

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
Escola de Farmácia

Loreda Moisés Barbosa de Oliveira

**UTILIZAÇÃO DE CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA POR ADOLESCENTES
E ADULTOS JOVENS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Ouro Preto

2017

Loreda Moisés Barbosa de Oliveira

**UTILIZAÇÃO DE CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA POR ADOLESCENTES
E ADULTOS JOVENS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Farmácia da Universidade Federal
de Ouro Preto, como parte dos requisitos para
a obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: MSc. Luana Amaral Pedroso

Ouro Preto

2017

O481u Oliveira, Loreda Moisés Barbosa.
Utilização de contraceptivos de emergência por adolescentes e adultos jovens [manuscrito]: revisão sistemática da literatura / Loreda Moisés Barbosa Oliveira. - 2017.

64f.: il.: tabs; quadros; figuras.

Orientador: MSc. Luana Amaral Pedrosa.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Farmácia. Departamento de Farmácia.

I. Anticoncepcionais. 2. Adolescentes- Comportamento sexual. I. Pedrosa, Luana Amaral. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU: 613.888.151.7

Catálogo: ficha@sisbin.ufop.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP
Escola de Farmácia

UTILIZAÇÃO DE CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA POR ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS: Revisão sistemática da literatura

Trabalho de conclusão de Curso defendido por **LOREDA MOISÉS BARBOSA DE OLIVEIRA**, matrícula 12.2.2069 em 22 de agosto de 2017, e aprovado pela comissão examinadora:

Luana Amaral Pedrosa

Farmacêutica MSc. Luana Amaral Pedroso
ESCOLA DE FARMÁCIA-UFOP, orientadora

Vanja Maria Veloso

Profa. Dra. Vanja Maria Veloso
DEFAR-EF-UFOP

Alessandra Esther de Mendonça

Profa. Dra. Alessandra Esther de Mendonça
DEFAR-EF-UFOP

Aos meus pais, meus amores maior,

Aos meus irmãos, avós e tios,

Aos meus amigos,

Pelo apoio, carinho e incentivo.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Vanderleia, meu pai Aires e meus irmãos, Gustavo e Leonardo, sem os quais a vida não seria tão bela e feliz. Obrigada pelo amor e apoio incondicionais, companheirismo e também pela paciência.

Às minhas avós, Dulce e Ida, pelas preces e pela compreensão dos momentos de ausência.

À minha amada madrinha Aide, pelos conselhos e apoio vindos nas melhores horas.

À minha orientadora Msc. Luana Amaral Pedroso, pelos ensinamentos, confiança, atenção e orientação humana, o que tornou essa etapa mais leve. Minha gratidão por me aceitar como orientanda.

Às minhas amigas, Valéria e Thais, por trilharmos desde o começo juntas esse caminho em sermos Farmacêuticas. Obrigada por me acolherem e pela amizade eterna.

Aos meus amigos Marcus, Marina Eduarda, Lidiane, Ana Paula, Renata, Jennifer e Naiara, pela parceria nos estudos e risadas.

À família “Farmamor”, por um dos melhores momentos na UFOP, por (re)conhecer pessoas extraordinárias e por aprender a “ocupar e resistir” e a olhar além.

Às Empresas Juniores que tive orgulho em fazer parte, Pharma Jr. e Formulare, obrigada pelo aprendizado e trabalho em equipe.

À Universidade Federal de Ouro Preto, em especial, à gloriosa Escola de Farmácia e seus brilhantes mestres e doutores que me proporcionaram crescimento pessoal e profissional, oferecendo ensino de qualidade e olhar crítico.

“Eu vou pedir pros anjos cantarem por mim

Pra quem tem fé

A vida nunca tem fim”.

(Marcelo Falcão e Tom Saboia)

RESUMO

A contracepção de emergência (CE) são ferramentas contraceptivas com finalidade de prevenir uma gravidez indesejada após relação sexual desprotegida ou inadequadamente protegida. Esses métodos são encontrados na forma de comprimidos de levonorgestrel, acetato de ulipristal, mifepristona e o dispositivo intrauterino (DIU). No Brasil, a Lei nº. 6.724 de 1979 dá subsídio para utilização de substâncias destinadas à prevenção da gravidez. O objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento dos adolescentes e adultos jovens em relação à CE. Esta revisão sistemática da literatura incluiu artigos observacionais publicados entre 2011 e 2016, encontrados nas bases de dados BVS e MEDLINE. Os artigos foram selecionados em três etapas, realizadas independentemente por dois revisores, e os casos de discordância analisados por um terceiro revisor. Foram selecionados 29 estudos, os quais envolveram uma população composta por homens e mulheres e o conhecimento delas sobre a CE foi maior que o deles. Das mulheres de 21 a 40 anos, 85,8% tinham algum conhecimento sobre a CE, que estava relacionado ao nível de escolaridade e ao status de relacionamento. Nos estudos incluídos, a CE estava relacionada ao sexo desprotegido, ruptura do preservativo e erro de uso da contracepção. Embora a população de interesse possua algum conhecimento em relação à CE, ainda são necessárias maiores divulgações desse método para melhorar o conhecimento e a utilização segura do mesmo pela população, atrelando-o aos métodos regulares, pois a CE não previne infecções sexualmente transmissíveis (IST) e não deve ser utilizada como forma regular de contracepção.

Palavras-chave: Contraceptivo de emergência; adolescentes; adultos jovens, revisão.

ABSTRACT

Emergency contraception (EC) are contraceptive tools intended to prevent unwanted pregnancies after unprotected or inadequately protected sexual intercourse. These methods are found in the form of levonorgestrel tablets, ulipristal acetate, mifepristone and intrauterine device (IUD). In Brazil, Law nº. 6.724 of 1979 provides subsidy for the use of substances intended to prevent pregnancy. The objective of the present study was to evaluate the knowledge of adolescents and young adults in relation to EC. This systematic review of the literature included observational articles published between 2011 and 2016, found in both the BVS and MEDLINE databases. The articles were selected in three stages that were independently performed by two reviewers, with the cases of discordance being analyzed by a third reviewer. Twenty-nine studies were selected, involving a population composed of men and women, and the women's knowledge regarding EC was greater than that of their male counterparts. Among women aged 21-40, 85.8% had some knowledge about EC, which was related to educational level and relationship status. In the included studies, EC was related to unprotected sex, condom rupture and contraceptive use error. Although the population of interest has some knowledge regarding EC, further disclosures of this method are needed to improve knowledge and safe use of the method by the population, linking it to regular methods, since EC does not prevent sexually transmitted infections (STIs) and should be used as a regular form of contraception.

Keywords: Emergency contraceptive; adolescents; young adults, review.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Classificação dos métodos contraceptivos	21
FIGURA 2 - Fluxograma do processo de seleção	30

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Critérios de elegibilidade	28
QUADRO 2 - Características dos estudos	31

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Características gerais da população	33
TABELA 2 - Comportamento em relação ao contraceptivo de emergência	37
TABELA 3 - Escala de Loney <i>et al.</i> (2000) para avaliação de estudos transversais	43
TABELA 4 - Escala de Newcastle-Ottawa para avaliação de estudos de coorte	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CCE - Comprimido contraceptivo de emergência

CE - Contracepção de emergência

COC - Comprimido oral combinado

DIU - Dispositivo intrauterino

IST - Infecções sexualmente transmissíveis

LNG - Levonorgestrel

NI - Não informado

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PROSPERO - *International Prospective Register of Ongoing Systematic Reviews*

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SIU - Sistema intrauterino

SUS - Sistema Único de Saúde

UPA - Ulipristal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA	16
3. OBJETIVOS	17
3.1. Objetivo Geral	17
3.2. Objetivo Específico	17
4. REVISÃO DE LITERATURA	18
4.1. Métodos Anticoncepcionais	19
4.2. Contraceptivos de emergência	22
4.3. Comportamento de mulheres adolescentes e adultas jovens em relação à utilização dos contraceptivos de emergência	23
4.4. Importância da orientação e educação em saúde	25
5. METODOLOGIA	27
6. RESULTADOS	29
6.1. Seleção dos estudos	29
6.2. Características dos estudos	30
6.3. Características da população	32
6.4. Comportamento em relação à utilização do contraceptivo de emergência	36
6.5. Análise da qualidade metodológica	42
7. DISCUSSÃO	46
8. CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS	51

APÊNDICE	59
APÊNDICE A - ESTRATÉGIA DE BUSCA DE ACORDO COM AS BASES DE DADOS	60
ANEXOS	61
ANEXO A - CADASTRO DO ESTUDO NA BASE DE REGISTRO DE REVISÕES SISTEMÁTICAS <i>INTERNATIONAL PROSPECTIVE REGISTER OF ONGOING SYSTEMATIC REVIEWS</i> (PROSPERO)	62

1. INTRODUÇÃO

A anticoncepção de emergência é um importante método contraceptivo para prevenção de gestação inoportuna ou indesejada decorrente de falha na anticoncepção rotineira, relação sexual desprotegida ou violência sexual (BRASIL, 2011). A contracepção de emergência (CE) é fundamental para assegurar os Direitos Reprodutivos, reconhecidos nos Pactos e Convenções de Direitos Humanos e na Constituição Brasileira (VENTURA, 2009).

Segundo o último levantamento nacional realizado em 2006 na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), para o total de mulheres vivendo em alguma forma de união, 81% delas usavam anticoncepcionais (IBGE, 2009). A contracepção permanente, por meio da laqueadura tubária, manteve-se como o método mais frequentemente utilizado (29%), seguida pela pílula anticoncepcional oral (25%) e pelo preservativo (12%) (IBGE, 2009).

Os dados da pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” apontavam que mais da metade das gestações no Brasil não é planejada. A pesquisa ouviu 23.940 mulheres nos anos de 2011 e 2012 em 266 hospitais públicos brasileiros, e desse total, 55% relataram que não desejavam engravidar e 2,3% relataram ter tentado interromper a gestação (FIOCRUZ, 2014). Dessas 23.940 mulheres entrevistadas, 4.548 (19%) tinham entre 10 e 19 anos; entre elas o índice de gravidez indesejada atingiu 66,7%, e 3,4% tentaram abortar (FIOCRUZ, 2014).

A partir dessa situação de susceptibilidade, a contracepção de emergência é disponibilizada com o intuito de reduzir as ocorrências de gestação não planejada e abortos induzidos, procurando conter, também, as ocorrências de morbimortalidade materna (BRASIL, 2011).

A contracepção de emergência é um importante método para os adolescentes e adultos jovens, pois pertencem a um grupo de maior risco em ter relações sexuais desprotegidas. Sendo assim, é necessário que eles conheçam sobre o método e saibam que devem usá-lo em caráter de exceção, somente em situações

emergenciais, e não de forma regular, substituindo outro método anticoncepcional (BRASIL, 2013).

Diante da contextualização acima, demonstra-se a importância do atual estudo que avaliou se os adolescentes e adultos jovens têm um comportamento seguro em relação ao uso de contraceptivos de emergência.

