

FOLHA INFORMATIVA FARMACOTERAPÊUTICA

**CINFARMA – Centro de Informação Farmacêutica do Departamento de
Farmacovigilância, DNME/MINSA**

ANO 0 N.º 5

Janeiro a Março de 2015

MENSAGEM DE ABERTURA

Todo o nosso esforço tem um único objectivo: proporcionar-lhe, a si e à sua família, melhores dias. Com o seu apoio e amizade atingimos grandes metas, e outras nos esperam. Sentimo-nos realizados com a sua alegria, prosperidade e felicidade, bem como com a valorização da nossa profissão.

Nós acreditamos que é preciso acreditar.

Nós acreditamos que só acreditando é possível construir.

Nós acreditamos que só construindo conseguiremos vencer.

Nós acreditamos na nossa profissão. Em si.

Por isso, apresentamos-lhe mais um feito farmacêutico que gostaríamos que fizesse parte do seu quotidiano laboral, para a sua actualização profissional. Pedimos-lhe que contribua para a sua melhoria.

Esta Folha Farmacoterapêutica estará sempre presente nesta sua Revista da OFA.
Abraça esta causa.

O Director Nacional

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA EM ADOLESCENTES

INTRODUÇÃO

Pensar a anticoncepção de emergência (AE), o método contraceptivo comumente conhecido como pílula do dia seguinte implica reflectir sobre os conceitos de género e sexualidade numa perspectiva socioantropológica do controlo de natalidade.

A facilidade no acesso à pílula do dia seguinte (PDS) tem despertado receios por parte de profissionais de saúde que actuam junto de adolescentes, nomeadamente os relativos à possibilidade de uso abusivo deste método e suas implicações, uma vez que se tem observado o seu uso na adolescência quase como um anticoncepcional de uso repetido, o que é totalmente contra-indicado⁸.

Os comportamentos de risco na adolescência aparecem associados a vários factores, nomeadamente à curiosidade, à necessidade de afirmação, à procura do prazer, ao desejo de aceitação por parte do grupo de referência, à necessidade de transgredir, à emancipação face à família, ao teste de limites, à procura da identidade... Com a propensão para desafiar o perigo e, sequencialmente, o êxtase que se sente quando ele é vencido, torna-se difícil o discurso de gestão protectora na adolescência.

O uso regular da pílula do dia seguinte preocupa médicos, representantes da Associação Interdisciplinar da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), as secretarias municipais de saúde e representantes da Igreja Católica, entre outros órgãos. Pesquisas realizadas apontam que a prática do sexo casual cresceu. Esta mudança comportamental implica vários riscos associados ao exercício impensado da sexualidade, cujas consequências são bem conhecidas: gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis (HPV e SIDA) e aborto (SATIO e LEAL, 2007).

Os profissionais de saúde que lidam com adolescentes e jovens devem ter conhecimentos apropriados, atitudes e competências necessárias à protecção e promoção da saúde.

A sociedade é cada vez mais permissiva com o comportamento sexual dos jovens, que adquire um carácter praticamente clandestino, de acordo com Roque (2001, p. 27), na medida em que é uma realidade simultaneamente permitida e negada.

O Observatório Nacional de Saúde - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e o Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia desenvolveram, em 2004, um estudo com o objectivo de caracterizar a procura e a utilização de Contraceção Oral de Emergência (CE). Das 1075 utentes que pediram dispensa de uma das “pílulas do dia seguinte”, no conjunto de farmácias de Portugal Continental que aderiram ao estudo, concluiu-se que 47% da amostra foi constituída por jovens dos 18-24 anos, sendo de realçar que 1% das utilizadoras referiram utilizar a CE como método contraceptivo habitual.

A HISTÓRIA DA CONTRACEPÇÃO

A partir de 1950, várias foram as linguagens e conceitos relativos à saúde de mulheres e homens adoptados por vários países. Conceitos como controlo de natalidade, controlo populacional, planeamento familiar, saúde materno-infantil, saúde da mulher, saúde reprodutiva, saúde sexual, direitos reprodutivos, entre outros, indicam como os países têm trabalhado a questão do corpo, da reprodução e da sexualidade.

