



ConScientiae Saúde

ISSN: 1677-1028

conscientiaesaude@uninove.br

Universidade Nove de Julho

Brasil

Pereira dos Santos, Geisa; Rocha Borges dos Santos, Jaqueline
Avaliação do uso de contraceptivo de emergência em distintas regiões de São Paulo
ConScientiae Saúde, vol. 10, núm. 2, 2011, pp. 387-393
Universidade Nove de Julho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92919297026>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Avaliação do uso de contraceptivo de emergência em distintas regiões de São Paulo

Evaluation of the use of emergency contraception in different regions of São Paulo

Geisa Pereira dos Santos¹; Jaqueline Rocha Borges dos Santos²

¹Farmacêutica – Uninove, São Paulo, SP – Brasil.

²Mestre em Farmacologia – Unicamp, Doutoranda em Farmacologia – USP, Docente de Farmacologia. Pesquisadora do grupo de Farmacologia – Uninove. Departamento de Ciências da Saúde. Uninove. São Paulo, SP – Brasil.

Endereço para correspondência

Jaqueline Rocha Borges dos Santos
Av. Francisco Matarazzo, 612 – 1º Andar, Água Branca
05001-100 – São Paulo – SP [Brasil]
jaquelinr@uninove.br

Local da pesquisa: Regiões norte, leste, oeste e centro de São Paulo, SP – Brasil.

Resumo

Introdução: A contracepção de emergência (pós-coito) pode ser utilizada por mulheres após uma relação sexual desprotegida. Todavia, é usada de maneira descontrolada por adolescentes e adultas. **Objetivo:** Desse modo, objetivou-se identificar o perfil das consumidoras de contraceptivos de emergência. **Método:** Farmacêuticos de trinta farmácias de pequeno, médio e grande porte nas regiões: norte, leste, oeste e centro de São Paulo foram entrevistados. Três marcas diferentes do fármaco levonorgestrel foram consideradas quanto ao consumo, por ordem decrescente de preço, respectivamente: A, B e C. **Resultados:** Verificou-se que 87% dos farmacêuticos apontaram que as jovens são as principais usuárias do fármaco. A procura por orientação farmacêutica atingiu 73%; em contrapartida, o medicamento foi comercializado sem prescrição médica. Apenas em 16% das farmácias houve relatos de ocorrência de reações adversas. Embora a marca B tenha sido a mais comercializada (44%), houve diferenças de consumo por custo versus perfil socioeconômico nas regiões estudadas. **Conclusão:** O estudo mostrou a necessidade de programas educativos sobre contracepção de emergência.

Descritores: Anticoncepção pós-coito; Educação em saúde; Orientação.

Abstract

Introduction: Emergency contraception (or postcoital) is a contraception form that can be used by women after unprotected sexual relation. However, it is used in an uncontrolled way by females adolescents and adults. **Objective:** To identify the consumers of emergency contraception profile. **Method:** Pharmacists of 30 small, medium and large pharmacies in the north, east, west and center regions of São Paulo were interviewed. Three different brands of the drug levonorgestrel were considered as consumption, in descending order of price, respectively: A, B and C. **Results:** Eighty-seven percent of the pharmacists mentioned that the young women are the main users of this medicine. Demand for pharmaceutical guidance reached 73%, in contrast, the product was sold without prescription. Only 16% of pharmacists surveyed reported the occurrence of adverse reactions. Although brand B was the most traded (44%), there were differences in consumption by cost versus socio-economic profile in the regions studied. **Conclusion:** The study showed the need for educational programs about emergency contraception.

Key words: Contraception, postcoital; Health education; Orientation.

Introdução

Os métodos contraceptivos têm sido cada vez mais utilizados por mulheres, adolescentes e adultas, em todo mundo. A contracepção hormonal pode ser alcançada utilizando fármacos combinados (estrógenos + progesterona), ou medicamento contendo apenas progesterona ou ainda somente levonorgestrel (contraceptivo de emergência)¹, sendo este último analisado neste trabalho.