2. JUSTIFICATIVA

Apesar dos dados estatísticos apontarem grande utilização de contraceptivos - 81% das mulheres, segundo pesquisa feita pelo PNDS - ainda é grande a proporção de gestações indesejadas (FIOCRUZ, 2014; IBGE, 2009). A utilização de contraceptivos de emergência auxilia na redução dos números de gravidez indesejada, aborto provocado e mortalidade materna.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais da metade dos pacientes que os utilizam o fazem incorretamente (WHO, 2010). Portanto faz-se necessária educação em saúde também para o contraceptivo de emergência, destacando o papel do farmacêutico na dispensação destes, pois com um conhecimento prévio e a dispensação correta o usuário saberá como e o tempo de administrar o medicamento, quais seus possíveis efeitos adversos e outras informações que garantirão uma maior segurança e efetividade do método.

A revisão sistemática da literatura é um estudo secundário que contribui para uma avaliação reprodutível e imparcial de estudos primários, proporcionando uma visão geral e confiável das evidências científicas. Nesse contexto, a presente revisão contribui no conhecimento da forma de utilização e comportamento de adolescentes e adultos jovens em relação à utilização de contraceptivos de emergência e permite a criação de estratégias de educação em saúde e conscientização sobre o tema.

3. OBJETIVO

3.1. Objetivo Geral

Avaliar o conhecimento e o comportamento de adolescentes e adultos jovens em relação à utilização do contraceptivo de emergência.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar as evidências científicas sobre a utilização do contraceptivo de emergência;
- Identificar o comportamento, em relação a contracepção de emergência, entre adolescentes e adultos jovens.

4. REVISÃO DE LITERATURA

O acesso aos meios de contracepção no Brasil, até 1979, era possível apenas por recomendação médica, atestando que a gravidez traria perigo à saúde da mulher. A partir de 1979, com sancionamento da Lei Federal nº. 6.734, a proibição do uso de processo, substância ou objeto destinado a evitar gravidez foi revogada e mantida somente em relação ao aborto (VENTURA, 2009).

Em 1984, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual incorporou ideias feministas na atenção à saúde da mulher, introduzindo nova abordagem nas políticas públicas de saúde voltadas para essa população (BRASIL, 1984). Princípios e diretrizes como descentralização, regionalização e hierarquização, assim como integralidade, equidade da atenção e participação social foram incorporados pelo PAISM na mesma época em que se concebia o conceito que fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a).

A Constituição Federal de 1988, no Capítulo VII, art. 226, § 7º, assegura o direito ao planejamento familiar, considerando-o de livre decisão do casal. Compete ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito (BRASIL, 1988). Somente com a Lei Federal nº. 9.263 de 1996, que regula o § 7º, fica estabelecido o direito de todo cidadão a controlar livremente sua fecundidade e o dever do Estado, através do SUS, em promover a orientação e o acesso aos meios para este controle. Portanto, cabe ao SUS garantir a atenção integral à saúde, incluindo a assistência à concepção e à contracepção (BRASIL, 1996).

O Ministério da Saúde, em 2004, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que manifesta o compromisso com a efetivação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004a).

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos e dentre as quatorze diretrizes e ações

propostas por essa política estava o incentivo à ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS (BRASIL, 2005).

4.1. Métodos Anticoncepcionais

A palavra contracepção designa a utilização de um ou mais métodos para evitar, de forma reversível e temporária, gestações indesejadas. A liberdade de escolha do método utilizado é essencial para o uso correto e regulação da taxa de fecundidade. Para eleger qual contraceptivo a ser usado é necessário um bom conhecimento e acesso aos métodos aprovados e oferecidos à população; para que possam adotar aquele que melhor se adequa às suas características, condições de vida e crenças (BRASIL, 2013).

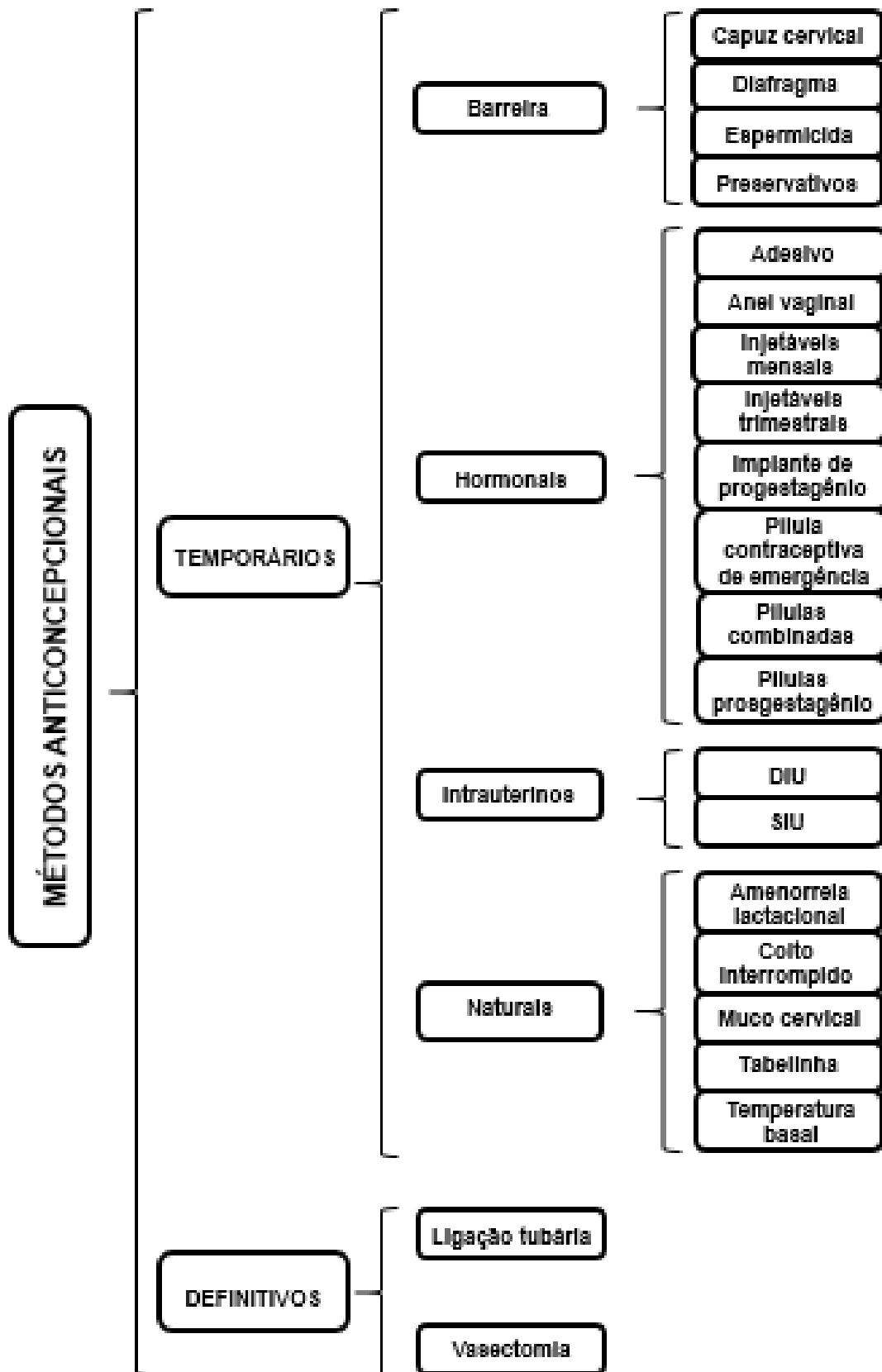
Os métodos anticoncepcionais podem ser classificados conforme a figura 1 (BRASIL, 2013; OMS, 2007).

Os medicamentos e insumos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e compõem o Programa Saúde da Mulher, adquiridos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) que estão disponíveis no SUS são:

- Comprimido de misoprostol (25 mcg e 200 mcg);
- Injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg);
- Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg/mL);
- Minipílula (noretisterona 0,35 mg);
- Comprimido combinado de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg).
- Comprimido anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg e 1,5 mg);
- Diafragma;
- DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre);
- Preservativo masculino.

Algumas secretarias estaduais e municipais de saúde complementam a distribuição através de aquisição própria, aumentando o leque dos métodos que são ofertados pelo Ministério da Saúde.

Figura 1 - Classificação dos métodos contraceptivos



DIU: dispositivo intrauterino; SIU: sistema intrauterino.
 Fonte: Adaptado de Brasil (2013) e OMS (2007).

4.2. Contraceptivos de emergência

A saúde sexual e reprodutiva é um direito humano fundamental. Cabe à mulher, ou ao casal, a escolha do método contraceptivo mais adequado à sua realidade e crenças. Os avanços científicos proporcionaram aos usuários uma grande variedade de métodos anticoncepcionais efetivos e seguros. A CE contribui para endossar o direito das mulheres à saúde reprodutiva e oferece uma última chance de prevenir a gravidez após uma relação sexual desprotegida ou falha no uso da contracepção (ECEC, 2016b).

A CE, também conhecida, como contracepção pós-coital ou, erroneamente, pílula do dia seguinte, refere-se aos métodos de contracepção utilizados para prevenir a gravidez após relação sexual desprotegida ou inadequadamente protegida. São recomendadas para uso dentro de cinco dias, sendo mais eficazes quanto mais cedo forem usados após o ato sexual (ECEC, 2016b; WHO, 2016).

Atualmente na Europa existem quatro tipos de métodos contraceptivos de emergência (ECEC, 2016a), os quais são:

- Comprimido contraceptivo de emergência de levonorgestrel (CCE de LNG);
- Comprimido contraceptivo de emergência de acetato de ulipristal (CCE de UPA);
- Comprimido de mifepristona;
- Dispositivo intrauterino de cobre.

Os comprimidos contendo baixa dose de mifepristona (30mcg) estão disponíveis apenas na Armênia, China, República da Moldávia, Rússia, Ucrânia e no Vietnã e não são encontrados nos mercados da União Europeia (ECEC, 2016a).

Outra estratégia também utilizada, o método Yuzpe, consiste em comprimidos anticoncepcionais orais combinados de progestina e estrogênio. No entanto, seu uso tornou-se secundário nos países ocidentais por ser menos eficaz, em comparação aos outros métodos disponíveis. Ainda assim, é uma alternativa quando não há acesso à CE (ECEC, 2016a; SPC, 2015).

A OMS considera apenas quatro métodos contraceptivos de emergência, que são: 1) comprimidos de acetato de ulipristal, 2) comprimidos de levonorgestrel, 3) contraceptivo oral combinado (etinilestradional mais levonorgestrel) e 4) DIU de cobre, desconsiderando o comprimido de mifepristona (WHO, 2016).

A CE reduz o risco de gravidez, entre 75 a 99%, se utilizada em até cinco dias após o sexo. A única exceção é o método combinado, Yuzpe, que possui efetividade inferior a 75% (ECEC, 2016b; ICEC, 2012).

O DIU de cobre é o método mais efetivo (>99%), seguido do comprimido de acetato de ulipristal (98,7% - 99,1%). Os comprimidos de levonorgestrel reduzem o risco de gravidez entre 58% e 95%. Essa faixa de efetividade deve-se ao intervalo de tempo entre a relação sexual e o uso do contraceptivo, considerando o uso até cinco dias após o ato sexual (SPC, 2015).

