

CONSIDERAÇÕES SOBRE A INDICAÇÃO GINECOLÓGICA DE CONTRACEPTIVOS E DE PREVENÇÃO DE DST/HIV FEITAS A ADOLESCENTES

CONSIDERATIONS ABOUT THE GYNECOLOGICAL INDICATIONS OF CONTRACEPTIVES AND STD/HIV PREVENTION MADE TO TEENS

REGINA FIGUEIREDO¹, SILVIA BASTOS² E DANILO MARTINS³

RESUMO

Relata-se pesquisa quantitativa não probabilística, feita com ginecologistas via internet para levantar informações sobre orientação em contracepção dada a adolescentes. Responderam 321 profissionais, a maioria atuando na rede pública e como autônomos associados a empresas de saúde. A prevenção de DST/HIV foi integrada, sendo o preservativo masculino a primeira indicação contraceptiva. Com o aumento de idade da clientela, tal prescrição é substituída pela de pílulas anticoncepcionais ou injeção contraceptiva. Ainda existem profissionais que não indicam contraceptivos para adolescentes que mantêm práticas sexuais sem conhecimento da família e nem indicam contracepção de emergência. O preservativo feminino é indicado para portadoras de HIV. Ginecologistas precisam se atualizar frente às mudanças legais que salientam à autonomia de adolescentes na atenção contraceptiva e ampliar situações de prescrição da contracepção de emergência, de forma a reduzir vulnerabilidades inerentes a condição etária desses indivíduos em formação.

Palavras-chave: adolescentes, contracepção, prevenção de DST/aids, atenção ginecológica.

ABSTRACT

Reported a non-probabilistic quantitative poll made by internet with gynecologists, to gather information on contraceptive guidance given to teenagers. Responded 321 professionals, mostly working in public health and as autonomous associated with healthcare companies. The STD/HIV prevention was integrated, being the male condom the first contraceptive indication among the others methods. With increasing age of the clientele, such prescription is replaced by birth control pills or contraceptive injection. There are professionals who do not indicate contraceptives to adolescents who have sexual practices without family knowledge, nor indicate emergency contraception. The female condom is oriented for teenagers with HIV. Gynecologists needs to update themselves about the legal changes that emphasize the autonomy of adolescents in contraceptive care situations and broaden prescription of emergency contraception, to reduce vulnerabilities inherent in the age group of these individuals in development.

Keyword: adolescents, contraception, STD/AIDS prevention, gynecological care.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas públicas de saúde introduziram, em 1984, a orientação à atenção ginecológica durante todas as fases da vida da mulher com o PAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.¹ Nos serviços públicos, tal política foi implementada pela Atenção Básica, com oferta de métodos contraceptivos e orientações de Planejamento Familiar nas UBS – Unidades Básicas de Saúde, inclusive para adolescentes.

Junto às condutas específicas previstas pelo SUS – Sistema Único de Saúde para a atenção contraceptiva, a partir da década de 1980, foi agregada a problemática da epidemia de aids; passou-se assim a adotar a promoção e dispensa do preservativo masculino, procurando conter o aumento dos casos de transmissão heterossexual verificados a partir dos anos 1990.² A atenção ginecológica às mulheres, inclusive a adolescentes, foi desta forma revista adotando a necessária orientação da “dupla-proteção”, ou seja, conjuntamente fazer a orientação contraceptiva com a de prevenção às DST/aids.

Desde final da década de 1990, a contracepção de emergência passou a assumir papel importante entre as opções contraceptivas disponíveis no país; com início de comercialização em 1998 e introdução na dispensa de serviços públicos de saúde em 2004. Inicialmente, a oferta pública atingiu serviços de atenção a vítimas de violência sexual; posteriormente, a partir de 2005, o Ministério da Saúde ampliou seu envio aos municípios visando a dispensa em UBS.³ O objetivo da integração deste contraceptivo nas ações básicas de saúde é estratégico: promover a redução de riscos de gravidez não planejada e abortos inseguros, inclusive entre adolescentes.⁴

Com relação a adolescentes, a assistência à saúde está orientada por lei federal, o ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente,⁵ que define este público como pessoas entre os 12 anos e os 18 anos incompletos. Segundo esta lei, adolescentes devem ser protegidos de riscos e ter garantias na igualdade das ações de saúde, não podendo ser discriminados na atenção por sua condição etária; ao mesmo tempo, merecem respeito quanto a autonomia uma vez que são sujeitos de direitos civis constituídos como cidadãos em desenvolvimento. Também a Lei nº 8.080 de criação do SUS – Sistema Único de Saúde,⁶ prioriza a preservação da autonomia do indivíduo como defesa de sua integridade física e moral.