Os princípios da contracepção são conhecidos de longa data. Os hebreus aconselhavam diversas medidas pós-coito como andar, correr e fazer movimentos bruscos, no sentido de eliminar o ejaculado e reduzir o risco de gravidez. Procedimentos semelhantes foram descritos por Lucrecius (98-55 AC), Sorano (99-138 DC), Rhazes (Século IX), Avicenna (980-1037) e Thomas de Aquino (1225). Formulações magistrais ou caseiras, aplicadas ao meio vaginal, também são descritas no Egito e na Índia em 1550 a.C. Somente em 1939, aparecem os primeiros estudos com duchas vaginais, método bastante popularizado a partir do século XVII. Na década de 60, iniciaram-se estudos utilizando esteroides sexuais, principalmente o dietilestilbestrol. Desde então, muitas substâncias esteroides e não esteroides têm sido usadas com a finalidade de prevenir a gravidez pós-coito².

A contracepção de emergência, feita à base de pílulas de progestogênio oral, começou a ser estudada em 1970 por Albert Yuzpe e foi disponibilizada no mercado da Hungria, nesse mesmo ano e, logo em seguida, no da China, em 1980, e no da Suécia, em 1984. Portanto, é um método que pela sua longevidade, já poderia estar incluído nas diretrizes políticas de planejamento familiar das décadas de 70 e 80³.

No Brasil, as pílulas anticoncepcionais de emergência vêm sendo usadas há alguns anos, porém em ambientes restritos, nunca como prática sistematizada. Em março de 1996, foi realizada em Brasília, uma oficina sobre anticoncepção de emergência, promovida pelo escritório do *Population Council* no Brasil e pela

Coordenação de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde (MS). Com o resultado desse evento o MS incorporou a anticoncepção de emergência (AE) às normas nacionais, incluindo esse método no manual de planejamento familiar. Em 1998, o Ministério propôs a norma para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual. Essa norma entrou em vigor em 1999, depois de bastante polêmica no Congresso Nacional, suscitada por alguns parlamentares que a classificavam como legitimadora do aborto⁴.

O Ministério da Saúde iniciou a aquisição de pílulas contraceptivas de emergência, em 2000, distribuindo-as, inicialmente, em serviços de atendimentos às mulheres vítimas de violência, e logo a seguir (2002), como item dos contraceptivos disponibilizados aos municípios pelo Programa de Planejamento Familiar⁵.

A contracepção de emergência, dessa forma, faz parte de um cenário crescente de conquistas no campo dos direitos sexuais e reprodutivos brasileiros, tendo a possibilidade de causar um forte impacto positivo em diversos temas que vêm sendo discutidos para garantir o exercício saudável da saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres, adultos e jovens⁶.

A contracepção de emergência pode ser utilizada por mulheres após uma relação sexual desprotegida. Qualquer mulher com risco de gravidez pode precisar desse recurso frente ao uso incorreto ou inconsistente de um método contraceptivo, tais como esquecimento de tomar a pílula, ou de colocar o diafragma, falha de métodos (como rompimento do condom ou expulsão do dispositivo intrauterino) e/ou no caso de uma relação sexual imprevista ou violenta⁴.

O levonorgestrel é capaz de realizar contracepção de emergência pós-coito desprotegido. Apresenta-se em dois comprimidos de 0,75 mg, o primeiro comprimido devendo ser tomado logo após o coito desprotegido, até no máximo 72 horas, e o segundo, 12 horas após a primeira dose, e também há a apresentação em dose única com um comprimido de 1,5 mg. Não devem ser administrados a mulheres que tenham a gra-

videz confirmada, pois não são eficazes após ter ocorrido o processo de implantação do óvulo¹.

A contracepção de emergência permite as mulheres uma segunda possibilidade de evitar gravidez não desejada⁶.

O levonorgestrel age nos seguintes sítios: eixo-hipotalâmico pituitário-ovariano; fator endometrial (alguns autores defendem que o levonorgestrel também possui efeito sobre os eventos que ocorrem após a fecundação, por interferir no preparo do endométrio de algumas moléculas dependentes de progesterona, resultando em meio desfavorável para a implantação do óvulo); fator tubário (alteração da motilidade tubária, o que impediria a captação e o transporte do óvulo pela tuba em direção ao útero); inibição da capacitação do espermatozoide, última fase de amadurecimento dos espermatozoides no organismo feminino, sendo capaz de alterar o pH do fluido uterino e a viscosidade do muco cervical⁷.