De acordo com a quinta edição do critério de elegibilidade médica para o uso de contraceptivo da OMS, não há restrição para o uso repetido de contraceptivos de emergência orais combinados, de levonorgestrel e de acetato de ulipristal (WHO, 2015). No entanto, a CE não é tão eficaz quanto os métodos anticoncepcionais contínuos e regulares, como DIU, injetáveis e implantes. É importante lembrar que as CEs não oferecem proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (IST) (WESTLEY; BASS; PUIG, 2016).

4.3. Comportamento de mulheres adolescentes e adultas jovens em relação à utilização dos contraceptivos de emergência

Mais de um quinto dos adolescentes de 12 a 17 anos de idade já iniciaram a vida sexual no Brasil. A dinâmica própria dos relacionamentos afetivos que se estabelecem nessa fase e a conseqüente troca, alternância, esquecimentos e descontinuidades dos métodos contraceptivos característicos do início do uso justificam a inserção do contraceptivo de emergência, como uma importante opção para evitar uma gravidez indesejada após relações sexuais desprotegidas ou falha contraceptiva (BORGES *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016).

Os comportamentos relacionados ao início da vida sexual e ao uso de métodos contraceptivos na última relação sexual são influenciados, principalmente pelas características socioeconômicas dos adolescentes (BORGES *et al.*, 2016). Um estudo realizado em São Paulo, no ano de 2014, mostrou que o conhecimento sobre a CE foi maior nas escolas privadas que nas públicas, corroborando com a afirmação de que o conhecimento dos jovens sobre a anticoncepção estava relacionado ao nível socioeconômico (CHOFAKIAN *et al.*, 2014).

Em 2010, 77,3% das mulheres brasileiras conhecia a CE. Estas eram predominantemente de renda familiar mais alta, e de regiões mais ricas e urbanizadas. A informação em relação à CE é maior entre as pessoas de 15 a 44 anos (FIGUEIREDO; ARAÚJO, 2013) e as características como nível de ensino superior e viver em área urbana foram associados a um maior conhecimento da CE em Sikkim, na Índia (RAHMAN *et al.*, 2013).

Segundo estudo feito por Polis *et al.* (2007), as mulheres que tiveram acesso à anticoncepção de emergência com antecedência eram mais propensas a usá-la mais cedo após sexo desprotegido. Ter o contraceptivo de emergência à disposição não alterou o uso de outros tipos de contracepção ou mudança de comportamento sexual. Esse comportamento também foi encontrado no estudo de Bumbul *et al.* (2013), onde foi relatado que o acesso mais fácil à CE não causa o abandono da contracepção regular ou o uso repetitivo do método.

Embora os adolescentes muitas vezes tenham ouvido falar sobre a CE, poucos têm informações corretas sobre as indicações e mecanismos de ação e muitos têm ideias equivocadas sobre o contraceptivo (CHOFAKIAN *et al.*, 2014). O aumento do conhecimento entre as mulheres estava associado a atitudes mais favoráveis em relação à CE (DOWNING, 2014).

No estudo realizado por Figueiredo, Bastos e Telles (2012), a abordagem e oferta insuficientes da CE na rede pública de saúde para adolescentes leva à automedicação em farmácias e aumento da utilização de forma incorreta, abusiva, e sem orientações.

4.4. Importância da orientação e educação em saúde

O sucesso terapêutico na prevenção da gravidez indesejada depende de bases que permitam a escolha do método contraceptivo, medicamentoso ou não, considerando sua efetividade, segurança e custo, assim como uma prescrição apropriada, disponibilidade oportuna, dispensação em boas condições e utilização correta. Dessa forma, as decisões clínicas e as relações estabelecidas entre os profissionais e usuários são determinantes para a efetividade terapêutica (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, a Assistência e Atenção Farmacêutica, contribuem com o uso correto e racional da CE, aumentando a segurança e efetividade de sua utilização. A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações, em um contexto multiprofissional, voltado à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto do nível individual quanto coletivo, tendo o medicamento, como elemento fundamental, visando o acesso e o seu uso racional (BRASIL, 2004b).

Já a Atenção Farmacêutica refere-se às atividades exclusivas do farmacêutico no âmbito do cuidado ao paciente; sendo um modelo desenvolvido no contexto da Assistência Farmacêutica. Consiste na interação direta entre farmacêutico e paciente, tendo em vista uma farmacoterapia racional e o alcance de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2004b).

A intervenção farmacêutica na contracepção de emergência tem como principais objetivos a prevenção da gravidez indesejada, promoção do uso correto, seguro e efetivo dos contraceptivos, e a sensibilização da população para a saúde sexual e reprodutiva (ORDEM DOS FARMACÊUTICOS, 2011).

O bom aconselhamento farmacêutico ajuda os usuários a escolher e a utilizar os métodos contraceptivos que sejam mais adequados a eles. O melhor aconselhamento é aquele que atende ao perfil do indivíduo (OMS, 2007). Uma boa orientação permite uma maior efetividade do método, pois o quanto antes o contraceptivo de emergência for utilizado, maior será sua efetividade.

A orientação de jovens e adultos garante que eles recebam informações seguras e corretas, para que não adotem práticas fundamentadas em mensagens deturpadas ou mal-entendidas. O usuário bem informado e atualizado é um potencial multiplicador de informações corretas e seguras, podendo promover o aconselhamento e a prevenção de gestações não-planejadas e, até mesmo, evitar usos errôneos do método por pessoas sem informação (FIGUEIREDO, 2005).

5. METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura, que consiste em uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados estudos primários. Esse tipo de investigação propicia uma visão geral e confiável das evidências científicas, além de subsidiar o desenvolvimento de diretrizes práticas (SHAMSEER *et al.*, 2015).

O estudo em questão foi realizado de acordo com as diretrizes internacionais de desenvolvimento de revisões sistemáticas *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – PRISMA (SHAMSEER *et al.*, 2015) e registrado na plataforma Registro Prospectivo Internacional de Revisões Sistemáticas (PROSPERO) da Universidade de York, Reino Unido (anexo A)

A revisão sistemática requer uma pergunta objetiva, definição da estratégia de busca, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão e análise criteriosa da qualidade da literatura selecionada (SAMPAIO; MANCINI, 2007). A pergunta de pesquisa que norteou o trabalho foi se os adolescentes e os adultos jovens têm um comportamento seguro em relação ao uso de contraceptivos de emergência.

A estratégia de busca foi elaborada primeiramente para a base de dados MEDLINE e posteriormente adaptada para as demais bases. Foram utilizados os seguintes descritores: “Emergency Contraceptive”, “Emergency contraception”, “Adolescent”, “Teen”, “Safety”. As estratégias utilizadas são mostradas no Apêndice A.

Para o levantamento bibliográfico, optou-se pela busca de artigos observacionais em periódicos nacionais e internacionais, publicados nos últimos 5 anos (período de 2011 a 2016), disponíveis nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), MEDLINE (via PubMed) e Cochrane Library. Uma busca manual foi realizada nas páginas do portal do Ministério da Saúde.

Os artigos foram selecionados em três etapas: 1) leitura do título, 2) leitura dos resumos e 3) leitura do texto completo. Todas as etapas foram realizadas independentemente por dois revisores e os casos de discordância foram analisados por um terceiro revisor. Todas as etapas de seleção seguiram os critérios de elegibilidade, listados no quadro 1.

Quadro 1 - Critérios de elegibilidade

Critérios de Exclusão	Critérios de Inclusão
Artigos de revisão bibliográfica	Artigos observacionais
Estudos experimentais em animais	Estudos envolvendo adolescentes e adultos jovens
Relatos de caso e estudos em série de caso	Idiomas inglês e português
Utilização dos contraceptivos de emergência nos serviços de emergência	Publicações nos últimos 5 anos

Após a leitura do texto completo, os dados foram coletados em planilhas do Excel e sintetizados de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas dos usuários.

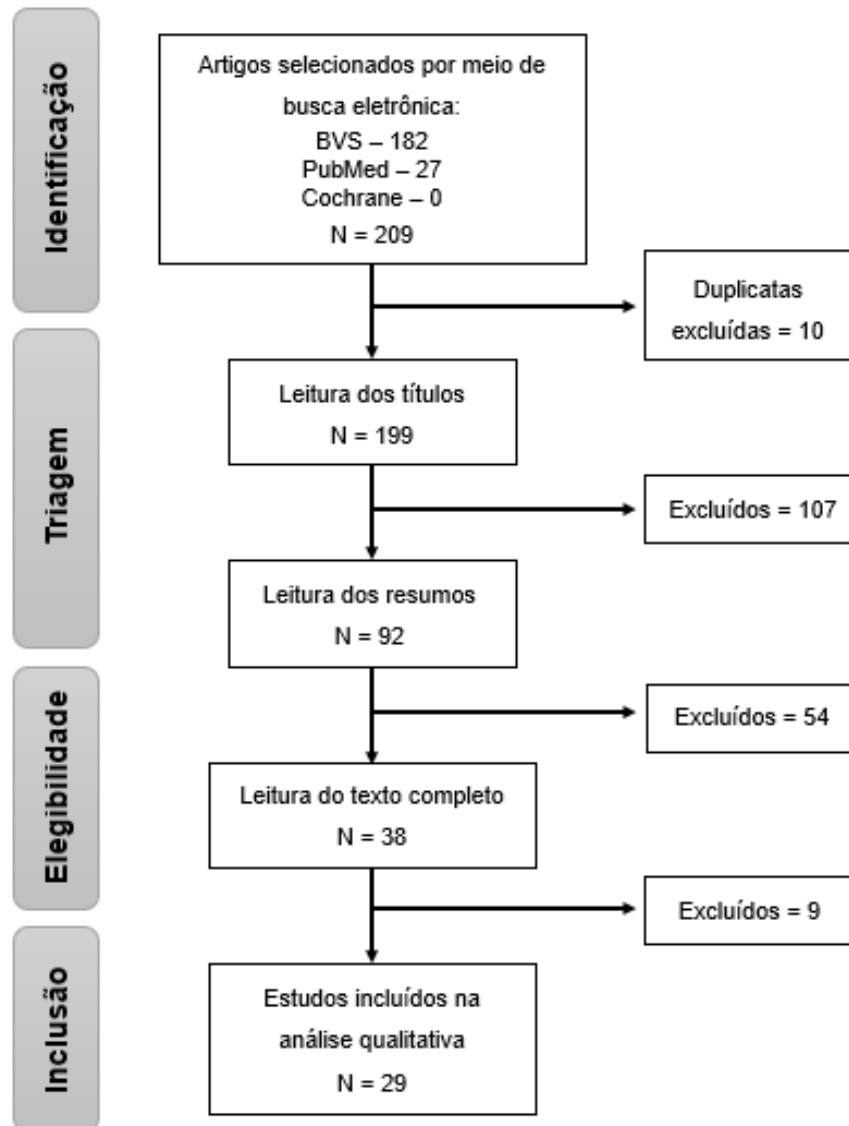
6. RESULTADOS

6.1. Seleção dos estudos

O processo de busca resultou na identificação de 209 artigos. Um total de 10 duplicatas foram identificadas e excluídas, resultando em 199 artigos para as análises iniciais. O fluxograma do processo de seleção dos estudos encontra-se na figura 2.

