

**RAZÕES PARA NÃO UTILIZAR A ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA:
SUBESTIMAÇÃO DO RISCO DE ENGRAVIDAR*****REASONS FOR NOT USING THE EMERGENCY CONTRACEPTION:
UNDERESTIMATION OF THE RISK OF PREGNANCY****RAZONES PARA NO USAR LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: LA
SUBESTIMACIÓN DEL RIESGO DE EMBARAZO**

Osmara Alves dos Santos¹, Ana Luiza Vilela Borges², Christiane Borges do Nascimento Chofakian³

RESUMO

Objetivo: Descrever as razões pelas quais mulheres em gravidez não planejada não usaram a anticoncepção de emergência para prevenir a gravidez em curso. **Método:** Estudo quantitativo, transversal, realizado com amostra probabilística de mulheres grávidas usuárias de 12 Unidades Básicas de São Paulo (n=366), entre março e junho de 2013. O critério de inclusão foi estar em uma gravidez não planejada. No Stata 12.0, os dados foram analisados por meio de proporções. **Resultados:** Apesar de a maioria conhecer a anticoncepção de emergência (96,7%), apenas 9,8% usaram para prevenir a gravidez em curso. A principal razão para o não uso foi pensar que não iria engravidar (47,6%). Outras razões foram querer engravidar no futuro e não pensar/lembrar do método. **Conclusões:** Reconhecer as situações em que corre o risco de engravidar, saber como obter e usar o método e ter claras intenções reprodutivas podem aumentar o uso da anticoncepção de emergência quando indicada.

Palavras-Chave: Saúde reprodutiva. Saúde sexual. Gravidez não planejada. Anticoncepcionais pós-coito.

ABSTRACT

Objective: To describe the reasons for which women in unplanned pregnancies did not use emergency contraception to prevent pregnancy in progress. **Method:** Quantitative, cross-sectional study in a random sample of users of pregnant women 12 Basic Units of a district of São Paulo (n=366), between March and June 2013. The inclusion criterion was living in an unplanned pregnancy. In Stata 12.0, the data were analyzed using proportions. **Results:** Although most have knowledge emergency contraception (96.7%), only 9.8% used for preventing pregnancy in progress. The main reason for nonuse was thinking that it would not become pregnant (47.6%). Other reasons were wanting to get pregnant in the future and not think/remember the method. **Conclusions:** Recognize situations where you risk getting pregnant, how to get and use the method and have clear reproductive intentions can increase the use of emergency contraception as indicated.

Key Words: Reproductive health. Sexual health. Unplanned pregnancy. Contraceptives, postcoital.

* Extraído da dissertação “Razões do não uso da anticoncepção de emergência quando indicada”. Escola de Enfermagem, USP (Universidade de São Paulo), São Paulo/SP, 2014.

¹ Doutoranda da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, Brasil. E-mail: osmara.alves@usp.br;

² Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo/SP, Brasil. E-mail: alvilela@usp.br;

³ Doutoranda da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo/SP, Brasil. E-mail: chris@usp.br.

RESUMEN

Objetivo: Describir las razones por las que las mujeres con embarazos no planeados no utilizaron anticoncepción de emergencia para prevenir el embarazo en curso. **Método:** Estudio cuantitativo, transversal de una muestra probabilística de mujeres embarazadas usuarias de 12 unidades básicas de un distrito de São Paulo (n=366), entre marzo y junio de 2013. El criterio de inclusión fue estar en un embarazo no planeado. En Stata 12.0, los datos se analizaron mediante proporciones. **Resultados:** Aunque la mayoría conoce la anticoncepción de emergencia (96,7%), sólo el 9,8% usaron para prevenir el embarazo en curso. La razón principal para no hacer el uso fue pensar que no iba a quedar embarazada (47,6%). Otras razones fueron querer quedar embarazada en el futuro y no pensar/recordar el método. **Conclusiones:** Reconocer situaciones en que tiene el riesgo de quedarse embarazada, saber cómo obtener y utilizar el método y tener claras intenciones reproductivas pueden aumentar el uso de la anticoncepción de emergencia cuando sea indicada.