Embora previsto em lei, o acesso específico a serviços ginecológicos entre pelas adolescentes ainda se mostra tardio no país e, invariavelmente insuficiente, além de se registrar casos em que é explicitamente negado.⁷ Entre vários profissionais da área e gestores da área da saúde ainda há pouca compreensão

e baixa aceitação quanto ao conceito de autonomia civil de adolescentes vigente a partir do ECA, que substituiu antigas concepções da tutela total da família orientadas pelo Código do Menor, inclusive sobre a conduta e sexualidade dos adolescentes.

Por todas essas questões, o Ministério da Saúde tem reforçado orientações quanto à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em seus manuais,⁸ procurando orientar a atenção em saúde sexual e reprodutiva a partir do direito de adolescentes à atenção preventiva, tanto ginecológica, quanto contraceptiva e de prevenção e tratamento de DST/HIV/aids ou de infecções pélvicas. Essa atenção é fundamental frente à realidade nacional do grande número de gestações e abortos entre este público, à ocorrência de mortes maternas deles derivadas e à baixa percepção de risco com relação às DST/HIV/aids entre este público.⁹ Diante desse quadro, se faz necessária a ampliação da oferta da promoção conjunta de prevenção contraceptiva e de DST/HIV, disponibilizando sobretudo métodos de barreira que permitem dupla-prevenção.

A percepção e opiniões dos profissionais de Ginecologia, refletidos em suas condutas individuais nas consultas serão um dos principais fatores que irão influenciar a proposição dessa estratégia de dupla-prevenção, inclusive para adolescentes com vida sexual ativa. Conhecer tais perspectivas possibilita não só a orientação de políticas públicas ligadas ao SUS na área de saúde sexual e reprodutiva feminina, mas também a discussão dos impactos que possam ter na escolha preventiva/contraceptiva de adolescentes, por isso estudos de atualização de informação sobre profissionais se fazem essenciais.

MÉTODO

Este artigo explora a prática de ginecologistas na atenção a adolescentes, analisando dados levantados no estudo “Conhecimento, Percepção e Condutas de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre Métodos contraceptivos de Barreira e Contracepção de emergência”, desenvolvido em 2012, pela REDE CE – Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência, coordenada por pesquisadores da área de direitos e saúde sexual e reprodutiva, com parceria técnica para a produção de instrumentais de levantamento de dados e discussão de resultados, com a Semina Indústria (revendedora do preservativo feminino) e o Instituto Cultural Barong – ONG que atua no marketing social do preservativo masculino.

O objetivo da pesquisa foi obter elementos sobre a prática médica de Ginecologia de adolescentes quanto às diretrizes de orientação de: dupla-proteção, contracepção de emergência e atenção autônoma na atenção clínica. Para tanto, foram

levantados o conhecimento, a percepção e, conseqüentemente, a divulgação, importância dada por esses profissionais quanto aos métodos contraceptivos de barreira mecânica disponíveis no país (preservativo masculino, preservativo feminino e diafragma) e da contracepção de emergência.

O levantamento foi quantitativo-descritivo, não-probabilístico, utilizando questionário semiestruturados, autopercebíveis e disponibilizados *on line* no Sistema Form-SUS do Ministério da Saúde. Esse instrumento foi divulgado, via lista de contatos em meio eletrônico da FEBRASGO – Federação Brasileira de Obstetrícia, a ginecologista de todo o Brasil, junto com carta convidando à participação voluntária na pesquisa. Todos os participantes tiveram acesso ao questionário após sinalizar concordância ao termo consentimento livre esclarecido que acesso ao questionário.