A seleção dos estudos ocorreu em três etapas, cuja primeira consistiu na leitura dos títulos. Nessa etapa foram excluídos 107 artigos, sendo selecionados 92 para leitura dos resumos. Dos 92 resumos lidos, 38 foram selecionados para leitura do texto completo. Após essa última análise, 29 artigos foram selecionados para compor os dados que embasam o atual estudo.

Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção



6.2. Características dos estudos

Dos 29 artigos selecionados, 4 (13,8%) são longitudinais, 5 (17,2%) de intervenção, e 20 (69,0%) são estudos transversais, realizados em diferentes países, como África do Sul (n = 1), Brasil (n = 3), Espanha (n = 1), Estados Unidos da América (n = 6), Egito (n = 1), Etiópia (n = 4), Haiti (n = 1), Hong-Kong (n = 1), Hungria (n = 1), Índia (n = 2), Malásia (n = 1), Nigéria (n = 3), Paquistão (n = 1), Polônia/Lituânia (n = 2), Suécia (n = 1), publicados entre os anos de 2012 e 2016. Destes artigos, 34,5% tiveram algum financiamento, 34,5% não informaram e 31,0%

não tiveram financiamento no estudo e nenhum declarou conflito de interesses por parte dos autores. As características dos estudos encontram-se no quadro 2.

Quadro 2 - Características dos estudos quanto aos países de realização, financiamento e conflito de interesse

Autor/Ano	País de realização do estudo	Financiamento	Conflito de interesse
BABATUNDE <i>et al.</i> , 2016	Nigéria	Não	Não
CHOFAKIAN <i>et al.</i> , 2016	Brasil	Sim	Não
AWOLEKE <i>et al.</i> , 2015	Nigéria	Não	Não
HAILEMARIAM <i>et al.</i> , 2015	Etiópia	Não	Não
HICKEY; WHITE, 2015	Estados Unidos da América	Sim	Não
KHAN <i>et al.</i> , 2015	Paquistão	NI	Não
SHIFERAW <i>et al.</i> , 2015	Etiópia	Sim	Não
YEN <i>et al.</i> , 2015	Estados Unidos da América	Sim	Não
ARINZE-ONYIA <i>et al.</i> , 2014	Nigéria	Não	Não
CHOFAKIAN <i>et al.</i> , 2014	Brasil	Sim	Não
DOWNING, Amy, 2014	Estados Unidos da América	NI	Não
GARCÍA; IGLESIAS, 2014	Espanha	NI	Não
LIND <i>et al.</i> , 2014	Estados Unidos da América	NI	Não
NIBABE; MGUTSHINI, 2014	Etiópia	Não	Não
ROCCA <i>et al.</i> , 2014	Índia	Sim	Não
VELOSO <i>et al.</i> , 2014	Brasil	NI	Não
BUMBUL <i>et al.</i> , 2013	Polônia/Lituânia	NI	Não
EKSTRAND <i>et al.</i> , 2013	Suécia	Sim	Não
LATHROP <i>et al.</i> , 2013	Haiti	NI	Não
LECH <i>et al.</i> , 2013	Polônia	Não	Não
LEE <i>et al.</i> , 2013	Estados Unidos da América	Sim	Não
RAHMAN <i>et al.</i> , 2013	Índia	NI	Não
SHAABAN <i>et al.</i> , 2013	Egito	Sim	Não
AHMED <i>et al.</i> , 2012	Etiópia	Não	Não
HOQUE; GHUMAN, 2012	África do Sul	Não	Não
KOZINSZKY <i>et al.</i> , 2012	Hungria	Não	Não
LO; HO, 2012	Hong Kong	NI	Não
MELTON <i>et al.</i> , 2012	Estados Unidos da América	Sim	Não
NAJAFI <i>et al.</i> , 2012	Malásia	NI	Não

NI: Não informado.

6.3. Características da população

O tamanho da amostra variou de 24 a 9201 indivíduos, com a idade média da população variando de 14,5 a 37,5 anos. Com exceção dos estudos - Chofakian *et al.* (2014, 2016), Downing (2014), García e Iglesias (2014), Veloso *et al.* (2014) e Yen *et al.* (2015) - a população amostral foi composta somente por pessoas do sexo feminino. As características gerais da população encontram-se na tabela 1.

Tabela 1 - Características gerais da população em relação ao tamanho da amostra, idade média, nível de escolaridade, status de relacionamento e gestação prévia (continua)

Autor/Ano	Tamanho da amostra (N)	Idade média (anos)	Nível de escolaridade	Relacionamento (%)	Gestação Prévia (N)
BABATUNDE <i>et al.</i> , 2016	273	14,5	Ensino médio cursando	NI	NI
CHOFAKIAN <i>et al.</i> , 2016	307	17	Ensino médio cursando	51,8% solteiro; 48,2% namoram	NI
AWOLEKE <i>et al.</i> , 2015	94	20,5	Superior cursando	2,1% casado; 86,2% solteiro; 11,7% coabitam	6
HAILEMARIAM <i>et al.</i> , 2015	424	22	Superior cursando	85,1% solteiro; 11,1% casado; 2,1% divorciado; 1,7% separado	NI
HICKEY; WHITE, 2015	24	21,5	Superior cursando	NI	NI
KHAN <i>et al.</i> , 2015	200	33,5	58% analfabetos; 19% ensino primário; 10% ensino secundário; 13% ensino superior	100% casado	NI
SHIFERAW <i>et al.</i> , 2015	489	23	Superior cursando	91,6% solteiro; 7,8% casado; 0,6% divorciado	81
YEN <i>et al.</i> , 2015	439	17,53	NI	NI	NI
ARINZE-ONYIA <i>et al.</i> , 2014	290	22	Superior cursando	4,8% casado; 95,2% solteiro	NI
CHOFAKIAN <i>et al.</i> , 2014	664	17	Ensino médio cursando	65,7% solteiro; 34,3% namoram	NI
DOWNING, Amy, 2014	108	37,5	Superior cursando	NI	NI

NI: Não informado.

Tabela 1 - Características gerais da população em relação ao tamanho da amostra, idade média, nível de escolaridade, status de relacionamento e gestação prévia (continua)

Autor/Ano	Tamanho da amostra (N)	Idade média (anos)	Nível de escolaridade	Relacionamento (%)	Gestação Prévia (N)
GARCÍA; IGLESIAS, 2014	922	30,5	Superior cursando	NI	NI
LIND <i>et al.</i> , 2014	131	20	66,4% ensino primário/secundário; 33,6% ensino superior/pós-graduação	16% solteiro; 84% namoram	131
NIBABE; MGUTSHINI, 2014	352	21,5	Superior cursando	83,3% solteiro; 16,7% casado	60
ROCCA <i>et al.</i> , 2014	322	22,9	NI	100% casado	276
VELOSO <i>et al.</i> , 2014	178	20,67	Superior cursando	47,0% solteiro; 53,0% namoram	8
BUMBUL <i>et al.</i> , 2013	1366	21,2	Ensino médio cursando	> 70% solteiro	NI
EKSTRAND <i>et al.</i> , 2013	420	17	NI	NI	NI
LATHROP <i>et al.</i> , 2013	249	31	7,6% analfabeto; 31,3% ensino primário; 56,7% ensino secundário; 4,4% ensino superior	NI	249
LECH <i>et al.</i> , 2013	4129	24,1	NI	NI	NI

NI: Não informado.

Tabela 1 - Características gerais da população em relação ao tamanho da amostra, idade média, nível de escolaridade, status de relacionamento e gestação prévia (conclusão)

Autor/Ano	Tamanho da amostra (N)	Idade média (anos)	Nível de escolaridade	Relacionamento (%)	Gestação Prévia (N)
LEE <i>et al.</i> , 2013	294	22	66,2% ensino primário/secundário; 33,8% ensino superior/pós-graduação	46,4% solteiro; 3,1% casado; 50,5% namoram	171
RAHMAN <i>et al.</i> , 2013	1474	30	18,1% analfabeto; 38,3% ensino primário; 43,6% ensino médio/superior	19,9% solteiro; 78,3% casado; 1,8% divorciado	921
SHAABAN <i>et al.</i> , 2013	1158	26,17	17,4% analfabeto; 8,2% analfabeto funcional; 8% ensino primário; 49,7% ensino secundário; 16,7% ensino superior	NI	1158
AHMED <i>et al.</i> , 2012	368	23	Superior cursando	7,9% casado; 92,1% solteiro	17
HOQUE; GHUMAN, 2012	852	22,5	Superior cursando	92,7% solteiro; 7,3% casado/coabitam	90
KOZINSZKY <i>et al.</i> , 2012	1529	24,7	18,1% ensino primário; 50,2% ensino secundário; 31,7% ensino superior	NI	848
LO; HO, 2012	9201	NI	NI	NI	NI
MELTON <i>et al.</i> , 2012	1040	23,5	9,3% ensino primário; 32,4% ensino secundário; 42,6% ensino superior; 15,7% pós-graduação	10,8% solteiro; 15,1% casada; 69,4% namoram; 4,7% divorciado	NI
NAJAFI <i>et al.</i> , 2012	294	35	27,2% ensino primário/secundário; 72,8% ensino superior	NI	229

NI: Não informado.

6.4. Comportamento em relação à utilização do contraceptivo de emergência

Entre os estudos, a população variou de 24 a 9201 pessoas. Os indivíduos amostrados, de modo geral, ainda não tinham iniciado a atividade sexual até o momento. O número de indivíduos nos estudos que tiveram relação sexual variou de 42 a 992 e a utilização de contraceptivo de emergência estava relacionada às relações sexuais desprotegidas, ambas variaram entre 7 e 9201; e 15 e 1429, indivíduos respectivamente.

Os contraceptivos de emergência mais utilizados foram o comprimido de levonorgestrel e o DIU. No artigo de Lathrop *et al.* (2013), os métodos considerados tradicionais foram: beber uma bebida gelada ou salgada, esfregar o limão no abdome, beber chá de salsa, engolir feijão de castanha ou tomar amoxicilina. Os métodos modernos são: método de Yuzpe, o método de progesterona e DIU de cobre.

As fontes de informações sobre a CE obtidas pelos participantes dos estudos foram diversas, desde amigos e parceiros sexuais a profissionais e instituições de saúde. O principal motivo de uso do contraceptivo foi a ruptura do preservativo. As características gerais de comportamento da população amostral dos artigos selecionados encontram-se na tabela 2.