Palabras Clave: Salud reproductiva. Salud sexual. Embarazo no planeado. Anticonceptivos poscoito.

INTRODUÇÃO

Apesar da alta porcentagem do uso de métodos anticonceptivos (MAC) no Brasil, as gestações não desejadas ainda persistem. Isto significa que, embora alto, o uso de MAC ocorre de forma inadequada, descontínua e/ou inconsistente. A pílula oral e o preservativo masculino são os métodos reversíveis mais utilizados no Brasil,¹ justamente alguns dos MAC que apresentam o maior índice de falhas,² por serem MAC reversíveis de curta duração e que não dependem de profissionais treinados para sua interrupção. É nesse cenário que a anticoncepção de emergência (AE) torna-se uma opção, por ser o único MAC que pode ser usado após a relação sexual desprotegida, quando um MAC regular não foi utilizado, quando houve falha presumida do MAC e em casos de violência sexual.³

A lei número 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o Planejamento

Familiar no Brasil,⁴ determina que sejam oferecidos todos os métodos e técnicas de contracepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção, já que a falta de acesso aos meios contraceptivos constitui-se em violação de direitos. Recomenda-se que os serviços dirigidos para essa finalidade estejam incluídos na esfera da atenção primária à saúde. A AE é um dos métodos, cuja oferta deve ser garantida às mulheres pelos serviços de saúde.

Apesar da alta eficácia, a AE ainda é subutilizada em todo o mundo.⁵ Isso significa que há situações vivenciadas por mulheres e casais em que seu uso seria indicado, mas por inúmeras razões, o uso não acontece. Pouco se sabe sobre as razões porque algumas mulheres com indicação de uso da AE não a usem. Estudos realizados em países onde o método é distribuído apontam a subestimação do risco de

engravidar como sendo a principal razão para o não uso da AE.^{6,7} Outras razões importantes identificadas por estudos foram a falta de conhecimento adequado sobre o método,^{8,9} preocupação com os efeitos colaterais,¹⁰ medo dos julgamentos dos profissionais de saúde¹¹ e o alto custo.¹⁰

No Brasil, ainda não foram realizados estudos que abordem as razões para o não uso da AE. Assim, partindo do pressuposto que o conhecimento sobre AE é alto no Brasil e seu acesso no Estado de São Paulo também é facilitado,¹² uma vez que esse medicamento é distribuído na rede pública de saúde e pode ser adquirido facilmente em farmácias comerciais, o objetivo deste estudo foi analisar as razões do não uso da AE por um grupo específico de mulheres que vivenciam uma gravidez não planejada ou ambivalente.

MÉTODOS

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo transversal, conduzido em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, Município de São Paulo. A população de estudo foi composta por mulheres gestantes de diferentes idades gestacionais, usuárias das UBS. Para a seleção das mulheres, utilizou-se o método de amostragem casual simples estratificada com partilha proporcional ao tamanho do número de mulheres gestantes cadastradas em cada UBS em 2012.

A coleta de dados ocorreu de abril a julho de 2013 e foi realizada por meio de entrevista face a face com todas as mulheres gestantes que procuraram a UBS para fazer a consulta de pré-natal ou qualquer outra atividade. Foram explicados os objetivos da pesquisa e, no caso de concordância, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) seguia-se com a entrevista.

Inicialmente aplicou-se o London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP)⁽¹³⁾ que é um instrumento de mensuração da gravidez não planejada e que possibilita a construção de um score que vai de zero a doze. Os pontos obtidos podem ser segmentados em três grupos: 10-12, que correspondem à gravidez planejada; 4-9 que correspondem à ambivalência quanto ao planejamento da gravidez; 0-3 que correspondem à gravidez não planejada. Em seguida, para as mulheres com gravidez classificada como não planejada ou ambivalente, foram feitas perguntas sobre seus dados sociodemográficos, história reprodutiva, história contraceptiva (uso de MAC no mês que ficou grávida), conhecimento sobre AE, uso anterior da AE, uso da AE para prevenir a gravidez em curso e razões para não usar a AE para prevenir a gravidez em curso. Cada entrevista durou de 15 a 20 minutos.

