



# Contracepção De Emergência

Para Cenários Afetados por Conflitos



Um Módulo de Aprendizado à Distância do  
Reproductive Health Response in Conflict Consortium

# The Reproductive Health Response in Conflict Consortium

► ► ► ► [www.rhrc.org](http://www.rhrc.org)

**Membros:** American Refugee Committee  
CARE  
Columbia University, Mailman School of Public Health, Heilbrunn  
Department for Population and Family Health  
International Rescue Committee  
JSI Research and Training Institute  
Marie Stopes International  
Women's Commission for Refugee Women and Children



## Declaração de Objetivos

O Reproductive Health Response in Conflict Consortium (*Consórcio de Reação de Saúde Reprodutiva em Conflito*) – RHRC dedica-se à promoção da saúde reprodutiva entre pessoas afetadas por conflitos armados. O Consórcio RHRC promove o acesso e apoio a programas de saúde reprodutiva abrangentes e de alta qualidade em situações de emergência e advoga por políticas de apoio à saúde reprodutiva de pessoas afetadas por conflitos armados.

O Consórcio RHRC acredita que toda pessoa tem direito a assistência médica de qualidade e que programas de saúde reprodutiva devem promover direitos, respeito e responsabilidade para todos. Com este fim, o Consórcio RHRC adere a três princípios fundamentais: o uso de abordagens participativas para envolver a comunidade em todos os estágios dos programas; o encorajamento de programas de saúde reprodutiva em todas as fases das emergências, desde a crise inicial até a reconstrução e desenvolvimento; e o emprego de uma abordagem baseada em direitos humanos em todos os seus trabalhos, tal como estipulado no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, de 1994.

## Agradecimentos

Este módulo de aprendizado à distância de contracepção de emergência foi desenvolvido principalmente por Connie Lee, consultora independente da Women's Commission for Refugee Women and Children (Comissão de Mulheres para Mulheres e Crianças Refugiadas). Sandra Krause, Julia Mathews, Diana Quick e Sarah Chynoweth, da Women's Commission for Refugee Women and Children foram responsáveis pela supervisão editorial e de projeto. O módulo é baseado principalmente no "Module 5: Emergency Contraceptive Pills", da Pathfinder Internacional, in *Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum e Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery*, da Organização Mundial de Saúde, mas foi adaptado para cenários afetados por conflitos. Gostaríamos de agradecer pela ajuda na edição a Doris Bartel, da CARE; Susan Purdin, da Universidade de Columbia; Rachel Jones e Mary Otieno, ambas ex-integrantes do International Rescue Committee (Comitê Internacional de Salvamento); Meriwether Beatty do JSI Research and Training Institute (Instituto de Pesquisa e Treinamento JSI); Samantha Guy da Marie Stopes International, e Wilma Doedens do Fundo das Nações Unidas para a População. Também gostaríamos de expressar nossa gratidão aos inúmeros trabalhadores humanitários que testaram este documento em campo e forneceram comentários úteis para melhorar o módulo e torná-lo o mais simples possível para o usuário.

Este módulo só foi possível graças ao generoso apoio da Fundação Compton e de um doador anônimo.



# Índice

|   |    |
|---|----|
| Sobre o Módulo de Aprendizado à Distância .....                                 | 2  |
| Introdução .....  | 4  |
| Capítulo 1 Contracepção de Emergência (CE) .....                                | 6  |
| Capítulo 2 Pílulas de CE .....  | 9  |
| Capítulo 3 DIUs de CE .....   | 13 |
| Capítulo 4 Prestação de Serviços de CE em Cenários Afetados por Conflitos ..... | 16 |
| Perguntas Frequentes .....  | 21 |
| Teste .....   | 23 |
| Situações de prestação de serviços de CE .....                                  | 25 |
| Fontes .....  | 28 |
| Tabelas e Listas de checagem para<br>prestação de serviços de CE .....          | 31 |

## Siglas e abreviações

|              |  |             |  |
|--------------|--|-------------|--|
| <b>ACNUR</b> | Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados | <b>ONG</b>  | Organização não governamental                        |
| <b>CE</b>    | Contracepção de emergência                             | <b>PCE</b>  | Pílula contraceptiva de emergência                   |
| <b>COC</b>   | Contraceptivo oral combinado                           | <b>PDI</b>  | Pessoa deslocada internamente                        |
| <b>DIU</b>   | Dispositivo intra-uterino                              | <b>PSMI</b> | Pacote de serviço mínimo inicial                     |
| <b>DST</b>   | Doença sexualmente transmitida                         | <b>RHRC</b> | Consórcio de Reação de Saúde Reprodutiva em Conflito |
| <b>FNUAP</b> | Fundo das Nações Unidas para a População               | <b>VBG</b>  | Violência baseada no gênero                          |
| <b>OMS</b>   | Organização Mundial da Saúde                           |             |  |





# Sobre o Módulo de Aprendizado à Distância

**C**ontraceção de Emergência para Cenários Afetados por Conflitos: Um Módulo de Aprendizado à Distância do Reproductive Health Response in Conflict Consortium foi desenvolvido para responder às necessidades de consciência e conhecimento crescentes sobre contraceção de emergência (CE) entre fornecedores de serviços de saúde que trabalham com refugiados e populações deslocadas internamente (PDI) <sup>(1)</sup>. “Um método de aprendizado à distância ajuda a aumentar o acesso à informação sobre CE, promove flexibilidade, garante informação de qualidade, capacita os agentes e apresenta um bom custo-benefício <sup>(2)</sup>.” Baseado nessas vantagens, o Reproductive Health Response in Conflict Consortium (RHRC) escolheu esse método para oferecer informação prática sobre CE para projetos locais em países em desenvolvimento. O Consórcio RHRC está trabalhando para salientar a CE através do aumento da conscientização e do conhecimento, assim como pela melhoria do acesso e demanda por CE em locais adequados do programa. (Para saber mais sobre as atividades do Consórcio RHRC em todo o mundo, visite o sítio internet: [www.rhrc.org](http://www.rhrc.org)).

## Quem deve usar o módulo de aprendizado à distância de CE?

O módulo é ideal para agentes que trabalham em situações afetadas por conflitos e que desejam aprender sobre CE, precisam atualizar seu conhecimento atual e/ou gostariam de acrescentar serviços de CE aos seus programas de saúde reprodutiva. Entre os usuários adequados deste módulo podem-se incluir o pessoal de planejamento familiar, trabalhadores em saúde comunitária, educadores de saúde, conselheiros, treinadores, administradores de programas, enfermeiros, médicos, parteiras e outro pessoal de saúde que trabalhe em cenários afetados por conflitos. Este módulo também deve ser útil para dar informação e treinamento a uma equipe de reação multisetorial, que pode incluir oficiais de proteção, autoridades governamentais e não-governamentais e outros parceiros humanitários de setores de serviços educacionais e comunitários. A seção de Fontes, no final deste módulo oferece uma lista de material de aprendizado útil para aqueles que precisem de uma informação de base mais ampla sobre os tópicos elementares de saúde reprodutiva.

## Quais são os objetivos do módulo de aprendizado à distância de CE?

O módulo é uma ferramenta de aprendizado concebida para oferecer informação básica sobre CE para ajudar os agentes a aumentar seu conhecimento sobre CE, atender melhor às necessidades de seus pacientes, ser mais sensíveis às questões subjacentes às necessidades e decisões de seus pacientes, e para promover a conscientização sobre CE nas comunidades afetadas por conflitos. Os principais objetivos do módulo são de permitir aos agentes:

<sup>1</sup> Refugiados são os que cruzam uma fronteira internacional, deslocados internamente permanecem dentro do seu próprio país. Neste documento, o termo “refugiado” aplica-se nas duas categorias.

<sup>2</sup> Long P. Kiplinger N., *Fazendo acontecer: Usando o Aprendizado à Distância para Melhorar o Desempenho do Agente de Saúde Reprodutiva*, INTRAH, Projeto PRIME II, 1999.

- ▣ definir CE
- ▣ explicar como funcionam os dois métodos de CE e a diferença entre CE e aborto
- ▣ elencar as razões por que meninas e mulheres em idade reprodutiva podem precisar de CE
- ▣ descrever os usos adequados de CE e como usar os métodos corretamente
- ▣ elencar os possíveis efeitos colaterais de CE e como resolvê-los
- ▣ elencar precauções e considerações sobre o uso de CE
- ▣ explicar as vantagens, desvantagens e eficiência da CE
- ▣ discutir o papel importante dos agentes para dar acesso a CE às populações deslocadas
- ▣ descrever algumas questões específicas da prestação de serviços a mulheres e adolescentes deslocadas
- ▣ descrever o papel do aconselhamento em questões como planejamento familiar, violência baseada no sexo e doenças sexualmente transmitidas (DST)/VIH
- ▣ saber como acessar outras fontes de CE

## Como devo usar o módulo de aprendizado à distância de CE?

O módulo é um instrumento de auto-aprendizado e estará disponível em inglês, francês, espanhol, português e possivelmente outras línguas. A versão on-line do módulo é interativa e inclui um teste, estudos de casos e liames (links) para outras fontes na internet. O módulo on-line pode ser copiado ou impresso.

Cada seção do módulo consiste em informações que os trabalhadores de saúde precisam conhecer antes de oferecer serviços de CE. As seções devem ser lidas e completadas em sequência, de maneira a obter a mais completa compreensão de CE. É importante também que a informação seja compartilhada durante uma sessão de educação ou aconselhamento com pacientes ou usuários potenciais de CE. Depois de completar o módulo, os agentes podem fazer o teste para avaliar seu conhecimento e percorrer as Perguntas Frequentes que podem ajudar a esclarecer alguns pontos críticos sobre CE. Os estudos de casos fornecem alguns exemplos de como os agentes podem integrar serviços de CE em seus programas de saúde reprodutiva. Os agentes podem usar a lista de fontes adicionais ao final do módulo para ampliar seu conhecimento e para obter amostras e fichas para fornecer aos seus pacientes.

## Em que formato está disponível o módulo de aprendizado à distância?

O módulo está disponível on-line em [www.rhrc.org](http://www.rhrc.org) assim como em impresso. Para pedir cópias impressas, mande um e-mail para [info@rhrc.org](mailto:info@rhrc.org).

## Há maneiras de fornecer novas informações para aperfeiçoar o módulo de aprendizado à distância de CE?

Em um esforço permanente de aperfeiçoar o módulo, gostaríamos de suas sugestões para torná-lo uma experiência de aprendizado mais útil e proveitosa. Mande, por favor, seus comentários através de uma mensagem de correio eletrônico para [info@rhrc.org](mailto:info@rhrc.org)

**Muito obrigado!**



# Introdução

## Refugiadas e mulheres e necessidade de

**P**ara as mulheres que são deslocadas à força por conflitos, o acesso à contracepção de emergência não é apenas um direito, mas uma necessidade crítica que pode ajudar a manter e a melhorar sua saúde reprodutiva. Refugiadas e mulheres PDI que não têm acesso à CE estão privadas do seu direito de saúde reprodutiva já que podem ser forçadas a experimentar uma gravidez indesejada e, como resultado, podem sofrer ou morrer por causa de complicações de parto ou aborto.

Mortalidade maternal é uma causa de morte comum para mulheres que vivem em condições de poucos recursos, mas as condições de vida estressantes de mulheres deslocadas tornam ainda mais difícil e perigoso para a sua vida dar à luz a uma criança. Ao oferecer uma “segunda chance” àquelas cujo método contraceptivo tradicional falhou, a CE dá à mulher ou adolescente a oportunidade de evitar uma gravidez não planejada ou forçada e pode reduzir os riscos de morte ou doença derivados de complicações do parto ou de aborto inseguro.

Guerra e conflitos aumentam os incidentes de estupro e outras formas de violência baseada no gênero (VBG); é uma realidade demonstrada por um crescente número de relatos documentados e pesquisas. Mulheres e adolescentes são particularmente vulneráveis a abusos sexuais cometidos por combatentes. O uso do estupro como arma de guerra foi documentado nos conflitos da Bósnia-Herzegovina, Ruanda e Serra Leoa. De acordo com um recente estudo em Serra Leoa, a violência sexual associada à guerra estava largamente disseminada entre as mulheres internamente deslocadas pelo conflito. A existência de violência sexual, inclusive estupro, cometida por combatentes foi de 9% durante os últimos 10 anos de guerra, igualando a taxa de crimes sexuais não ligados à terra em toda a história de Serra Leoa. Uma pesquisa na Tanzânia em 1997 descobriu que quase 28% das mulheres refugiadas do Burundi, em idade reprodutiva, haviam sido estupradas depois de se tornarem refugiadas. Um estudo de 1982 de mulheres refugiadas da Guatemala descobriu que o maior medo que tinham era o de serem estupradas.



