não sabe	211	64

Tabela X: (continuação): Conhecimento, atitudes e comportamentos relativos à pílula do dia seguinte

Variáveis	Total	
	Frequência (n)	Percentagem (%)
6 – A pílula do dia seguinte pode ser usada uma vez por mês.		
Sabe	176	53,3
Não sabe	154	46,7
7 – A pílula do dia seguinte é abortiva.		
Sabe	118	35,8
Não sabe	212	64,2
8 – A pílula do dia seguinte precisa de ser utilizada somente quando a mulher está no período fértil.		
Sabe	174	52,7
Não sabe	156	47,3
9 – A pílula do dia seguinte pode substituir a pílula oral comum.		
Sabe	281	85,2
Não sabe	49	14,8
10 – Ao usar utilizar a pílula do dia seguinte, a mulher estará protegida de uma gravidez até à chegada da menstruação.		
Sabe	222	67,3
Não sabe	108	32,7

Analisando o conhecimento, atitudes e comportamentos relativos à pílula do dia seguinte tendo em conta o tipo de contraceptivo de emergência que a mulher utilizou, a análise estatística mostrou não haver nenhuma relação estatisticamente significativa entre as variáveis.

No entanto, comparando o conhecimento, atitudes e comportamentos relativos à pílula do dia seguinte tendo em conta se a mulher recorreu ou não à CE, os resultados dos testes estatísticos provam existir uma associação estatisticamente significativa entre duas questões, nomeadamente a questão 5 que diz “se ao usar a pílula do dia seguinte, deve-se estar atento para que isso ocorra até a um máximo de 5 dias após a RSD” ($p = 0,027$) e a questão 6 que diz “se a pílula do dia seguinte pode ser usada uma vez por mês” ($p = 0,019$). Em todas as outras questões com exceção destas duas mencionadas, não existe nenhuma relação estatisticamente significativa.

Importa salientar que a grande maioria das mulheres que recorreu à CE, em praticamente todas as questões, assinalaram corretamente as opções de resposta no que diz respeito ao conhecimento, atitudes e comportamentos relativos à pílula do dia seguinte. Ou seja, nas questões referentes ao uso da pílula do dia seguinte antes da relação sexual (86,7%), prevenção de IST (91,7%), eficácia em comparação com outros métodos contraceptivos (60,0%), se deve ser usada uma vez por mês (53,3%), se necessita de ser usada somente no período fértil (61,7%), se pode substituir a pílula oral comum (83,3%) e se ao tomar a pílula do dia seguinte, a mulher estará protegida até à chegada da menstruação (66,7%), a maioria das inquiridas consumidoras respondeu corretamente às questões. Apenas nas questões referentes à ingestão de um novo contraceptivo após o vómito (28,3%), se a pílula deve ser tomada até um máximo de 5 dias (38,3%) e se é abortiva (43,3%), a percentagem de mulheres que desconhece foi consideravelmente superior.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

A gravidez não planeada é uma considerável questão social e de saúde pública em todo o mundo (Amengual, Canto, Berenguer, & Pol, 2016). Algumas dessas gravidezes indesejadas resultam em aborto provocado (Amengual et al., 2016). Na segunda metade do século XX, o advento de alguns métodos contraceptivos e o seu uso maciço permitiu o controlo da natalidade e de gravidezes indesejadas (Amengual et al., 2016). No entanto, quer por desconhecimento ou por limitação no acesso à contraceção, muitas mulheres não podiam usufruir das vantagens deste método. Os avanços científicos, permitiram o desenvolvimento de métodos que podem ser administrados já após a relação sexual desprotegida, como é o caso dos contraceptivos de emergência (Amengual et al., 2016; Cleland et al., 2014).

Segundo o inquérito nacional de saúde de 2005/2006, estima-se que aproximadamente 15 % da população feminina com idades compreendidas entre os 15 e os 55 anos e em condições passíveis de gravidez, não utiliza qualquer tipo de método contraceptivo (Aguiar et al., 2011; Estatística, 2009). Havendo muitas gravidezes não planeadas e não desejadas, a CE representa uma alternativa que possibilita a minimização destes riscos (Aguiar et al., 2011).

Alguns autores destacam que, a falta de conhecimento e entendimento sobre a CE pode ser considerada a maior barreira para o uso apropriado deste método na população (Alano et al., 2012a). A grande maioria da população avaliada neste estudo e pertencente à cidade de Aveiro tem conhecimentos sobre a CE, isto é, 86,6% reconhece a CE como um tipo de método contraceptivo utilizado para prevenir uma gravidez não desejada após uma RSD. No entanto, importa referir que, mesmo que a grande maioria possua conhecimentos relativos à CE, no estudo em análise, uma parcela significativa, 13,4% ainda não possuem conhecimento algum sobre este tipo de contraceção, o que preocupa, porque a falta de conhecimento pode ser um fator de resistência à aceitabilidade e uso deste tipo de métodos (Campanha et al., 2012). Similarmente, em Portugal, no ano de 2016, 88% das mulheres sexualmente ativas conhecem a CE como um método contraceptivo (Águas et al., 2016). Outro estudo (Alano et al., 2012a) realizado em mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina, no Brasil, com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos, também apresenta dados semelhantes, ou seja, grande parte das universitárias, mais precisamente 99% também declarou saber da existência da CE.

No presente estudo verificou-se ainda uma associação entre o conhecimento da CE e as variáveis sociodemográficas, sendo que o conhecimento é maior na população cuja idade se situa entre os 18 e os 30 anos, com ensino superior, casadas ou em união de facto e ativas. A população mais instruída, tem de fato um maior acesso à informação o que poderá justificar este valor. Por outro lado, a faixa etária que mais conhece a CE pode estar mesmo relacionada com o facto de o consumo ser, por norma, maior neste intervalo de idades e, de facto, no presente estudo, a mesma faixa etária foi também a que mais percentagem de consumo de contraceptivos de emergência obteve. Dados semelhantes a estes que se encontram noutro estudo, apontam para que sejam as mulheres mais jovens a recorrer mais a este tipo de métodos (Alano et al., 2012a). Tendo em conta o fato de nestas faixas etárias a estabilidade familiar não ser tão elevada, adicionado ao facto de algumas delas serem economicamente dependentes dos pais, pode justificar um maior consumo e, por sua vez, poder conduzir a um maior conhecimento da existência da CE (Alano et al., 2012a).

A população com um nível socioeconómico mais baixo e menor nível de escolaridade é a mais afetada por este tipo de problemáticas, uma vez que a maioria não possui um acesso equitativo quer à informação, quer aos métodos contraceptivos mais adequados (Alano et al., 2012a). É em casos como estes que o planeamento familiar deve atuar, uma vez que se torna fundamental para evitar uma gravidez não planeada e permitir, em toda a rede pública de saúde, o acesso não só à CE como aos demais métodos contraceptivos regulares, incluindo os que protegem contra as IST (Alano et al., 2012a).