Tabela 2 - Comportamento em relação à CE (continua)

Autor/Ano	Atividade sexual (n/T)	Relação sexual desprotegida (N)	Utilizou CE anteriormente (N)	CE utilizado (%)	Tempo de administração do CE (%)	Recomendação CE (%)	Fonte de informação sobre o CE (%)	Motivo de uso da CE (%)
BABATUNDE <i>et al.</i> , 2016	82/273	NI	35	NI	NI	NI	31,8% hospital/profissional de saúde; 16,4% mídia; 13,1% rádio; 12,6% família; 10,3% livros; 9,3% amigos; 6,5% outros	NI
CHOFAKIAN <i>et al.</i> , 2016	307	NI	177	NI	NI	NI	NI	NI
AWOLEKE <i>et al.</i> , 2015	42	15	10	70% Postinor; 20% Menstrogen; 10% DIU	NI	50,0% hospital; 50,0% farmácia	29,8% profissional de saúde; 24,6% amigos; 21,1% mídia; 15,8% livros/revistas; 7,0% campanhas; 1,7% família	NI
HAILEMARIAM <i>et al.</i> , 2015	133	NI	59	89,8% CCE; 10,2% DIU	NI	NI	NI	NI
HICKEY; WHITE, 2015	NI	NI	7	NI	NI	NI	NI	NI
KHAN <i>et al.</i> , 2015	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
SHIFERAW <i>et al.</i> , 2015	188	123	68	97,1% CCE; 2,9% DIU	NI	NI	36,4% amigos; 30,3% parceiro sexual; 12,1% mídia; 10,1% profissional de saúde; 7,1% internet; 4,0% outros	NI
YEN <i>et al.</i> , 2015	NI	NI	NI	levonorgestrel	NI	NI	NI	NI

CE: contraceptivo de emergência; COC: comprimido oral combinado; CCE: Comprimido contraceptivo de emergência; DIU: Dispositivo intrauterino; NI: Não informado.

Tabela 2 - Comportamento em relação à CE (continua)

Autor/Ano	Atividade sexual (n/T)	Relação sexual desprotegida (N)	Utilizou CE anteriormente (N)	CE utilizado (%)	Tempo de administração do CE (%)	Recomendação CE (%)	Fonte de informação sobre o CE (%)	Motivo de uso da CE (%)
ARINZE-ONYIA <i>et al.</i> , 2014	NI.	NI	NI	Postinor	NI	NI	NI	NI
CHOFAKIAN <i>et al.</i> , 2014	324	NI	174	NI	NI	NI	24,6% amigos; 19,3% escola; 17,0% mídia; 13,2% família; 8,2% internet; 7,8% revistas; 6,8% serviços de saúde; 3,1% farmácia	NI
DOWNING, Amy, 2014	NI	NI	NI	NI	NI	NI	23,2% amigos; 16,3% mídia; 13,3% internet; 12,9% escola; 11,8% profissional de saúde; 10,3% imprensa; 8,4% família; 2,3% não se lembram; 1,5% outros	NI
GARCÍA; IGLESIAS, 2014	NI	NI	295	NI	NI	NI	10,5% profissional de saúde	85,4% ruptura do preservativo/erro de contracepção; 14,6% não contracepção
LIND <i>et al.</i> , 2014	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
NIBABE; MGUTSHINI, 2014	129	NI	38	NI	NI	65,8% profissional de saúde; 23,7% parceiro; 10,5% amigo	38,6% rádio/tv; 30,9% instituições de saúde; 21,6% palestras; 8,9% folhetos	63,1% erro no cálculo do sexo seguro; 15,8% erro de contracepção; 7,9% ruptura do preservativo; 13,2% outros

CE: contraceptivo de emergência; COC: comprimido oral combinado; CCE: Comprimido contraceptivo de emergência; DIU: Dispositivo intrauterino; NI: Não informado.

Tabela 2 - Comportamento em relação à CE (continua)

Autor/Ano	Atividade sexual (n/T)	Relação sexual desprotegida (N)	Utilizou CE anteriormente (N)	CE utilizado (%)	Tempo de administração do CE (%)	Recomendação CE (%)	Fonte de informação sobre o CE (%)	Motivo de uso da CE (%)
ROCCA <i>et al.</i> , 2014	NI	NI.	37	levonorgestrel 2 doses	56,8% até 24hrs; 21,6% até 48hrs; 10,8% até 72hrs; 10,8% depois de 72hrs	NI	NI	NI
VELOSO <i>et al.</i> , 2014	107	84	51	NI	NI	NI	NI	53,3% não contracepção; 24,5% ruptura do preservativo; 22,2% insegurança do método utilizado
BUMBUL <i>et al.</i> , 2013	992	NI	415	NI	56,3% até 12hrs; 28,3% até 24hrs; 10,5% até 48hrs; 3,3% até 72hrs; 1,3% não recebeu	NI	NI	59,1% ruptura do preservativo; 26,8% não contracepção; 6,5% erro de contracepção
EKSTRAND <i>et al.</i> , 2013	NI	89	206	levonorgestrel dose única	Dentro de 20,05hrs	NI	NI.	NI
LATHROP <i>et al.</i> , 2013	NI	NI	28	92,8% métodos tradicionais; 7,2% métodos modernos	NI	NI	NI	NI
LECH <i>et al.</i> , 2013	NI	1429	330	NI	66,1% até 24hrs; 32,3% depois de 24hrs, 1,6% sem dados	NI	NI	63,2% ruptura do preservativo; 34,8% não contracepção; 1,7% erro de contracepção; 0,3% outros

CE: contraceptivo de emergência; COC: comprimido oral combinado; CCE: Comprimido contraceptivo de emergência; DIU: Dispositivo intrauterino; NI: Não informado.

Tabela 2 - Comportamento em relação à CE (continua)

Autor/Ano	Atividade sexual (n/T)	Relação sexual desprotegida (N)	Utilizou CE anteriormente (N)	CE utilizado (%)	Tempo de administração do CE (%)	Recomendação CE (%)	Fonte de informação sobre o CE (%)	Motivo de uso da CE (%)
LEE <i>et al.</i> , 2013	NI	158	119	NI	NI	NI	NI	NI
RAHMAN <i>et al.</i> , 2013	NI	NI	90	57,1% progestina; 23,3% COC; 3,3% DIU de cobre; 5,6% outros; 11,1% não quis divulgar	NI	NI	45,5% rádio/tv; 19,9% amigos; 18,0% profissional de saúde; 13,1% jornais/revistas; 3,5% outros	NI
SHAABAN <i>et al.</i> , 2013	NI	797	256	levonorgestrel 2 doses	NI	NI	NI	NI.
AHMED <i>et al.</i> , 2012	86	36	27	NI	NI	55,5% profissional de saúde; 44,5% amigo	75,5% mídia, 69,3% unidade de saúde; 29,3% educação formal; 7,9% internet; 4,1% revistas; 1,9% amigo/parente	NI
HOQUE; GHUMAN, 2012	453	189	90	NI	NI	60,0% instituição de saúde pública; 24,4% farmácia; 15,6% médico;	32,4% amigos; 32,1% profissionais de saúde; 13,4% livros/revistas; 11,5% mídia; 10,6% família	NI

CE: contraceptivo de emergência; COC: comprimido oral combinado; CCE: Comprimido contraceptivo de emergência; DIU: Dispositivo intrauterino; NI: Não informado.

Tabela 2 - Comportamento em relação à CE (conclusão)

Autor/Ano	Atividade sexual (n/T)	Relação sexual desprotegida (N)	Utilizou CE anteriormente (N)	CE utilizado (%)	Tempo de administração do CE (%)	Recomendação CE (%)	Fonte de informação sobre o CE (%)	Motivo de uso da CE (%)
KOZINSZKY <i>et al.</i> , 2012	NI	194	477	NI	45,7% até 12hrs; 33,3% até 24hrs; 18,5% entre 24hrs e 72hrs; 2,5% após 72hrs	NI	31,3% internet/tv/rádio; 27,9% profissionais de saúde; 20,3% amigos; 6,7% folhetos; 6,7% escola; 4,0% família; 2,2% parceiro sexual; 0,9% centro de planejamento familiar	48,9% ruptura do preservativo; 13,9% erro de contracepção; 12,9% não contracepção; 12,6% falha no coito interrompido; 11,7% outros
LO; HO, 2012	NI	NI	9201	98,5% levonorgestrel; 1,5% DIU	NI	NI	NI	NI
MELTON <i>et al.</i> , 2012	NI	330	727	levonorgestrel	NI	NI	NI	38,0% ruptura do preservativo; 33,0% não contracepção; 29,0% outros
NAJAFI <i>et al.</i> , 2012	NI	NI	33	NI	NI	20,7% profissional de saúde	46,4% profissional de saúde; 20,7% internet; 13,8% revistas; 11,4% amigos; 7,7% mídia	NI

CE: contraceptivo de emergência; COC: comprimido oral combinado; CCE: Comprimido contraceptivo de emergência; DIU: Dispositivo intrauterino; NI: Não informado.

6.5. Análise da qualidade metodológica

A qualidade metodológica dos estudos transversais foi avaliada por meio da escala de Loney *et al.* (2000) (tabela 3). A escala de Loney *et al.* (2000) avalia estudos de prevalência ou incidência e permite análises quantitativas por comparar estatisticamente os artigos selecionados quanto à qualidade. Essa escala é dividida em três seções com oito quesitos ao total, com pontuação final variando entre 0 e 8 pontos.

Apenas dois estudos - Hailemariam *et al.* (2015) e Shiferaw *et al.* (2015) - apresentaram alta qualidade metodológica (7 pontos). Sete artigos (35%) obtiveram 3 pontos e a média dos 29 artigos foi de 3,95 pontos.

Já os estudos longitudinais e de intervenção, tiveram sua qualidade metodológica avaliada por meio da escala de Newcastle-Ottawa (tabela 4). A escala de Newcastle-Ottawa é utilizada para avaliar a qualidade dos estudos, analisando oito itens de três dimensões, estas são: seleção, comparabilidade e resultado. Cada item é pontuado conforme a opção que reflete melhor a qualidade do artigo, quanto maior a pontuação, melhor é a qualidade do estudo, a escala varia de zero a nove (Wells *et al.*, s.d.).

Apenas dois estudos - Bumbul *et al.* (2013) e Shaaban *et al.* (2013) - apresentaram boa qualidade metodológica (pontuação maior ou igual a 6 na escala de Newcastle-Ottawa).

Tabela 3 - Escala de Loney *et al.* (2000) para avaliação de estudos transversais (continua)

Estudo	Os métodos do estudo são válidos						Qual é a interpretação dos resultados?	Qual é a aplicabilidade dos resultados?	Pontuação
	O delineamento do estudo e os métodos de amostragem são apropriados para responder à pergunta de pesquisa?	A base amostral é adequada?	O tamanho da amostra é adequado?	São usados critérios objetivos, adequados e padronizados para medir o desfecho de saúde?	O desfecho de saúde é medido de uma forma não enviesada?	A taxa de resposta é adequada? As pessoas elegíveis que recusaram participar são descritas?	As estimativas de prevalência ou incidência são dados com intervalos de confiança e detalhadas por subgrupo, se adequado?	Os participantes e o contexto são descritos em detalhe e similares aos que interessam a você?	
BABATUNDE <i>et al.</i> , 2016	1	1	1	0	0	1	1	1	6
CHOFKIAN <i>et al.</i> , 2016	0	1	0	0	0	0	0	1	2
AWOLEKE <i>et al.</i> , 2015	1	1	0	0	0	1	0	1	4
HAILEMARIAM <i>et al.</i> , 2015	1	1	1	1	0	1	1	1	7
HICKEY; WHITE, 2015	0	1	0	0	0	1	0	0	2
KHAN <i>et al.</i> , 2015	0	1	0	0	0	1	0	1	3
SHIFERAW <i>et al.</i> , 2015	1	1	1	1	0	1	1	1	7
CHOFKIAN <i>et al.</i> , 2014	0	1	1	0	0	1	1	1	5
DOWNING, Amy, 2014	0	1	0	1	0	1	0	0	3
GARCÍA; IGLESIAS, 2014	0	1	0	0	0	1	0	0	2

A escala de Loney *et al.* (2000) varia de 0 a 8 pontos, onde: 0 = não e 1 = sim.