Para a análise dos dados, foram consideradas como tendo a necessidade do uso da AE aquelas mulheres com gravidez não planejada ou com ambivalência quanto ao planejamento da gravidez segundo o LMUP (n=366). A digitação do instrumento foi realizada diretamente no FormSUS e as análises estatísticas foram realizadas por meio do software Stata versão 12.0. A caracterização das razões para não usar a AE, foi realizada por meio de proporções.

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa credenciado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (processo nº 350.320/2011) e todos os preceitos éticos de pesquisa em seres humanos foram seguidos.

RESULTADOS

As características sociodemográficas das mulheres entrevistadas estão detalhadamente descritas.¹⁴ As mulheres tinham, em média, 25 anos de idade (dp=6,5). A maioria era de cor parda, pertencia ao grupo econômico C, morava com o parceiro e estudou, em média, 9,5 anos (dp=2,4). Um pouco mais da metade não estava usando qualquer MAC no mês em que ficou grávida (51,1%). Dentre os MAC utilizados, destaca-se o uso de pílula (25,4%) e do preservativo masculino (11,5%).

Dentre as 366 entrevistadas, 96,7% conheciam a AE e apenas 36 a usaram para

prevenir a gravidez em curso. Isto significa que a AE falhou em prevenir a gravidez das 9,8% das mulheres que usaram o método.

Teoricamente, todas as mulheres deste estudo tinham indicação para usar a AE para prevenir a gravidez em curso, pois não planejaram ou eram ambivalentes quanto ao planejamento da gravidez. No entanto, se fizermos uma análise mais restrita e considerar três condições (conheciam a AE, tinham consciência do risco de engravidar e estavam em uma gravidez não planejada ou ambivalente), 63,1% (n=231) eram candidatas ao uso. Destas, apenas 11,7% (n=27) usaram a AE para prevenir a gravidez atual. Assumindo que a AE tenha 74% de eficácia, aproximadamente 41,0% das gravidezes poderiam ter sido evitadas com o uso da AE.**

Na Tabela 1, são apresentadas as razões pelas quais as 330 (90,2%) mulheres não usaram a AE para prevenir a gravidez em curso. Em primeiro lugar, pensar que não iria engravidar foi a razão mais citada para não usar a AE (47,6%). A segunda razão mais citada foi querer engravidar, porém, esse não era bem o momento apropriado (14,5%). Outras razões importantes para não usar AE foi não pensar ou lembrar-se do método (13,3%) e

** Cálculo com base no estudo de Moreau et al., (2005)⁽⁷⁾. $y = 63,1\%$ (candidatas ao uso da AE) x $88,3\%$ (não usaram a AE) x 74% (eficácia da AE) = $41,0\%$ (gravidezes que poderiam ser evitadas).

a falta de conhecimento específico sobre a AE (7,0%). Outras respostas estiveram relacionadas com concepções errôneas sobre AE, como por exemplo, pensar que AE provocaria aborto e efeitos colaterais sérios e não acreditar na eficácia da AE.

Outras razões, que aparecerem em menor proporção, mas que juntas representaram 13,3% e por isso merecem ser citadas foram: marido ou namorado não deixou usar; pensar que ela ou o marido

eram inférteis; estava usando um método regular e não pensou que ele falharia; pensar que já estava entrando na menopausa; não gostar de tomar medicamento; descuido/relaxo; achar que não estava no período fértil; ter alergia a anticoncepcional; achar que não era necessário; quando pensou em usar, já não dava mais tempo; não tinha dinheiro para comprar; esquecimento de tomar e estava amamentando.

Tabela 1 – Número e proporção de mulheres com gravidez não planejada, segundo as razões para não usar anticoncepção de emergência para prevenir a gravidez em curso. São Paulo, 2013.

| Razão para não usar AE (n=330) | N | %* |
|--|----------|-----------|
| Pensou que não iria engravidar | 157 | 47,6 |
| Queria engravidar, mas não naquele momento | 48 | 14,5 |
| Não pensou/lembrou no método | 44 | 13,3 |
| Não conhecia bem o método | 23 | 7,0 |
| Preocupação com efeitos colaterais | 10 | 3,0 |
| Medo de provocar aborto | 9 | 2,7 |
| Não confiava no método | 9 | 2,7 |
| Não quis/resolveu esperar | 8 | 2,4 |
| Esqueceu de tomar | 6 | 1,8 |
| Outros motivos | 44 | 13,3 |

Fonte: Santos, Borges, Chofakian, 2014.