Nos princípios dos anos 60 surgiu no mercado a pílula contraceptiva e, em pouco tempo, adquiriu grande popularidade¹. Directamente relacionado encontra-se o desenvolvimento posterior do comportamento sexual, sobretudo no mundo ocidental, evolução que se acentuou no ano de 1968 devido a três famosos acontecimentos que ajudariam a decidir claramente o futuro de muitos países industrializados:

1. A revolução cultural de 68, também chamada revolução sexual, procedente de França (Maio de 68) e, em parte, da Alemanha. Estendeu-se por grande parte do planeta;

2. A encíclica *Humanae Vitae* do Papa Paulo VI, de 25 de Julho de 1968 - em Maio de 1960, a empresa norte-americana Searle apresentou a preparação hormonal "Enovid", de alta dosagem. Um ano depois, a 1 de Junho de 1961, o consórcio alemão Schering apresentava "Anovlar", a primeira pílula da Europa. Em ambos os casos, as vendas desta categoria de produtos contavam-se ao fim de poucos anos por milhões (!). A pílula contraceptiva supôs um requisito químico decisivo para a "revolução sexual" dos anos 60.

Do ponto de vista demográfico, o *baby bust* (isto é, o contrário do *baby boom*, ou a diminuição sem precedentes da taxa de natalidade) significou uma descida tão brusca da natalidade que superou as diminuições de ambas as guerras mundiais sobejamente, não unicamente no que se refere à diminuição da natalidade mas incluindo também os mortos na guerra. Para comprovar estas afirmações, basta olhar para as numerosas fontes documentais sobre demografia, como, por exemplo, as pirâmides populacionais. Para esta incrível recusa da relação entre a pílula e os acontecimentos mais graves de toda a história demográfica, nem sequer fornece qualquer tipo de argumentação; simplesmente limita-se a esta breve frase: "O *baby bust* é um mito".

Neste contexto também é digna de crítica a frase que hoje em dia se ouve até à exaustão: "é melhor prevenir do que abortar". Quase de forma espasmódica, tenta dissimular-se que o grande aumento na distribuição de contraceptivos venha acompanhado de um aumento directo do número de abortos. Essa frase - "é melhor prevenir do que abortar" - desmascara-se sem dificuldade como "mito" histórico. Qualquer pessoa pode entender estes conceitos sem esforço a partir de uma simples comparação: contraste-se a disponibilidade no aumento dos contraceptivos modernos com o pico actual no número de abortos (ainda que não tenham faltado nos últimos anos tentativas de encontrar provas do contrário). O querer elevar a pílula à categoria de instrumento efectivo contra o aborto não deixa de ser uma evidente ilusão; actua como uma parede anti-incêndios feita de madeira (veja-se a este respeito a citação de Pierre Chaunu).

3. A Declaração de Königstein dos bispos alemães (30-8-1968) e a Declaração de Mariatrost dos bispos austríacos (22-9-1968).

Os três acontecimentos estão intimamente relacionados e afectaram amplamente a mesma problemática. Nos três casos trata-se, entre outras coisas, da relação com a sexualidade e do seu vínculo com a procriação.

O tema planeamento familiar sempre levantou polémicas. Durante a década de 1970, o debate em torno do controlo demográfico encontrava-se acirrado e polarizado. Havia também uma forte influência da Igreja Católica para que não se adoptassem políticas de planeamento familiar. (VIEIRA, 2003; COSTA et al., 2006)¹.

Os movimentos feministas criticavam a adopção de metas demográficas das entidades de planeamento familiar de cunho controlista, pois acreditavam que essas entidades queriam a todo o custo aumentar o uso de contraceptivos para alcançar metas demográficas, porém, não apresentavam nenhuma preocupação com a saúde das mulheres.

O QUE É ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA?

A contracepção hormonal de emergência é definida como o uso de um medicamento como medida emergencial para prevenir a gravidez após coito desprevendo (em caso de falha ou não uso de um método contraceptivo).

Os métodos de contracepção de emergência não são abortivos. Eles são usados após o coito – mas antes da implantação do zigoto (concepto) – como medida ocasional e não como método contraceptivo de uso regular. Embora os termos “pílula do dia seguinte” e “pílula depois do sexo” sejam popularmente empregados para designar a contracepção hormonal de emergência, não são recomendáveis devido ao risco de confusão quanto ao momento do uso e ao propósito.