A eficácia é significativamente e inversamente relacionada ao tempo desde o coito desprotegido. O tratamento iniciado dentro de 48 horas de coito desprotegido tem índice de gravidez de intenção em 2,9%, com o regime de levonorgestrel. De maneira geral, as pílulas contraceptivas de emergência são menos eficazes que os métodos contraceptivos de emergência, que são menos eficazes que os métodos contraceptivos regulares. As pílulas contraceptivas de emergência não podem ser utilizadas regularmente porque o índice de falha durante um ano completo de seu uso seria mais elevado que os contraceptivos hormonais regulares¹.

As reações adversas mais comumente encontradas são náuseas, vômitos, sangramento uterino irregular, sensibilidade das mamas, cefaleia, tontura e fadiga⁸.

Diante da aprovação do contraceptivo de emergência para utilização nos Estados Unidos, foi realizado um estudo com mulheres que receberam prescrição do contraceptivo, para avaliar o risco de tromboembolismo venoso associado a seu uso. Os resultados mostraram que a utilização da contracepção de emergência, a curto

prazo, não está associada com um risco substancialmente aumentado para desenvolver tromboembolismo. Assim, o risco de tromboembolismo venoso atribuído ao uso do contraceptivo de emergência não é mais elevado do que é para o risco o uso do contraceptivo oral tradicional, apesar do índice hormonal mais elevado^{9, 10, 11}.

O objetivo neste trabalho é constatar a incidência do uso inadequado do contraceptivo de emergência, relacionando faixa etária, conhecimento e informação sobre o medicamento dentre outros, com base em dados coletados em farmácias comunitárias das regiões norte, leste, oeste e centro de São Paulo.

Métodos

Foi realizado um estudo de campo, exploratório, descritivo com abordagem quantitativa; em que foram entrevistados farmacêuticos de trinta farmácias comunitárias de pequeno, médio e grande porte entre as regiões: norte, leste, oeste e centro do Município de São Paulo.

O objetivo no estudo, a participação voluntária e a garantia do anonimato foram informados; aos voluntários que aceitaram assinar um termo livre e esclarecido, seguindo os preceitos éticos pautados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi aplicada aos farmacêuticos responsáveis pelas farmácias, por meio de instrumento específico constituído de sete questões, contendo as seguintes abordagens: principal faixa etária consumidora, uso sob prescrição médica, orientação farmacêutica, frequência quanto ao uso, ineficácia do fármaco e reações adversas.

Na região norte de São Paulo, foram selecionadas as farmácias localizadas entre a população de classe média e baixa; já na região central de São Paulo houve dispensação aos diversos perfis socioeconômicos. Nas regiões leste e oeste de São Paulo, foram escolhidas farmácias que próximas à população de classe média e de alta.

De acordo com o consumo, três marcas diferentes foram analisadas do fármaco levonorgestrel, a saber: A, B e C, respectivamente elencados por ordem decrescente de preço.

Resultados

Quando questionado a respeito da marca mais comercializada, verificou-se maior predominância da marca B, com 44%, em segundo lugar, a marca A, representando 26%, em seguida, a C, com 23% e outras marcas atingiram percentual de 7%; conforme demonstra o gráfico na Figura 1.

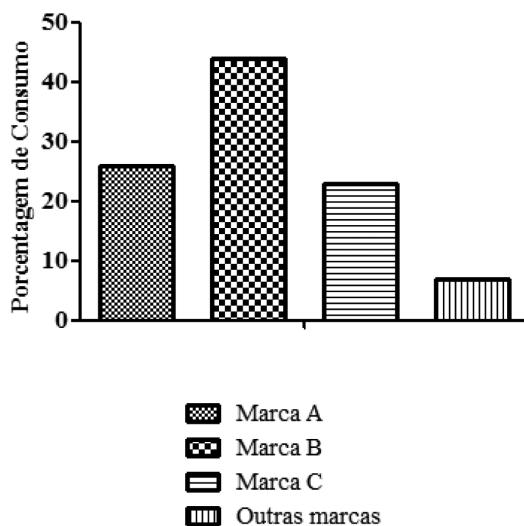


Figura 1: Marcas comercializadas nas farmácias comunitárias entrevistadas. As marcas A, B e C estão elencadas por ordem decrescente de preço

Com relação ao consumo das marcas por regiões pesquisadas na cidade de São Paulo, observa-se que apenas a marca C é comercializada na região norte. As marcas A e B representam maior comercialização nas regiões leste e oeste. Na região central, há um equilíbrio nas vendas das marcas A, B e C, conforme demonstrado na Figura 2.