Tabela 3 - Escala de Loney *et al.* (2000) para avaliação de estudos transversais (conclusão)

Estudo	Os métodos do estudo são válidos						Qual é a interpretação dos resultados?	Qual é a aplicabilidade dos resultados?	Pontuação
	O delineamento do estudo e os métodos de amostragem são apropriados para responder à pergunta de pesquisa?	A base amostral é adequada?	O tamanho da amostra é adequado?	São usados critérios objetivos, adequados e padronizados para medir o desfecho de saúde?	O desfecho de saúde é medido de uma forma não enviesada?	A taxa de resposta é adequada? As pessoas elegíveis que recusaram participar são descritas?	As estimativas de prevalência ou incidência são dados com intervalos de confiança e detalhadas por subgrupo, se adequado?	Os participantes e o contexto são descritos em detalhe e similares aos que interessam a você?	
NIBABE; MGUTSHINI, 2014	1	1	1	0	0	1	0	1	5
VELOSO <i>et al.</i> , 2014	0	1	0	0	0	1	0	1	3
LATHROP <i>et al.</i> , 2013	0	1	0	0	0	1	0	0	2
LEE <i>et al.</i> , 2013	0	1	0	0	0	1	0	1	3
RAHMAN <i>et al.</i> , 2013	0	1	0	0	0	1	0	1	3
AHMED <i>et al.</i> , 2012	1	1	1	0	0	1	1	1	6
HOQUE; GHUMAN, 2012	1	1	1	0	0	1	1	1	6
LO; HO, 2012	0	1	0	1	0	1	0	0	3
MELTON <i>et al.</i> , 2012	0	1	0	0	0	1	0	1	3
NAJAFI <i>et al.</i> , 2012	1	1	0	1	0	1	0	0	4

A escala de Loney *et al.* (2000) varia de 0 a 8 pontos, onde: 0 = não e 1 = sim.

Tabela 4 - Escala de Newcastle-Ottawa para avaliação de estudos de coorte

Estudo	Seleção				Comparabilidade	Resultado			Pontuação
	Representatividade da amostra	Seleção da coorte	Apuração da exposição	Demonstração de que o desfecho de interesse não estava presente no início do estudo	Comparabilidade das coortes*	Avaliação dos resultados	O acompanhamento foi por tempo suficiente para que os resultados ocorram?	Adequação do tempo de acompanhamento de coortes	
YEN <i>et al.</i> , 2015	0	0	0	1	0	0	1	1	3
ARINZE-ONYIA <i>et al.</i> , 2014	1	1	0	1	0	0	1	1	5
LIND <i>et al.</i> , 2014	0	0	1	1	0	0	1	1	4
ROCCA <i>et al.</i> , 2014	0	0	0	1	0	0	1	0	2
BUMBUL <i>et al.</i> , 2013	1	0	0	1	2	0	1	1	6
EKSTRAND <i>et al.</i> , 2013	1	1	1	1	0	0	1	0	5
LECH <i>et al.</i> , 2013	0	0	0	1	0	0	1	1	3
SHAABAN <i>et al.</i> , 2013	1	1	1	1	0	0	1	1	6
KOZINSZKY <i>et al.</i> , 2012	1	1	0	1	0	0	1	1	5

A escala de Newcastle-Ottawa varia de 0 a 9 pontos, onde: 0 = não, 1 = sim; *2 = sim.

7. DISCUSSÃO

Apesar de o levantamento bibliográfico ter sido realizado em três bases de dados (BVS, MEDLINE e Cochrane), os artigos selecionados compreenderam apenas estudos publicados nas bibliotecas BVS e MEDLINE. Todos os artigos encontrados na Cochrane eram de revisão sistemática, um dos critérios de exclusão do presente estudo e, por isso, não entraram na seleção.

A variabilidade no tamanho das amostras (24 a 9201 pessoas), apesar de alta, não interferiu nas características gerais da população, que foram semelhantes em relação ao nível de escolaridade. Dos 29 artigos selecionados, em 11 a população total cursava ensino superior, 4 cursava ensino médio, 5 não informaram e 9 a população era heterogênea em relação ao nível de escolaridade.

A idade média variou de 14,5 a 37,5 e apesar de ser uma variação considerável - mais de 10 anos - compreende a população de adolescentes e adultos jovens, que é a população de interesse do presente estudo.

As amostras foram compostas tanto por indivíduos do sexo feminino quanto masculino. Os estudos que tinham como amostra pessoas de ambos os sexos - Chofakian *et al.* (2014, 2016), Downing (2014), García e Iglesias (2014), Veloso *et al.* (2014) e Yen *et al.* (2015) - eram compostos por maioria do sexo feminino. A porcentagem de pessoas do sexo masculino são: 45,8%; 44,9%; 30,6%; 27%; 2,2% e 33,9%, respectivamente.

No estudo de Chofakian *et al.* (2016), o tamanho da amostra não permitiu a estratificação por sexo e também não se pode afirmar que os determinantes do uso da CE entre os adolescentes do sexo masculino são os mesmos que entre os do sexo feminino. Já no estudo de Chofakian *et al.* (2014), as adolescentes apresentaram maior conhecimento, comparado aos meninos.

O recebimento de aconselhamento sobre a CE por profissionais da saúde foi maior entre as mulheres atendidas (24%), em comparação com 12% de homens. O aumento do aconselhamento aos homens se deve ao fato destes estarem mais envolvidos na tomada de decisão da CE (DOWNING, 2014). A maior orientação ao

sexo feminino pode ser reflexo cultural de que a contracepção é uma atribuição exclusiva das mulheres (CHOFAKIAN; BORGES; SANTOS, 2016).

Em um estudo realizado na Espanha, em 2014, dos 245 homens, 5,3% consideram a CE como um método contraceptivo regular, 71,8% disseram não usar a CE e 69,4% disseram que não receberam informações por profissional de saúde antes de sua aquisição (GARCÍA; IGLESIAS, 2014).

No estudo de Yen *et al.* (2015), a amostra total de 439 pessoas, composta tanto por indivíduos do sexo masculino quanto feminino, quando questionada sobre a aquisição dos contraceptivos de emergência, 27% responderam que os homens também podem receber/adquirir CE para uso de sua parceira. Esses estudos mostram a importância da inclusão da população masculina na pesquisa médica, pois também tem um papel significativo na utilização e acesso à CE (YEN *et al.*, 2015).

Já em Rahman *et al.* (2013), a consciência sobre a CE foi significativamente mais prevalente entre as mulheres de 21 a 40 anos (85,8%). As mulheres que utilizaram CE eram mais jovens, entre 14 e 29 anos (KOZINSZKY *et al.*, 2012). A educação em saúde e orientação na utilização da CE aos adolescentes e adultos jovens se faz necessário para uma melhor efetividade do método, promovendo seu uso correto e seguro a um grupo de maior risco em ter relações sexuais desprotegidas (BRASIL, 2013).

Em relação ao nível de escolaridade, com exceção de cinco estudos - Ekstrand *et al.* (2013), Lech, Ostrowska e Świątek (2013), Lo e Ho (2012), Rocca *et al.* (2014) e Yen *et al.* (2015) - os quais não informaram o nível de escolaridade da população amostral, os demais constataram que as pessoas com maiores níveis de educação são mais propensas a ter um maior conhecimento sobre a CE. No estudo de Khan, Hafeez e Akbar (2015), 58% mulheres eram analfabetas e apenas 7,5% tinham ciência da CE.

Nos estudos de Kozinszky *et al.* (2012) e Lee *et al.* (2013), as mulheres solteiras eram mais propensas a utilizar CE, que as mulheres em um relacionamento comprometido ou casadas. O uso de CE mais que duas vezes foi associado aos relacionamentos instáveis (LO; HO, 2012). No estudo de Melton, Stanford e Dewitt (2012), 69,4% das mulheres que usaram CE estavam em um relacionamento estável

e no estudo de Rahman *et al.* (2013) as mulheres casadas eram 1,6 vezes mais propensas a estarem conscientes sobre a CE que as solteiras.

Com exceção dos estudos de Hoque e Ghuman (2012) e Khan, Hafeez e Akbar (2015), em que 50,2% e 82,5%, respectivamente, não conheciam a CE; os demais estudos relataram que a maior parte da população amostral tinha algum conhecimento ou já ouviram falar da CE.

De todos os estudos (14) que informaram sobre gestações prévias, apenas em dois - Rahman *et al.* (2013) e Rocca *et al.* (2014) - não houve gestação indesejada. No estudo de Awoleke *et al.* (2015), 60,6% tinham conhecimento sobre a CE, mas seu uso foi baixo; apenas dez pessoas utilizaram, e conseqüentemente, ocorreram seis gravidezes indesejadas, com cinco resultando em aborto.

Considerando o tamanho da população amostral, grande parte das pessoas não tinham iniciado atividade sexual. O conhecimento em relação à CE foi baixo entre as pessoas que não tinham iniciado a vida sexual (CHOFAKIAN *et al.*, 2014).

A utilização da CE está interligada ao sexo desprotegido, que é um dos principais motivos de uso, precedido pela ruptura do preservativo e seguido de erro na contracepção. O estudo de Lech; Ostrowska; Świqtek, (2013) detectou que o principal motivo (63,2% das mulheres) para utilização da CE foi devido aos problemas com o preservativo, seguido de relações sexuais desprotegidas (34,6%). Também no estudo de Bumbul *et al.* (2013) 59,1% das pessoas utilizaram CE por ruptura do preservativo; 26,8% por não contracepção e 6,5% por erro de contracepção.

Os métodos de CE mais utilizados foram os comprimidos contraceptivos de emergência de levonorgestrel, seguido do DIU que, apesar de ser reconhecidamente um método de rotina, é também considerado contraceptivo de emergência (OMS, 2007; WHO, 2016). Os métodos tradicionais mencionados por Lathrop *et al.* (2013) eram crenças comuns entre a população estudada e não são eficazes na prevenção da gravidez. Neste estudo apenas 2 pessoas (0,8%) utilizaram métodos modernos (Yuzpe, progesterona e DIU).

Dos estudos que relataram o tempo de utilização da CE, a grande maioria das pessoas fizeram uso de forma correta, até 120 horas. É preconizado que o quanto

antes utilizar, maior a efetividade do método. Apenas nos estudos de Kozinszky *et al.* (2012) e Rocca *et al.* (2014), 2,5% e 10,8% das mulheres, respectivamente, fez uso da CE após 72 horas.

No estudo de Nibabe e Mgutshini (2014), a CE foi recomendada por profissionais de saúde (65,8%), parceiro (23,7%) e amigo (10,5%), o que refletiu, de modo geral, os resultados dos demais estudos.

As fontes de informações que as pessoas mais utilizaram para buscar conhecimento sobre a CE foram praticamente as mesmas em todos os estudos: mídia, algum estabelecimento de saúde, amigos e família. Estas precisam estar atualizadas e ser fidedignas, para que as pessoas tenham seu objetivo, de prevenir a gravidez, atendido. Segundo o estudo de Brandão *et al.* (2016) os balconistas de farmácias não apresentaram conhecimento técnico em relação à CE e esse desconhecimento influenciou em suas atitudes perante os usuários.