# internamente deslocadas têm direito contracepção de emergência.

Mulheres deslocadas também são vítimas de outro tipo de abuso baseado no gênero – exploração sexual – quando homens exercendo o poder entre os refugiados, hospedeiros ou mesmo comunidades humanitárias solicitam sexo em troca de segurança, comida ou outras comodidades. Em consequência da guerra as mulheres podem ter que trocar sexo por recursos para sustentar a si próprias ou suas famílias. Para piorar as coisas, as mulheres em cenários de conflito geralmente não têm acesso a métodos regulares de planejamento familiar como proteção contra uma gravidez indesejada. Essas circunstâncias enfatizam a importância de tornar CE acessível para refugiadas e mulheres PDI.

Para atender às necessidades e direitos de saúde reprodutiva das mulheres refugiadas, a CE deve ser fornecida desde o início da reação a uma situação de crise humanitária. O Pacote de Serviço Mínimo Inicial (PSMI), que resume a série de ações prioritárias necessárias para atender às necessidades de saúde reprodutiva das populações na fase inicial de uma crise humanitária, inclui a CE como componente dos serviços a serem oferecidos às sobreviventes de VBG. O PSMI está incluído como padrão de reação humanitária nos novos manuais da SPHERE, publicados em 2004. O treinamento de pessoal é particularmente crítico nesses cenários e informações claras sobre os serviços disponíveis têm que ser imediatamente comunicadas aos refugiados recém chegados, PDIs e outras pessoas afetadas por conflitos que possam desconhecer a existência da CE como opção.





# Capítulo

# 1

## Contracepção de Emergência<sup>(3)</sup>



### 1. O que é contracepção de emergência?

Contracepção de emergência (CE) é um método contraceptivo usado pela mulher depois de uma relação sexual desprotegida para prevenir uma gravidez indesejada.

Há atualmente dois métodos de contracepção de emergência: **pílulas contraceptivas de emergência orais e dispositivo intra-uterino de cobre (DIU)**.

**Pílulas contraceptivas de emergência (PCE)** são chamadas às vezes de “pílulas do dia seguinte” ou “pós-coito”, mas como esses termos não correspondem ao prazo correto para uso de CR, o termo preferido é “pílulas anticoncepcionais de emergência”. PCEs devem ser usadas dentro de 120 horas (5 dias) após a relação desprotegida<sup>(4)</sup>. Os tipos disponíveis de PCE são:

- ▣ Contraceptivos orais contendo apenas progesterina (levonorgestrel)
- ▣ Contraceptivos orais combinados, contendo um estrogênio (etinil estradiol) e uma progesterina (levonorgestrel) – também conhecido como método Yuzpe.

Ambos os tipos são disponíveis como produtos de CE controlados – pílulas de dose mais elevada especialmente embaladas para uso em contracepção de emergência. Se PCEs controladas não estiverem disponíveis, doses maiores de contraceptivos orais comuns são usadas como CE.

PCEs não são substitutos para o planejamento familiar normal; o Capítulo 2 descreve como usar PCEs.

**Dispositivo intra-uterino de cobre (Tcu380A de Cobre ou MLCu-375 Multiload)** também pode ser usado como CE se inserido no decorrer dos sete dias seguintes à relação desprotegida<sup>(5)</sup>. O DIU pode ficar no lugar para servir como um contraceptivo normal por até 5 a 10 anos; pode ser removido por um agente de saúde treinado a qualquer momento que a paciente deseje. O Capítulo 3 descreve como usar um DIU de cobre para CE.

<sup>3</sup> Adaptado de “Module 5: Emergency Contraceptive Pills”, Pathfinder International, revisado em setembro de 2000; e de “Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery”, WHO, 1998.

<sup>4</sup> International Consortium for Emergency Contraception, *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*, Segunda Edição, 2003.

<sup>5</sup> Ibid.





## 2. Quem pode precisar usar CE e quais são os usos adequados de CE?

Há diversas situações em que uma mulher ou menina em idade reprodutiva pode precisar de CE para evitar uma gravidez indesejada, como listamos a seguir:

- ▣ Ela tem pouco ou nenhum conhecimento sobre contracepção e manteve relações sexuais desprotegidas.
- ▣ Ela quer a contracepção, teve relações sexuais e não está usando métodos contraceptivos comuns.
- ▣ Ela quer a contracepção, teve relações sexuais e usou seus contraceptivos habituais de maneira errada ou irregular.
- ▣ Ela quer a contracepção e seu método contraceptivo falhou:
  - ▣ ruptura ou deslocamento de preservativo
  - ▣ falta de abstinência de sexo durante os dias férteis
  - ▣ expulsão de DIU
  - ▣ falha no método de coito interrompido, quando a ejaculação aconteceu dentro da vagina ou na genitália externa.
  - ▣ falha na ingestão do contraceptivo oral por dois ou mais dias
  - ▣ tomar com atraso uma injeção contraceptiva
- ▣ Ela foi vítima recente de ataque sexual e não tinha nenhuma proteção contraceptiva.

Quando todas as mulheres em uma situação de conflito estão vulneráveis à violência sexual, as jovens adolescentes podem ser o grupo com maior necessidade de serviços de contracepção de emergência. Refugiadas adolescentes são frequentemente procuradas para estupro e exploração sexual, entretanto existem relativamente poucos programas dirigidos especificamente para as necessidades de saúde reprodutiva de jovens e, menos ainda, que forneçam CE.

Como todas as intervenções em questões de saúde, a CE deve ser administrada de acordo com os valores culturais das comunidades de refugiados e com os protocolos dos países hospedeiros. CE é uma componente dos cuidados da saúde reprodutiva e as comunidades precisam receber informações e aconselhamento completos e imparciais sobre ela, tal como em todas as outras formas de cuidados da saúde reprodutiva. Agentes de saúde podem precisar de treinamento adicional em CE, se não estiverem familiarizados com o seu uso, de forma a assegurar uma reação razoável e culturalmente adequada para as necessidades das mulheres. Mais que isso, agentes de saúde que não estão familiarizados com os protocolos de CE do país hospedeiro devem contatar o Ministério da Saúde para assegurar que os serviços de CE estejam conformes às leis e políticas nacionais.

O quadro na página seguinte lista todos os países onde produtos específicos de CE estão disponíveis, mas não distingue entre países que estão afetados por conflitos e os que não estão. A lista não inclui os países em que produtos específicos de CE ainda não estão registrados ou disponíveis nem onde DIUs de cobre podem ser usados para CE, e países onde isso não é permitido. Para maiores informações sobre disponibilidade de CE em um país em especial, por favor vá a <http://ec.princeton.edu/worldwide/default.asp>.

## Lista de Países com Produtos Específicos de CE

| África          |                                | Américas<br>(Norte, Central e Sul) |                      | Ásia<br>(Oriental, Central,<br>Sudeste, Oceania) |                    | Europa<br>(Oriental, Central,<br>Occidental) |                  |
|-----------------|--------------------------------|------------------------------------|----------------------|--|--------------------|--|------------------|
| África do Sul   | Mauritânia                     | Argentina                          | Martinica            | Austrália  | Malásia            | Albânia                                      | Itália           |
| Argélia         | Namíbia                        | Bolívia                            | México               | Azerbaijão                                       | Mianmar            | Alemanha                                     | Letônia          |
| Benim           | Nigéria                        | Brasil                             | Nicarágua            | Bangladesh                                       | Mongólia           | Armênia                                      | Lituânia         |
| Camarões        | Quênia                         | Canadá                             | Paraguai             | Cazaquistão                                      | Nova Zelândia      | Áustria                                      | Luxemburgo       |
| Costa do Marfim | República Democrática do Congo | Chile                              | Peru                 | China  | Paquistão          | Belarus                                      | Moldávia         |
| Egito           | Reunião                        | Colômbia                           | República Dominicana | Cingapura  | Polinésia Francesa | Bélgica                                      | Montenegro       |
| Gabão           | Seichelles                     | Cuba                               | Trinidad e Tobago    | Coréia   | Quirguistão        | Bulgária                                     | Noruega          |
| Gana            | Senegal                        | El Salvador                        | Uruguai              | Fiji   | Sri Lanka          | Eslováquia                                   | Polônia          |
| Guiné-Bissau    | Serra Leoa                     | Estados Unidos                     | Venezuela            | Hong Kong  | Tadjiquistão       | Espanha                                      | Portugal         |
| Madagáscar      | Tunísia                        | Guadalupe                          |                      | Iêmen  | Tailândia          | Estônia                                      | Reino Unido      |
| Mali            | Uganda                         | Jamaica                            |                      | Índia  | Taiwan             | Finlândia                                    | República Tcheca |
| Marrocos        | Zimbábue                       |                                    |                      | Indonésia  | Turcomenistão      | França                                       | Romênia          |
| Maurício        |                                |                                    |                      | Israel   | Uzbequistão        | Geórgia                                      | Rússia           |
|                 |                                |                                    |                      | Japão  | Vietnã             | Grécia                                       | Sérvia           |
|                 |                                |                                    |                      | Líbano   |                    | Holanda                                      | Suécia           |
|                 |                                |                                    |                      |  |                    | Hungria                                      | Ucrânia          |
|                 |                                |                                    |                      |  |                    | Islândia                                     |                  |

Fonte: International Consortium for Emergency Contraception, [www.cecinfo.org/html/res-product-issues.htm](http://www.cecinfo.org/html/res-product-issues.htm) e The Emergency Contraception Website, [www.not-2-late.com](http://www.not-2-late.com). Atualizado em 2003.



### 3. Quais são as consequências possíveis por não usar CE?

Sem CE, as mulheres deslocadas à força por conflitos podem ter que sofrer gravidezes forçadas ou não planejadas, abortos inseguros ou complicações obstétricas – tudo isso podendo aumentar o risco de doença ou morte. Mulheres jovens têm maior risco de complicações porque seus corpos ainda não estão totalmente desenvolvidos. Além disso, sem acesso à CE, meninas e mulheres podem sofrer consequências psicológicas e emocionais.

# Capítulo 2

## Pílulas Contraceptivas de Emergência<sup>(6)</sup>

### 1. Como funcionam as Pílulas Contraceptivas de Emergência?

Pílulas Contraceptivas de Emergência (PCE) são basicamente pílulas contraceptivas normais em doses maiores, embora as PCEs difiram das pílulas comuns sob muitos aspectos. Embora a maneira exata de como funcionam as PCEs seja desconhecida, pesquisas têm sugerido que os modos de ação podem depender do momento, durante o ciclo menstrual, em que a mulher teve relações desprotegidas, e do momento em que as PCEs são tomadas. E também podem incluir um ou mais dos seguintes casos:

- ▣ Inibição ou atraso da ovulação através da supressão de hormônios
- ▣ Prevenção da fertilização através da interferência com o movimento do espermatozoides ou do óvulo
- ▣ Inibição do transporte do óvulo fertilizado até o útero
- ▣ Prevenção da implantação tornando o endométrio não receptivo

Todos as quatro formas de ação demonstram que contraceptivos de emergência atuam antes da implantação do óvulo fertilizado. PCEs não interrompem ou danificam qualquer gravidez posterior à implantação do óvulo e, portanto, não são consideradas um método abortivo por agências autorizadas como a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(7)</sup>.

### 2. Quão eficazes são as PCEs?

Tanto os contraceptivos orais baseados apenas em progestina como os combinados são PCEs eficazes, embora em uma comparação direta um regime baseado apenas em progestina tenha se demonstrado bastante mais eficaz do que um regime baseado em contraceptivos combinados<sup>(8)</sup>. A taxa de gravidez após um único ato sexual desprotegido na segunda ou terceira semana do ciclo menstrual é de 8%. Com o uso de PCEs, as chances de engravidar são reduzidas a menos de 2%. Pesquisas têm demonstrado que o regime baseado apenas em progestina reduz o risco de gravidez entre 60 até 93% ou mais, após uma única relação sexual, e o regime baseado em contraceptivos combinados reduz esse risco de 56 a 89%.<sup>(9)</sup> Quanto mais cedo forem ingeridas, mais eficazes são as PCEs, e devem ser tomadas nunca após 120 horas depois da relação desprotegida.