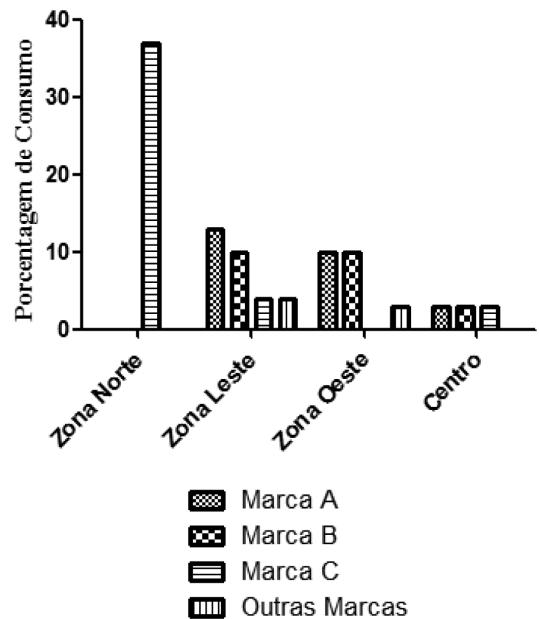


Figura 2: Consumo de levonorgestrel nas marcas: A, B, C e outras, nas regiões: norte, leste, oeste e centro da cidade de São Paulo

Em relação à principal faixa etária consumidora, os farmacêuticos entrevistados de vinte e seis farmácias dentre as trinta, ou seja, 87% deles apontaram as jovens e adolescentes como as principais consumidoras do fármaco. Quanto à procura do contraceptivo com prescrição médica, 100% afirmaram que sua procura é realizada sem prescrição. No entanto, farmacêuticos de vinte e duas farmácias, 73% da amostra, relataram que as pacientes solicitam orientação farmacêutica sobre a maneira de administrar e sobre o intervalo entre as dosagens; enquanto que em oito farmácias, 27% do total, eles referiram que houve procura do medicamento sem solicitação de orientação do profissional.

O retorno das pacientes ao estabelecimento em período menor que um mês (para compra de contraceptivo de emergência) foi identificado em treze farmácias, representando um total de 43%; enquanto em dezessete, ou seja, 57%, os farmacêuticos mencionaram não observar retorno de uma mesma cliente em curto intervalo de tempo.

Em relação à ineficácia do medicamento, houve apenas relato de um caso. Já as reações adversas foram observadas em cinco farmácias (16%), enquanto que em vinte e cinco (83%), não houve relato de reações adversas, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil das consumidoras do contraceptivo de emergência em trinta farmácias comunitárias nas regiões central, norte, leste e oeste da cidade de São Paulo

Idade	Orientação farmacêutica	Retorno das pacientes à farmácia	Relato de reações adversas
Adolescentes/ Jovens 87%	Pacientes solicitam orientação 73%	Pacientes não retornam 57%	Relatadas 16%
Adultas 13%	Pacientes que não solicitam orientação 27%	Pacientes retornam 43%	Não relatadas 83%

Discussão

Com base nos resultados apresentados, observou-se que na procura do contraceptivo de emergência a primeira avaliação da paciente é em relação ao preço, procura por um fármaco com baixo custo, mas que seja eficaz. No entanto, nesse momento, percebe-se que a “lei comercial” é evidente, muitas vezes, os atendentes de balcão influenciados pelas comissões recebidas, acabam indicando o medicamento no qual suas possibilidades de lucro são maiores. Algumas pacientes são influenciadas pela comodidade da dose, nesse caso, o custo fica em segundo plano, procuram o de dose única; porém, como citado por alguns farmacêuticos entrevistados, são os que mais provocam relatos de casos de reações adversas, tais como náuseas, vômitos e ciclo menstrual irregular.

A pesquisa realizada na região norte de São Paulo nas farmácias comunitárias localizadas entre pessoas de poder aquisitivo médio

a baixo apontou o fármaco levonorgestrel da marca C, que possui preço mais acessível em relação às outras marcas, como contraceptivo de emergência de escolha. Já a região central de São Paulo atende um público com perfil socioeconômico variado, logo as farmácias comunitárias localizadas nestas regiões demonstraram vendas equilibradas entre as três marcas. Considerando a classe média e a alta da região leste e oeste de São Paulo, a pesquisa apontou as marcas A e B do fármaco levonorgestrel como as mais comercializadas. O que evidencia o poder aquisitivo da região, assim como a busca pela comodidade por dose única e facilidade da localização das farmácias comunitárias, algumas situadas próximas a bares e estabelecimentos frequentados por jovens e adolescentes, sendo esses os principais consumidores do contraceptivo de emergência. Isso se vincula à precocidade do início da atividade sexual, fator que expõe as adolescentes aos riscos de gravidez, às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS, acrônimo em inglês).