Por outro lado, o PFA assume um papel crucial e fundamental na sociedade devendo a sua prática, orientar-se na educação em saúde, zelando pelo bem-estar e qualidade de vida do utente (Vieira, 2007). Dados de um estudo, no Brasil, mostram que apenas uma parcela das mulheres inquiridas relatou ter recebido orientações na farmácia sobre o contraceptivo de emergência no momento da aquisição do mesmo (Alano et al., 2012a). Estas conclusões permitem evidenciar a necessidade de um melhor e mais completo atendimento por parte do profissional de farmácia, no sentido de orientar a mulher no que diz respeito à CE, garantindo o seu uso apropriado e estimulando o uso de métodos contraceptivos regulares e a prevenção de IST (Alano et al., 2012a). Desta forma, é crucial que os profissionais de farmácia sejam dotados de formação específica

para que possam exercer correta e adequadamente a sua função de educadores para a saúde (Alano et al., 2012a).

No que respeita à forma de como os inquiridos obtiveram conhecimento sobre a CE, é, de fato, perceptível que a internet foi o meio mais escolhido pelas inquiridas, o que pode ser explicado pelo facto dos cidadãos, hoje em dia, escolherem as tecnologias de informação e comunicação como o seu principal recurso para obterem conhecimento (Espanha, Mendes, Fonseca, & Correia, 2013).

Em Portugal, o acesso à informação e à internet tem-se popularizado, democratizando informações relacionadas com a saúde e com o bem-estar (Espanha et al., 2013). Por outro lado, a internet envolve uma interação escrita e verbal que permite contornar discriminações que alguns temas envolvem, o que também pode ser um fator justificativo do recurso a este meio ser o mais mencionado pelas inquiridas (Espanha et al., 2013). No entanto, é importante referenciar que a qualidade da informação disponibilizada na internet é um assunto questionável, podendo mediante as fontes consultadas, conduzir a informação errática (Espanha et al., 2013).

Além desta fonte de informação, o recurso aos amigos foi referido com a segunda fonte de informação mais mencionada pelas inquiridas. Gainer et al num estudo que avaliou e comparou as várias experiências de mulheres consumidoras de contraceptivos de emergência sem prescrição médica em França, Noruega, Suécia e Portugal, concluiu que os amigos também se afiguraram como uma importante fonte de informação sobre CE. Aliás, em alguns relatos foram os amigos que veicularam às utentes a disponibilidade da CE em farmácia, sem recurso a receita médica. (Gainer et al., 2003).

Ainda dentro do mesmo ponto, a escola é a terceira fonte de informação mais mencionada pelas inquiridas. Esta evidência poderá, porventura, ser suportada pela Lei nº60/2009 de 6 de agosto (AssembleiadaRepública, 2009), que estabelece o regime de aplicação de educação sexual em meio escolar nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário. Este imperativo legal pode justificar a correlação que se encontrou entre as características sociodemográficas da população em estudo e o conhecimento da CE, visto que a maioria das mulheres inquiridas (40,4%) têm idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos e com graus de escolaridade a cima do 1º ciclo (4º ano), o que significa que grande maioria delas já foi abrangida pela referida lei.

Os hospitais, centros de saúde e a farmácia, embora não sejam os meios de obtenção de informação mais predominantes, também apresentam uma boa percentagem de respostas. Os resultados obtidos no estudo de 2013 de Espanha et al, indicam que os profissionais de saúde, em particular os médicos, e seguidamente os profissionais de farmácia são a principal referência em saúde para os Portugueses. Os resultados aqui obtidos ficam aquém dos apontados no estudo em questão (Espanha et al., 2013).

Relativamente ao conhecimento dos vários tipos de contraceção de emergência grande parcela da população inquirida referiu em resposta aberta que a pílula do dia seguinte é o método por elas conhecido. De facto, o termo “pílula do dia seguinte” não é o termo cientificamente mais correto, mas é, sem dúvida, o mais usual na sociedade. Isto pode ser um motivo que justifique estas conclusões dado que é normal que a sociedade em geral não conheça o nome dos princípios ativos à exceção daquelas mulheres que já recorram a algum tipo de contraceptivo de emergência ou que estejam ligadas à área da saúde. Dentro dos métodos contraceptivos de emergência aqui investigados, o levonorgestrel é o mais conhecido pelas usuárias, seguindo-se o DIU de cobre e, por último, o acetato de ulipristal.

Em 2009, o acetato de ulipristal obteve autorização de comercialização como contraceptivo de emergência em toda União Europeia através do procedimento centralizado da Agência dos Medicamentos Europeus, tendo autorização por parte do INFARMED a 15 de maio de 2009 como MSRM (EMA, 2014; Italia & Brand, 2016). Em novembro de 2014, a EMA recomendou que o acetato de ulipristal alterasse o seu estatuto para um MNSRM (Italia & Brand, 2016). A 7 de janeiro de 2015, a Comissão Europeia emitiu uma decisão juridicamente vinculativa que torna o acetato de ulipristal, em toda a União Europeia, como um medicamento de venda livre, podendo ser adquirido sem prescrição médica (Italia & Brand, 2016). Em contrapartida, no momento das recomendações da EMA em relação ao acetato de ulipristal, o levonorgestrel já estava disponível sem receita médica na maioria dos países europeus (Italia & Brand, 2016). Em Portugal, a marca mais antiga, a Norlevo teve autorização de comercialização por parte do INFARMED a 7 de outubro de 2005 (INFARMED, 2014c). O facto do acetato de ulipristal ter sido comercializado em Portugal apenas em 2009 e ser sujeito a receita médica grande maioria do tempo, até 2015, pode justificar o motivo do levonorgestrel ter um maior índice de respostas por parte das mulheres tanto no conhecimento como no consumo de contraceptivos de emergência.

O DIU de cobre é mais conhecido por parte das inquiridas em comparação com o acetato de ulipristal, no entanto, a sua utilização é bastante inferior quando comparado com este. Apesar das várias vantagens, o DIU de cobre é raramente utilizado como contraceptivo de emergência o que se enquadra com os resultados obtidos, visto que foi o método menos utilizado pelas inquiridas (Edwards et al., 2017). Muitos prestadores de saúde além de não terem conhecimento da indicação do DIU de cobre como efeito contraceptivo de emergência, também acreditam que é um método inadequado para mulheres jovens ou nulíparas (Edwards et al., 2017). Do mesmo modo, a sociedade em geral também não está familiarizada com este tipo de método (Edwards et al., 2017). Este fraco conhecimento pode ser uma causa que justifique a pouca utilização do DIU de cobre. Estudos americanos mostraram que o conhecimento do DIU de cobre é pobre, mas que 12 a 15% das mulheres mostraram interesse no DIU de cobre após saberem informações acerca dele (Edwards et al., 2017).

A utilização da CE deve ser reservada para situações excepcionais e efetuada sempre de forma ocasional, uma vez que não se trata de um método de contraceção regular, nem protege contra IST (Barcia et al., 2009; Braz et al.; Direcção Nacional; Shen et al., 2017; Wannmacher, 2005).