Embora as PCEs sejam eficazes para situações de emergência, não são adequadas para uso regular. A taxa de gravidez em casos de PCE usadas frequentemente como substitutos da contracepção comum é muito mais elevada do que a taxa de pílulas contraceptivas hormonais normais em doses padrão.

<sup>6</sup> Adaptado de "Module 5: Emergency Contraceptive Pills", in *Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum*, Pathfinder International, revisado em setembro de 2000, e *Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery*, OMS, 1998.

<sup>7</sup> *Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery*, OMS, 1998.

<sup>8</sup> International Consortium for Emergency Contraception, *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*, Segunda Edição, 2003.

<sup>9</sup> *Ibid.*





### 3. Quais são os efeitos colaterais de PCEs? Como os efeitos são tratados?

| Efeitos colaterais  | Tratamento dos efeitos colaterais  |
|---|--|
| <b>Náusea:</b> É o efeito colateral mais comum de PCEs. Cerca de 50% das mulheres que usam COCs e 20% das que usam pílulas apenas de progestina para a experiência de CE sentem náusea. Normalmente não dura mais que 24 horas. | Se disponível, uma única dose de 50 mg de meclisina pode ser dada, uma hora antes das PCEs, para ajudar a reduzir o risco de náusea e vômito. As pacientes devem ser alertadas de que a meclisina pode causar sonolência. A eficácia de doses menores de meclisina e outros antieméticos não foi estudada. As evidências não sugerem que o consumo de PCEs com a comida altere o risco de náusea <sup>(10)</sup> . |
| <b>Vômito:</b> Pode ocorrer em 20% das mulheres que usem COCs e 5% das que usam pílulas apenas de progestina. Vômito antes de 2 horas após a ingestão de PCEs pode reduzir a eficácia das PCEs.                                 | Repita a dose se o vômito ocorrer até 2 horas após a ingestão das pílulas. Se o vômito for severo, a dose de reforço pode ser administrada vaginalmente <sup>(11)</sup> .  |
| <b>Sangramento uterino irregular:</b> Sangramentos podem ocorrer em algumas mulheres; os períodos menstruais acontecem normalmente na data certa ou um pouco antes.   | Se a menstruação atrasar mais de uma semana deve ser realizado um teste de gravidez.   |
| <b>Outros efeitos colaterais:</b> Outros efeitos colaterais que têm sido relatados com CE incluem dor nos seios, dor de cabeça, tontura e cansaço. Estes efeitos colaterais normalmente não duram mais de 24 horas.             | Analgésicos sem receita médica, como aspirina ou paracetamol, podem ser usados para reduzir o desconforto.   |

Para um guia mais detalhado sobre prestação de serviços com PCEs, incluindo o tratamento de problemas ou efeitos colaterais, por favor procure nos Capítulos 5 e 6 de *The Essentials of Contraceptive Technology: A Handbook for Clinic Staff* ou o Capítulo 12 de *Contraceptive Technology*.



### 4. Quais são as precauções e considerações para o uso de PCEs?

PCEs são consideradas muito seguras. A dose hormonal em PCEs é pequena e não parece alterar os mecanismos de coagulação com sua breve exposição de estrogênios e/ou progestinas. CE com COCs não foi associada a má-formações fetais ou defeitos congênitos nem parece aumentar a possibilidade de que uma gravidez após o uso de CE possa ser ectópica. Finalmente, nenhuma morte ou complicação médica séria foi relatada como resultado de PCEs, um método que tem sido usado há mais de 20 anos. CE não é concebida para ser usada como um método de contracepção normal.

#### A respeito de gravidez:

- ☐ Não é necessário teste de gravidez quando uma mulher está pensando em usar PCEs.
- ☐ Se uma mulher não sabe se está grávida, PCEs podem ser tomadas já que não há evidência de possível mal para a mulher ou para uma gravidez existente.
- ☐ Uma mulher com uma gravidez previamente confirmada não deve usar PCEs, já que elas não serão eficazes.

<sup>10</sup> Consortium for Emergency Contraception, *Expanding Global Access to Emergency Contraception*, outubro de 2000, pág. 42.

<sup>11</sup> International Consortium for Emergency Contraception, *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*, Segunda Edição, 2003.



## 5. Quais são as vantagens e desvantagens no uso de PCEs?

As vantagens e desvantagens associadas às PCEs incluem:

| Vantagens  | Desvantagens  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>Seguras e eficazes</li><li>Fáceis de usar</li><li>Poucos ou curtos efeitos colaterais</li><li>Mais seguras e menos invasivas do que a interrupção cirúrgica da gravidez nos casos em que uma gravidez indesejada segue-se a uma relação sexual desprotegida</li><li>São uma opção para mulheres que estejam amamentando</li><li>Não estão associadas a defeitos de nascença</li><li>Reduzem a necessidade de abortos</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Devem ser tomadas até 120 horas após a relação sexual desprotegida</li><li>Podem causar efeitos colaterais menores</li><li>Não oferecem proteção permanente contra a gravidez</li><li>Não protegem contra DSTs/VIH</li><li>Alguns países/Estados exigem uma receita médica</li><li>Podem ser difíceis para mulheres incapazes de engolir pílulas com facilidade</li></ul> |

Se os trabalhadores de saúde podem ter a vantagem de assistir uma comunidade bem definida, aberta a aconselhamento e apoio durante uma situação de emergência, há vários desafios específicos ao fornecimento de PCEs em cenários afetados por conflitos:

### Desafios ao fornecimento de PCEs em cenários afetados por conflitos

- Dificuldade de implementação do PSMI devido a problemas de logística, financiamento ou administração
- Falta de conhecimento da CE como opção tanto por parte dos trabalhadores de ajuda de emergência como por parte de membros da população deslocada
- Falta de tempo para educar os trabalhadores de ajuda de emergência e membros da população deslocada sobre a CE como opção
- Falta de conhecimento sobre administração de CE por parte dos trabalhadores de saúde (tanto os de ajuda de emergência quanto os da população deslocada)
- Falta de tempo para formar os trabalhadores na administração de CE
- Dificuldade para identificar trabalhadores de saúde dentro da população deslocada nos primeiros dias da emergência
- Dificuldade de administrar as dosagens de pílulas por parte de trabalhadores de saúde não experientes na administração de CE se um produto PCE específico (um produto especialmente embalado para CE) não estiver disponível



## 6. Quais são os diferentes regimes de PCE?

Como foi mencionado no capítulo anterior, há dois tipos de PCEs:

- Contraceptivos orais que contêm apenas progestina (levonorgestrel)
- Contraceptivos orais combinados (COCs) que contêm um estrogênio (etinil estradiol) e uma progestina (levonorgestrel) – também conhecidos como método Yuzpe

Produtos específicos de PCE são embalados especialmente com as doses mais elevadas adequadas, dos dois tipos citados acima. Embora os dois tipos de PCE sejam eficazes, o método preferido é o do contraceptivo baseado apenas em progestina, devido à sua maior taxa de eficácia e menor risco de náusea e vômito.

Cada tipo de contraceptivo tem diferentes regimes de administração, com doses altas e baixas. Os quadros e descrições abaixo detalham os regimes para cada tipo de PCE. Em qualquer regime as PCEs devem ser tomadas o mais cedo possível depois da relação sexual, mas o período ideal é nas primeiras 120 horas<sup>(11)</sup>.

| <b>Pílulas Contraceptivas de Emergência apenas com progestina</b>               | <b>Primeira Dose =</b><br>nunca após 120 horas depois da relação sexual desprotegida | <b>Segunda Dose =</b><br>12 horas após a primeira dose |
|---|--|--|
| <b>ALTA DOSE<sup>(12)</sup>:</b> pílulas com 750 µg (0,75 mg) de levonorgestrel | Apenas 2 pílulas   | - -  |
| <b>ALTA DOSE:</b> pílulas com 750 µg (0,75 mg) de levonorgestrel                | 1 pílula   | 1 pílula   |
| <b>BAIXA DOSE:</b> pílulas com 30 µg de levonorgestrel                          | 25 pílulas   | 25 pílulas   |

### **Pílulas Contraceptivas de Emergência apenas de progestina**

**ALTA DOSE:** Quando CE apenas de progestina está disponível em pílulas de 750 µg de levonorgestrel, pode-se tomar duas pílulas em uma única dose até 120 horas (5 dias) depois do sexo desprotegido. Como alternativa, a primeira dose de uma pílula não deve ser tomada após 120 horas depois do sexo desprotegido. A segunda dose de uma pílula deve ser tomada 12 horas depois da primeira dose.

**BAIXA DOSE (mini):** Quando o contraceptivo apenas de progestina só está disponível em mini-pílulas contendo 30 µg de levonorgestrel, a primeira dose de 25 pílulas deve ser tomada antes de passadas 120 horas do sexo desprotegido. A segunda dose, com outras 25 pílulas, deve ser ingerida 12 horas depois da primeira dose. *Nota: Isto se refere a mini-pílulas contraceptivas padrão apenas de progestina.*

| <b>Pílulas contraceptivas orais combinadas</b>  | <b>Primeira Dose =</b><br>nunca após 120 horas depois da relação sexual desprotegida | <b>Segunda Dose =</b><br>12 horas após a primeira dose |
|---|--|--|
| <b>ALTA DOSE:</b> pílulas com 50 µg de etinil estradiol e 250 µg de levonorgestrel (ou 500 µg de norgestrel)  | 2 pílulas  | 2 pílulas  |
| <b>BAIXA DOSE:</b> pílulas com 30 µg de etinil estradiol e 150 µg de levonorgestrel (ou 300 µg de norgestrel) | 4 pílulas  | 4 pílulas  |
| <b>BAIXA DOSE:</b> pílulas com 20 µg de etinil estradiol e 100 µg de levonorgestrel                           | 5 pílulas  | 5 pílulas  |

### **Contraceptivo Oral Combinado (COC)**

**ALTA DOSE:** Quando COCs estão disponíveis em pílulas especialmente embaladas ou como pílulas de altas doses com 50 µg de etinil estradiol e 250 µg de levonorgestrel (ou 500 µg de norgestrel), a primeira dose de duas pílulas deve ser ingerida antes de 120 horas depois do sexo desprotegido. A segunda dose de duas pílulas deve ser tomada 12 horas após a primeira dose.

**BAIXA DOSE:** Quando só estão disponíveis pílulas de COC de baixa dose contendo 30 µg de etinil estradiol e 150 µg de levonorgestrel (ou 300 µg de norgestrel), a primeira dose de quatro pílulas deve ser tomada antes de passadas 120 horas do sexo desprotegido. A segunda dose de quatro pílulas deve ser tomada 12 horas depois da primeira dose.

Como alternativa, quando só estão disponíveis pílulas de COC de baixa dose contendo 20 µg de etinil estradiol e 100 µg de levonorgestrel, a primeira dose de cinco pílulas deve ser tomada dentro das 120 horas após o sexo desprotegido. A segunda dose de cinco pílulas deve ser tomada 12 horas após a primeira dose. *Nota: Isto se refere a pílulas contraceptivas combinadas padrão. Use 4 ou 5 das 21 pílulas contendo hormônio para cada dose de CE. As últimas 7 pílulas de uma cartela de 28 pílulas não podem ser usadas para CE já que estas pílulas não contêm hormônios.* Para informação atualizada sobre PCE, por favor visite o sítio do International Consortium for Emergency Contraception, em [www.cecinfo.org/html/fea-ecpformulations.htm](http://www.cecinfo.org/html/fea-ecpformulations.htm).

<sup>11</sup> International Consortium for Emergency Contraception, *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*, Segunda Edição, 2003.

<sup>12</sup> Um estudo recente descobriu que uma única dose de 1,5 mg de levonorgestrel pode substituir duas doses de 750 mg ingeridas separadamente em 12 horas. Ver Von Hertzen H, et al. "Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicenter randomized trial." *The Lancet*, 7 de dezembro de 2002; 360:1803-1810.



# Capítulo 3

## Dispositivos intra-uterinos contraceptivos de emergência<sup>(13)</sup>

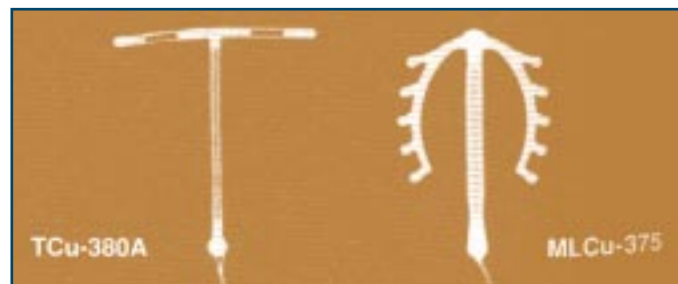
### 1. Como funciona o dispositivo intra-uterino liberador de cobre?