O contraceptivo hormonal de emergência pode conter uma combinação de estrogénio + progestagénio (ex.: etinilestradiol + levonorgestrel), ou somente um progestagénio (ex.: levonorgestrel), em doses cerca de 25 vezes acima das doses empregadas em contraceptivos orais de uso diário.

As preparações contendo somente levonorgestrel são mais eficazes e causam menos efeitos adversos do que as que contêm etinilestradiol + levonorgestrel.

Diferente de outros métodos anticonceptivos, a AE tem indicação reservada a situações especiais ou de excepção, com o objectivo de prevenir a gravidez inoportuna ou indesejada^{4,5,6,12}.

QUAL O MECANISMO DE ACÇÃO DA ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA?

O mecanismo de acção da AE é ponto de muito interesse tanto de usuárias como de provedores de saúde. Embora se acumulem investigações científicas sobre o tema, o conhecimento das mulheres e dos profissionais de saúde ainda é relativamente escasso. Isso colabora para que persistam diversas dúvidas, principalmente sobre o risco de “efeito abortivo”.

Portanto, o esclarecimento dos efeitos anticonceptivos da AE é fundamental. Nesse sentido, é preciso recordar que uma relação sexual só resulta em gravidez se ela ocorrer no dia da ovulação ou nos cinco dias que a precedem. Este período de fertilidade de seis dias varia para cada ciclo e para cada mulher, dada a possibilidade da ovulação ocorrer tão cedo como no 10.º dia do ciclo menstrual, ou tão tardiamente quanto no 23.º.

Os espermatozóides, por sua vez, precisam de esperar entre um a cinco dias no trato genital feminino até que se produza a ovulação. E é exactamente nesse espaço de tempo que a AE actua¹¹.

Entretanto, o mecanismo de acção varia bastante conforme o momento do ciclo menstrual em que a AE é administrada. Assim, se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, antes do pico da hormona luteinizante (LH), a AE altera o desenvolvimento dos folículos, impedindo a ovulação ou retardando-a por vários dias^{8,9,10,12}.

A ovulação pode ser impedida ou retardada em quase 85% dos casos e, nessas circunstâncias, os espermatozóides não terão qualquer oportunidade de contacto com o óvulo³.

Na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, a AE actua por outros mecanismos. Nesses casos, a AE altera o transporte dos espermatozóides e do óvulo nas trompas. O mais importante é que a AE modifica o muco cervical, tornando-o espesso e hostil, impedindo ou

dificultando a migração dos espermatozoides do trato genital feminino até às trompas, em direcção ao óvulo. Além disso, a AE interfere na capacitação dos espermatozoides, processo fundamental para a fecundação. Por meio de um ou mais desses mecanismos é que a AE impede a fecundação. Podemos, então, afirmar que a AE impede o encontro entre o óvulo e os espermatozoides^{8, 20, 32}. De toda a forma, a eficácia da AE é resultado dos mecanismos de acção descritos que, em conjunto ou isoladamente, actuam impedindo a fecundação e sempre antes da implantação. Não há quaisquer evidências científicas de que a AE exerça efeitos após a fecundação ou que implique a eliminação precoce do embrião.

MÉTODOS DE ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Existem dois métodos para se realizar a contracepção de emergência:

1. O Yuzpe, administração combinada de estrogénio (etinilestradiol) e progestagénio (levonorgestrel) sintéticos;
2. O método com levonorgestrel, que utiliza somente anticoncepcionais à base deste fármaco e é capaz de adiar ou até mesmo inibir a ruptura folicular, ou ainda interferir com a formação e com a função do corpo lúteo (DURAND et al., 2001). Além disso, pode alterar a motilidade dos espermatozoides, por aumentar o pH do fluido uterino e a viscosidade do muco cervical, interferir no preparo do endométrio, resultando em meio desfavorável para a implantação do zigoto, além da alteração da motilidade tubária por inversão do peristaltismo e do batimento das fímbrias, o que impediria a captação e o transporte do óvulo pela tuba em direcção ao útero (ZUCCHI et al., 2004). Conforme GOLD e colaboradores (apud ARAÚJO, 2009), essas formulações são efectivas quando administradas 72 a 120 horas após a relação sexual. No entanto, têm maior efectividade quando a primeira dose é administrada nas primeiras 12 horas, ou, na opção de dose única, seguindo o mesmo critério.