* Questão que admitiu múltipla resposta.

DISCUSSÃO

Neste estudo, apenas uma em cada dez mulheres com gravidez não planejada ou ambivalente usou a AE para prevenir a gravidez em curso. Pode-se dizer que o método foi subutilizado para prevenir a gravidez em curso e não está sendo

utilizado quando seria indicado. Em estudos realizados com mulheres com gravidez não planejada e que foram atendidas em clínicas de aborto, a proporção de uso foi 9,2% na França⁷ e 13,3% na China.⁶ A falha da AE pode ser um fator limitante para usá-la novamente quando necessário,⁶ ou seja, as

mulheres podem perder a confiança no método. É importante orientar que quanto mais cedo a AE for usada, maior a eficácia.

Não consciência do risco de engravidar

A principal razão para o não uso da AE quando indicada esteve relacionada à falta de consciência do risco de engravidar, já que a maioria das mulheres referiu não usar AE por pensar que não iria engravidar, confirmando resultados de estudos similares conduzidos em outros países.^{6,7} Cabe ressaltar que a consciência do risco de engravidar pode variar ao longo do tempo e que existem alguns aspectos que levam a mulher a subestimar tal risco, tais como se sentirem invulneráveis à gravidez, pois existe o imaginário mágico de que a gravidez não acontecerá com elas; se sentirem ou pensarem que seus maridos eram inférteis; alguns estressores como violência interpessoal, uso de drogas, brigas com o parceiro, divórcio, que provocam desatenção na saúde reprodutiva; o uso de MAC, mesmo que o uso seja inconsistente ou incorreto, ou porque não percebem a falha no uso do MAC.¹⁵

Estudos evidenciaram que a falha em reconhecer a necessidade do uso da AE é comum.^{6,7} No estudo de Moreau et al. (2005),⁷ 47,9% das mulheres sabiam estar em risco de engravidar quando tiveram a relação sexual que culminou na gravidez, mas reavaliaram esse risco continuamente e

não usaram a AE por pensar que não iriam engravidar.

Assim, ter consciência do risco de engravidar é condição essencial para a utilização da AE, indicando que é de extrema importância que os profissionais de saúde discutam com as mulheres se elas sabem identificar as situações nas quais podem estar em risco de engravidar, incluindo, nessa discussão, a importância da AE no caso de falhas nos MAC de uso regular, principalmente o preservativo e a pílula anticoncepcional.

Falta de conhecimento sobre o método

Outras razões citadas pelas mulheres para não usar a AE foram não conhecer o método ou conhecê-lo muito superficialmente. As mulheres referiram o medo de que a AE provocasse aborto, além de preocupação com efeitos colaterais mais sérios e falta de confiança na sua eficácia, o que denota conhecimento insuficiente ou equivocado. O conhecimento insuficiente sobre AE foi citado como barreira para o não uso da AE também em outros estudos.^{8,11}

As preocupações a respeito do mecanismo de ação da AE constituem, sem dúvida, uma barreira para seu uso. Ressalta-se que as preocupações de que a AE seja abortiva não têm fundamento, pois já está amplamente relatado na literatura o principal mecanismo de ação do

levonorgestrel, que é a inibição ou atraso na ovulação.¹⁶ Além disso, caso a AE falhe e a gravidez ocorra, malformações congênitas, complicação na gestação ou qualquer outro resultado adverso da gravidez não são prováveis.¹⁷ Em relação aos efeitos colaterais, é sabido que são, na sua maioria, leves, sendo os mais comuns a náusea, poucas vezes acompanhada de vômito, sintomas menstruais, como antecipação da menstrual, aumento do fluxo e das cólicas menstruais.³ De fato, esses efeitos colaterais foram relatados pelas mulheres em estudo brasileiro¹⁸ e internacional.⁸ Maior conhecimento sobre o mecanismo de ação da AE poderia aumentar a aceitabilidade e, conseqüentemente, seu uso.