A maneira exata como funciona o dispositivo intra-uterino (DIU) para evitar a gravidez não é bem conhecida e pode depender do momento do ciclo menstrual em que o DIU é inserido. Alguns estudos indicam que o DIU de cobre atua primariamente na prevenção da fertilização, igualmente interferindo no movimento do óvulo e do espermatozóide e também diminuindo o número de espermatozóides que alcançam a trompa de Falópio (14). Contudo, como a pesquisa não foi conclusiva<sup>(15)</sup>, é possível que os DIUs também funcionem pela prevenção da implantação do óvulo fertilizado no endométrio.

### 2. Quão eficazes são os DIUs?

O DIU é um método altamente eficaz para a contracepção de emergência quando usado dentro de sete dias após a relação sexual desprotegida (16). A taxa de gravidez relatada entre mulheres que usam DIUs liberadores de cobre como contraceptivo de emergência é de cerca de 1%. Diferentemente das PCEs, que devem ser tomadas em um período de 120 horas após o sexo desprotegido, o DIU é eficaz desde que inserido até sete dias após a relação sexual desprotegida. A sua eficácia na prevenção da gravidez diminui se ele for inserido depois desse período de sete dias. Uma vez colocado, o DIU deve ficar no lugar até começar o período menstrual da paciente, indicando que ela não ficou grávida, ou até a paciente mostrar sinais de gravidez. O DIU também pode ficar no lugar para funcionar como um contraceptivo normal por até 5 a 10 anos; e pode ser removido por um agente de saúde treinado a qualquer momento que a paciente deseje.

Se a paciente não tiver um período menstrual até uma semana após a data em que era esperado, se apresentar sangramento irregular ou dores no baixo abdome, ou se suspeitar de que pode estar grávida, deve procurar cuidados especializados. Nesse caso é recomendável que a paciente faça um teste de gravidez e seja examinada para excluir a possibilidade de uma gravidez ectópica. Se estiver grávida e quiser manter a gravidez, o DIU deve ser retirado por um agente de saúde treinado. Explique que existe um pequeno risco de aborto, mas que o risco para a gravidez, sem a retirada do DIU, é muito maior.



<sup>13</sup> Adaptado de *Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery*, OMS, 1998; e Stewart GK, "Intrauterine Devices (IUDs)", *Contraceptive Technology*, 17a. Edição revisada, 1998.

<sup>14</sup> *Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery*, OMS, 1998.

<sup>15</sup> Rivera R, et al., The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181 (15): 1263-1269.

<sup>16</sup> Planned Parenthood. *Emergency Contraception: Patient Information*.



### 3. Quais são os efeitos colaterais de DIUs? Como tratar os efeitos colaterais?

| Efeitos colaterais   | Tratamento de efeitos colaterais  |
|--|---|
| <b>Cãibras:</b> Podem ocorrer nas primeiras 24 a 48 horas depois da inserção do DIU.   | A paciente deve tomar comprimidos analgésicos como aspirina e paracetamol. Se a dor persistir após 3 a 5 dias, a paciente deve procurar o agente de saúde para outros cuidados. |
| <b>Fluxo abundante, sangramento, hemorragia:</b> ou sangramento abundante são comuns durante os três primeiros meses depois da inserção do DIU. Sangramento abundante prolongado pode causar anemia. | A paciente deve procurar o agente de saúde para cuidados adicionais adequados.  |
| <b>Corrimento vaginal:</b> Pode ocorrer durante as primeiras semanas depois da inserção do DIU.  | Se o corrimento for abundante ou acompanhado de dor pélvica e/ou febre, a paciente deve procurar o agente de saúde imediatamente.   |
| <b>Outros sinais ou sintomas:</b> outros problemas podem incluir febre e/ou calafrios; dor pélvica ou tensão mamária; sangramento anormal excessivo; os fios do DIU não podem ser sentidos.          | Se a paciente experimentar qualquer desses efeitos colaterais deve contatar o agente de saúde. Esses sintomas podem indicar uma possível complicação.                           |

Para maiores informações sobre o fornecimento de serviços de DIU, inclusive o tratamento de problemas ou efeitos colaterais, por favor veja o Capítulo 12 de *The Essentials of Contraceptive technology: A Handbook for Clinic Staff*, ou o Capítulo 21 de *Contraceptive Technology*.



### 4. Quais são as precauções e considerações sobre o uso de DIUs?

Antes de oferecer DIUs para refugiadas ou mulheres PDI como um método de CE, é indispensável que os agentes sejam capazes de assegurar condições de higiene nas instalações de saúde e estejam aptos a tratar das limitações práticas próprias de cenários de conflito. Mais ainda, clínicos que oferecem serviços de DIU precisam ser treinados especificamente para a inserção desses dispositivos, devido às possíveis complicações.

De acordo com os critérios de qualificação da OMS para a colocação de DIUs, mulheres com quaisquer das seguintes condições não podem usar DIUs como método de CE:

- Gravidez confirmada (é importante determinar que a mulher não está grávida antes de inserir um DIU)
- Septicemia puerperal ou pós-aborto (atual ou nos últimos 3 meses)
- Uma doença sexualmente transmissível (DST) (atual ou nos últimos 3 meses)
- Cervicite purulenta
- Suspeita ou confirmação de condição virótica no trato genital
- Anormalidades uterinas congênitas ou fibromas que alterem a cavidade impedindo a correta colocação do DIU
- Doença trofoblástica gravídica
- Tuberculose pélvica conhecida
- Sangramento vaginal inexplicado (o que pode indicar um problema sério)

O julgamento clínico sobre o uso de DIU para a CE é necessário em todas as circunstâncias, mas existem duas situações em especial que requerem considerações adicionais antes da colocação do DIU. Essas condições são muito comuns em cenários afetados por conflitos:

- ▣ **Risco de DSTs:** Quando uma mulher está sob forte risco de DST, PCEs podem ser uma opção melhor que o DIU. Outras medidas, como exames de DSTs e tratamentos profiláticos com antibióticos também devem ser assegurados, se possível, por ocasião da inserção do DIU.
- ▣ **Estupro:** Vítimas de abuso sexual podem achar a colocação do DIU emocionalmente traumática. Também podem ter contraído uma DST. Portanto, PCEs podem ser a melhor opção.

Quando as PCEs não estão disponíveis, não são aceitáveis ou eficazes porque já se passaram 120 horas depois da relação sexual desprotegida, a colocação de DIU pode ser considerada mesmo para mulheres com alto risco de DST ou que foram vítimas de estupro. Contudo, a paciente que escolher o DIU deve ser aconselhada para mudar para outro método contraceptivo em seu próximo período menstrual.



## 5. Quais são algumas das vantagens e desvantagens do uso de DIUs?

As vantagens e desvantagens associadas à colocação de DIUs para CE incluem:

| Vantagens   | Desvantagens  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Seguros e eficazes</li> <li>▣ Opção disponível para mulheres que se apresentam depois de 120 horas e estão atrasadas para PCEs</li> <li>▣ Podem continuar a ser usados como um método contraceptivo normal</li> <li>▣ Fáceis de usar e duram 10 anos se conservados como um método contraceptivo permanente</li> <li>▣ Fáceis para mulheres que têm dificuldade para engolir pílulas</li> <li>▣ Opção para mulheres que estão amamentando</li> <li>▣ Reduz a necessidade de abortos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Requer a inserção e remoção por um clínico bem treinado</li> <li>▣ Requer condições de higiene para a colocação</li> <li>▣ Pode causar efeitos colaterais</li> <li>▣ Pode causar sérios problemas de saúde, capazes de tornar a mulher doente ou estéril</li> <li>▣ Não protege contra DSTs/VIH</li> <li>▣ Precisa ser colocado em até 7 dias depois do sexo desprotegido</li> <li>▣ Não pode ser usado se a mulher tiver uma DST</li> </ul> |

Se os trabalhadores de saúde podem ter a vantagem de assistir uma comunidade bem definida, aberta a aconselhamento e apoio durante uma situação de emergência, há vários desafios específicos ao fornecimento de DIUs em cenários afetados por conflitos:

| Desafios à administração de DIUs em cenários afetados por conflitos  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Falta de conhecimento sobre o DIU como opção de CE tanto por parte dos trabalhadores de ajuda de emergência como por parte de membros da população deslocada</li> <li>▣ Falta de tempo para educar os trabalhadores de ajuda de emergência e membros da população deslocada sobre o DIU como opção de CE</li> <li>▣ Falta de conhecimento sobre administração de CE por parte dos trabalhadores de saúde (tanto os de ajuda de emergência quanto os da população deslocada)</li> <li>▣ Falta de tempo para formar os trabalhadores na administração de CE</li> <li>▣ Dificuldade para identificar trabalhadores de saúde dentro da população deslocada nos primeiros dias da emergência</li> <li>▣ Dificuldade de assegurar condições estáveis e higiênicas durante as situações de emergência</li> <li>▣ Dificuldade de assegurar às populações repatriadas o acesso à remoção do DIU por um agente de saúde treinado</li> </ul> |



# Capítulo 4

## Prestação de Serviços de Contracepção de Emergência em Cenários Afetados por Conflitos<sup>(17)</sup>



O ferecer serviços de CE em cenários afetados por conflitos requer consciência e compreensão de uma série de questões importantes. As componentes da prestação de serviços de CE, listadas nas seções seguintes, dedicam especial atenção às necessidades particulares de mulheres e meninas deslocadas.

O trabalhador de saúde tem um papel importante na disponibilização de CE em cenários de populações deslocadas. Para poderem fazer uma escolha informada para o uso de CE, mulheres refugiadas e PDIs precisam de informações claras e imparciais, apoio e aconselhamento, agentes treinados, um fornecimento seguro de PCEs e DIUs e acompanhamento posterior.

### 1. Informação, amparo e alcance

Mulheres e adolescentes refugiadas precisam de materiais informativos e educacionais sobre CE precisos, objetivos e culturalmente adequados. Muitos folhetos e brochuras já estão disponíveis em comunidades de países desenvolvidos e menos desenvolvidos; esses materiais podem ser facilmente adaptados para contextos de refugiadas e PDI. Para conhecer exemplos de materiais sobre CE veja a seção *Fontes*, que inclui uma lista de fontes on-line com materiais que podem ser carregados no computador do interessado. O International Consortium for Emergency Contraception criou um recurso chamado *Adapting Resource Materials for Local Use* que pode ser especialmente útil na adaptação de documentos existentes para um contexto local ([www.cecinfo.org/files/Adapting-materials.rtf](http://www.cecinfo.org/files/Adapting-materials.rtf)).

Além disso, a Northwest Emergency Contraception Coalition produziu *Emergency Contraception: Client Materials for Diverse Audiences*, com textos disponíveis em 13 línguas ([www.path.org/resources/ec\\_client-mtrls.htm](http://www.path.org/resources/ec_client-mtrls.htm)). Outras fontes devem estar disponíveis junto a organizações não governamentais (ONGs) locais e agências de planejamento familiar, que deverão ter informação e materiais em línguas adequadas para cenários determinados.

Para aumentar a consciência sobre CE e a disponibilidade de serviços para mulheres refugiadas, os materiais e reuniões educativas devem comunicar claramente os seguintes pontos:

- ▣ O que é CE e por que uma mulher pode precisar dela
- ▣ Onde as mulheres podem conseguir CE imediata e outros serviços correlatos de saúde reprodutiva, inclusive aconselhamento relativo a planejamento familiar, VBG e DST/VIH
- ▣ Como a CE funciona, sua segurança e eficácia
- ▣ Como fazer para evitar a necessidade de CE no futuro
- ▣ Os possíveis efeitos colaterais da CE
- ▣ O que a CE não faz

<sup>17</sup> Adaptado de "Module 5: Emergency Contraceptive Pills", Pathfinder International, revista em setembro de 2000, e *Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery*, OMS, 1998.

A informação sobre CE deve ser incluída com outras informações de saúde nas sessões de orientação para refugiadas e mulheres PDI recém-chegadas. Nos primeiros dias e semanas de uma emergência humanitária, é útil identificar parteiras e ajudantes tradicionais de parto para discutir violência sexual e CE. Ao mesmo tempo que se obtém deles informações sobre as necessidades da emergência (por exemplo, material para partos), eles podem ser informados sobre CE e receber material para sobreviventes de violência sexual. Esforços educativos e de apoio para melhorar o conhecimento de CE tanto da comunidade quanto dos agentes devem ser contínuos, objetivando um nível mais elevado de consciência de CE e de disponibilidade de serviços entre a população visada. Informação sobre CE (o que é e onde conseguir) deve ser dada a todos os trabalhadores de apoio para que eles estejam informados e possam assim informar as mulheres adequadamente.