O levonorgestrel apresenta vários metabólitos, sendo os principais, 3a,5b e 3a,5a - tetraidrolevonorgestrel, que são excretados principalmente pela urina e, em menor proporção, pelas fezes. Não está ainda determinado se os seus metabólitos são biologicamente activos ou não. O levonorgestrel radiomarcado penetra no leite materno.

PARA UM USO EFICAZ

A pílula do dia seguinte deve ser tomada o mais cedo possível após a relação sexual desprotegida, existindo duas opções:

- sem receita médica, até 72 horas após a relação (3 dias), sendo que a eficácia vai diminuindo ao longo do tempo;
- com receita médica, até 120 horas após a relação (5 dias)^{2,7}.

QUAIS OS EFEITOS ADVERSOS DA CONTRACEPÇÃO HORMONAL DE EMERGÊNCIA?

Os principais efeitos adversos causados pelos contraceptivos hormonais de emergência são náusea, vômito, diarreia, fadiga, cefaleia, tontura, dores nos seios, dor abdominal e irregularidades menstruais. Alguns destes efeitos também podem ocorrer com o uso de contraceptivos orais convencionais, porém, são menos frequentes e de menor intensidade com estes últimos. Após o uso da contracepção de emergência, o próximo período menstrual poderá ser adiantado ou atrasado. Se ocorrer qualquer dor abdominal baixa,

recomenda-se a consulta do médico, porque pode indicar uma gravidez ectópica; a consulta também é indicada em 3 a 4 semanas se a menstruação subsequente apresentar qualquer irregularidade (suave, intensa, breve ou ausente)¹².

INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS

- Anti-retrovirais: ritonavir;
- Anti-convulsivantes: fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina;
- Antibiótico: rifampicina;
- Produtos com *Hypericum perforatum*.¹⁴

PORQUE É QUE O ESQUECIMENTO DA PÍLULA AUMENTA NORMALMENTE O EFEITO INIBIDOR DA IMPLANTAÇÃO?

Devido a uma causa facilmente compreensível, o fim de uma fase da pílula significa uma probabilidade bastante maior de destruição de embriões por parte da mesma. As quatro áreas principais de efeito terminam em momentos muito diferentes:

- (1) A barreira cervical já se levantou após 36 horas;
- (2) A ovulação reprimida recupera-se sobretudo no ciclo seguinte, no qual se volta a inibir em $\frac{3}{4}$ das mulheres; em quase $\frac{1}{5}$, isto ocorre no segundo ciclo seguinte; nas restantes, ocorre depois;
- (3) Neste momento, o endométrio, danificado pelos progestagénios, já recuperou todas as suas funções normais em mais de metade das mulheres. Isto significa que após o desaparecimento dos mecanismos contraceptivos nos primeiros dias, apenas restam os mecanismos interceptivos, que duram várias semanas, pelo que têm o seu maior efeito especialmente nos dias férteis dos dois primeiros ciclos seguintes¹³.

QUAIS AS PRECAUÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES DA CONTRACEPÇÃO HORMONAL DE EMERGÊNCIA?

De um modo geral, os contraceptivos à base de levonorgestrel são contra-indicados em mulheres grávidas, com doença hepática grave, com porfiria aguda activa, com distúrbios tromboembólicos, predisposição a hemorragias, cancro de mama, sangramento uterino ou genital, história de hipertensão craniana idiopática, hipersensibilidade a esta hormona, alguns tipos de doenças uterinas ou ginecológicas, história de gestação ectópica ou a presença de factores predisponentes a este tipo de gravidez e actinomicose genital.

Este medicamento também não deve ser utilizado por pacientes que tenham múltiplos parceiros ou condições associadas com o aumento da susceptibilidade a infecções bacterianas (leucemia, AIDS, etc.).