É necessária maior divulgação de todas as CEs disponíveis, quanto a segurança, efetividade, modo de uso, tempo de administração, onde encontrar, quem pode utilizar, entres outras informações relevantes.

A divulgação e disponibilização da CE deve ser realizada juntamente com os métodos regulares, pois a utilização da CE não exclui o uso dos métodos contínuos, uma vez que a CE não previne contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST). Para isso é importante a dupla proteção, um método de prevenção da gravidez e outro para as IST.

Na análise de qualidade metodológica dos 29 estudos selecionados, apenas 2 (6,9%) apresentaram alta qualidade metodológica e 5 (17,2%) demonstraram possuir boa qualidade, o que pode ser considerado uma limitação dessa revisão sistemática. Além da qualidade metodológica, outra limitação desse estudo, é o viés de idioma, uma vez que a revisão incluiu apenas estudos nos idiomas inglês e português.

8. CONCLUSÃO

Os estudos demonstraram que os adolescentes e adultos jovens possuem conhecimento em relação à CE, mas este ainda é insuficiente para garantir a utilização segura e evitar a gravidez.

REFERÊNCIAS

AHMED, Fatuma A.; MOUSSA, Kontie M.; PETERSON, Karen O.; ASAMOAH, Benedict O. **Assessing knowledge, attitude, and practice of emergency contraception: a cross-sectional study among Ethiopian undergraduate female students.** BMC Public Health, v.12, n.110, 2012.

ARINZE-ONYIA, S. U.; AGUWA, E. N.; NWOBODO, E. **Health education alone and health education plus advance provision of emergency contraceptive pills on knowledge and attitudes among university female students in Enugu, Nigeria.** Niger J Clin Pract, v.17, n.100, supl.5, 2014.

AWOLEKE, Jacob O.; ADANIKIN, Abiodun I.; AWOLEKE, Adeola; ODANYE, Moyinoluwa, Odanye. **Awareness and practice of emergency contraception at a private university in Nigeria.** BMC Research Notes, v.8, n.215, 2015.

BABATUNDE, Oluwole A; IBIRONGBE, Demilade O.; OMEDE, Owen; BABATUNDE, Olubukola O.; DUROWADE, Kabir A.; SALAUDEEN, Adekunle G.; AKANDE, Tanimola M. **Knowledge and use of emergency contraception among students of public secondary schools in Ilorin, Nigeria.** The Pan African Medical Journal, v.23, n.74, 2016.

BORGES, Ana Luiza V.; FUJIMORI, Elizabeth; KUSCHNIR, Maria Cristina C.; CHOFAKIAN, Christiane B. N.; MORAES, Ana Júlia P.; AZEVEDO, George D.; SANTOS, Karine F; VASCONCELLOS, Mauricio T. L. **ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros.** Rev Saude Publica. 2016.

BRANDAO, Elaine R.; CABRAL, Cristiane S.; VENTURA, Miriam; PAIVA, Sabrina P.; BASTOS, Luiza L.; OLIVEIRA, Naira V. B. V.; SZABO, Iolanda. **"Bomba hormonal": os riscos da contracepção de emergência na perspectiva dos balconistas de farmácias no Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acessado em 09 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contracepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p.: il. (**Série A. Normas e Manuais Técnicos**).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 26**).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 230 p.

BUMBUL, Elzbieta; STAREK, Magdalena; SZYMUSIK, Iwona; PIETRZAK, Bronislawa; BUMBULIENE, Zana; KOSINSKA-KACZYNSKA, Katarzyna; WIELGOS, Mirosław, **Advantages and disadvantages of over-the-counter availability of emergency contraception**. Neuro endocrinology letters, 2013.

CHOFAKIAN, Christiane B. N.; BORGES, Ana Luiza V.; FUJIMORI, Elizabeth; HOGA, Luiza A. K. **Conhecimento sobre anticoncepção de emergência entre adolescentes do Ensino Médio de escolas públicas e privadas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.30, n.7, p.1525-1536, 2014.

CHOFAKIAN, Christiane B. N.; BORGES, Ana Luiza V.; SATO, Ana Paula S.; ALENCAR, Gizelton P.; SANTOS, Osmara A.; FUJIMORI, Elizabeth. **Does the knowledge of emergency contraception affect its use among high school adolescents?**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.32, n.1, 2016.

CHOFAKIAN, Christiane B. N.; BORGES, Ana Luiza V.; SANTOS, Osmara A. **Conhecimento e Uso da Anticoncepção de Emergência entre Adolescentes**. In Figueiredo R, Borges ALV, Bastos SH. Panorama da Contracepção de Emergência no Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde, 2016.

DOWNING, Amy. **University Students' Knowledge and Attitudes Toward Emergency Contraception Pills**. Journal of Community Health Nursing, v.31, n.2, p.75-89, 2014.

EKSTRAND, Maria; TYDÉN, Tanja; DARJ, Elisabeth; LARSSON, Margareta. **Twelve-month follow-up of advance provision of emergency contraception among teenage girls in Sweden - a randomized controlled trial**. Upsala Journal of Medical Sciences, v.118, n.4, p.271–275, 2013.

EUROPEAN CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION (ECEC). **An update on access to emergency contraception in Europe Union countries**. 2016a. Disponível em: <<http://www.ec-ec.org/custom-content/uploads/2016/04/UPDATE-Access-to-EC-in-EU-countries-ECEC-April2016.pdf>>. Acessado em 09 ago. 2017.

EUROPEAN CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION (ECEC). **Emergency Contraception: A guideline for Service Provision in Europe**. 2ed., 2016b. Disponível em: <<http://www.ec-ec.org/custom-content/uploads/2016/05/ECEC-Guidelines-2nd-edition-May2016.pdf>>. Acessado em 09 ago. 2017.

FALCÃO, Marcelo; SABOIA, Tom. Nunca Tem Fim. Warner Music, 2013.

FIGUEIREDO, Regina. **Sexualidade, Prática Sexual na Adolescência e Prevenção de Gravidez Não-Planejada, incluindo contracepção de emergência**. São Paulo: Instituto de Saúde e REDE CE - Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência, 2005.

FIGUEIREDO, Regina; BASTOS, Silvia; TELLES, Joyce L. **Perfil da Distribuição da Contracepção de Emergência para Adolescentes em Municípios do Estado de São Paulo**. Journal of Human Growth and Development, 2012.

FIGUEIREDO, Regina; ARAÚJO, Nadja F. **Avanços no Conhecimento e Acesso à Contracepção de Emergência em Situações de Violência e em Necessidades Contraceptivas do Cotidiano das Mulheres Brasileiras**. In VENTURI, G.; GODINHO, T. (orgs) Mulheres e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: Editora FPA, 2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Pesquisa Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2014. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf>. Acesso em: 04 jul 2017.

GARCÍA, Concepción G.; IGLESIAS, Marta Elena L. **Knowledge of emergency contraception among adolescents and young adults**. Salud i Ciencia v.20, n.6, p.608-13. 2014.

HAILEMARIAM, Tewodros G.; TESFAYE, Tamene; MELESE, Tedla; ALEMAYEHU, Wondimu; KENORE, Yeshialem; LELAMO, Yosef; SAUL, Tilahun; SEIFU, Canaan N. **Sexual experiences and emergency contraceptive use among female university students: a cross-sectional study at Wachamo University, Ethiopia**. BMC Research Notes, v.8, n.112. 2015.

HICKEY, Mary T.; WHITE, Jane. **Female college students' experiences with and perceptions of over-the-counter emergency contraception in the United States**. Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives, v.6, n.1, p.28–32, 2015.

HOQUE, Muhammad E.; GHUMAN, Shanaz. **Knowledge, Practices, and Attitudes of Emergency Contraception among Female University Students in KwaZulu-Natal, South Africa**. PLoS ONE, v.7, n.9, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: dimensões do processo reprodutivo e de saúde da criança**. Brasília, DF, 2009. 300p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/banco_dados.php>. Acesso em: 04 jul. 2017.

INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION (ICEC). **Emergency Contraception Pills Medical and Service Delivery Guidelines**. 3rd ed, 2012. Disponível em: <http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2014/01/ICEC_Medical-and-Service-Delivery-Guidelines-English_June-2013.pdf>. Acessado em 09 ago. 2017.

KHAN, Shazia A.; HAFEEZ, Humaira; AKBAR, Rabiya. **Emergency contraception: an overview among users**. Journal of Ayub Medical College Abbottabad, v.27, n.1, 2015.

KOZINSZKY, Zoltan; SIKOVANYECZ, János; DEVOSA, Iván; SZABÓ, Dávid; BARABÁS, Katalin; PÁL, Attila; ARTHUR, Joyce. **Determinants of emergency contraceptive use after unprotected intercourse: Who seeks emergency contraception and who seeks abortion?**. Acta Obstet Gynecol Scand, 2012.

LATHROP, Eva; TELEMAQUE, Youseline; HADDAD, Lisa; STEPHENSON, Rob; GOEDKEN, Peggy; CWIAK, Carrie; JAMIESON, Denise J. **Knowledge and use of and opportunities for emergency contraception in Northern Haiti**. International Journal of Gynecology & Obstetrics, n.121, p.60–63. 2013.

LECH, Medard M.; OSTROWSKA, Lucyna; ŚWIĄTEK, Ewa. **Emergency contraception in a country with restricted access to contraceptives and termination of pregnancy, a prospective follow-up study**. Acta Obstet Gynecol Scand, 2013.

LEE, Jessica K.; PARISI, Sara M.; BALDAUF, Erin; RAPLIN, Rachel B.; UPDIKE, Glenn M.; SCHWARZ, Eleanor B. **Asking for what she needs? Pregnancy testing or EC?**. Contraception. v.87, n.6, p.859–63, 2013.

LIND, Catherine E.; GODFREY, Emily M.; RANKIN, Kristin M.; HANDLER, Arden S. **Likelihood of Emergency Contraception Use Among African-American Women at Risk of Adverse Birth Outcomes**. Matern Child Health J., v.18, n.1190, 2014.

LO, Sue S.T.; HO, Pak-Chung. **Changes in contraceptive choice after emergency contraception**. International Journal of Gynecology and Obstetrics, v.118, p.223-226, 2012.

LONEY, Patricia L.; CHAMBERS, Larry W.; BENNETT, Kathryn J.; ROBERTS, Jacqueline G.; STRATFORD, Paul W. (1998). **Critical appraisal of the health research literature: Prevalence or incidence of a health problem**. Chronic Diseases in Canada; 19(4):1-13. 2000. Disponível em:

<http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071212045422/http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/19-4/e_e.html>. Acessado em 07 ago. 2017.

MELTON, Lindsay; STANFORD, Joseph B.; DEWITT, Mary J. **Use of Levonorgestrel Emergency Contraception In Utah: Is It More than “Plan B”?**. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, v.44, p.22–29, 2012.

NAJAFI, Fatemeh; RAHMAN, Hejar A.; HANAFIAH, Muhamad; MOMTAZ, Yadollah A.; AHMAD, Zaiton. **Emergency contraception: Knowledge, attitudes and practices among married Malay women staff at a public university in Malaysia**. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 43:1512–20, 2012.