## 2. Avaliação

O objetivo de avaliar a paciente é determinar se ela precisa, quer e se qualifica para a CE. A paciente se qualifica para PCE se é sabido que ela não está grávida e se a sua primeira relação sexual desprotegida, durante seu atual ciclo menstrual, ocorreu dentro das últimas 120 horas. Se mais de 120 horas se passaram, a mulher pode ser avaliada para uma eventual inserção de DIU como CE.

Devido a situações de deslocamento forçado, episódios de violência e outras experiências traumáticas, uma mulher refugiada ou PDI pode não se lembrar da data do seu último período menstrual ou pode não ter tido um ciclo menstrual normal nas últimas semanas. Nesses casos a paciente deve fazer um teste de gravidez para determinar se ela já está grávida, e portanto desqualificada para a CE. Se, contudo, um teste de gravidez não for possível ou disponível, PCEs (não DIUs) ainda podem ser oferecidas à paciente, desde que ela saiba que a possibilidade de uma gravidez já existente não foi excluída e compreenda que as PCEs podem não ser eficazes.

Um exemplo de protocolo de avaliação é oferecido abaixo, para ajudar os agentes na avaliação de potenciais pacientes de CE.

### Exemplo de Protocolo de Avaliação para Contraceção de Emergência

| <b>Se uma mulher pedir contraceção de emergência, faça as seguintes perguntas</b>   |   |
|---|---|
| <b>1. Quando foi o primeiro dia do seu último ciclo menstrual?</b>  |   |
| Data: _____ - Isso foi há menos de 4 semanas?   | <input type="checkbox"/> <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> |
| <b>2. Esse período foi normal quanto ao dia em que começou e o tempo que durou?</b>   |   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> |
| <b>3. Você teve relações sexuais desprotegidas nos últimos 5 dias?</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Sim</b> Data: _____    Hora: _____  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Não</b> Se a resposta foi não vá para a pergunta 4.   |   |
| <b>Se a resposta foi sim para as três perguntas, você pode oferecer PCEs para a mulher.</b>   |   |
| <b>4. Você teve relações sexuais desprotegidas nos últimos 7 dias?</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Sim</b> Data: _____    Hora: _____  |   |
| Se você tem <b>certeza</b> de que a mulher não está grávida pode oferecer a colocação de um DIU de cobre para contraceção de emergência, desde que haja um clínico disponível com as qualificações necessárias e que as condições de higiene estejam asseguradas. |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Não</b> Se a resposta foi não, se já se passaram mais de 7 dias, ela já pode estar grávida.   |   |
| Forneça apoio e aconselhamento.   |   |

### 3. Aconselhamento

O aconselhamento é uma componente essencial dos serviços de saúde reprodutiva e a qualidade dos serviços de aconselhamento pode ser aperfeiçoada quando os agentes são treinados em técnicas de comunicação e aconselhamento. Os agentes que aconselham pacientes sobre CE devem ter o cuidado de não emitir comentários críticos e de se abster de expressar desacordo com a decisão de uma paciente. As chaves para o oferecimento de um aconselhamento de boa qualidade incluem:

- ▣ Oferecer agentes treinados com boas técnicas de comunicação e aconselhamento
- ▣ Mostrar respeito e sensibilidade quanto às necessidades e preocupações das pacientes
- ▣ Oferecer informações claras, precisas e equilibradas para a paciente poder fazer uma escolha consciente
- ▣ Assegurar confidencialidade às informações e decisões da paciente

O uso de CE em cenários de populações deslocadas envolve questões correlatas que devem ser abordadas quando se aconselha uma usuária potencial de CE. Considerações específicas para o uso de CE em populações refugiadas e de PDI estão elencadas a seguir:

#### **Planejamento familiar**

Como a CE só é adequada para uso em emergências, as pacientes devem receber informações sobre outros métodos contraceptivos, que podem usar em uma base regular. Contudo, é importante informar às pacientes que, embora a CE não deva ser usada como um método contraceptivo normal, o uso continuado da mesma não implica em nenhum risco para a saúde.

As mulheres que optaram pelo uso do DIU como seu contraceptivo de emergência preferido (quando possível e apropriado) devem ser informadas de que o DIU pode servir como método normal de planejamento familiar, por um período máximo de 5 a 10 anos. (o Tcu é aprovado para 10 anos, o Multiload é aprovado para até 5 anos; em muitos cenários o Multiload é o único DIU disponível)

Fontes sobre planejamento familiar que podem ser úteis para os trabalhadores da área de saúde incluem:

- ▣ “Chapter 6: Family Planning”, *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*, The Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations, 1999.
- ▣ *The Essentials of Contraceptive Technology: a Handbook for Clinic Staff*, Johns Hopkins Population Information Program, Janeiro de 2001.

#### **Violência baseada no gênero**

A VBG, inclusive violência sexual, é uma experiência traumática que muitas mulheres e adolescentes sofrem durante tempos de guerra. As consequências da VBG devem ser abordadas com serviços médicos, psicossociais e legais adequados. Os agentes devem tratar os sobreviventes com sensibilidade e respeito, assegurando privacidade e confidencialidade.

Para conhecer informações e protocolos atuais de resposta à VBG em cenários afetados por conflito, queira consultar as seguintes fontes:

- ▣ “Chapter 4: Sexual and Gender-based Violence”, *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field manual*, The Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations, 1999.
- ▣ *Clinical Management of Survivors of Rape: A guide to the department of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*, OMS/ACNUR, Genebra, 2002.
- ▣ *Guidelines on the Protection of Refugee Women*, ACNUR, Genebra, julho de 1991.

- ▣ *Sexual and Gender-based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response*, ACNUR, Genebra, maio de 2003.
- ▣ *Gender-based Violence Tools Manual for Assessment & Program Design, Monitoring & Evaluation in Conflict-Affected Settings*, Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004.
- ▣ *Gender-based Violence: Emerging Issues in Programs Serving Displaced Populations*, JSI Research and Training Institute on behalf of Reproductive Health for Refugees Consortium, setembro de 2002.

### **DST/VIH/SIDA**

As pacientes devem receber informação e aconselhamento sobre os riscos de DST/VIH/SIDA e as maneiras de evitar infecções. preservativos e serviços ou referências para avaliação e tratamento de DST/VIH/SIDA devem ser oferecidos às pacientes quando disponíveis. Os agentes também devem deixar claro que métodos de CE, tanto pílulas quanto DIUs, não oferecem proteção contra DSTs e VIH/SIDA.

Para mais informações sobre o oferecimento de serviços sobre DST/VIH/SIDA para populações deslocadas, as seguintes fontes podem ser úteis:

- ▣ *Guidelines for the Care of Sexually Transmitted Infections in Conflict-Affected Settings*. Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004.
- ▣ *A Short Course on HIV/AIDS Prevention and Control for Humanitarian Workers: A Companion to the International Rescue Committee's Manual, Protecting the Future*, Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004.
- ▣ *Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support among Displaced and War-affected Populations*, International Rescue Committee, Kumarian Press, 2003.
- ▣ *Refugees and AIDS: What should the humanitarian community do?*, Women's Commission for Refugee Women and Children, 2002.
- ▣ "Chapter 5: Sexually Transmitted Diseases, including HIV/AIDS", *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*, The Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations, 1999.
- ▣ *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings*, ACNUR/OMS/UNAIDS, Genebra, 1995.

### **Estresse, ansiedade, depressão e outras questões psicossociais**

As pacientes podem sofrer de estresse, ansiedade e depressão devido a inúmeros fatores, como o medo de ficar grávida, preocupação com a questão do VIH, embaraço com assuntos sexuais, traumas de guerra, perda de membros da família e amigos, assim como outras pressões da vida típicas de situações afetadas por conflito. Os agentes devem encaminhar as pacientes com problemas psicossociais para serviços de aconselhamento, quando disponíveis.



## 4. Material

Produtos especiais para CE são os mais fáceis de usar e receitar, porque contêm as doses exatas e as instruções para o uso correto. Esses produtos embalados especialmente estão disponíveis no *The New Emergency Health Kit 98* (O Novo Kit de Emergência 98) e no *Reproductive Health Kit for Emergency Situations* (Kit de Saúde Reprodutiva para Situações de Emergência). Informações sobre como pedir cada kit seguem abaixo:

### ▣ *The New Emergency Health Kit 98*

#### **Para pedir o kit:**

IDA Foundation  
P.O. Box 37098  
1030 AB Amsterdam, The Netherlands  
Tel.: + (31 20) 403.30.51  
Fax: + (31 20) 403.18.54  
E-mail: [info@ida.nl](mailto:info@ida.nl)  
Website: [www.ida.nl/en-us/](http://www.ida.nl/en-us/)

### **Para pedir o folheto NEHK 98:**

World Health Organization  
Department of Emergency & Humanitarian Action  
20 avenue Appia, 1211 Geneva, SWITZERLAND  
Tel.: + (41 22) 791.22.05  
Fax: + (41 22) 791.48.44  
E-mail: [guittonc@who.int](mailto:guittonc@who.int)  
Website: [www.who.int/disasters/tg.cfm?doctypeID=12](http://www.who.int/disasters/tg.cfm?doctypeID=12)

### ▣ *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations*

#### **Para pedir o kit de saúde reprodutiva ou para maiores informações:**

UNFPA Procurement Service Section  
220 East 42nd Street, New York NY 10017 USA  
Tel.: + (1-212) 297.5398  
Fax: + (1-212) 297.4916  
E-mail: [hru@unfpa.org](mailto:hru@unfpa.org)

Entretanto, se os produtos específicos de CE não estiverem disponíveis, pílulas comuns de contracepção oral podem substituí-los para fins de CE. Favor ver o *Capítulo 2: Pílulas Contraceptivas de Emergência (PCEs)* deste trabalho, para conhecer os regimes específicos com cada pílula.

DIUs também estão disponíveis no *The New Emergency Health Kit 98* e no *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations*.

## 5. Cuidados Posteriores

Os agentes de saúde devem monitorar os cuidados médicos posteriores das pacientes de CE. E consultas para testes e tratamentos subsequentes, como de DSTs/VIH, devem ser oferecidos na medida das necessidades. Cuidados médicos posteriores para mulheres que não engravidaram nem sempre são necessários, mas são recomendados para atender às preocupações sobre a saúde reprodutiva das pacientes.

Os agentes devem oferecer às mulheres informações e materiais sobre planejamento familiar e prevenção de VIH, para ajudá-las a desenvolver estratégias para reduzir seu risco de gravidez e DST/VIH. Mulheres que escolhem uma CE com DIU e querem continuar com o DIU como seu método normal de contracepção devem visitar a clínica de saúde para check-ups regulares. Para maior informação sobre serviços de DIU, inclusive o tratamento de problemas ou efeitos colaterais, favor ver o Capítulo 12 de *The Essentials of Contraceptive Technology: A Handbook for Clinic Staff* ou o Capítulo 21 de *Contraceptive Technology*.

O acompanhamento subsequente também é fortemente recomendado para pacientes que precisam de aconselhamento posterior ou cuidados psicossociais, especialmente nos casos que envolvem VBG. Se uma paciente quer relatar um ataque sexual, os agentes devem encaminhá-la para o pessoal adequado para ajudá-la a obter assistência ou proteção legal. Para maiores informações sobre fornecimento de serviços médicos e psicossociais para sobreviventes de estupro, procure em *Clinical Management of Survivors of Rape: A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*.

# Perguntas Frequentes

## 1. Como a contracepção de emergência é diferente de aborto?

A CE atua prevenindo a fertilização ou a implantação de um óvulo fertilizado, enquanto que o aborto interrompe ou danifica um óvulo fertilizado que já se implantou na parede do útero. A CE previne a gravidez e ajuda a evitar a necessidade de um aborto.

## 2. A contracepção de emergência é prejudicial ao feto?

PCEs não são prejudiciais a uma gravidez já existente nem irão induzir a um aborto. Portanto, PCEs podem ser usadas por mulheres cuja gravidez não é certa. Se a mulher já estiver grávida, o feto não será afetado pelo uso de PCEs.

Porém, DIUs usados para CE podem ser prejudiciais a uma gravidez já existente. Portanto, uma mulher com uma gravidez confirmada não pode usar o DIU.