O levonorgestrel deve ser usado com precaução nos seguintes casos: ciclo menstrual anormal, gravidez ectópica, icterícia, depressão, uso de lentes de contacto, diabetes, retenção de fluidos, doenças auto-imunes, uso de terapia anticonvulsivante e anti-hiperlipidémica. Todos estes aspectos devem ser considerados aquando da prescrição de um contraceptivo de emergência à base de levonorgestrel.

É importante ressaltar, ainda, que este medicamento é um método de emergência para prevenção de gravidez e não deve ser utilizado como método contraceptivo regular ou por um longo período. Dessa forma, as mulheres que desejam fazer uso da contracepção de emergência devem ser orientadas quanto à escolha de um método contraceptivo confiável, além de prevenção de doenças sexualmente transmitidas e cuidados pré-natais¹³.

QUAIS SÃO AS COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS DO SEU USO PROLONGADO?

Frequentemente, os medicamentos têm um efeito decrescente, o que naturalmente também afecta a pílula. Consequentemente, sobretudo as consumidoras a longo prazo, têm de ter em conta que as preparações hormonais irão perdendo a sua efectividade, o que também implica uma segurança contraceptiva decrescente.

O segundo grande factor é o efeito cancerígeno da pílula, pelo que, em 2005, a OMS classificou a pílula como carcinogénio implicado nos carcinomas do colo do útero, da mama e do fígado. No cancro do colo do útero, uma infecção tem, de novo, um papel decisivo: o vírus do papiloma humano (HPV), também favorecido pelas hormonas da pílula¹³.

Carcinoma cervical: Muitos estudos confirmam a relação entre o uso de AE e o desenvolvimento de carcinoma cervical. Desenvolvem-se alterações benignas no cérvix depois de deixar a pílula, que se tornam mais evidentes até dois anos depois de parar a sua toma. Além disso, pôde observar-se uma correlação com a duração da toma e com a potência da pílula.

Com uma toma de dez anos, Brinton et al. observaram um risco de carcinoma cervical de 1,82 (82%), com uma toma de 5 a 9 anos, 1,37 (37%); no caso em que a toma se inicia antes de atingir os 20 anos, o risco é de 1,28 (28%)¹³.

Parazzini et al. refere que, após a toma da pílula durante mais de dois anos, o risco de desenvolvimento de carcinoma cervical é de 1,83, ou seja 83%, e, se se iniciou a toma antes dos 25 anos, é de 1,49 (49%)¹³.

Segundo Daling et al, o risco de carcinoma cervical com um consumo superior a 5 anos é de 1,3 (30%); se se iniciou a toma da pílula antes dos 17 anos, o risco atinge 2,3 (130%), ou seja, mais do dobro¹³.

Um estudo feito por Ursin et al. demonstrou um risco de adenocarcinoma cervical (uma forma rara de carcinoma cervical) duas vezes maior (2,1) com a toma de CO; para um consumo superior a 12 anos, o risco é, inclusive, 4,4 vezes maior¹³. Para o adenocarcinoma (incluindo o carcinoma adenopavimentoso), Thomas et al. observaram um risco de 2,2 (120%) para um consumo superior a 8 anos e um risco de 3,3 (220%) se a toma se iniciou antes dos 20 anos.

117 Até então pensava-se que os AE apenas facilitavam a formação de carcinoma cervical pavimentoso. Também se observou que os AE actuavam como co-factores potenciadores do oncogénico vírus do papiloma humano (HPV), como demonstrado por vários estudos¹³.

Comentado [SV1]: não percebo esta referência

Carcinoma da mama: segundo um estudo realizado em Berlim, a contracepção oral alargava o tempo de sobrevivência das pacientes de carcinoma da mama. Observou-se que

as mulheres que tinham tomado a pílula apresentavam mais tumores indiferenciados – que são muito mais agressivos – que as restantes. "As pacientes com carcinoma da mama que tinham utilizado AE" também eram "significativamente mais jovens e mais frequentemente pré-menopáusicas". No entanto, as mulheres que utilizavam AE tinham uma taxa de sobrevivência mais alta, independentemente da duração da utilização: uma sobrevivência de cinco anos ocorreu em 79,5% dos casos de utilização de AE durante 4 ou mais anos e em 70,3% das mulheres que não os tinham utilizado¹³.