A CE é um tipo de contraceptivo alvo de grandes polémicas em relação ao seu acesso e ao seu uso (Bastos et al., 2014). Por um lado, profissionais de saúde, investigadores e interlocutores das indústrias farmacêuticas apoiam o seu uso e defendem a ideia de que ao aumentar a acessibilidade deste contraceptivo, a vida sexual será mais responsável e, consequentemente, o número de gravidezes não planeadas diminuirá e os gastos com a saúde serão reduzidos (Bastos et al., 2014). Por outro, a disponibilidade da CE em vários locais de saúde, tem criado alguma insegurança nos profissionais de saúde devido à possibilidade de haver uso abusivo deste tipo de métodos e suas implicações como é o caso do aumento das IST (Bastos et al., 2014; Campanha et al., 2012). Facto este que não se observa na amostra populacional em estudo, porque das 330 mulheres, apenas 60 delas, 18,2% recorreram à CE. Do mesmo modo, a evidência científica atual tem demonstrado que os comportamentos de risco não aumentam com a acessibilidade à CE (Pacheco et al., 2015).

O mesmo estudo de Águas et al (Águas et al., 2016) apresenta dados bastante similares, isto porque, em 2016 uma percentagem equivalente, 17 % também recorreu, pelo menos uma vez, à contraceção de emergência. Sendo a diferença temporal tão mínima de um estudo para outro, o

aumento da frequência de toma de um ano para o outro pode estar justificada pela razão de que o estudo em análise se restringe apenas a uma cidade e não a nível nacional.

Destacou-se que o consumo da CE se encontra associada à idade e à situação laboral. De facto, pode concluir-se pela observação dos resultados, que a prevalência do consumo de contraceptivos de emergência é tanto maior quanto menor for a faixa etária em que se encontra a mulher. Esta evidência vai de encontro ao reportado em estudos anteriores, em que quanto menor a idade da inquirida, maior o consumo de CE (Alano et al., 2012a). Relativamente à situação profissional, a prevalência de consumo é maior nas mulheres ativas.

A disponibilização de contraceptivos de emergência orais nas farmácias ou parafarmácia sem prescrição médica visa facilitar o acesso a estas por parte da população, independentemente do local da residência, da região ou das várias leis em vigor, de forma a garantir uma eficácia mais elevada, pois podem ser administradas no momento mais apropriado (Amengual et al., 2016). Além disso, a ausência de uma prescrição médica para adquirir este tipo de contraceptivos permite contornar barreiras como o embaraço, bem como facilitar a discrição na compra da CE (Amengual et al., 2016).

A falta de acesso a métodos contraceptivos de emergência pode implicar que as mulheres se tenham que sujeitar ao aborto inseguro que, por sua vez, pode contribuir para um aumento da mortalidade e morbilidade materna (Shen et al., 2017). A introdução deste tipo de medicamentos no mercado com a finalidade contraceptiva após uma RSD fez aumentar as expectativas em relação à prevenção e redução do número de interrupções voluntárias da gravidez (Amengual et al., 2016).

Sendo um dos objetivos da investigação em curso, perceber se existe alguma associação entre a não eficácia do contraceptivo e o aborto induzido, rapidamente se conclui que não, visto que nenhuma das mulheres consumidoras de contraceptivos de emergência recorreu ao aborto, nem mesmo aquelas cuja eficácia do contraceptivo consumido foi nula.

Uma relação sexual desprotegida pode ocorrer por múltiplas e complexas razões que envolvem não só a utilização de nenhum método, como uma possível falha do contraceptivo que estariam a usar no momento ou em casos extremos, uma violência sexual (Cleland et al., 2014). No estudo em questão, analisando os motivos que levaram as inquiridas a consumirem algum tipo de

contracetivo de emergência, 50% das 60 consumidoras apontaram a falha do método contracetivo habitual como a razão da toma e 35% a não utilização de nenhum método contracetivo. A falha do preservativo e do contracetivo oral foram os dois métodos mais reportados e que, consequentemente levaram ao uso de um contracetivo de emergência. Isto pode ser explicado, pelos dados fornecidos pelo 4º inquérito nacional de saúde 2005/2006 que destaca a contraceção hormonal combinada oral e o preservativo como os dois métodos contracetivos mais utilizados pela população feminina em Portugal Continental (Estatística & Jorge, 2007; Pacheco et al., 2011). Um estudo de McKeage et al realizado nos Estados Unidos da América aproxima-se dos resultados obtidos dado que a falha do preservativo ou a não utilização de algum tipo de método também foram os dois motivos mais apontados pelas inquiridas (McKeage & Croxtall, 2011). Do mesmo modo, um estudo de Alano et al (Alano et al., 2012a) também refere que os motivos mais mencionados para a toma de contracetivos de emergência foram o não uso do preservativo ou ainda, o rompimento do mesmo e o uso incorreto do contracetivo oral. Sendo o preservativo o método mais adequado para prevenção de IST torna-se importante a realização de investigações aprofundadas sobre esse resultado (Alano et al., 2012a).

Avaliando o número de tomas de contracetivos de emergência, no estudo em questão, as conclusões são positivas, pois 68,3% apenas recorreu uma vez e 23,3% duas vezes. Contudo ainda existe uma parcela significativa de mulheres que recorram a este método mais do que duas vezes. Em média, o método foi utilizado 1,45 vezes pelas mulheres residentes na cidade de Aveiro. Estes resultados concluem que as mulheres, no geral, têm consciência que os contracetivos de emergência devem ficar reservados para situações excecionais e nunca como contracetivo habitual (Ros et al., 2009). Um estudo realizado na Catalunha obteve resultados que se distanciam dos obtidos na investigação em questão, dado que 78,5% das mulheres recorrem à CE duas vezes e somente 1,8% utilizou uma única vez (Ros et al., 2009).

O período de tempo que decorre entre a RSD e a toma do contracetivo é um fator importante para a sua eficácia, e embora 68,3% tenha utilizado o contracetivo nas primeiras 12 horas e 26,7% entre 12 horas e 3 dias após a relação sexual, ainda se verificou uma inquirida a recorrer ao método passado esse tempo. Contudo, é importante referir, que essa mesma inquirida recorreu ao acetato de ulipristal, o que é positivo, uma vez que é o único contracetivo de emergência oral

que pode apresentar uma eficácia significativa até 120 horas após a RSD (EMA, 2014). O estudo de Alano et al (Alano et al, 2012a), afirma que a maioria utilizou a contraceção nas primeiras 24 horas após a RSD, verificando-se pouca percentagem de mulheres a administrar o método depois das 24h e até a um máximo de 72h após a RSD, resultados estes que se assemelham aos obtidos.

Para os métodos contraceptivos de emergência, normalmente, a eficácia é expressa em função da proporção das gravidezes esperadas que são evitadas pelo método (Cleland et al, 2014). A eficácia da CE utilizada pelas mulheres em estudo mostrou ser bastante satisfatória, uma vez que a grande maioria, 91,7% afirmou que o contraceptivo utilizado foi eficaz, prevenindo então uma possível gravidez não desejada. Contudo, 5 das mulheres inquiridas não obtiveram o efeito pretendido.