NIBABE, Wendwosen T.; MGUTSHINI, Tennyson. **Emergency contraception amongst female college students – knowledge, attitude and practice**. *Afr J Prm Health Care Fam Med*, v.6, n.538, 2014.

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. **Intervenção Farmacêutica na Contraceção de Emergência**. Lisboa: OF, 2011. Disponível em: <http://site.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile419.pdf>. Acessado em 09 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins. **Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde**. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.

POLIS, Chelsea B.; GRIMES, David A.; SCHAFFER, Kate; BLANCHARD, Kelly; GLASIER, Anna; HARPER, Cynthia. **Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention**. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007.

RAHMAN, Hafizur; KHALDA, Ezzat; KAR, Sumit; KHARKA, Latha; BHUTIA, Golay P. **Knowledge of, attitudes toward, and barriers to the practice of emergency contraception among women in Sikkim, India**. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, n.122, p.99–103, 2013.

ROCCA, Corinne H.; SHANKAR, Mridula; SREEVATHSA, Anuradha; KRISHNAN, Suneeta. **Acceptability and use of emergency contraception among married women in Bangalore, India**. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, v.121, n.1, p.64–68, 2013.

SAMPAIO, Rosana F.; MANCINI, Marisa C. **Estudos de Revisão Sistemática: Um Guia para Síntese Criteriosa da Evidência Científica.** Rev. Bras. Fisioter. São Carlos, v.11, n.1, p.83-89, 2007.

SHAABAN, Omar M.; HASSEN, Shaimaa G.; NOUR, Sanna A.; KAMES, Mervat A.; YONES, Entsar M. **Emergency contraceptive pills as a backup for lactational amenorrhea method (LAM) of contraception: a randomized controlled trial.** Contraception, v.87, n.3, p.363 - 369. 2013.

SHAMSEER, Larissa; MOHER, David; CLARKE, Mike; GHERSI, Davina; LIBERATI, Alessandro; PETTICREW, Mark; SHEKELLE, Paul; STEWART, Lesley A. **Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation.** BMJ (Clin Res Ed); 349:g7647, 2015.

SHIFERAW, Bisrat Z.; GASHAW, Bosen T.; TESSO, Fekadu Y. **Factors associated with utilization of emergency contraception among female students in Mizan-Tepi University, South West Ethiopia.** BMC Research Notes, v.8. n.817. 2015.

SILVA, Narita G.; SANCHEZ, Monique P. C.; FIGUEIREDO, Regina; BORGES, Ana Luiza V. **Internet como Instrumento de Disseminação de Informações e Esclarecimento de Dúvidas sobre Contracepção de Emergência.**In Figueiredo R, Borges ALV, Bastos SH. Panorama da Contracepção de Emergência no Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde, 2016.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CONTRACEPÇÃO (SPC). **Recomendações sobre contracepção de emergência.** Lisboa: SPC, 2015. Disponível em: <http://www.spdc.pt/files/14_Recomendacoes_CE.pdf>. Acessado em 09 ago. 2017.

VELOSO, Danyelle L. C.; PERES, Valéria C.; LOPES, Juliane S O C.; SALGE, Ana Karina M.; GUIMARÃES, Janaína V. **Anticoncepção de emergência: conhecimento e atitude de acadêmicos de enfermagem.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.35, n.2, p.33-39. 2014.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil.** Brasília: UNFPA, 2009. 292p. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf>. Acessado em 04 jul. 2017

YEN, Sophia; PARMAR, Deepika D.; LIN, Emily L.; AMMERMAN, Seth. **Emergency Contraception Pill Awareness and Knowledge in Uninsured Adolescents: High Rates of Misconceptions Concerning Indications for Use, Side Effects, and**

Access. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, v.28, n.5, p.337 - 342. 2015.

WELLS, G. A.; SHEA, B.; O'CONNELL, D.; PETERSON, J.; WELCH, V.; LOSOS, M.; TUGWELL, P. **The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses.** Ottawa Health Research Institute. Disponível em: <http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp>. Acessado em 03 ago. 2017.

WESTLEY, Elizabeth; BASS, Jamie; PUIG, Cristina. **A Global Assessment of Emergency Contraception Accessibility.** In Figueiredo R, Borges ALV, Bastos SH. Panorama da Contracepção de Emergência no Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medicines: rational use of medicines.** Fact sheet n° 338. May 2010. Disponível em: <http://www.wiredhealthresources.net/resources/NA/WHO-FS_MedicinesRationalUse.pdf>. Acessado em 07 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medical eligibility criteria for contraceptive use.** 5th ed. Geneva, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf?ua=1>. Acessado em 10 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), **Selected practice recommendations for contraceptive use.** Switzerland, 3rd ed., 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A - ESTRATÉGIA DE BUSCA DE ACORDO COM AS BASES DE DADOS

1) Estratégia de busca Medline

("emergency contraception"[Title] AND ("Adolescent"[Mesh] OR ((Adolescents[Title/Abstract] OR adolescent[Title/Abstract] OR Adolescence[Title/Abstract] OR Teens[Title/Abstract] OR Teen [Title/Abstract] OR Youth [Title/Abstract] OR Youths[Title/Abstract]))) AND Safety

2) Estratégia de busca BVS

tw:(("contraceptivo de emergência" OR "emergency contraception") AND adolescent*) AND (instance:"regional") AND (la:("en" OR "pt" OR "es") AND year_cluster:("2016" OR "2015" OR "2014" OR "2013" OR "2012"))

3) Estratégia de busca Cochrane

#1 MeSH descriptor: [Contraception, Postcoital] explode all trees

#2 Contraception, Postcoital:ti,ab,kw (Word variations have been searched)

#3 MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees

#4 Adolescent:ti,ab,kw (Word variations have been searched)

#5 MeSH descriptor: [Safety] explode all trees

#6 Safety:ti,ab,kw (Word variations have been searched)

#7 #1 or #2 and #3 or #4 and #5 or #6 Online Publication Date from Jan 2006 to Oct 2016

ANEXO

ANEXO A - CADASTRO DO ESTUDO NA BASE DE REGISTRO DE REVISÕES SISTEMÁTICAS *INTERNATIONAL PROSPECTIVE REGISTER OF ONGOING SYSTEMATIC REVIEWS (PROSPERO)*

UNIVERSITY *of York*
Centre for Reviews and Dissemination

NHS
National Institute for
Health Research

PROSPERO International prospective register of systematic reviews

Review title and timescale

- 1 **Review title**
Give the working title of the review. This must be in English. Ideally it should state succinctly the interventions or exposures being reviewed and the associated health or social problem being addressed in the review.
Use of emergency contraceptives by adolescents and young adults - systematic review of the literature
- 2 **Original language title**
For reviews in languages other than English, this field should be used to enter the title in the language of the review. This will be displayed together with the English language title.
Utilização de contraceptivos de emergência por adolescentes e adultos jovens - revisão sistemática da literatura
- 3 **Anticipated or actual start date**
Give the date when the systematic review commenced, or is expected to commence.
01/10/2016
- 4 **Anticipated completion date**
Give the date by which the review is expected to be completed.
01/10/2017
- 5 **Stage of review at time of this submission**
Indicate the stage of progress of the review by ticking the relevant boxes. Reviews that have progressed beyond the point of completing data extraction at the time of initial registration are not eligible for inclusion in PROSPERO. This field should be updated when any amendments are made to a published record.

The review has not yet started

Review stage	Started	Completed
Preliminary searches	No	Yes
Piloting of the study selection process	No	Yes
Formal screening of search results against eligibility criteria	No	Yes
Data extraction	Yes	No
Risk of bias (quality) assessment	Yes	No
Data analysis	Yes	No

Provide any other relevant information about the stage of the review here.

Review team details

- 6 **Named contact**
The named contact acts as the guarantor for the accuracy of the information presented in the register record.
Luana Pedroso
- 7 **Named contact email**
Enter the electronic mail address of the named contact.
luanapedroso@ef.ufop.br
- 8 **Named contact address**
Enter the full postal address for the named contact.
Rua Três, s/n. Campus UFOP - Morro do Cruzeiro
- 9 **Named contact phone number**
Enter the telephone number for the named contact, including international dialing code.
31998261165
- 10 **Organisational affiliation of the review**
Full title of the organisational affiliations for this review, and website address if available. This field may be completed as 'None' if the review is not affiliated to any organisation.

Universidade Federal de Ouro Preto

Website address:
<http://www.ufop.br/>

11 Review team members and their organisational affiliations

Give the title, first name and last name of all members of the team working directly on the review. Give the organisational affiliations of each member of the review team.

Title	First name	Last name	Affiliation
Mrs	Luana	Pedroso	UFOP
Miss	Loreda	Oliveira	UFOP
Mrs	Wandilécia	Ferreira	UFOP

12 Funding sources/sponsors

Give details of the individuals, organizations, groups or other legal entities who take responsibility for initiating, managing, sponsoring and/or financing the review. Any unique identification numbers assigned to the review by the individuals or bodies listed should be included.
None.

13 Conflicts of interest

List any conditions that could lead to actual or perceived undue influence on judgements concerning the main topic investigated in the review.

Are there any actual or potential conflicts of interest?
None known

14 Collaborators

Give the name, affiliation and role of any individuals or organisations who are working on the review but who are not listed as review team members.

Title	First name	Last name	Organisation details
-------	------------	-----------	----------------------

Review methods

15 Review question(s)

State the question(s) to be addressed / review objectives. Please complete a separate box for each question.
Adolescents and young adults have a safe behavior regarding the use of emergency contraceptives

16 Searches

Give details of the sources to be searched, and any restrictions (e.g. language or publication period). The full search strategy is not required, but may be supplied as a link or attachment.

Observational articles were searched in national and international journals published in the last 5 years (period 2011 to 2016), available in the Virtual Health Library (Lilacs), MEDLINE (via PubMed) and Cochrane Library databases. A manual search was performed on the portal of the Ministry of Health (Brazil). Studies were selected in the Portuguese and Spanish languages. Inclusion criteria were: observational studies involving adolescents and young adults. Publications between the years 2011 and 2016 and in Portuguese and Spanish. The exclusion criteria are: bibliographic review articles, experimental studies, case reports and case series studies, and use of emergency contraceptives in emergency services.

17 URL to search strategy

If you have one, give the link to your search strategy here. Alternatively you can e-mail this to PROSPERO and we will store and link to it.

I give permission for this file to be made publicly available
Yes

18 Condition or domain being studied

Give a short description of the disease, condition or healthcare domain being studied. This could include health and wellbeing outcomes.

UNIVERSITY *of York*
Centre for Reviews and Dissemination


National Institute for
Health Research

Use of emergency contraceptives by adolescents and young adults



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP
Escola de Farmácia

CERTIFICADO DE CORREÇÃO

Certifico que a aluna **Loreda Moisés Barbosa de Oliveira**, matrícula 12.2.2069 defendeu o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “**Utilização de contraceptivos de emergência por adolescentes e adultos jovens: revisão sistemática da literatura**”, em 22 de agosto de 2017 e **REALIZOU TODAS AS CORREÇÕES REQUERIDAS PELA COMISSÃO AVALIADORA.**

Ouro Preto, 25/08/2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Loreda Moisés Barbosa de Oliveira'.

Assinatura da orientadora