O questionário contemplou aspectos do perfil pessoal dos profissionais, formação, conhecimentos, percepções e condutas relativas ao preservativo masculino, preservativo feminino, DST/HIV/AIDS, contracepção de emergência e a orientações contraceptivas para mulheres adultas e adolescentes.

RESULTADOS

Responderam à pesquisa *on line* 321 ginecologistas de todo o Brasil, no período entre 28 de maio a 29 de outubro de 2012. Esses profissionais tinham idade variada, a maioria com 40 a 65 anos, nascidos nas décadas de 1950 (22,4%), 1960 (26,5%) e 1970 (29,9%) e menos de 10% nascidos entre 1930 e 1940.

Os participantes atuam em mais de 20 estados brasileiros, sendo a maioria de São Paulo (38,9%), seguido por Paraná (12,5%), Minas Gerais (10%), Rio Grande do Sul (7,8%), Rio de Janeiro, (6,5%), Ceará (4,4%) e Distrito Federal (2,2%); predominando assim uma amostra da região Sudeste-Sul, que concentra a grande maioria desses profissionais.

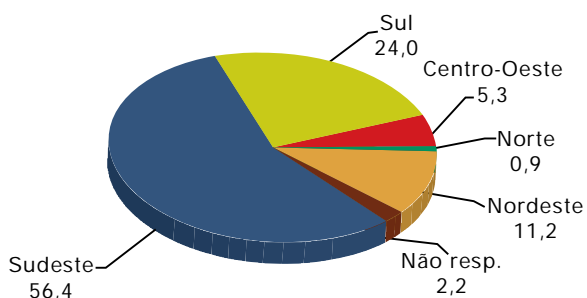


Gráfico 1 – Região de Moradia Atual dos Ginecologistas que responderam a pesquisa. Pesquisa REDE CE, 2012.

A maior parte dos profissionais atua com realização de consultas clínicas (96,3%) e cirurgias (79,4%), principalmente na rede pública de saúde (73,5%), mas também em consultórios particulares como profissionais liberais (caso de 61,4%).

Tabela 1 – Forma e Rede de Atuação Profissional. Pesquisa REDE CE, 2012.

	Sim (%)	Não (%)	Não Resp. (%)	Total (%)
Área de Atuação:				
Área Clínica				
Consultas	96,3	0,3	3,4	100
Cirurgias	79,4	14	6,5	100
Exames/Laboratório	36,1	61,4	2,5	100
Formação/Professor/Educação	31,2	66,4	2,5	100
Gestão Institucional	10,3	87,2	2,5	100
Pesquisa	15,9	81,6	2,5	100
Outros	12,5	84,7	2,8	100
Rede de Atuação:				
Pública	73,5	24	2,5	100,0
Autônomo conveniado com empresas de saúde	61,4	36,1	2,5	100,0
Autônomo NÃO conveniado com empresas de saúde	23,1	70,1	6,9	100,0
Instituição Privada	40,5	55,5	4,0	100,0
Instituição Filantrópica	14,3	81,6	4,0	100,0
Mista	12,1	84,1	3,7	100,0
Outra	4,0	92,2	3,7	100,0

Na atenção a adolescentes, 35,8% dos pesquisados afirmaram não prescrever contraceptivos em situações onde este público mantém relações sexuais sem a ciência de suas famílias. Esse comportamento é similar, tanto entre os que atuam no setor público (36,9%), quanto entre autônomos conveniados (37,2%), porém um pouco menos observado entre autônomo não conveniados (30,6%).

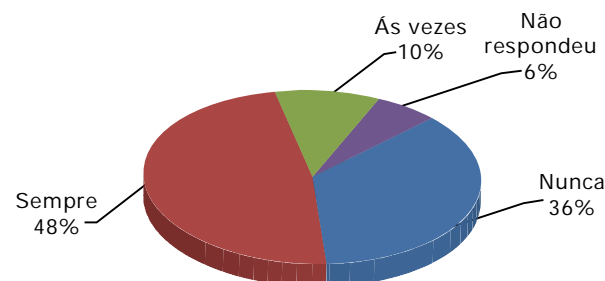


Gráfico 2 – Orientação Contraceptiva a Adolescentes cujos familiares desconhecem sua prática sexual. Pesquisa REDE CE, 2012.