A eficácia dos contraceptivos de emergência é tanto maior, quanto mais rápida for a sua administração após a RSD (Consortium, 2013; Direcção Nacional; WorldHealthOrganization, 2012). Embora se tenha verificado uma toma do contraceptivo de emergência entre 3 e 5 dias após a RSD, e eficácia nesta mulher foi positiva. Constatou-se, também, que das 5 utentes cujo contraceptivo não foi eficaz, duas delas já tinham recorrido ao método duas vezes. A CE oral tende a ser menos eficaz com o uso repetido, consecutivo e inadequado, o que pode ser mais um fator que justifica a falha contraceptiva nas 5 usuárias, visto que ainda é significativa a percentagem de mulheres que utilizaram a CE mais do que uma única vez. Alano et al (Alano et al, 2012a), também concluiu no seu estudo que a percentagem da eficácia dos contraceptivos utilizados pelas mulheres foi bastante elevada, apresentando unicamente uma mulher com falha no contraceptivo. A mesma referiu ter engravidado após a administração da CE e ainda relatou ter recorrido este tipo de método contraceptivo várias vezes, não declarando o número exato (Alano et al, 2012a).

Ainda relativamente à eficácia do contraceptivo de emergência consumido, o acetato de ulipristal não apresenta nenhuma falha contraceptiva, enquanto o levonorgestrel falhou em 5,0% das inquiridas. Como já foi enunciado atrás, ambos os métodos orais, têm unicamente efeito preventivo de uma gravidez se forem apenas administrados antes da ovulação (EMA, 2014; INFARMED, 2014c, 2014d). No entanto, o acetato de ulipristal supera o levonorgestrel no que diz respeito à eficácia, uma vez que continua a ter efeito contraceptivo mesmo quando se já iniciou a

subida do LH, o que não se observa com o levonorgestrel. Este composto atua na fase pré-ovulatória precoce e tardia, pois suprime o aumento da hormona LH, antes da sua subida e até ao seu pico, acabando por atrasar ou até mesmo inibir a ovulação (Batur et al., 2016; Cleland et al., 2014; EMA, 2014; Fok & Blumenthal, 2016; McKeage & Croxtall, 2011; Pacheco et al., 2015).

Um estudo randomizado controlado comparativo do acetato de ulipristal com o levonorgestrel, afirma que o índice de gravidez é menor em, aproximadamente, metade das mulheres que recorrem ao acetato de ulipristal em comparação com aquelas que administraram levonorgestrel (Batur et al., 2016). Ainda no mesmo estudo, tanto o acetato de ulipristal como o levonorgestrel apresentavam uma eficácia semelhante quando eram usados nas 72 horas após a relação sexual (Batur et al., 2016).

Embora a análise estatística tenha permitido concluir que no estudo em questão, a eficácia do contraceptivo de emergência utilizado não apresenta qualquer associação estatisticamente significativa entre o número de contraceptivos de emergência tomados, o tempo decorrido após a RSD e o tipo de contraceptivo tomado, estes são fatores que claramente podem interferir com a eficácia, no entanto, não são os únicos. Outras condições, como o índice de massa corporal ou o dia do ciclo menstrual, também podem interferir com a eficácia da CE (Stone et al., 2017).

Apesar de não ter sido avaliado neste estudo o índice de massa corporal das usuárias, é importante referir que alguns estudos apontam para uma eficácia reduzida da contraceção de emergência hormonal com o aumento do peso corporal/Índice de Massa Corporal (EMA, 2014; INFARMED, 2014c, 2014d). De acordo com o 4º inquérito nacional de saúde 2005/2006, 16,6% e 16,9% das mulheres com mais de 18 anos e residentes em Portugal Continental apresentam excesso de peso ou obesidade, respetivamente (Estatística & Jorge, 2007). O levonorgestrel pode ser ineficaz em mulheres cujo índice de massa corporal é maior do que 26 kg/m² e o acetato de ulipristal em mulheres com um índice de massa corporal maior do que 35kg/m² (Cleland et al., 2014). A dose de contraceptivo a administrar não deve ser duplicada, visto que não existem estudos que provem que o aumento da dose está relacionado com a melhoria significativa da eficácia (Cleland et al., 2014). Nestes casos, o DIU de cobre é a opção mais efetiva dado que a eficácia não aparenta ser alterada com o peso da mulher (Cleland et al., 2014).

A farmácia foi o local predileto para adquirir a CE pelas mulheres residentes em Aveiro, resultado este que pode se baseado no facto dos contraceptivos de emergência orais serem MNSRM e

poderem ser adquiridos facilmente sem prescrição (INFARMED, 2007; Pacheco et al., 2015). Num estudo de Gainer et al as participantes foram unânimes em referir que o facto da pílula do dia seguinte poder ser adquirida sem receita médica, aumenta a acessibilidade e diminui as barreiras associadas ao tempo de aquisição e ao custo do medicamento (Gainer et al., 2003).

A mulher, independentemente da sua idade, ciclo de escolaridade, situação no trabalho ou estado civil, é sempre ela que mais compra a contraceção de emergência (70,0%). Estes resultados podem ser explicados pela observação do elevado nível de consumo de contraceptivos de emergência em idades pertencentes a uma classe etária mais baixa (18 a 30 anos) onde as relações amorosas não são muito sólidas e, em algumas vezes, acontecem relações sexuais de apenas uma noite, sem qualquer responsabilidade. Em contrapartida, embora exista uma pequena percentagem de mulheres a adquirir o contraceptivo com o companheiro (11,7%), nesses casos, a maioria das mulheres estão casadas ou em união de facto, o que acaba por apoiar a explicação acima apresentada.

O estudo em análise mostra que existem lacunas referentes ao modo de como deve ser utilizada a CE, incluindo os cuidados a ter, as possíveis complicações que podem advir e a forma como a mulher se deve prevenir para evitar situações complicadas como o caso de uma gravidez indesejada ou uma IST. Muitas são as mulheres que não conhecem o verdadeiro e importante uso destes métodos contraceptivos, independentemente se já consumiram ou não, o que acaba por ser preocupante, uma vez que a falta de conhecimento leva a uma incorreta utilização do mesmo.

Dados de outro estudo (Gainer et al., 2003), comprovam isso mesmo ao demonstrar que existe um conhecimento limitado sobre menstruação, contraceção e saúde reprodutiva e utilização da CE por parte das mulheres participantes no referido estudo. Estas conclusões só provam que são necessários maiores esforços educacionais e que por sua vez atinjam um público mais amplo de forma a instruir mais a população (Gainer et al., 2003).

O estudo realizado apresentou importantes limitações relativas à recolha de dados e à escassez de informação para posterior comparação de resultados com outros estudos semelhantes.