Ambivalência no planejamento da gravidez

Outra razão importante para não usar AE para prevenir a gravidez em curso foi por querer engravidar ou ter um filho no futuro, no entanto aquele não era considerado o momento apropriado para engravidar. Curiosamente, todas as mulheres que relataram essa razão para não usar AE eram ambivalentes quanto ao planejamento da gravidez (dado não apresentado).

É fato que o planejamento da gravidez não é um conceito simples, pois engloba dimensões como as intenções reprodutivas, uso de MAC, preparo pré-

concepcional, circunstâncias pessoais e influência do parceiro. Como tal, não é uma medida estática e não se pode supor que as pessoas sejam universalmente racionais e instrumentais em termos de suas decisões e controle da fecundidade.^{13,14} Entre os muitos aspectos associados ao uso de métodos, a intenção reprodutiva é o de maior relevância. Mulheres com ambivalência quanto ao planejamento da gravidez são mais propensas a não usar ou usar MAC de forma inconsistente do que as mulheres que não planejam a gravidez.¹⁹ Embora pouco explorada e descrita na literatura nacional, a ambivalência em relação ao planejamento da gravidez necessita ganhar espaço na atenção em contracepção pelo seu papel de destaque nas decisões e práticas contraceptivas.

Barreiras de acesso

Neste estudo, a disponibilidade, o acesso e o custo da AE pareceram ser menos importantes como barreiras ao uso do que a não consciência do risco de engravidar, o conhecimento limitado sobre o método e a ambivalência quanto ao planejamento da gravidez. No entanto, é importante comentar que algumas mulheres referiram não usar AE porque não tinham dinheiro para comprá-la, mesmo sendo usuárias do SUS. Ressalta-se que todas as UBS onde o presente estudo foi realizado tinham AE disponível, mas aparentemente

as mulheres não sabiam disto. Pode ser que a necessidade de passar por consulta médica ou de enfermagem para aquisição da AE tenha se configurado em uma barreira. Aliado a isso, algumas mulheres não usaram a AE para prevenir a gravidez em curso porque não pensaram ou não se lembraram do método. Isto parece significar que a AE não está tão presente na vida dessas mulheres como se pensa. Aparentemente, elas não têm ouvido falar da AE com frequência ou não têm recebido aconselhamento sobre AE nas UBS.

É preciso esclarecer que, em muitos países, incluindo o Brasil, esforços vêm sendo feitos para melhorar o acesso à AE. O avanço mais recente é o Protocolo de Utilização do Levonorgestrel²⁰ que não impõe a exigência de receita médica para aquisição da AE nas UBS, permitindo aos enfermeiros prescreverem e disponibilizarem a AE, o que certamente pode facilitar a sua aquisição nesses serviços e beneficiar as usuárias nas UBS. No entanto, a aquisição da AE diretamente nas farmácias das UBS sem a necessidade da prescrição médica ou de enfermagem, facilitaria a aquisição e certamente aumentaria o seu uso quando indicada. Somado a isso, é necessário que haja maior divulgação sobre a AE, suas indicações de uso e mecanismos de ação, tanto nas dependências das UBS, como durante as ações de atenção à saúde em geral.

Limitações do estudo

Este estudo foi realizado com mulheres que, aparentemente, não conseguiram prevenir a gravidez em curso. Os resultados não representam a proporção de mulheres que preveniu, com sucesso, uma gravidez inoportuna com o uso da AE tampouco às usuárias do sistema privado de saúde. Entretanto, foi usado um instrumento validado para classificar o planejamento da gravidez, o que possibilitou ter resultados confiáveis sobre a indicação de uso da AE. Além disso, este estudo apresenta resultados inéditos das razões do não uso da AE no Brasil, o que certamente deve contribuir para que os profissionais de saúde estabeleçam estratégias para ampliação do seu uso.