## 3. A contracepção normal pode ser iniciada depois de PCEs?

Preservativos e outros métodos de barreira podem ser usados imediatamente após o consumo de PCEs. Métodos contraceptivos hormonais normais podem ser começados imediatamente ou com o ciclo menstrual seguinte. Uma paciente de CE interessada em começar ou continuar um método contraceptivo normal deve receber aconselhamento sobre planejamento familiar e deve ser avisada para usar preservativos ou se abster de sexo até começar a usar o método contraceptivo normal.

## 4. As PCEs são eficazes na prevenção da gravidez se forem tomadas mais de cinco dias (120 horas) depois de uma mulher ter sexo desprotegido?

Pesquisas que estudaram a eficácia de PCEs dentro das 120 horas mostram um crescente risco de gravidez à medida que progride o período de 120 horas. A eficácia de PCEs ingeridas depois de 5 dias não foi estudada. Nesse caso, é importante que a mulher entenda que suas chances de gravidez serão menores quanto mais cedo forem tomadas as PCEs. Uma opção mais eficaz seria a colocação de um DIU, se a mulher se qualificar.

## 5. Mulheres que amamentam podem usar PCEs?

Sim. Uma mulher que já teve seu ciclo menstrual depois de dar à luz, e que já não está apenas amamentando, pode tomar PCEs com segurança. Uma mulher que ainda não teve seu ciclo menstrual depois do parto, e está exclusivamente amamentando seu recém-nascido, não corre o risco de engravidar durante até seis meses após o parto e, portanto, não deve precisar de CE.

## 6. O que um agente de saúde deve fazer se não houver nenhum produto específico de PCE disponível?

Quando nenhum produto específico de PCE estiver disponível, os agentes podem administrar doses mais altas de pílulas contraceptivas orais normais em casos de emergência. Para regimes específicos de dosagens usando contraceptivos baseados apenas em progesterina ou contraceptivos orais combinados (COCs), pode-se consultar as Tabelas de regime de PCE, que estão na seção Tabelas e Listas para Prestação de Serviços de CE, no final deste documento.

Usando pílulas contraceptivas padrão apenas de progesterina:

- ▣ Quando o contraceptivo apenas de progesterina só está disponível em mini-pílulas contendo 30 (g de levonorgestrel, a primeira dose de 25 pílulas deve ser tomada até no máximo 120 horas depois da relação sexual desprotegida. A segunda dose, de mais 25 pílulas precisa ser administrada 12 horas depois da primeira dose.

Usando COCs padrão:

- ▣ Quando só estão disponíveis pílulas COC padrão de baixa dosagem, com 30 (g de etinil estradiol e 150 (g de levonorgestrel (ou 300(g de norgestrel), a primeira dose de quatro pílulas deve ser tomada até 120 horas depois do sexo desprotegido.
- ▣ Como alternativa, quando só estão disponíveis pílulas COC de baixa dosagem, contendo 20 (g de etinil estradiol e 100 (g de levonorgestrel, a primeira dose de cinco pílulas deve ser tomada até no máximo 120 horas depois do sexo desprotegido. A segunda dose de cinco pílulas deve ser tomada 12 horas depois da primeira dose.

Quando usar pílulas contraceptivas orais normais, as últimas 7 pílulas da cartela de 28 pílulas não podem ser usadas para CE porque não contêm hormônios.

DIUs liberadores de cobre também podem ser uma opção para mulheres que não têm acesso a PCEs. Porém os agentes devem primeiro avaliar as pacientes para eliminar aquelas que já estão grávidas ou que têm infecções no trato reprodutivo, inclusive VIH/SIDA.

## 7. Como as PCEs são diferentes da pílulas normais?

Mesmo as PCEs sendo basicamente pílulas contraceptivas normais com dosagens maiores, as PCEs diferem em muitos aspectos importantes das pílulas comuns. Os agentes devem ter consciência dessas importantes diferenças e seguir normas claras sobre como e quando oferecer PCEs.

- ▣ PCEs são doses altas de pílulas comuns baseadas apenas em progesterina contendo levonorgestrel, ou doses altas de contraceptivos orais combinados contendo etinil estradiol e levonorgestrel.
- ▣ Pílulas comuns podem ser usadas para contracepção de emergência se não houver disponibilidade de PCEs especialmente produzidas. Quando se usa pílulas contraceptivas comuns para CE as doses são mais altas.
- ▣ As PCEs têm que ser ingeridas dentro de 120 horas após o sexo desprotegido, enquanto que as pílulas contraceptivas para planejamento familiar contínuo são tomadas uma vez por dia.

## 8. PCEs podem ser dadas junto com tratamento profilático de DSTs?

De acordo com o *Clinical Management of Survivors of Rape (Tratamento Clínico de Sobreviventes de Estupro)*, da OMS, não há contra-indicações conhecidas à administração de PCEs junto com antibióticos. Consulte essa fonte da OMS para maiores informações sobre a prescrição de tratamento profilático de DSTs.



# Teste você mesmo(a)!

## Teste de Contracepção de Emergência

(respostas na página 30)

1. A CE previne a gravidez basicamente interrompendo ou danificando uma gravidez já existente.  
a. Verdadeiro                      b. Falso
2. Mulheres cuja gravidez não está claramente comprovada ainda podem usar PCEs.  
a. Verdadeiro                      b. Falso
3. A CE só deve ser usada para vítimas de estupro.  
a. Verdadeiro                      b. Falso
4. A primeira dose de PCE deve ser tomada no período de quantas horas depois da relação sexual desprotegida?  
a. 12 horas                      c. 72 horas  
b. 48 horas                      d. 120 horas
5. Quantas horas após a primeira dose deve ser tomada a segunda dose de PCEs?  
a. 12 horas                      c. 48 horas  
b. 24 horas                      d. 72 horas
6. PCEs são recomendadas como um método contraceptivo normal.  
a. Verdadeiro                      b. Falso
7. Quais são os dois efeitos colaterais mais comuns das PCEs?  
a. Náusea                      c. Câibra  
b. Vômito                      d. Sangramento ou hemorragia
8. Um DIU para CE deve ser colocado dentro do prazo de quantos dias após a relação sexual desprotegida?  
a. 2 dias                      c. 5 dias  
b. 3 dias                      d. 7 dias



9. A colocação de um DIU vai prejudicar uma gravidez já existente?
- a. Sim
  - b. Não
10. A colocação de emergência de DIU não deve ser considerada para uma mulher portadora de uma doença sexualmente transmissível (DST).
- a. Verdadeiro
  - b. Falso
11. Quais são alguns dos efeitos colaterais da colocação do DIU?
- a. Náusea
  - b. Vômito
  - c. Câibra
  - d. Sangramento ou fluxo menstrual mais abundante
12. Quanto tempo um DIU pode ficar no lugar atuando como o método contraceptivo normal da paciente?
- a. 0 anos – o DIU deve ser removido logo após o começo da menstruação
  - b. 1-2 anos
  - c. 3-4 anos
  - d. 5-10 anos
13. O que deve fazer o agente de saúde se houver suspeita de estupro ou abuso sexual?
- a. Informar a paciente de que vai apoiá-la se ela quiser relatar a agressão às autoridades, mas deixá-la tomar sua própria decisão
  - b. Manter a confidencialidade
  - c. Oferecer ou encaminhar a paciente para serviços de aconselhamento e de DST/VIH
  - d. Todas as anteriores
14. Que serviços adicionais devem ser oferecidos (ou a que serviços encaminhar) a uma paciente de CE que descobriu estar grávida durante o acompanhamento posterior?
- a. Serviços clínicos
  - b. Prevenção e tratamento de DST/VIH
  - c. Tratamento psicossocial e aconselhamento
  - d. Todas as anteriores
15. Qual é o momento adequado para começar os serviços de CE em um cenário afetado por conflito?
- a. No início da reação à emergência
  - b. Depois que as taxas de mortalidade inicial se estabilizem
  - c. Depois que todos os serviços de saúde estão instalados
  - d. Depois que as populações refugiadas forem instaladas em campos



# Cenários de Prestação de Serviço de CE

- 1.** Anna é uma mulher PDI de 31 anos que conta a você que fez sexo 6 noites atrás com o marido, mas o preservativo se rompeu. Como já cuida de três crianças, o casal não quer ter mais nenhuma. Por causa de problemas de transporte, Anna não pôde vir à clínica até hoje. Ela quer saber se existe alguma coisa que possa impedir uma possível gravidez. Como você trataria da situação dessa paciente?

*Como Anna e o marido tiveram relações desprotegidas há mais de 120 horas, PCEs não seriam o método mais eficaz para evitar a gravidez. Até hoje não houve nenhum estudo sobre a eficácia das PCEs depois do período de 120 horas.*

*Portanto, se você pode fornecer a colocação de DIU nas suas instalações de saúde, informe a Anna que ela pode se qualificar para o uso de DIU, outro método de CE que pode ser mais eficaz neste momento. Conte a Anna como um DIU de CE funciona, sua eficácia e os possíveis efeitos colaterais. Explique que o DIU pode ficar no lugar para ser usado como um método contraceptivo normal.*

*Se a Anna quer se candidatar ao uso de um DIU, você pode oferecer a ela o método, desde que as seguintes condições sejam preenchidas:*

- Ela não está grávida.
- Você é um agente de saúde treinado que sabe como colocar adequadamente um DIU.
- Anna e o marido não têm uma DST ou VIH.
- Anna tem acesso a uma instalação de saúde para a remoção do DIU (se ela quiser).
- Você tem condições de seguir as precauções universais e tem um suprimento de DIUs na sua instalação de saúde.

*Recomende à Anna para voltar para acompanhamento se tiver atraso na menstruação, se suspeitar estar grávida ou tiver outras preocupações.*

- 2.** Faith traz para você a irmã de 14 anos, Ruth, porque ela foi estuprada ontem no caminho da escola para o campo de refugiados. A família ainda não relatou o incidente. Faith quer saber se há alguma coisa que possa ser feita para evitar que Ruth fique grávida. Como você trataria da situação dessa paciente?

*Tranquelize Ruth e Faith de que algo pode ser feito para evitar uma gravidez indesejada. Diga a Ruth como a CE funciona, a sua eficácia e possíveis efeitos colaterais. Se Ruth escolher PCEs, explique o uso correto do método, reveja com ela as instruções escritas e deixe uma cópia com ela. Se ela quiser, ajude Ruth a escolher um método contraceptivo normal adequado para ela.*

*Segundo as recomendações da OMS, a inserção de um DIU pode ser traumática para vítimas de estupro. Mas se você fornece DIUs na sua instalação de saúde, e as PCEs não estão disponíveis ou não são indicadas, pode se considerar a colocação de um DIU para CE. Se Ruth escolher usar o DIU, ela precisa ser avisada para adotar um outro método contraceptivo no seu próximo período menstrual.*

Explique também, gentilmente, que como Ruth foi estuprada, ela pode ter sofrido ferimentos físicos ou ter sido exposta a uma DST, e mesmo VIH. Ofereça a ela um exame médico adequado, incluindo uma avaliação de danos correlatos e pesquisa ou tratamento de DST, na sua instalação de saúde ou outra, para onde pode encaminhá-la. Aconselhe Ruth a voltar para um acompanhamento se ela tiver algum atraso na menstruação, suspeitar de que pode estar grávida, precisar ou quiser mais exames ou tratamentos para DSTs ou outros problemas. Pergunte se Ruth ou Faith gostariam de ser encaminhadas a um serviço social.

**3. Ming é uma refugiada de 25 anos que tomou a primeira dose de PCEs seis horas atrás. Ela está muito enjoada e acha que vai vomitar a segunda dose. Preocupada, ela volta à instalação de saúde no campo e vem pedir conselho. Como você cuidaria da situação dessa paciente?**

Se disponível, uma dose de 50 mg de meclizina pode ser oferecida a Ming para diminuir o risco de náusea e vômito quando ela tomar a segunda dose de PCEs. A meclizina já demonstrou ser eficaz na redução da náusea e do vômito, mas Ming deve ser avisada de que pode causar sonolência. Ainda que doses menores de meclizina e outros antieméticos também possam prevenir náusea e vômito, isso não foi estudado<sup>(18)</sup>.

Se ela vomitar a segunda dose antes de passada uma hora da ingestão das pílulas, talvez ela queira repetir a segunda dose através da vagina, onde o medicamento será absorvido através da parede vaginal.