Em relação à recolha de dados, a população mostrou-se muito reticente em colaborar. Algumas mulheres recusavam-se mesmo a preencher o questionário e outras, após saberem o tema, ficaram hesitantes, tendo sido necessário alguns argumentos para as tentar convencer a

preencher o questionário. O facto da amostra incluir unicamente população do sexo feminino, aliado ao tema em questão, poderão ter sido as causas mais prováveis que justifiquem este entrave na investigação.

No que respeita à escassez de informação, o estudo em questão foi bastante limitado pela carência de estudos com objetivos semelhantes e com a mesma população alvo, o que se mostrou ser uma barreira na comparação dos resultados obtidos neste estudo com outros do mesmo tipo. De facto, existem estudo direcionados ao mesmo tema, mas em muitos deles, a população alvo, direciona-se apenas para os estudantes.

Conclusão

Existe um leque bastante amplo de várias opções contraceptivas de emergência que podem e devem ser utilizadas para benefício de todas as mulheres que apresentam algum risco de gravidez após uma RSD, e que não queiram assumir uma gravidez não planeada.

A revisão bibliográfica permitiu alargar o conhecimento acerca do tema, frisando que embora a CE seja um método seguro, carece de cuidados de utilização, pois também podem advir complicações associadas ao seu uso, como reações adversas e interações medicamentosas. São métodos eficazes, mas devem apenas ficar reservados para situações excecionais, o que nem sempre se verificou neste estudo, uma vez que se verificaram algumas relações sexuais completamente desprotegidas. Estes resultados, só provam que existem lacunas nas práticas contraceptivas adotadas pela população.

A maioria da população do estudo sabe que existe este tipo de contraceção, no entanto, analisando em concreto o conhecimento em relação à contraceção de emergência hormonal, é notável que o conhecimento neste tema é limitado, uma vez que ainda é desconhecido para algumas mulheres a forma de administração e os cuidados a ter após a mesma, nomeadamente no que respeita aos dias que a mulher deve ter conta para tomar a CE após a RSD, ou o que fazer em caso de vômito até duas horas após a administração do contraceptivo de emergência hormonal.

Os resultados permitiram concluir que a farmácia apresenta um papel muito ativo neste tema, pois é o local de eleição para a compra deste tipo de métodos. Neste sentido, é fundamental que os profissionais de farmácia estejam preparados para fazer um atendimento e aconselhamento diferenciador em prol de uma boa saúde sexual e reprodutiva.

Aquando da revisão bibliográfica observou-se uma escassez de estudos científicos que abordem este tema na população em geral sendo que foram encontrados alguns, mas que apenas se restringiam à população estudantil. Estudos como estes são fundamentais para se avaliar o perfil de utilização e o nível de conhecimento da população gera sobre a contraceção de emergência, para que, futuramente, a informação divulgada vá de encontro às necessidades da sociedade preenchendo assim as lacunas existentes.

Futuramente, é importante a realização de novos estudos referentes a este tema, abrangendo várias populações-alvo, desde os estudantes até à população em geral.

Uma vez que existe um conhecimento limitado acerca da CE, importa averiguar em que nível de conhecimento se encontra a população no respeito aos métodos contraceptivos de emergência, de forma a tentar preencher todas as lacunas existentes, através de ações de formação, mais informação em locais de saúde, como centros de saúde e farmácias e maior adesão ao planeamento familiar. Importa sublinhar, que a informação deve ser dirigida de acordo com as principais dúvidas não só da mulher, como também dos parceiros em tudo o que diz respeito à CE, envolvendo não só a sua forma de administração, como também todos os cuidados a ter durante e após a utilização da mesma.

Mais tarde, seria positivo a realização de um estudo com os mesmos objetivos e com a mesma população-alvo de forma a comparar, o conhecimento e o perfil de utilização da CE, detetando possíveis diferenças significativas. Seria ainda mais positivo, que essas mesmas diferenças se revelassem num aumento de conhecimento e numa diminuição do consumo ou melhor, se o motivo do consumo se unificasse apenas na falha do contraceptivo habitual e não, por não uso de contraceção numa relação sexual.

Sendo a população mais jovem a utilizar em maior abundância a CE, é imprescindível o reforço da educação sexual no ambiente escolar e que abranja o tema da contraceção, incluindo a de emergência, para que, futuramente, saibam utilizar corretamente as várias opções contraceptivas existentes no mercado.

Referências Bibliográficas

- Águas, F., Bombas, T., & Silva, D. P. d. (2016). Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstetrícia Ginecologia Portuguesa*, 10(3), 184-192.
- Aguiar, A. H. d., Guimas, A. S., Reis, L. B., Baião, L. R., & Teixeira, M. M. (2011). Intervenção Farmacêutica na Contraceção de Emergência. *Ordem dos Farmacêuticos*, 1-16.
- Alano, G. M., Costa, L. N., Miranda, L. R., & Galato, D. (2012a). Conhecimento, consumo e acesso à contraceção de emergência entre mulheres universitária no sul do Estado de Santa Catarina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(9), 2397-2404.
- Alano, G. M., Costa, L. N., Miranda, L. R., & Galato, D. (2012b). Conhecimento, consumo e acesso à contraceção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(9), 2397-2404.
- Amengual, M. d. L. B., Canto, M. E., Berenguer, I. P., & Pol, M. I. (2016). Systematic Review of the profile of emergency contraception users. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24.
- AssembleiadaRepública. (2010). *Resolução da Assembleia da República nº46/2010* Diário da República, 1.ª série - nº99.
- AssembleiadaRepública. (2000). *Decreto-Lei n.º 259/2000*. Diário da República, 1.ª série - A - n.º 240.
- AssembleiadaRepública. (2007). *Lei n.º 16/2007 - Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez*. Diário da República, 1.ª série - nº75.
- AssembleiadaRepública. (2009). *Lei n.º 60/2009 - Regime de aplicação da educação sexual em meio escolar*. Diário da República, 1.ª série - nº151.
- Barcia, J. M., Díaz, J. R. S., & Carvajal, M. d. I. C. R. (2009). Anticoncepción de emergencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25 (2), 1-8.
- Bastos, L. L., Ventura, M., & Brandão, E. R. (2014). O acesso à contraceção de emergência como um direito? Os argumentos do Consórcio Internacional sobre Contraceção de Emergência. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, 18(48), 37-46.
- Bataglião, E. M. L., & Mamede, F. V. (2011). Conhecimento e Utilização da Contraceção de Emergência por Acadêmicos de Enfermagem. *Esc Anna Nery (impr)*, 15(2), 284-290.
- Batur, P., Kransdorf, L. N., & Casey, P. M. (2016). Emergency Contraception. *Mayo Clinic Proceedings*, 91 (6), 802-807.
- Berlofi, L. M., Alkmin, E. L. C., Barbieri, M., Guazzelli, C. A. F., & Araújo, F. F. d. (2006). Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planeamento Familiar. *Acta Paul Enferm*, 19(2), 196-200.
- Bosworth, M. C., Olusola, P. L., & Low, S. B. (2014). An Update on Emergency Contraception. *American Family Physician*, 89 (7), 545-550.
- Braz, A. G., Faria, J. G. d., & Nabas, P. M. J. M. A. B. B. Levonorgestrel: Considerações sobre o uso na contraceção de emergência - Orientações Básicas.
- Calculadora de Amostragem. Retrieved 5 dezembro 2016, from <http://www.vsai.pt/amostragem.php?margin=5&confidence=95&population=+2.576.9>
- Campanha, J. T. P., Orizeu, C., Ransolin, T., Sordi, T., & Zanin, G. D. (2012). Pílula do Dia Seguinte: uma alternativa segura. *Revista Thêma et Scientia*, 2(2), 129-134.
- Cleland, K., Raymond, E. G., Westley, E., & Trussell, J. (2014). Emergency contraception review: evidence-based recommendations for clinicians. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57 (4), 741-750.