CONCLUSÕES

Muitas foram as razões dadas pelas mulheres para não usar AE na prevenção da gravidez em curso, que era não planejada ou ambivalente. Mas, sem dúvida, o que mais contribuiu para que as mulheres não usassem a AE foi a falta de consciência do risco de engravidar. Outra razão importante relacionou-se à falta de conhecimento sobre a AE. Além disso, o medo dos efeitos colaterais, o medo de provocar aborto e da eficácia do método, foram citados pelas mulheres e também revelam o baixo conhecimento sobre o método. As barreiras

ao acesso da AE nas UBS ficaram evidentes, dado que algumas mulheres não a usaram porque não tinham dinheiro para comprar.

A obtenção da AE deve ser facilitada, a eliminação da necessidade de prescrição médica ou de enfermagem pode ser um avanço, mas esforços devem ser empreendidos para que as mulheres aprendam a reconhecer quando estão em risco de engravidar e para corrigir as crenças equivocadas sobre a AE. MAC reversíveis de longa ação, como DIU e implantes, são mais efetivos na redução da proporção de gravidez não planejada, pois têm baixas taxas de descontinuidades e falhas. Assim, é necessário que as mulheres brasileiras usuárias do SUS tenham acesso também a estes MAC. É necessário que as usuárias dos MAC reversíveis de curto prazo, como pílula oral, preservativo e injetável, tenham pleno acesso à AE e ao conhecimento sobre as indicações de uso, mecanismos de ação e fontes de obtenção. Isto se justifica porque os índices de falhas são maiores nestes MAC.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Trussell J. Understanding contraceptive failure. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009; 23:199-209.

3. World Health Organization. Fact sheet N° 244. Emergency contraception. Geneva: WHO; 2012. [atualizado 2014 jul. 30]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Cheng L, Che Y, Gülmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2012; (8):1-110.
6. Meng CX, Gemzell-Danielsson K, Stephansson O, Kang JZ, Chen QF, Cheng LN. Emergency contraceptive use among 5677 women seeking abortion in Shanghai, China. *Hum Reprod.* 2009; 24(7):1612-8.
7. Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception.* 2005; 71:202-7.
8. Rahman H, Khalda E, Kar S, Kharka L, Bhutia GP. Knowledge of, attitudes toward, and barriers to the practice of emergency contraception among women in Sikkim, India. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013; 122:99-103.
9. Aksu H, Küçük 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.
10. Nguyen BT, Zaller N. Male access to over-the-counter emergency contraception: a survey of acceptability and barriers in Providence, Rhode Island. *Womens Health Issues.* 2009; 19(6):365-72.
11. Tilahun FD, Assefa T, Belachew T. Predictors of emergency contraceptive use among regular female students at Adama University, Central Ethiopia. *Pan Afr Med J.* 2011; 7(16):1-14.
12. Figueiredo R, Bastos S, Telles JL. Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes em

- municípios do estado de São Paulo. *Journal of Human Growth and Development*. 2012; 22(1):1-15.
13. Barrett G, Smith SC, Wellings K. Conceptualisation, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58:426-33.
14. Santos OA, Borges ALV, Chofakian CBN. Determinantes do não uso da anticoncepção de emergência entre mulheres com gravidez não planejada ou ambivalente. *Rev Esc Enferm USP*. 2014. 5(Esp). Prelo.
15. Frohwirth L, Moore AM, Maniaci R. Perceptions of susceptibility to pregnancy among U.S. women obtaining abortions. *Soc Sci Med*. 2013; 99:18-26.
16. Noé G, Croxatto HB, Salvatierra AM, Reyes V, Villarroel C, Muñoz C, et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception*. 2011; 84: 486-92.
17. Zhang L, Chen J, Wang Y, Ren F, Yu W, Cheng L. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Hum Reprod*. 2009; 24(7):1605-11.
18. Alano GM, Costa LN, Miranda LR, Galato D. Conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(9):2397-404.
19. Moreau C, Hall K, Trussell J, Barber J. Effect of prospectively measured pregnancy intentions on the consistency of contraceptive use among young women in Michigan. *Hum. Reprod*. 2012; 0(0):1-9.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para utilização do levonorgestrel. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Artigo recebido em 04/08/2014.

Aprovado para publicação em 07/11/2014.