Contrariamente, Ranstam et al. concluíram que as mulheres com carcinoma da mama que tinham tomado a pílula antes de atingir os 20 anos tinham uma sobrevivência de cinco anos em 62% dos casos, enquanto as mulheres que nunca a tinham utilizado ou não a utilizaram antes dos 25 tinham uma taxa de 86%¹³.

Olsson et al. observaram que se detectavam tumores maiores nos primeiros anos nas mulheres que tomavam AE do que naquelas que não os utilizavam.¹⁸⁵ O mesmo estudo explicava também que se podiam encontrar concentrações superiores de receptores de estrogénios e progesterona nas células tumorais destas mulheres; em concreto, quanto mais cedo se tivesse iniciado a utilização de AE, mais profundos eram os receptores. Desta forma, estes tumores cresciam mais rapidamente e tinham um estadiamento mais negativo.¹³

Noutra publicação, Olsson et al. afirmam que as mulheres que iniciaram a utilização de AE mais cedo (aos 20 anos ou menos) têm um risco 5,3 vezes superior de multiplicação do oncogene HER/neu, associado aos tumores maiores, com estádios mais avançados e com a falta de receptores esteróides, sinais de mau prognóstico.¹³

Ursin et al. encontraram um risco 70% superior (risco relativo de 1,7) de desenvolvimento de carcinoma em ambas as mamas para uma utilização dos AE de duração superior a um ano. Se se limitasse a análise às mulheres que já tinham tido filhos, o risco aumentava até 2,1, isto é, o dobro¹³.

Ainda que os estudos acima citados acerca da taxa de sobrevivência pareçam contraditórios, mostram indubitavelmente que, por um lado, existe uma relação directa entre o carcinoma da mama – especialmente em mulheres jovens – e a utilização de AE; e, por outro, que se observam mais frequentemente tumores com pior prognóstico nas utilizadoras do que se nunca se tivesse utilizado a pílula.

Para além disso, seria preciso esperar um período de sobrevivência de 10 anos para não tirar conclusões precipitadas.

Hulka e Stark afirmam: "Vários estudos, incluindo um estudo internacional da OMS, concluem que os contraceptivos orais (utilizados por 61 milhões de mulheres em todo o mundo) comportam um risco relativo de 1,3 a 1,5 de carcinoma de mama diagnosticado antes dos 40-45 anos de idade."¹³

No "Harrison", um dos livros de texto mais conhecidos de Medicina Interna, pode ler-se: "A utilização dos contraceptivos orais durante um período superior a 4 anos antes da primeira gravidez de termo eleva o risco relativo de carcinoma da mama na juventude até 1,7."¹³ E alguns autores relatam em estudo de caso a ocorrência de gravidez ectópica após o uso de contraceptivo de emergência levonorgestrel (ZUCCHI et al., 2004).

ATENÇÃO ESPECIAL PARA O USO INDISCRIMINADO

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil, em 1996, observou-se um aumento no índice de gravidez na faixa etária até aos 20 anos, correspondendo a 25,8% dos internamentos hospitalares. A percentagem de partos e internamentos causados por gravidez e pós-parto totalizam quase 80% dos internamentos (15 a 19 anos). Os abortos corresponderam a ¼ desses dados. Uma maior vulnerabilidade para uma possível demanda pela utilização da pílula de emergência (PE) ou do dia seguinte. A identificação pela Vigilância Sanitária da sua venda indiscriminada nas farmácias de Fortaleza levou à sua inclusão na lista de medicamentos controlados.¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Cordeiro (2009) e Matos (2010), o importante é promover o bem-estar, tendo como agentes, além dos próprios jovens, a família, a escola, os profissionais de saúde, os meios de comunicação social - toda a sociedade.

Sabe-se hoje que a pílula do dia seguinte é vendida quotidianamente nas farmácias sem controlo algum, sem prescrição ou acompanhamento médico, podendo inclusive trazer prejuízo à saúde das jovens e mulheres.