- CMA. Município de Aveiro. Retrieved 22 julho, 2017, from http://www.cm-aveiro.pt/www/templates/map.aspx?id_class=2357&TM=2357&id_object=27172
- Consortium, I. (2013). Emergency Contraception: questions and answers for decision-makers. *International Consortium for Emergency Contraception*.
- Constantino, C. F. (2010). Contracepção de emergência e adolescência: responsabilidade e ética. *Revista Bioética*, 18(2), 347-361.
- Costa, K. S., Wannmacher, L., Costa, L. H., & Tierling, V. L. (2012). Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados *Tema 10 : Uso racional de Contraceptivos Hormonais Orais* (pp. 91-102). Brasília: Ministério da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde. (2001). Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar. *Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes*.
- Direcção Nacional. Norma de Intervenção Farmacêutica na Contracepção de Emergência *Prof 66*, 22-27.
- Edwards, C., Panjwani, D., Pendrith, C., Ly, A., & Dunn, S. (2017). Knowledge of and Interest in the Copper Intrauterine Device Among Women Seeking Emergency Contraception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 1-7.
- EMA. (2014). Resumo das Características do Medicamento – ellaOne 30 mg comprimido.
- Espanha, R., Mendes, R. V., Fonseca, R. B., & Correia, T. (2013). O lugar e papel da internet na saúde: contributos do caso português. *Revista Científica da Direcção Geral de – Portugal Saúde em números*, 1, 41-49.
- Estatística, I. N. d. (2009). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. *Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*.
- Estatística, I. N. d., & Jorge, I. N. d. S. D. R. (2007). 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. *Destaque, Informação à Comunicação Social*.
- Fernandes, J. S., Fortunato, P. D. J. S., & Correia-Pinto, D. J. Fisiologia do sistema reprodutor feminino *SOF– Fisiologia, Módulo reprodução e manutenção da espécie*, 1-44.
- Ferreira, J. D. (2005). Anticoncepção de Emergência – Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde. *Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº3*.
- Ferreira, J. D. (2014). Anticoncepção de Emergência: Perguntas e respostas para profissionais de saúde. *Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº3*.
- Fok, W. K., & Blumenthal, P. D. (2016). Update on emergency contraception. *Currente opinion in Obstetrics and Gynecology*, 28 (6), 522-529.
- Fróis, A. C., Pedersoli, B. d. A., Júnior, M. H. G., Vieira, R. C. P., Santoa, h. A., Viegas, R. M. F., . . . Krettli, W. S. d. C. (2010). Tratamento da gravidez ectópica: revisão da literatura. *Rev Med Minas Gerais* 20(4 Supl 2), 11-14.
- Gainer, E., Blum, J., Toverud, E.-L., Portugal, N., Tyden, T., Nesheim, B.-I., . . . WiniKoff, B. (2003). Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway, Sweden and Portugal. *Elsevier*, 68, 117-124.
- Giordano, M. V., Giordano, L. A., & Panisset, K. S. (2015). Dispositivo intrauterino de cobre. *Femina*, 43(1), 15-20.
- Hochman, B., Nahas, F. X., Filho, R. S. d. O., & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(2), 2-9.
- Holanda, A. A. R. d., Barreto, C. F. B., Holanda, J. d. C. P., Mota, K. B., Medeiros, R. D. d., & Maranhão, T. M. d. O. (2013). Controvérsias acerca do dispositivo intrauterino: uma revisão. *Femina*, 41(3), 141-146.
- India, S. C. o. (2003a). Dispositivo Intra-uterino SMB COPPER TCu 380 A. *Clinifar – Medical Care Solutions*.
- India, S. C. o. (2003b). Dispositivo Intra-uterino SMB Cu 375 Standard/Sleek. *Clinifar – Medical Care Solutions*.
- INFARMED. (2001). *Lei nº12/2001 de 29 de Maio*. Legislação Farmacêutica Compilada.
- INFARMED. (2005). *Decreto-Lei 134/2005, de 16 de Agosto*. Legislação Farmacêutica Compilada.

- INFARMED. (2007). *Despacho nº 17690/2007, de 23 de Julho*. Legislação Farmacêutica Compilada.
- INFARMED. (2014a). Folheto Informativo – Norlevo 1.5 mg comprimido.
- INFARMED. (2014b). Folheto Informativo – Postinor 1500 microgramas comprimidos.
- INFARMED. (2014c). Resumo das Características do Medicamento – Norlevo 1.5 mg comprimido.
- INFARMED. (2014d). Resumo das Características do Medicamento – Postinor 1500 microgramas comprimido.
- INFARMED, & Portuguesa, R. Prontuário Terapêutico On-line. Retrieved Maio 2017, 2017, from <http://app10.infarmed.pt/prontuario/frameprimeiracapitulos.html>
- Italia, S., & Brand, H. (2016). Status of Emergency Contraceptives in Europe One Year after the European Medicines Agency's Recommendation to Switch Ulipristal Acetate to Non-Prescription status. *Public Health Genomics*, 19, 203-210.
- Jadav, S. P., & Parmar, D. M. (2012). Ulipristal acetate, a progesterone receptor modulator for emergency contraception. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, 3 (2).
- Junior, J. E., Montenegro, N. A. M. d. M., Soares, R. d. C., & Camano, L. (2008). Gravidez ectópica não rota – diagnóstico e tratamento. Situação atual. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 30(3), 149-159.
- Lima, R. C. (2014). Contraceção de emergência com ênfase na asolecência: uma revisão de literatura. *Revista Especialize On-line IPOG*, 01(8ª edição nº 009), 1-12.
- McKeage, K., & Croxtall, J. D. (2011). Ulipristal Acetate – A Review of Its Use in Emergency Contraception. *Drugs*, 71 (7), 935-945.
- Ministério, da, & Saúde. Consentimento informado, livre e esclarecido para a colocação de Dispositivo Intra-uterino (DIU). *Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.*, 1-4.
- Nascimento, C. B. d. (2012). *Conhecimento e uso da anticoncepção de emergência entre adolescentes estudantes do ensino médio*. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pacheco, A., Costa, A. R., Martins, I., Palma, F., Sousa, F., Almeida, M. d. C., & Bombas, T. (2015, julho). Recomendações sobre Contraceção de Emergência. *Sociedade Portuguesa da Contraceção*, 1-24.
- Pacheco, A., Machado, A. I., Costa, A. R., Lanhoso, A., Cruz, E., Palma, F., . . . Gomes, V. (2011, 15 de janeiro de 2011). Consenso sobre Contraceção.
- Petiz, A., Aroso, A., Ribeirinho, A. L., Santos, A. P. M. S., Lanhoso, A., Oliveira, A. P., . . . Gomes, V. (2003). Consenso sobre Contraceção. *Sociedade Portuguesa de Ginecologia*, 1-19.
- Pohl, O., Zobrist, R. H., & Gotteland, J.-P. (2014). The Clinical Pharmacology and Pharmacokinetics of Ulipristal Acetate for the Treatment of Uterine Fibroids. *Reproductive Sciences*, 1-8.
- Raine, T. R., Harper, C. C., Rocca, C. H., Fischer, R., Padian, N., Klausner, J. D., & Darney, P. D. (2005). Direct Access to Emergency Contraception Through Pharmacies and Effect on Unintended Pregnancy and STIs. *JAMA*, 293(1), 54-62.
- Recordart, J. (2015). Folheto Informativo – Mona Lisa Cu 375/375 Short-Loop.
- Ros, C., Miret, M., & Rué, M. (2009). Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparación entre una zona rural y una urbana. *Gaceta Sanitaria*, 23(6), 496-500.
- Saito, M. I., & Leal, M. M. (2007). Adolescência e contraceção de emergência: Fórum 2005. *Rev Paul Pediatría*, 25(2), 180-186.
- Santos, F. F. M. d. (2009). Base Dados Portugal Contemporâneo Retrieved 22 de julho, from <http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+sexo-357>
- Shen, J., Che, Y., Showell, E., Chen, K., & Cheng, L. (2017). Interventions for emergency contraception (Review). *Cochrane Library*(8), 1-325.
- Souza, R. A. d. (2008). Pílula do Dia Seguinte: uma revisão de literatura sobre Anticoncepção de Emergência. *Cadernos UniFOA, Edição nº8*, 58-76.