**4. Fatmeh é uma moça de 18 anos que veio lhe perguntar sobre CE, dizendo que ela ouviu falar disso através de amigas e acha que talvez possa precisar. Ela conta que fez sexo ontem à noite com um homem mais velho, que ela tem visto ultimamente em troca de comida e dinheiro. Ela sempre usou preservativos antes, mas desta vez o homem recusou e ofereceu a ela mais dinheiro se eles não usassem o preservativo. Fatmeh não quer ficar grávida mas tem medo de tentar a CE porque ela acha que é perigoso. Como você abordaria as necessidades dessa paciente?**

Garanta a Fatmeh que algo pode ser feito para evitar que ela fique grávida. Conte a ela sobre como as PCEs funcionam, a eficácia delas, características das PCEs e possíveis efeitos colaterais. Se a Fatmeh resolver usar PCE, explique o uso correto do método, reveja com ela as instruções escritas e dê-lhe uma cópia. Se ela quiser, ajude Fatmeh a escolher um método contraceptivo normal adequado para ela. Explique também que, como o parceiro dela não quer usar preservativos, ela corre risco de DSTs, inclusive VIH/SIDA. Mostre como e onde ela pode fazer testes e ser aconselhada sobre DSTs, inclusive VIH, e como ela pode se proteger de uma infecção no futuro.

Se você fornece colocação de DIUs na sua clínica de saúde, pode também falar a Fatmeh sobre o uso do DIU como CE – como funciona, sua eficácia e possíveis efeitos colaterais. Se Fatmeh resolver usar o DIU, explique que o DIU pode ser mantido no lugar para ser usado como um método contraceptivo normal; mas ele não a protegerá de DSTs, inclusive VIH. Se ela não quiser continuar a usar o DIU, deve ser aconselhada a retornar, durante ou logo após o próximo ciclo menstrual dela, para a remoção.

Recomende a Fatmeh voltar para acompanhamento se ela tiver algum atraso na menstruação, suspeitar de que pode estar grávida ou de outros problemas. Encaminhe-a para os serviços sociais para avaliar a situação dela de ser forçada a trocar sexo pela sua sobrevivência diária.

<sup>18</sup> Consortium for Emergency Contraception, *Expanding Global Access to Emergency Contraception*, outubro de 2000, pág. 42.

- 5** • Florence é uma refugiada de 45 anos que foi estuprada por uma gangue junto com a filha e duas amigas, quando estavam procurando gasolina fora do campo de refugiados. Cinco dias depois, ela vem ao centro de saúde porque precisa de alívio para o ferimento na bacia que ela recebeu durante o assalto. Ela lhe conta tudo que aconteceu. Como você trataria da situação dessa paciente?

*Primeiro ouça com calma e a tranquilize. Siga um protocolo estabelecido no tratamento de sobreviventes de estupro e preencha um formulário padrão de incidente. Durante esta sessão de aconselhamento médico, avalie o risco de uma gravidez indesejada de Florence. Se Florence quiser evitar uma gravidez, explique a ela claramente suas opções. Explique a Florence que as PCEs seriam eficazes na prevenção de gravidez e permita que ela tome um decisão consciente sobre se quer usar PCE neste caso. Conte a ela como as PCEs funcionam, sua eficácia e possíveis efeitos colaterais. Explique o uso correto do método, reveja com ela as instruções escritas e dê-lhe uma cópia. Se Florence quiser, ajude-a a escolher um método contraceptivo normal que seja adequado para ela.*

*Segundo recomendações da OMS, a colocação de um DIU pode ser emocionalmente traumática para vítimas de estupro. Porém, se você fornece colocações de DIUs na sua instalação de saúde, e PCEs não estão disponíveis ou não se aplicam ao caso, deve informar Florence de que ela pode se qualificar para o uso de um DIU, um método de CE que pode ser mais eficaz neste momento. Se Florence resolver usar o DIU, ela precisa ser aconselhada a mudar para outro método contraceptivo no seu próximo período menstrual.*

*Explique também, gentilmente, que como Florence foi estuprada, ela pode ter sido exposta a uma DST, e mesmo VIH. Como parte de um protocolo estabelecido sobre o tratamento clínico de sobreviventes de estupro, ofereça a ela um exame médico adequado, incluindo uma avaliação de danos correlatos e pesquisa ou tratamento de DST, na sua instalação de saúde ou outra, para onde pode encaminhá-la. Aconselhe Florence a voltar para um acompanhamento se ela tiver algum atraso na menstruação, suspeitar de que pode estar grávida, precisar ou quiser mais exames ou tratamentos para DSTs ou outros problemas. Encaminhe Florence para os serviços de VBG existentes. Pergunte a Florence se ela não quer sugerir à filha e às amigas que recebam tratamento médico e serviços sociais hoje também. A filha e as amigas de Florence podem também estar sob risco de gravidez e ainda estão em tempo de receber CE.*

- 6** • Joyce é uma mulher de 21 anos que vive em um campo de refugiados. Ela e o namorado de 23 anos tiveram relação sexual pela primeira vez há dois dias. Mesmo estando feliz com o relacionamento que tem com o namorado, ela está preocupada com a possibilidade de ficar grávida. Ela estava nervosa para visitar o centro médico do campo, mas finalmente decidiu ir e fazer umas perguntas sobre prevenção de gravidez. Como você trataria das preocupações de Joyce?

*Garanta a Joyce que pode evitar uma gravidez indesejada. Diga-lhe como as PCEs funcionam, sua eficácia, características e possíveis efeitos colaterais. Se Joyce resolver usar PCE, explique o uso do método, revejam juntas as instruções escritas e dê-lhe uma cópia. Se ela quiser, ajude-a escolher um método contraceptivo normal. Explique que se ela e o namorado não usarem preservativos regularmente, ela corre risco de DSTs, inclusive VIH/SIDA. Mostre como e onde ela pode fazer testes e ser aconselhada sobre DSTs, inclusive VIH. Explique como pode se proteger.*

*Se sua clínica fornece colocação de DIUs, fale a Joyce sobre o uso do DIU como CE –funcionamento, eficácia, possíveis efeitos colaterais. Se Joyce decidir-se pelo DIU, explique que ele pode permanecer no lugar para ser usado como método contraceptivo normal, mas não protege de DSTs, inclusive VIH. Se ela não quiser continuar com o DIU, aconselhe-a a retornar, durante ou logo após o próximo ciclo menstrual, para remoção.*

*Informe Joyce que deve retornar para acompanhamento se sua menstruação atrasar, se suspeitar de uma gravidez ou tiver outras questões.*





# Fontes

## Ferramentas:

- International Consortium for Emergency Contraception (CEC):
  - *Resources for Programs*. [www.cecinfo.org/html/resources.htm](http://www.cecinfo.org/html/resources.htm). Inclui:
    - Produtos especiais e sua disponibilidade
    - Materiais para planejamento de programas
    - Adaptação de recursos para uso local
  - *Expanding Global Access to Emergency Contraception: A Collaborative Approach to Meeting Women's Needs*, outubro 2000.
- Family Health International (FHI) :
  - *Checklist for clients who want to initiate COCs in community-based services*. [www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/checklists/cocchecklists/index.htm](http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/checklists/cocchecklists/index.htm)
  - *Quick reference chart for the medical eligibility criteria of the WHO to initiate the use of COCs, NET-EN, DMPA or copper IUDs*. [www.fhi.org/en/rh/pubs/servdelivery/quickreferencechart.htm](http://www.fhi.org/en/rh/pubs/servdelivery/quickreferencechart.htm)

## Módulos de Treinamento/Cursos:

- Family Health International. *Contraceptive Technology Update Series: Emergency Contraception Pills*. N.D. Também disponível em francês e espanhol. [www.fhi.org/en/ctu/ctu.html](http://www.fhi.org/en/ctu/ctu.html)
- Pathfinder International. “*Module 5: Emergency Contraceptive Pills.*” *Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum*. Revisada em setembro de 2000. [www.pathfind.org/site/PageServer?pagename=Publications\\_Training\\_Modules](http://www.pathfind.org/site/PageServer?pagename=Publications_Training_Modules)

## Guias Médicos e de Prestação de Serviços:

- International Consortium for Emergency Contraception (CEC). *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*. Segunda Edição, 2003. [www.cecinfo.org/files/Guidelines%20nd%20editione.pdf](http://www.cecinfo.org/files/Guidelines%20nd%20editione.pdf)
- Hatcher R, et al. *Contraceptive Technology*, 17th Revised Edition. New York: Ardent Media, Inc., 1998.
- Hatcher R, et al. *The Essentials of Contraceptive Technology: A Handbook for Clinic Staff*. Johns Hopkins Population Information Program, Janeiro de 2001.
- The Pacific Institute for Women's Health. *A Clinician's Guide to Providing Emergency Contraceptive Pills*. Abril de 2000. [www.piwh.org/pdfs/EC\\_guide.pdf](http://www.piwh.org/pdfs/EC_guide.pdf)

## Fontes de Aconselhamento:

- Family Health International. *Client-Provider Interaction: Family Planning Counseling, Contraceptive Technology and Reproductive Health Series*, Setembro de 1999. [www.fhi.org/training/en/modules/CPI/intro.htm](http://www.fhi.org/training/en/modules/CPI/intro.htm)
- Population Reports. *Gather Guide to Counseling*, Volume XXVI, Number 4 Dezembro, 1998. [www.infoforhealth.org/pr/j48/skills.shtml](http://www.infoforhealth.org/pr/j48/skills.shtml)

## Kits de Saúde para Situações de Emergência:

- UNFPA. *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations*, Segunda Edição, Setembro de 2002.  
Pedir para: UNFPA, Procurement Service Section, 220 East 42nd Street, New York, NY 10017, USA.  
Tel: + (1-212) 297 5398, Fax: + (1-212) 297 4916, E-mail: [dsmith@unfpa.org](mailto:dsmith@unfpa.org).
- World Health Organization. *The New Emergency Health Kit 98*. 1998.  
Pedir para: IDA Foundation, P.O. Box 37098, 1030 AB Amsterdam, The Netherlands.  
Tel: + (31 20) 403.30.51, Fax: + (31 20) 403.18.54, Email: [info@ida.nl](mailto:info@ida.nl), Website: [www.ida.nl/en-us/](http://www.ida.nl/en-us/)

## CE/ Materiais sobre CE para pacientes:

- International Consortium for Emergency Contraception:
  - Adapting Resource Materials for Local Use. [www.cecinfo.org/files/Adapting-materials.rtf](http://www.cecinfo.org/files/Adapting-materials.rtf)
  - Materials for EC Advocacy – Questions and Answers for Decision Makers. [www.cecinfo.org/files/QA-for-Decision-Makers.rtf](http://www.cecinfo.org/files/QA-for-Decision-Makers.rtf)
  - Materials for EC Clients. [www.cecinfo.org/files/Sample-Mtrls-for-Clients.rtf](http://www.cecinfo.org/files/Sample-Mtrls-for-Clients.rtf)
- The Emergency Contraception Website (Not-2-Late). Operado pela Princeton University. EC-Related Material Search – abriga um grande banco de dados sobre materiais de CE, que pode ser pesquisado por tipo de material, língua, público alvo, local alvo e autor/produtor do material. <http://ec.princeton.edu/ecmaterials/default.asp>
- International Planned Parenthood Federation. Emergency Contraception Fact Card No. 7. Disponível em inglês, espanhol e francês. [www.ippf.org/resource/contracards/index.htm](http://www.ippf.org/resource/contracards/index.htm)
- The Northwest Emergency Contraception Coalition. Emergency Contraception: *Client Materials for Diverse Audiences*. Dezembro de 1997. Textos disponíveis em 13 línguas. [www.path.org/resources/ec\\_client-mtrls.htm](http://www.path.org/resources/ec_client-mtrls.htm)
- Planned Parenthood. Emergency Contraception: Patient Information. [www.plannedparenthood.org/library/BIRTHCONTROL/EmergContra.htm](http://www.plannedparenthood.org/library/BIRTHCONTROL/EmergContra.htm)