Tendo em vista que, na adolescência, muitas mudanças ocorrem, principalmente aquelas relacionadas com a sexualidade, torna-se necessário que as escolas criem programas educativos de Saúde que abordem temas na área, sensibilizando os alunos sobre os reais riscos.

É necessário que haja reflexão - a tão aplaudida modernidade do nosso estilo de vida também causa, muitas vezes inconscientemente, as suas vítimas. Por exemplo, a promiscuidade promove a expansão das doenças sexualmente transmissíveis.

Se ocorrer qualquer dor abdominal baixa, recomenda-se a consulta do médico, porque pode indicar uma gravidez ectópica; o retorno também é indicado em 3 a 4 semanas se a menstruação subsequente apresentar qualquer irregularidade (suave, intensa, breve ou ausente).

No entanto, revela-se ainda mais preocupante que as próprias jovens não manifestem a necessidade/preocupação em saber mais e aprofundar o assunto, atendendo ao momento específico de vida que atravessam (adolescência/juventude), em que a probabilidade de poderem necessitar novamente da AE é mais elevada.

Acreditamos que o melhor caminho seria o esclarecimento sobre a contraceção de emergência e a consciencialização do verdadeiro risco a que se submetem.

O maior benefício e a melhor contribuição seria o investimento em campanhas de prevenção com informações e educação para o planeamento familiar relativamente às mulheres sexualmente activas.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

1. CASTILLO, C. D. *Voces em Emergencia: El discurso conservador y la pildora del dia después*. Santiago, Chile: FLASCO, 2006.
2. CROXATTO, Horacio. “La píldora anticonceptiva de emergencia y la generación de un nuevo individuo”. En *Reflexión y Liberación*, 61 (2), 33 – 39, 2004.
3. Ordem dos Farmacêuticos – *PÍLULA DO DIA SEGUINTE SÓ PARA EMERGÊNCIAS*. 2.^a edição - Setembro 2011.
4. BELLAGIO, *Conference on emergency contraception. Consensus statement on emergency contraception*, [s.l.], v. 52, p. 211-213, 199
5. FORMIGA FILHO, J. F. N. *Anticoncepção de emergência. Femina*, [s.l.], 1997, v. 25, n. 4, p. 301-10, 1997
6. _____. *Emergency contraception: a guide for service delivery*: WHO/FRH7FPP798.19. Geneva, 1998.
7. LING, W. Y. et al. *Mode of action of dlnorgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception*. *Fertil. Steril.*, [s.l.], v. 32, p. 297-302, 1979.
8. GROU, F.; RODRIGUES, I. *The morning-after pill – how long after?* *Am. J. Obstet. Gynecol.*, [s.l.], n.171, p.15291534, 1994.
9. ORTIZ, M. A.; CROXATO, H. *Mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia*. *Boletín CLAE*, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 2, 2003.
10. ROWLANDS, S. et al. A possible mechanism of action of danazol and an ethinylestradiol/norgestrel combination used as postcoital contraceptive agents. *Contraception*, [s.l.], v. 33, p. 539-545, 1986.
11. SWAHN, M. L. et al. *Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle*. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.*, [s.l.], v. 75, p. 738-744, 1996.
12. *Liberación*, [s.l.], n. 61, p. 33-39, 2004.
13. *Uso Racional de Contracepção Hormonal de Emergência*. Nota Técnica Cebrim/CFE N.º 032009, 21.08.2009.
14. Disponível em <http://www.fiamc.org/fiamc/04texts/ehmann/HumanaePor80.pdf>. Acesso em: 19 Março. 2015.
15. *Reunião de Consenso Nacional sobre Contracepção*, Estoril, 15 de Janeiro de 2011.
16. 1. *Diário do Nordeste, Fortaleza – CE*, 15 de Janeiro de 2004, pág 12; 2. www.usp.br/nepaids. Acesso em 19.03.2015; 3. *Medicina Interna*.
17. MORGADO, A.P et al (2013). *As Jovens e a Contraceção de Emergência: Vivências da sexualidade*. *Millenium*, 44 (Janeiro/Junho). Pp. 141-169.

Comentado [SV2]: julgo que este 199 será o ano - incompleto, portanto.

Comentado [SV3]: falta informação

Comentado [SV4]: falta informação

Comentado [SV5]: informação incompleta