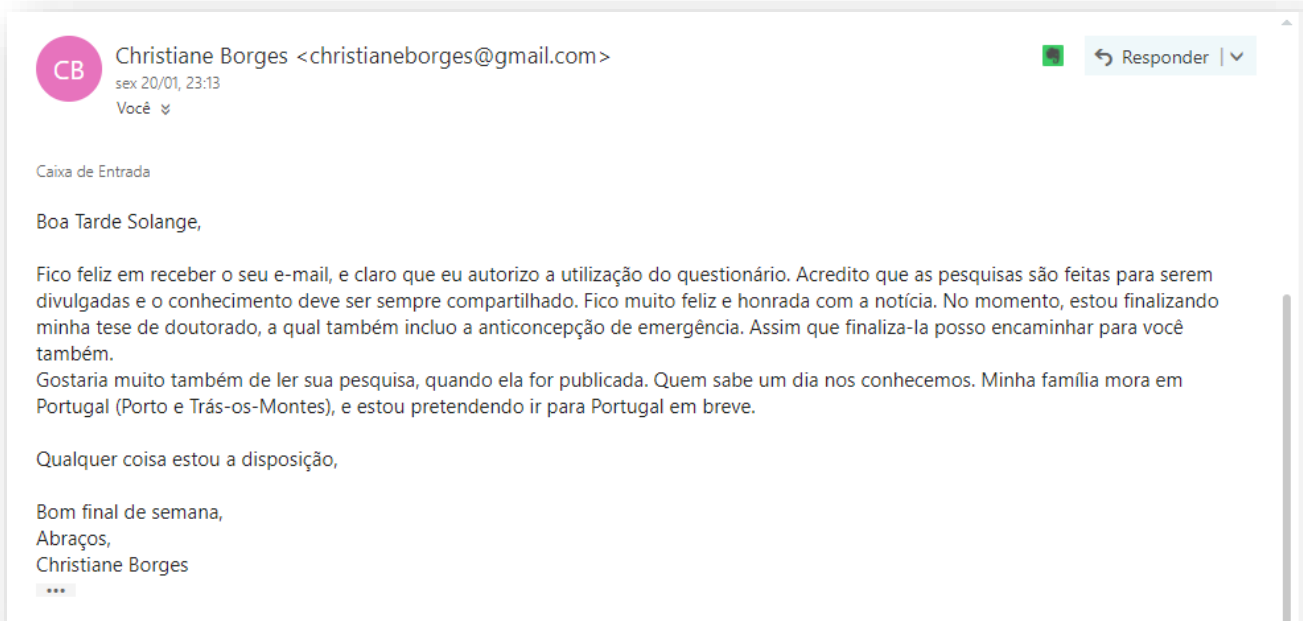
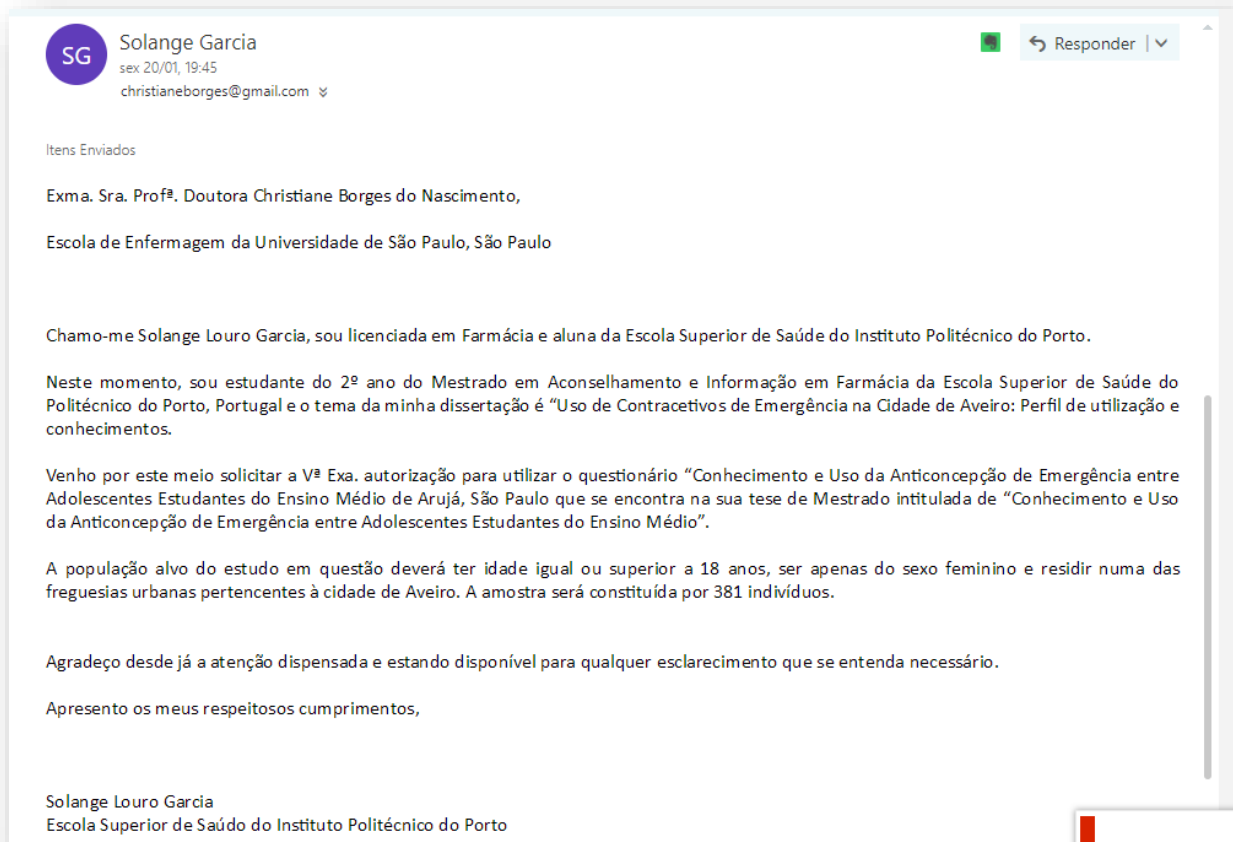
- Stone, R., Rafie, S., El-Ibiary, S. Y., Vernon, V., & Lodise, N. M. (2017). Emergency Contraception Algorithm and Guide for Clinicians. *Nursing for Women's Health*, 21(4), 297-305.
- Vieira, F. S. (2007). Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(1), 213-220.
- Wannmacher, L. (2005). Contracepção de emergência: evidências versus preconceitos. *Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados*, 2(6), 1-6.
- WorldHealthOrganization. (2012). Emergency contraception. *Fact sheet nº244*.
- Zucchi, R. M., Jr, J. E., Zucchi, F., & Camano, L. (2004). Gravidez Ectópica após Uso de Contracepção de Emergência: Relato de Caso. *RBGO*, 26 (9), 741-743.