## Fontes sobre Cenários de Conflitos:

- The Inter-agency Working Group on *Reproductive Health in Refugee Situations*. *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*. 1999. Disponível em inglês, francês, russo e português – pedido por fax. [www.rhrc.org/resources/general\\_fieldtools/iafm\\_menu.htm](http://www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/iafm_menu.htm)
- International Rescue Committee. *Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-affected Populations*, Kumarian Press, 2003. [http://intranet.theirc.org/docs/Protecting\\_the\\_future.pdf](http://intranet.theirc.org/docs/Protecting_the_future.pdf)
- Reproductive Health Response in Conflict Consortium. *Gender-based Violence Tools Manual for Assessment & Program Design, Monitoring & Evaluation in Conflict-Affected Settings*, 2004.
- Reproductive Health Response in Conflict Consortium. *Guidelines for the Care of Sexually Transmitted Infections in Conflict-Affected Settings*, 2004.
- Reproductive Health Response in Conflict Consortium. *A Short Course on HIV/AIDS Prevention and Control for Humanitarian Workers: A Companion to the International Rescue Committee's Manual, Protecting the Future*, 2004.
- UNFPA. *Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud*. 2001.
- UNHCR. *Guidelines on the Protection of Refugee Women*. Genebra, julho 1991.
- UNHCR. *Sexual and Gender-based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response*. Genebra, May 2003. [www.rhrc.org/pdf/gl\\_sgbv03.pdf](http://www.rhrc.org/pdf/gl_sgbv03.pdf)
- UNHCR/WHO/UNAIDS. *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings*. Genebra, setembro 1995. [www.rhrc.org/pdf/hivguide.pdf](http://www.rhrc.org/pdf/hivguide.pdf)
- WHO/UNHCR. *Clinical Management of Survivors of Rape: A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*. 2002. [www.rhrc.org/pdf/cmrs.pdf](http://www.rhrc.org/pdf/cmrs.pdf)
- Women's Commission for Refugee Women and Children. *Refugees and AIDS: What should the humanitarian community do?* 2002. [www.rhrc.org/pdf/aids\\_refugees.pdf](http://www.rhrc.org/pdf/aids_refugees.pdf)

## Artigos/relatórios:

- Amowitz LL, et al. "Prevalence of war-related sexual violence and other human rights abuses among internally displaced persons in Sierra Leone." *JAMA (Journal of the American Medical Association)* 23/30 janeiro 2002; 287(4):513-521.
- Blanchard K. "Improving women's access to emergency contraception: innovative information and service delivery strategies." *JAMWA (Journal of the American Medical Women's Association)* 1998, 53(5) Suplemento 2 : 238-241.
- Goodyear L, McGinn T. "Emergency contraception among refugees and the displaced." *JAMWA* 1998, 53(5) Supplement 2: 238-241.
- Krause SK, Jones RK, Purdin SJ. "Programmatic responses to refugees' reproductive health needs." *International Family Planning Perspectives* 26(4): 181-187. [www.rhrc.org/pdf/agi-usa-org2618100.pdf](http://www.rhrc.org/pdf/agi-usa-org2618100.pdf)
- Morrison V. "Contraceptive need among Cambodian refugees in Khao Phlu Camp." *International Family Planning Perspectives* 26(4): 188-192.
- Nduna S, Goodyear L. *Pain Too Deep for Tears: Assessing the Prevalence of Sexual and Gender Violence Among Burundian Refugees in Tanzania*. International Rescue Committee, revisada em setembro 1997.
- *Gender-based Violence: Emerging Issues in Programs Serving Displaced Populations*, JSI Research and Training Institute on behalf of Reproductive Health for Refugees Consortium, setembro 2002.
- Ward J. *If Not Now, When? Addressing Gender-based Violence in Refugee, Internally Displaced, and Post-conflict Settings. A Global Overview*. The Reproductive Health for Refugees Consortium, abril 2002. [www.rhrc.org/resources/gbv/ifnotnow.html](http://www.rhrc.org/resources/gbv/ifnotnow.html)

## Websites:

International Consortium for Emergency Contraception  
[www.cecinfo.org](http://www.cecinfo.org)

Reproductive Health Response in Conflict Consortium  
[www.rhrc.org](http://www.rhrc.org)

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados –  
ACNUR (UNHCR) [www.unhcr.ch](http://www.unhcr.ch)

Fundo das Nações Unidas para a População – FNUAP  
(UNFPA) [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO)  
[www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health)



## RESPOSTAS AO TESTE DA PÁG. 23

1. b. Falso – A CE atua antes da implantação do óvulo fertilizado e portanto não interrompe ou danifica uma gravidez já existente. CE não é uma forma de aborto.
2. a. Verdadeiro – PCEs não prejudicam uma gravidez já existente.
3. b. Falso – CE não é só indicada para vítimas de estupro, mas para mulheres que tiveram relações e: 1) não estão usando nenhum método contraceptivo; 2) não usaram seu método contraceptivo de forma correta ou contínua, ou 3) usaram um método contraceptivo que falhou.
4. d. 120 horas
5. a. 12 horas
6. b. Falso – PCEs são inadequadas para uso normal e o uso periódico de PCEs é menos eficaz que o uso de pílulas contraceptivas normais
7. a. Náusea b. Vômito
8. d. 7 dias
9. a. Sim
10. b. Falso – De acordo com as recomendações da OMS, a colocação de um DIU pode ser considerada, no caso de uma paciente com risco de DST, quando as PCEs não estão disponíveis, não são aceitáveis ou mais de 120 horas se passaram desde o primeiro episódio de sexo desprotegido. A paciente, porém, precisa ser avisada para remover o DIU e passar para outro método contraceptivo no seu próximo período menstrual.
11. c. Câibra d. Sangramento e fluxo menstrual mais abundante
12. d. 5-10 anos
13. d. Todas as anteriores
14. d. Todas as anteriores
15. a. No começo de uma reação de emergência

# Tabelas e Listas

## Para Prestação de Serviços de CE

### Exemplo de Protocolo de Avaliação para Contraceção de Emergência

O questionário abaixo é um exemplo de protocolo que pode ser usado ou adaptado para a avaliação de pacientes potenciais

#### Se uma mulher pedir contracepção de emergência, faça as seguintes perguntas

**1. Quando foi o primeiro dia do seu último ciclo menstrual?**

Data: \_\_\_\_\_ - Isso foi há menos de 4 semanas?  Sim  Não

**2. Esse período foi normal quanto ao dia em que começou e o tempo que durou?**

Sim  Não

**3. Você teve relações sexuais desprotegidas nos últimos 5 dias?**

Sim Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Não Se a resposta foi não vá para a pergunta 4.

#### Se a resposta foi sim para as três perguntas, você pode oferecer PCEs para a mulher.

**4. Você teve relações sexuais desprotegidas nos últimos 7 dias?**

Sim Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Se você tem **certeza** de que a mulher não está grávida pode oferecer a colocação de um DIU de cobre para contracepção de emergência, desde que haja um clínico disponível com as qualificações necessárias e que as condições de higiene estejam asseguradas.

Não Se a resposta foi não, se já se passaram mais de 7 dias, ela já pode estar grávida.

Forneça apoio e aconselhamento.





## Tabelas de Regimes para PCEs

Cada tipo de contraceptivo tem diferentes regimes de administração, tanto com doses altas como baixas. As tabelas e descrições abaixo detalham os regimes para cada tipo de PCE. Em todos os regimes as PCEs devem ser tomadas assim que possível depois da relação sexual mas, idealmente, dentro de um período de 120 horas.

| <b>Pílulas Contraceptivas de Emergência apenas com progestina</b>                 | <b>Primeira Dose =</b><br>nunca após 120 horas depois da relação sexual desprotegida | <b>Segunda Dose =</b><br>12 horas após a primeira dose |
|---|--|--|
| <b>ALTA DOSE</b> <sup>(12)</sup> : pílulas com 750 µg (0,75 mg) de levonorgestrel | Apenas 2 pílulas   | - -  |
| <b>ALTA DOSE</b> : pílulas com 750 µg (0,75 mg) de levonorgestrel                 | 1 pílula   | 1 pílula   |
| <b>BAIXA DOSE</b> : pílulas com 30 µg de levonorgestrel                           | 25 pílulas   | 25 pílulas   |

### Pílulas Contraceptivas de Emergência apenas de progestina

**ALTA DOSE**: Quando CE apenas de progestina está disponível em pílulas de 750 µg de levonorgestrel, pode-se tomar duas pílulas numa dose numa após 120 horas (5 dias) depois do sexo desprotegido. Como alternativa, a primeira dose de uma pílula não deve ser tomada após 120 horas depois do sexo desprotegido. A segunda dose de uma pílula deve ser tomada 12 horas depois da primeira dose.

**BAIXA DOSE** (mini) : Quando o contraceptivo apenas de progestina só está disponível em mini-pílulas contendo 30 µg de levonorgestrel, a primeira dose de 25 pílulas deve ser tomada antes de passadas 120 horas do sexo desprotegido. A segunda dose, com outras 25 pílulas, deve ser ingerida 12 horas depois da primeira dose. *Nota: Isto se refere a mini-pílulas contraceptivas padrão apenas de progestina.*

| <b>Pílulas contraceptivas orais combinadas</b>   | <b>Primeira Dose =</b><br>nunca após 120 horas depois da relação sexual desprotegida | <b>Segunda Dose =</b><br>12 horas após a primeira dose |
|--|--|--|
| <b>ALTA DOSE</b> : pílulas com 50 µg de etinil estradiol e 250 µg de levonorgestrel (ou 500 µg de norgestrel)  | 2 pílulas  | 2 pílulas  |
| <b>BAIXA DOSE</b> : pílulas com 30 µg de etinil estradiol e 150 µg de levonorgestrel (ou 300 µg de norgestrel) | 4 pílulas  | 4 pílulas  |
| <b>BAIXA DOSE</b> : pílulas com 20 µg de etinil estradiol e 100 µg de levonorgestrel                           | 5 pílulas  | 5 pílulas  |

### Contraceptivo Oral Combinado (COC)

**ALTA DOSE**: Quando COCs estão disponíveis em pílulas especialmente embaladas ou como pílulas de altas doses com 50 µg de etinil estradiol e 250 µg de levonorgestrel (ou 500 µg de norgestrel), a primeira dose de duas pílulas deve ser ingerida antes de 120 horas depois do sexo desprotegido. A segunda dose de duas pílulas deve ser tomada 12 horas após a primeira dose.

**BAIXA DOSE**: Quando só estão disponíveis pílulas de COC de baixa dose contendo 30 µg de etinil estradiol e 150 µg de levonorgestrel (ou 300 µg de norgestrel), a primeira dose de quatro pílulas deve ser tomada antes de passadas 120 horas do sexo desprotegido. A segunda dose de quatro pílulas deve ser tomada 12 horas depois da primeira dose.

Como alternativa, quando só estão disponíveis pílulas de COC de baixa dose contendo 20 µg de etinil estradiol e 100 µg de levonorgestrel, a primeira dose de cinco pílulas deve ser tomada dentro das 120 horas após o sexo desprotegido. A segunda dose de cinco pílulas deve ser tomada 12 horas após a primeira dose. *Nota: Isto se refere a pílulas contraceptivas combinadas padrão. Use 4 ou 5 das 21 pílulas contendo hormônio para cada dose de EC. As últimas 7 pílulas de uma cartela de 28 pílulas não podem ser usadas para CE já que estas pílulas não contêm hormônios.* Para informação atualizada sobre PCE, por favor visite o sítio do International Consortium for Emergency Contraception, em [www.cecinfo.org/html/fea-ecpformulations.htm](http://www.cecinfo.org/html/fea-ecpformulations.htm).

\* Um estudo recente descobriu que uma única dose de 1,5 mg de levonorgestrel pode substituir duas doses de 750 µg ingeridas separadamente em 12 horas. Ver Von Hertzen H, et al. "Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicenter randomized trial." *The Lancet*, 7 de dezembro de 2002; 360:1803-1810.





**Fotos:**

Capa, pág 5:  
S. Colvey, IDRC

Pág. 4  
R. Charbonneau, IDRC

Págs. 6, 25, 31  
D. Marchand, IDRC

Pág. 21  
C. Mayo, IDRC

# Para nos contatar

## **Contato com o Consórcio RHRC:**

Para maiores informações sobre o Reproductive Health Response in Conflict Consortium, visite o nosso sítio em [www.rhrc.org](http://www.rhrc.org).

Todas as questões devem ser enviadas para [info@rhrc.org](mailto:info@rhrc.org)

## **Como pedir cópias:**

O Módulo de Aprendizado à Distância de CE está disponível on-line em [www.rhrc.org](http://www.rhrc.org), assim como em impresso.

– Para pedir cópias impressas, mande um e-mail para [info@rhrc.org](mailto:info@rhrc.org).

[www.rhrc.org](http://www.rhrc.org) ◀◀◀◀



Columbia University  
MAILMAN SCHOOL  
OF PUBLIC HEALTH



MARIE STOPES  
INTERNATIONAL