Os métodos contraceptivos mais indicados para as adolescentes são: o preservativo masculino (por 88,8%), a pílula anticoncepcional (por 88,2%) e a injeção contraceptiva mensal (61,8%). Observa-se que, quanto maior a idade da

adolescente, mais a pílula anticoncepcional é indicada, assim como que para aquelas com 17 anos há queda na orientação do preservativo masculino. O preservativo feminino é indicado para as mais velhas, embora apenas 24,3% dos profissionais façam a orientação deste método.

Tabela 2 – Contraceptivos Indicados para Adolescentes por Setor de Trabalho. Pesquisa REDE CE, 2012.

	Público	Aut. conv.	Aut. não conv.
Indicação para 12 a 14 anos:			
Pílula	83,0	87,8	74,0
Injeção mens	51,7	52,8	54,1
Injeção trim.	8,9	5,6	10,8
Camisinha masc.	91,1	91,4	90,5
Camisinha fem.	22,9	25,9	24,3
Indicação para 15 e 16 anos:			
Pílula	91,1	94,4	89,2
Injeção mens	65,7	66,2	67,2
Injeção trim.	13,2	10,2	10,8
Camisinha masc.	93,1	92,3	90,4
Camisinha fem.	23,8	25,5	28,4
Indicação para 17 anos ou +:			
Pílula	94,9	97,5	90,5
Injeção mens	80,0	84,2	79,7
Injeção trim.	24,2	19,8	23,0
Camisinha masc.	88,6	89,3	89,2
Camisinha fem.	25,8	24,9	32,4

INDICAÇÃO DE PRESERVATIVOS E DST/HIV/AIDS

A grande indicação do preservativo masculino para as adolescentes condiz com a grande preocupação (apontada por 88,8%) desses profissionais com relação a infecções por DST – doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/aids. Ao mesmo tempo, os ginecologistas alegam, em sua maioria (52,0% = 46,1% + 5,9%), que os próprios adolescentes têm *pouca* ou *nenhuma* preocupação com relação a essas doenças.

Tabela 3 – Preocupação com relação à DST/HIV Aids. Pesquisa REDE CE, 2012.

	Preocupação sob a ótica dos Profissionais		Preocupação sob a ótica Adolescentes	
	n	%	n	%
Muita	285	88,8	22	6,9
Média	8	2,5	109	34,0
Pouca	3	0,9	148	46,1
Nenhuma	0	0	19	5,9
Não respondeu	25	7,8	23	7,2
Total	321	100,0	321	100,0

A preocupação dos profissionais com a prevenção das DST parte da constatação da grande incidência dessas doenças em sua clientela adolescente, apontada por 88,5%,

principalmente, do HPV/condiloma (referido por 89,1% entre as três mais frequentes), a herpes genital (por 57,6%), o trichomonas (por 51,1%) e a clamídia (por 35,5%).

Tabela 4 – Três DST mais frequentes entre Adolescente. Pesquisa REDE CE, 2012.

	1ª DST citada		2ª DST citada		3ª DST citada		Cit. entre 3 + comuns
	n	%	n	%	n	%	
HPV/condiloma	219	68,3	41	12,9	26	8,1	89,1
Herpes genital	18	5,6	104	32,4	63	19,6	57,6
Trichomonas	29	9	61	19	74	23,2	51,1
Clamídia	21	6,5	38	11,8	55	17,1	35,5
Herpes bucal	7	2,2	18	5,6	23	7,2	15
Sífilis	2	0,6	10	3,1	13	4	7,8
Gonorréia	1	0,3	13	4	9	2,8	7,2
HIV/aids	1	0,3	1	0,3	8	2,5	3,1
Ureoplasma	0	0	5	1,6	3	0,9	2,5
Cancro mole	0	0	2	0,6	2	0,6	1,2
Linfogranuloma	0	0	0	0	2	0,6	0,6
Hepatite B	0	0	0	0	1	0,3	0,3
Não respondeu	23	7,2	28	8,7	42	13,1	29
Total	321	100	321	100	321	100	

Uma parte significativa dos entrevistados (37,4%) já atuou com adolescentes portadoras de HIV/aids, às quais prescrevem como opção contraceptiva, majoritariamente, o preservativo masculino (55,1%), a pílula anticoncepcional (34,3%) e a injeção mensal (25,2%). Cabe ressaltar que o preservativo feminino está entre as três opções mais indicadas a adolescentes portadoras de HIV, por 17,1% desses profissionais.