ANEXOS

Índice de Anexos

- Anexo I – Consentimento e autorização para aplicação do questionário
- Anexo II – Instrumento de recolha de dados – Questionário;

Anexo I



Anexo II



Questionário

Uso de Contraceptivos de Emergência na Cidade de Aveiro

Perfil de utilização e conhecimentos

O presente estudo está a ser desenvolvido no âmbito do mestrado em Aconselhamento e Informação em Farmácia, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, com o objetivo de avaliar o perfil de utilização e conhecimentos relativo ao uso de contraceptivos de emergência na cidade de Aveiro.

Este questionário é de autopreenchimento, de resposta voluntária, anónima e confidencial. Destina-se a toda a população de **idade igual ou superior a 18 anos** que saiba ler e escrever e que seja do **sexo feminino**. O preenchimento do questionário é fácil e rápido e ao longo do mesmo encontrará indicações específicas para o seu preenchimento. O importante é que responda com sinceridade às questões colocadas.

Sublinha-se que todos os dados fornecidos serão totalmente confidenciais e unicamente utilizados para fins de investigação, isto é, serão tratados, analisados e divulgados de acordo com as regras de investigação científica. Está no seu direito, recusar o seu preenchimento assim como desistir a meio do mesmo seja por que motivo for.

Muito obrigada pela sua atenção e colaboração!

A investigadora,

Solange Garcia

10. A que tipo de contraceção de emergência recorreu?

- ☐ DIU de cobre
- ☐ Acetato de Ulipristal (**Ellaone**®)
- ☐ Levonorgestrel (**Postinor**® / **Norlevo**®)
- ☐ Outro **Qual(is)?** _____

11. Da última vez que recorreu à contraceção de emergência, qual foi o motivo?

- ☐ O método que estaria a usar falhou
- ☐ Fui vítima de violência sexual
- ☐ Não utilizei nenhum método contraceptivo
- ☐ Por uma questão de insegurança
- ☐ Outro **Qual(is)?** _____

11.1 Se o método que estaria a usar falhou, qual foi esse método?

- | | |
|---|---|
| ☐ Preservativo | ☐ Anel vaginal |
| ☐ Contraceptivo oral (Pílula) | ☐ Implante Subcutâneo |
| ☐ DIU | ☐ Adesivo Transdérmico |
| ☐ Diafragma | ☐ Espermicida |
| ☐ Outro Qual(is)? _____ | |

12. Onde adquiriu a contraceção de emergência?

- ☐ Farmácia
- ☐ Parafarmácia
- ☐ Planeamento Familiar
- ☐ Hospital
- ☐ Médico privado
- ☐ Outro **Qual(is)?** _____

13. Quem adquiriu a contraceção de emergência?

- | | | | |
|-------------------------------------|---|--|--------------------------------|
| ☐ Eu própria | ☐ O meu parceiro | ☐ Eu e o meu parceiro | ☐ Amigo |
| ☐ Familiar | ☐ Outro Qual(is)? _____ | | |

14. A contraceção de emergência à qual recorreu foi utilizada quanto tempo após a relação sexual?

- ☐ Até 12 horas ☐ Entre 12h e 3 dias após ☐ Entre 3 dias e 5 dias após ☐ Não sabe / Não se lembra

15. A contraceção de emergência à qual recorreu foi eficaz?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se lembra

15.1 Caso não tenha sido eficaz, recorreu ao aborto induzido para evitar a gravidez?

☐ Sim ☐ Não

D) CONHECIMENTO, ATITUDES E COMPORTAMENTOS RELATIVOS À PÍLULA DO DIA SEGUINTE

16. Responda, para cada questão, o que acha saber sobre a pílula do dia seguinte. Antes de responder, analise cada questão.

	FALSO	VERDADEIRO	NÃO SEI
16.1 A pílula do dia seguinte deve ser usada antes da relação sexual.	☐	☐	☐
16.2 A pílula do dia seguinte previne doenças sexualmente transmissíveis.	☐	☐	☐
16.3 Em caso de vómito até 2 horas após a ingestão da pílula do dia seguinte deve-se repetir a dose.	☐	☐	☐
16.4 A pílula do dia seguinte é mais eficaz que os métodos contraceptivos (preservativo, pílula, DIU).	☐	☐	☐
16.5 Ao usar a pílula do dia seguinte, deve-se estar atento para que isso ocorra até a um máximo de 5 dias após uma relação sexual desprotegida.	☐	☐	☐
16.6 A pílula do dia seguinte pode ser usada uma vez por mês.	☐	☐	☐
16.7 A pílula do dia seguinte é abortiva.	☐	☐	☐
16.8 A pílula do dia seguinte precisa de ser utilizada somente quando a mulher está no período fértil.	☐	☐	☐
16.9 A pílula do dia seguinte pode substituir a pílula oral comum.	☐	☐	☐
16.10 Ao utilizar a pílula do dia seguinte, a mulher estará protegida de uma gravidez até à chegada da menstruação.	☐	☐	☐

Obrigado pela sua colaboração!