Estudos realizados nos EUA apontam para um número superior a 80% dos adolescentes que não fazem uso de qualquer contraceptivo nas suas relações sexuais; no entanto, aproximadamente 90% desses indivíduos estão dispostos a buscar a contracepção de emergência, isso, muitas vezes, devido à falta de serviços de assistência em que possam buscar orientação¹². Hansen e colaboradores (2002)¹³ sinalizam a necessidade de educação sexual a essa população nas escolas, inserindo explicação sobre o contraceptivo de emergência, destacando a não substituição dos métodos contraceptivos de uso regular ou de outros tipos.

O uso do contraceptivo de emergência sem prescrição médica alerta para o fato de esse recurso passar a ser utilizado no lugar de um método anticoncepcional de uso cotidiano. O que pode acarretar possíveis danos à saúde das mulheres em consequência de altas doses hormonais do medicamento, como relato de caso, ocorrido em 2003, de uma paciente de 27 anos,

que apresentou gravidez ectópica, de localização tubária, com corpo lúteo contra lateral, após uso de contracepção de emergência por falta do método anticoncepcional de escolha (preservativo masculino)⁷. De modo complementar, estudos realizados por Aksu e colaboradores (2010)¹⁴ confirmam a deficiência de conhecimento das mulheres sobre a utilização efetiva, segurança, mecanismo de ação e *status* legal da contracepção de emergência; corroborando a importância dos profissionais de saúde na orientação e informação a essas pessoas. Gee e colaboradores (2007)¹⁵ e Silva e colaboradores (2010)¹⁶ destacam a importância de campanhas educativas comunitárias, para aumentar o conhecimento da população sobre o contraceptivo de emergência. Costa e colaboradores (2008)¹⁷ também salientam a necessidade de os indivíduos obterem informação e acesso ao contraceptivo de emergência, sem reduzir o uso de contraceptivos regulares, incluindo os preservativos.

Verificou-se que grande parte das pacientes solicita orientação farmacêutica quanto à administração do contraceptivo de emergência e, de acordo com os farmacêuticos entrevistados, as que não solicitam são orientadas da mesma forma.

De modo geral, os farmacêuticos das farmácias comunitárias entrevistadas citaram que as pacientes são orientadas quanto à próxima menstruação, podendo esta ocorrer mais cedo ou mais tarde que o previsto (se a menstruação estiver mais de uma semana atrasada, a paciente pode estar grávida).

A paciente é alertada para utilizar um método contraceptivo de barreira (como o preservativo) até que a próxima menstruação ocorra, também pelo fato de que o levonorgestrel não previne contra doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS, por exemplo.

Também há orientação de que o medicamento não vai interromper uma gravidez já em curso, e que o método é para contracepção de emergência e não deve ser utilizado como rotina. No entanto, quanto a este último item percebe-se que, hoje em dia, a falta de informação

sobre contraceptivo de emergência faz com que muitas pacientes realizem uso constante desse medicamento, sem atentar às possíveis consequências de sua utilização indiscriminada.

Estudos indicam que a disseminação da informação sobre contraceptivo de emergência não muda o uso de contraceptivo regular¹⁸. Por outro lado, a frequente utilização do contraceptivo de emergência leva à descontinuação do contraceptivo regular¹⁹. Por essa razão, Díaz e colaboradores (2003)²⁰ discutem a aceitação do contraceptivo de emergência e o papel das autoridades públicas de saúde na implantação de programas educativos e treinamento aos profissionais de saúde.

De acordo com as entrevistas, poucas pacientes se queixam de reações adversas e quando relatadas normalmente se tratam de atraso ou adiantamento do ciclo menstrual, náuseas, vômitos, já descritas na bula do medicamento.

Em relação à ineficácia do fármaco houve o relato de um caso; no entanto, conforme mencionado pelo farmacêutico, a paciente não respeitou corretamente seu modo de administração e o intervalo entre as dosagens.