Tabela 5 – Três Contraceptivos mais Indicados para Adolescentes com HIV/Aids. Pesquisa REDE CE, 2012.

	1º método cit.		2º método cit.		3º método cit.		Citação entre 3 + indicados
	n	%	n	%	n	%	
Cam. Masc.	128	39,9	25	7,8	24	7,5	55,1
Pílula Antic.	19	5,9	51	15,9	40	12,5	34,3
Inj. Contr. Mensal	8	2,5	30	9,3	43	13,4	25,2
Camisinha Feminina	8	2,5	43	13,4	4	1,3	17,1
Inj. Contr. Trim.	4	1,2	7	2,2	21	6,6	10
Anel Vaginal	0	0	2	0,6	13	4,1	4,7
Diafragma	0	0	0	0	5	1,6	1,6
DIU de Cobre	0	0	1	0,3	3	0,9	1,2
Endoceptivo/ Mirena	0	0	1	0,3	1	0,3	0,6
não respondeu	154	48	161	50,1	167	52,2	
Total	321	100	321	100	320	100	

INDICAÇÃO DA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Dos profissionais, 2,8% afirmou nunca indicar a contracepção de emergência. O método é prescrito por 12,1% dos ginecologistas para a faixa de adolescentes de 12 a 14 anos; 23,1% para a faixa de 15 a 16 anos e, em 46,4%, para a faixa de 17 anos. A indicação da contracepção de emergência se dá, principalmente (82,2%), em situações de violência sexual, sendo bem menor quando a adolescente vivenciou situação de falha ou não fez uso de método contraceptivo.

Tabela 6 – Indicação de Contracepção de Emergência para Adolescentes, conforme situação de risco. Pesquisa REDE CE/Febrago, 2012.

	Situações de violência sexual		Falha do método contraceptivo		Não uso de método contraceptivo		Nunca indica	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	264	82,2	228	71,0	211	65,7	9	2,8
Não	34	10,6	68	21,2	85	26,5	289	90,0
Não respondeu	23	7,2	25	7,8	25	7,8	23	7,2
Total	321	100,0	321	100,0	321	100,0	321	100,0

DISCUSSÃO

A pesquisa aponta que o acesso de adolescentes com prática sexual à prevenção contraceptiva ainda é, por várias vezes, restringido pelos próprios profissionais de Ginecologia. Essa assistência, apesar de indicada pela FEBRASGO e SPB – Sociedade Brasileira de Pediatria,¹⁰ ainda se mostra restrita em 35% dos casos onde a família não tem ciência da prática sexual das jovens, demonstrando que os profissionais da área ainda atuam com a concepção de necessidade de autorização de responsáveis para suas ações de atenção a adolescentes, principalmente em assuntos tabus como é considerada a prática sexual de meninas menores, tanto na rede pública, quanto na privada.

Fica explicitado o não acesso as atualizações feitas em publicações do Ministério da Saúde^{8,11} na última década, com relação à implementação do ECA na atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. A importância da assistência autônoma a adolescentes com garantia de sigilo, independente da presença e informação de responsáveis e familiares não é vislumbrada para muitos desses profissionais, favorecendo práticas sexuais sem acompanhamento de saúde e expondo à ocorrência de gestações não planejadas. Essa postura também aponta descumprimento de recomendações em vigor, feitas pelo CFM – Conselho Federal de Medicina,¹² mais especificamente pela FEBRASGO e SPB¹⁰ à categoria profissional:

“Os adolescentes de ambos os sexos têm direito a educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual, ao acesso e disponibilidade gratuita dos métodos. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade do adolescente, estimulando a responsabilidade com sua própria saúde. O respeito a sua autonomia faz com que eles passem de objeto a sujeito de direito”.

Julgamentos de ordem moral frente à prática sexual das adolescentes – ainda malvista e condenada na cultura brasileira –, não podem servir como impeditivo para procedimentos clínicos de atenção em saúde sexual e reprodutiva. Estas precisam estar isentas de interferências que possam se mostrar como impeditivas de acesso à assistência a saúde, principalmente na área reprodutiva, contraceptiva e de prevenção de DST/HIV/aids que são as principais ocorrências de saúde que acometem meninas de 13 a 17 anos.¹³ Só desta maneira, a real igualdade de promoção da saúde entre este público é garantida, como requisita o ECA, tal qual se faz com mulheres adultas sexualmente ativas.

Com relação à orientação contraceptiva para adolescentes das quais a famílias têm ciência de seu comportamento sexual, o estudo demonstra que a prática de ginecologistas assimilou integralmente os preceitos de prevenção de dupla proteção com prevenção às DST/HIV/aids preconizados nas políticas públicas do Programa Nacional de DST/Aids,² fazendo grande divulgação e incentivo ao uso de preservativos masculinos. Também os preservativos femininos são orientados por profissionais que atuam com pacientes com HIV e os que atuam em serviços que dispõem deste método.

No entanto, o preservativo masculino ou feminino ainda parece ser visto apenas como uma alternativa preventiva exclusiva para DST, pois se constata que quanto mais idade tem a adolescente, mais orientação de uso de preservativo vai sendo paulatinamente substituída pela de prescrição da pílula anticoncepcional e, nos serviços públicos, pela orientação de uso da injeção contraceptiva – opção esta última que só deveria ser indicada a adolescentes de vida sexual desorganizada e que não conseguem se adequar ao uso diário de pílulas.

Nesse sentido, é necessário enfatizar que adolescentes mesmo que estabeleçam parcerias fixas, adotam situação de namoros rotativos. Portanto a indicação de contraceptivos hormonais de alta eficácia permanente pode favorecer o abandono de uso de preservativos, uma vez que pesquisas^{14,15} apontam ser a gravidez (e não o medo de doenças) ser a principal preocupação que leva ao uso do método de barreira e não a preocupação com DST – conforme relataram os ginecologistas deste estudo com relação à baixa preocupação com DST/aids sua clientela adolescente.

Por isso, é preciso considerar que a orientação pílula + preservativo, na maioria dos casos, não confere com a realidade prática, a longo prazo, uma vez que há queda na indicação do método de barreira pelos profissionais. Essa postura é contraditória à preocupação com promoção de prevenção de DST/HIV/aids relatada na pesquisa, bem como à grande incidência de DST (principalmente HPV, herpes e trichomonas) referida pelos profissionais.

Talvez seja o momento de rever a orientação desta dupla-proteção pílula + preservativo, substituindo por outra: preservativo + contracepção de emergência. Desta maneira estaria se enfatizando o poder de eficácia contraceptiva do preservativo em longo prazo e dispondo a contracepção de emergência para situações pontuais de falha deste. Isso poderia evitar a debandada de uso de preservativos quando a orientação da pílula anticoncepcional oral é feita e, ao mesmo tempo, evitaria o excesso de consumo hormonal para as adolescentes que usam o preservativo sistematicamente. A opção de ressaltar a contracepção de emergência como plano B-complementar, ao invés da recomendação direta de uso da pílula anticoncepcional por adolescentes, atenderia os princípios de prevenção de DST/aids, mas também de prevenção contraceptiva enfatizadas pela FEBRASGO e SBP,¹⁰ além das recomendadas pelo Ministério da Saúde.⁴

Ao mesmo tempo, tal mudança de orientação, tornaria mais presente no cotidiano das adolescentes a utilidade emergencial do método, servindo para fazer frente e coibir comportamentos de uso repetitivo e errôneos adotados por cerca de 10% das adolescentes registrados em pesquisas.^{16,17} Ou seja, tornaria a abordagem da contracepção de emergência mais frequente entre os profissionais, retirando muito do silêncio que atualmente têm à busca do método em farmácias à margem das orientações de saúde.^{9,15,18,19} Também contribuiria para que aqueles profissionais que só indicam o método em casos de violência (cerca de 20% na pesquisa), ampliassem a sua prática, integrando a prescrição do método frente às situações de risco mais comuns e cotidianas na vida sexual das adolescentes (que efetivamente não se relacionam com violência), que têm levado a maioria delas à informação do método entre pares, muitas vezes equivocada, levando ao uso errôneo.