Conclusão

Diante do número de adolescentes que utilizam o contraceptivo de emergência, torna-se evidente a importância de um programa de disseminação da informação (dosagens, posologia, reações adversas) sem se contrapor às campanhas e ações de incentivo ao uso de preservativo para a prevenção das DSTs.

Tornar disponível a contracepção de emergência, facilitando seu acesso em serviços básicos de saúde, tem o poder de reverter, de forma considerável, o número de gestações indesejadas. Além disso, é o único método, legalizado para comercialização, disponível atualmente para ser utilizado após relação sexual, que previne também falhas contraceptivas, como o rompimento do preservativo e falta de uso regular da pílula anticoncepcional.

Devido a esses fatores, a contracepção de emergência tem um papel fundamental na redução do risco de gravidez, do número de gestações não planejadas e de abortos na adolescência, desde que seja utilizada de forma correta, com prescrição médica e orientação farmacêutica, respeitando os intervalos de dosagens, e não seja usada de forma constante pelas mulheres. Deve-se atentar ao fato de que o medicamento deve ser utilizado pela mulher em situação de risco de engravidar e não pode substituir o uso do preservativo, pois a contracepção previne a gravidez não planejada; no entanto, não protege contra as doenças sexualmente transmissíveis.

Referências

1. Rathke A, Poester D, Lorenzatto JF, Schmidt VB, Herter LD. Contracepção hormonal contendo apenas progesterona. *Adolesc Latiamericana*. 2001;2(2):90-6.
2. Drezet J. Contracepção de emergência e violência sexual. In: I Conferencia del Consorcio Latinoamericano de anticoncepción de Emergencia. 16-18 out, 2002; Quito: CLAE; 2002.
3. Figueiredo R. Contracepção de emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva, IPAS Brasil*. 2004 set;13. Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/10anos/Regina_CE2004.doc
4. Hardy E, Duarte GA, Osis MJ, Arce XE, et al. Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreira. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(4):1031-5.
5. Figueiredo R, Andalaft Neto J. Uso da contracepção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. *Revista da SOGIA-BR*. 2005;6:2.
6. Tunner A, Ellerton C. How safe is emergency contraception?. *Drug Safety*. 2002;25(10):695-706.
7. Zucchi R, Elito Júnior J, Zucchi F, Camano L. Gravidez ectópica após uso de contracepção de emergência: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(9):741-3.
8. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower R. Farmacologia. Tradução da 6ª edição Americana. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2007. p. 502.
9. Vasilakis C, Jick SS, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Elsevier*. 1999;59(2):79-83.
10. Jick H, Jick SS, Gurewich V, Myers MW, Vasilakis C. Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components. *Lancet*. 1995 Dec 16;346(8990):1589-93.
11. Toglia MR, Weg JG. Venous thromboembolism during pregnancy. *N Engl J Med*. 1996;335(2):108-14.
12. Vieira L, Saes S, Dória AA, Goldberg TB. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Revista Brasileira Saúde Mater*. 2006;16(1):135-40.
13. Hansen CC, Svare EI, Petersen RH, Bock JE. Who are the users of emergency contraception? *Ugeskr Laeger*. 2002;21;164(43):5003-5.
14. Aksu H, KUuçük M, Karaöz B, Unay V. Knowledge, practices, and barriers concerning the use of emergency contraception among women of reproductive age at a university hospital of Aydin, Turkey. *Arch Gynecol Obstet*. 2010;282(3):285-92.
15. Gee RE, Delli-Bovi LC, Chuang CH. Emergency contraception knowledge after a community education campaign. *Contraception*. 2007;76(5):366-71.
16. Silva FC, Vitalle MS, Maranhão HS, Canuto MH, Pires MM, Fisberg M. Regional differences in knowledge, attitudes, and practice in emergency contraceptive use among health sciences university students in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1821-31.
17. Costa NF, Ferraz EA, Souza CT, Silva CF, Almeida MG. Access to emergency contraception: old barriers and new questions. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(2):55-60.
18. Blanchard K, Bungay H, Furedi A, Sanders L. Evaluation of an emergency contraception advance provision service. *Contraception*. 2003;67:343-8.
19. Borges AL, Fujimori E, Hoga LA, Contin MV. Contraceptive practices among university students: the use of emergency contraception. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(4):816-26.
20. Diaz S, Hardy E, Alvarado G, Ezcurra E. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico: 1 – Perceptions of emergency oral contraceptives. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(5):1507-17.