A consulta ginecológica, portanto, é o grande espaço de informação interpessoal para adolescentes, público que está iniciando sua trajetória sexual e aprendendo sobre a importância da adoção de práticas contraceptivas e preventivas. A melhor exploração deste espaço, dando acesso à contracepção de emergência e outros contraceptivos, mas, sobretudo, aos

preservativos é a melhor estratégia para inseri-los na vida adulta com redução de vulnerabilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf
2. Ministério da Saúde. (1999). Política Nacional de DST/Aids – princípios, diretrizes e estratégias. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127698.pdf
3. Figueiredo R, Paula SHB. Distribuição da Contracepção de emergência nos municípios do estado de São Paulo: avaliação de dispensa em serviços e fluxos estabelecidos. 2012; Rev. Reprodução e Climatério, 27(2):65-73. Disponível em http://issuu.com/redece/docs/artigo_isolado_-_reproducao_clima
4. Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: MS, 2011. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 3. Disponível em http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf
5. Brasil. Lei 8.069 – Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8069.htm.
6. Brasil. Lei Federal nº 8.080 de criação do SUS. Brasília: Câmara dos Deputados, 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm
7. Figueiredo R, Bastos SH, Teles JL, Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes em municípios do estado de São Paulo. Journal of Human Growth and Development, 2012; 22(1): 1-15. Disponível em: <http://www.redece.org/artigo%20ce%20municipios%20adolescentes.pdf>
8. Brasil, Ministério da Saúde. Marco teórico e referencial. Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/06_0611_M.pdf
9. BASTOS, S. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e procura da contracepção de emergência em farmácias e drogarias do município de São Paulo. Saúde sociedade, São Paulo, 18(4):787-799, 2009. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29503>
10. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO). Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. Adolescência e Saúde, 2005, 2(2):6-7. Disponível em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=168
11. Ministério da Saúde. Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf
12. CFM. Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2011. Conselho Federal de Medicina; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
13. Ministério da Saúde. Datasus. Disponível www.datasus.gov.br
14. Figueiredo R, Peres C. Relatório da Pesquisa Estudo Exploratório sobre uso de contracepção de emergência por Adolescentes. I Conferência del CLAE – Derecho a la Anticoncepción de Emergência en América Latina y En Caribe. [documento na Internet] CLAE 2002. [citado em janeiro de 2011]. Disponível em: <http://www.usp.br/nepaids/cam-ce.pdf>.
15. Figueiredo R, Figueiredo R, Pupo RL, Alves PGCM, Escuder LMM. Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência entre adolescentes do município de São Paulo: estudo com estudantes de escolas públicas de ensino médio. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008; 1-50.
16. Figueiredo R. Contracepção de emergência: estratégia fundamental para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de jovens e adolescentes. In: Arilha M, Lapa TS, Psaneschi TC, editores. Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos. São Paulo: Oficina Editorial; 2010. p.121-34.
17. Figueiredo R, Andalafti, J. Uso de contracepção de emergência e camisinha entre adolescentes. Revista da SOGIA, 2005 6(2):2-4.
18. Borges ALV, Fujimore E, Nichiata IYI. O uso da anticoncepção de emergência entre jovens universitárias. São Paulo: NEPO/UNICAMP; 2008. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1424.pdf]. Acessado em fevereiro de 2013.
19. Araújo SP, Costa LOBF. Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública; 2009. 25(3):551-62.

CORRESPONDÊNCIA

reginafigueiredo@uol.com.br

silviabastos@isaude.sp.gov.br

daniloflegma@gmail.com

TITULAÇÃO

1. Coordenadora da REDE CE – Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da São Paulo, e Doutoranda do Departamento de Práticas de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
2. Representante brasileira no Comitê Consultivo do CLAE – Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergência pela REDE CE – Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da São Paulo, Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação pelo Instituto Emílio Ribas/ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Mestre em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará. Email:
3. Sociólogo pela Universidade de São Paulo e auxiliar de pesquisa do Instituto de Saúde pela FUNDAP – Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo.