

Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Procura da Contracepção de Emergência em Farmácias e Drogarias do Município de São Paulo

Prevention of Sexually Transmitted Diseases and Acquisition of Emergency Contraception at Pharmacies in the City of São Paulo

Silvia Bastos

Enfermeira; Doutora em Ciências; Mestre em Saúde Pública e pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Endereço: Rua Santo Antonio, 590, Bela Vista, CEP 01314-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: silviabastos@isaude.sp.gov.br

José Ruben de Alcântara Bonfim

Médico sanitarista; Mestre em Ciências; pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, coordenador executivo da Sobravime.

Endereço: Rua Santo Antonio, 590, Bela Vista, CEP 01314-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: jrbonfim@isaude.sp.gov.br

Suzana Kalckmann

Bióloga; Doutora em Ciências e pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Endereço: Rua Santo Antonio, 590, Bela Vista, CEP 01314-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: kalckmann@isaude.sp.gov.br

Regina Figueiredo

Socióloga; Mestre em Antropologia da Saúde e pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Endereço: Rua Santo Antonio, 590, Bela Vista, CEP 01314-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br

Maria Eugênia Lemos Fernandes

Médica infectologista; Mestre em Ciências e Coordenadora da Associação Saúde da Família.

Endereço: Praça Marechal Cordeiro de Farias, 65, Higienópolis, CEP 01244-050, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: mfernandes@saudedafamilia.org

Trabalho elaborado com base em projeto de intervenção educativa realizado pela Associação Saúde da Família com apoio da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde.

Resumo

São apresentados aspectos da experiência do projeto de intervenção educativa voltado à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da síndrome de imunodeficiência adquirida (DST/Aids) realizado com profissionais de farmácias e drogarias da área metropolitana de São Paulo. Discute-se a aquisição de contracepção de emergência como importante motivo de procura de farmácias e drogarias e seu uso como fonte de dúvidas para os profissionais. Concluiu-se que a intervenção educativa, realizada pelos profissionais nos estabelecimentos farmacêuticos, contribui na prevenção de DST/Aids, visto que o balcão de farmácia é meio frequentemente utilizado pela população na busca por orientação e indicação de produtos farmacêuticos, além de informações sobre saúde. Pode-se afirmar que é possível e indispensável a incorporação dessa estratégia educativa na prevenção de DST/Aids por estabelecimentos farmacêuticos, em situações cotidianas de risco ou preocupação com doenças presumíveis e com a gravidez por meio de proposição de condutas eficazes de saúde para a população. Extraíram-se lições sobre a experiência quanto à importância de ações de educação para jovens e para profissionais de farmácias em que se enfatizem os direitos sexuais e reprodutivos e a promoção do uso racional de fármacos.

Palavras-chave: Prevenção e controle; Doença Sexualmente Transmissível; Aids; Farmácias; Educação em saúde; Contracepção de emergência.

Abstract

The present study discusses results of an educational intervention project directed at preventing sexually transmitted diseases and the acquired immunodeficiency syndrome (STD/Aids), carried out with professionals from pharmacies in the metropolitan area of São Paulo (Brazil). The acquisition of emergency contraception was found to be an important reason for seeking help from pharmacies as well as a source of doubts for the professionals. Educational intervention carried out by the professionals at pharmaceutical establishments contributes toward the prevention of STD/Aids, as the population often uses the pharmacy as a source of orientation and indication of pharmaceutical products, as well as a source of health information. The incorporation of this educational strategy in pharmaceutical establishments is indispensable to the prevention of STD/Aids in daily situations of risk or concern for disease and pregnancy, through the proposal of effective health conducts for the population. Lessons were extracted from the experience regarding the importance of educational actions for youths and pharmacy professionals, and emphasis is given to sexual and reproductive rights and to the promotion of the rational use of drugs.

Keywords: Prevention and Control; Sexually Transmitted Diseases; Aids; Pharmacies; Health Education; Emergency Contraception.

Introdução

A epidemia de Aids, pela multiplicidade de determinantes e complexidade de prevenção e controle, constituiu-se desde seu advento, no início dos anos 1980, em forte desafio para o campo da saúde coletiva e sério risco para a Saúde Sexual e Reprodutiva, o que requer envolvimento inter e transdisciplinar para a ampliação das ações de prevenção.

A declaração conjunta da Organização Mundial da Saúde e da Federação Internacional de Farmacêuticos (WHO, 1997) sobre a função do farmacêutico na luta contra a pandemia HIV-Aids estabeleceu os seguintes princípios:

- Prover informação quanto à prevenção e ao tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) de modo a promover comportamentos de consciência da saúde com relação às DST;
- Despertar o interesse de farmacêuticos e cientistas do campo farmacêutico para se envolver no plano nacional na execução de políticas públicas relativas ao controle do vírus da imunodeficiência humana;
- Desenvolver, executar e avaliar atividades em programas nacionais: por exemplo, programas de substituição de drogas, programas de troca de seringas e agulhas e disponibilidade de condons.

O Conselho Federal de Farmácia registrou, em 2007, a existência de 71.980 farmácias e drogarias no país, sendo 31,06% de propriedade de farmacêuticos (CFF, 2008). No setor privado, segundo Barros (1997), a maior parte desses estabelecimentos era de propriedade de não farmacêuticos, ou seja, agentes comerciais sem formação técnica adequada. Embora haja crescente presença e atuação de farmacêuticos nos estabelecimentos, o atendimento de clientes ainda é feito principalmente por “ajudantes” - atendentes e balconistas -, quase sempre sem preparação para agir no campo da saúde.

Estudos realizados no país - Ribeirão Preto (Gir e col., 2003), Recife (Lyra Junior e col., 2003) e Fortaleza (Menezes e col., 2002) - confirmaram que a indicação de produtos no balcão de farmácia é prática comum, mesmo em situações de necessidade de encaminhamento para atendimento médico ou para serviço de saúde. Isso ocorre porque o acesso a serviços de saúde para diagnóstico e tratamento ainda é difícil e insuficiente, agravado pela exposição do público

à propaganda excessiva de medicamentos (Castro e col., 2000) e, assim, o hábito cultural da procura por remédio no balcão de farmácia tornou-se arraigado, junto da prática de autotratamento farmacológico, a denominada “automedicação”.

Procura de tratamento em Casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Com relação às DST, a Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde admite as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 10 a 12 milhões de casos novos de DST curáveis por ano entre brasileiros de 15 a 49 anos. Consideram-se DST curáveis: sífilis, cancro mole, donovanose, linfogranuloma, vaginose bacteriana, candidíase, gonorreia, infecção por clamídia e tricomoníase. Essa projeção não inclui as DST não curáveis como herpes genital (HSV-2), infecções por papilomavírus humano (HPV), hepatite B (HBV) e infecção por HIV (Brasil, 2005a).

Segundo pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Planejamento (Cebrap) em 1998-1999 entre homens que apresentaram corrimento uretral e tiveram tratamento, 57,8% foram atendidos em serviços públicos de saúde e, desses, 46,2% receberam os medicamentos gratuitamente, enquanto os outros os adquiriram em farmácias. Entre os que tiveram o problema e não buscaram serviços de saúde, 65,4% procuraram diretamente o atendente de uma farmácia (Brasil, 2005a).

As “prescrições” e “orientações de balcão” nem sempre são corretas ou adequadas. Em estudo de Lima e colaboradores (1994), estudantes de medicina procuraram atendimento simulando queixas de uretrite em 53 farmácias do centro de São Paulo, observou-se que em 67% dos casos houve indicação de tratamentos incorretos, incluindo o uso de produtos farmacêuticos. Verificou-se, também, que a indicação visava à venda de antibióticos de maior custo (média de R\$ 42,00). A pesquisa também revelou que procedimentos preventivos e tratamentos de complemento não foram sugeridos, como, por exemplo, a orientação de tratamento de parceiros sexuais desses “clientes”, e a necessidade do uso de preservativos, com exceção apenas de um caso de orientação feita por balconista.

Considera-se, desse modo, importante que profissionais do setor farmacêutico tenham formação específica para que possam exercer adequadamente a função de educadores de saúde, inerente à atividade

que desempenham, e que atuem no sentido de estabelecer referência entre estabelecimentos farmacêuticos e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Tendo em vista esses aspectos, a intenção é descrever a experiência de intervenção educativa para a prevenção de DST e HIV/Aids com farmacêuticos e balconistas e discutir aspectos surgidos no treinamento com relação à procura de contracepção de emergência nesses estabelecimentos.

Método

São discutidos aspectos da experiência do Projeto “Intervenção Educativa na Prevenção a DST em Farmácias do Município de São Paulo” (ASF, 2002), executado na Grande São Paulo de 2001 a 2002, pela Associação Saúde da Família, com assessoria de técnicos do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Descreve-se a estratégia de educação e analisa-se a procura por contracepção de emergência nos balcões desses estabelecimentos, no contexto das ações de prevenção de DST e Aids, como questão que emergiu das discussões durante o treinamento.

A estratégia de intervenção educativa pautou-se nas diretrizes do Ministério da Saúde seguidas pela Coordenação Nacional de DST/Aids, que preveem o estímulo ao desenvolvimento de parcerias entre organizações de governo e da sociedade, para a efetiva descentralização de ações de saúde e a participação de farmacêuticos e balconistas na melhoria da comunicação de informações a sua clientela, visando ao tratamento e à cura de DST, à prevenção de HIV/Aids e à promoção de saúde da população (Brasil; 1995; ASF, 2002).

Concebido como intervenção educativa, o projeto não se apresentava formalmente como pesquisa e, portanto, não foi submetido a Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A adesão a ele ou a participação nele foi espontânea, por meio de inscrição, e as questões surgidas na intervenção foram debatidas em sala de aula, quando os profissionais buscavam orientação com os facilitadores sobre como lidar com os problemas e, para isso, descreveram situações de atendimento da clientela, de modo anônimo, na relação de compra e venda de produtos nas farmácias e drogarias.

Definição dos Participantes

Foram convidadas as redes de estabelecimentos farmacêuticos da Grande São Paulo filiadas à Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma) e, em reunião com seus representantes, foram indicados 26 estabelecimentos entre cinco grandes redes de farmácias, sob o critério de estarem situados em áreas de intensa circulação de pessoas e anuência dos funcionários ao se inscreverem para o curso. Cada farmácia permitiu a participação na etapa de formação de, pelo menos, um farmacêutico e de três a quatro balconistas, totalizando 105 funcionários, entre gerentes, farmacêuticos e atendentes de farmácias e drogarias, além de 3 farmacêuticos do Centro de Formação de Trabalhadores da Saúde (Cefor) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Os participantes do curso tinham, predominantemente, perfil de mulheres solteiras, sem filhos, com idade entre 20 e 35 anos.

Estratégia de Intervenção

A intervenção foi realizada em duas etapas: (1) formação inicial de 40 horas para que os profissionais das redes de farmácias pudessem atuar com o público de seus estabelecimentos, incluindo orientações de prevenção com relação às DST/Aids; (2) acompanhamento de reforço depois do curso, de 12 meses, para o desenvolvimento das ações realizadas, com visitas a farmácias e drogarias e contatos *in loco* com os profissionais treinados, além do registro sistemático de atendimentos ao público.

A estratégia visava estabelecer referência entre estabelecimentos farmacêuticos e o SUS, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde seguidas pela Coordenação Nacional de DST/Aids, que prevê o estímulo dessas parcerias (Brasil, 1995), mas, no entanto, não obtém repercussão prática no envolvimento dos setores de drogarias e farmácias, mesmo após de uma década (Naves, 2006; Naves e col., 2005, 2008).

Etapa I – Treinamentos

Os treinamentos foram realizados dividindo-se os profissionais inscritos em três turmas, em horários diferentes, conforme a disponibilidade do turno de trabalho dos participantes, com total de 40 horas por turma. Foi utilizada, como método de trabalho, uma

proposta pedagógica com enfoque interdisciplinar, com uso de exposições dialogadas, emprego de técnicas de grupo (enfoque de problemas, discussões, dramatizações coletivas), visando estimular a participação e a troca de experiências e o planejamento participante em todo o processo (Freire, 1998).

Ao fim do curso esperava-se que os participantes fossem capazes de: compreender o panorama das DST e HIV/Aids; identificar suas causas; identificar e aplicar medidas para prevenção na ambiência da farmácia; desenvolver atitudes quanto à integração entre estabelecimentos comerciais de farmácias e o serviços do SUS.

O conteúdo do curso versava sobre: a) o panorama da DST/Aids no país e os aspectos epidemiológicos; b) a natureza inovadora do projeto e novos indicadores de qualidade no atendimento; c) a descrição de situações de atendimento no balcão de farmácia; d) o conhecimento e a prática de profissionais de farmácias e drogarias com relação ao público; e) a criação de oportunidades de ação educativa no balcão de farmácia; g) proposta conjunta de atuação articulada com a rede pública de serviços de saúde; h) conceitos e práticas sobre promoção de mudanças de comportamento sexual e quanto à regulação da reprodução pela adoção de preservativos; i) a utilização oportuna de serviços de saúde por abordagem sindrômica de DST; j) recursos para diagnósticos etiológicos de DST.

Como recurso pedagógico para identificar necessidades de aprendizagem, foi aplicada a técnica de sociodrama construtivista da Aids (Zampieri, 1996), e obteve-se a caracterização da clientela e das questões de saúde sexual e reprodutiva e DST e HIV/Aids apresentadas nos balcões das farmácias. O conhecimento dessa realidade de procura por atendimentos foi construído coletivamente como ilustração do processo educativo, e o perfil elaborado em sala foi anotado pelos facilitadores para a adequação dos conteúdos do curso à realidade das farmácias.

Ao final do curso, para estimular as ações educativas nas farmácias e drogarias, ofereceu-se aos participantes um conjunto de materiais educativos para orientação e demonstração sobre uso do preservativo e um guia de serviços de Atenção Básica e de referência para DST e HIV/Aids por regiões da cidade, de forma a orientar encaminhamentos para a clientela que necessitasse.

Etapa 2 – Supervisão e Acompanhamento Pós-Intervenção Educativa

As 26 farmácias envolvidas no processo foram acompanhadas por meio de visitas mensais (*follow-up*), com o propósito de avaliar a repercussão da intervenção nas práticas de atendimento quanto à prevenção no dia a dia profissional e despertar nos profissionais a consciência de que esses estabelecimentos podem se transformar em estimuladores de demanda para unidades do SUS.

Sistematizaram-se as anotações feitas no curso e no acompanhamento pós-curso, quanto a dúvidas de como orientar clientes, e também encaminhamentos feitos nos estabelecimentos. Esses registros foram classificados em categorias temáticas e discutidos segundo referências da literatura pertinente sobre temas de contracepção de emergência e prevenção de DST HIV/Aids.

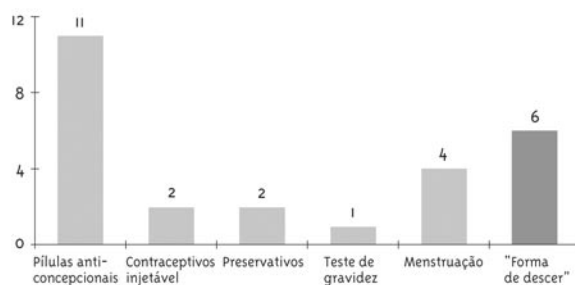
Resultados da Intervenção

Com a sensibilização e o aperfeiçoamento técnico de 105 profissionais de estabelecimentos farmacêuticos, estimou-se que, pela demanda diária referida pelos estabelecimentos, cerca de 50000 clientes tenham sido beneficiados naquele ano, ao serem atendidos nos 26 estabelecimentos selecionados dessas redes, segundo registros de supervisão.

Segundo registros das técnicas de construção coletiva, a clientela que busca os estabelecimentos farmacêuticos para resolver assuntos relativos à Saúde Sexual e Reprodutiva foi caracterizada como: homens ou mulheres “envergonhados”, casais homossexuais “curiosos”, mulheres casadas de meia-idade, “amiga da amiga”, jovens “sob risco”, doentes sintomáticos com suspeita de DST, trabalhadoras e trabalhadores do sexo, e casais com dúvidas sobre sexualidade, DST, Aids ou contracepção. Para os profissionais farmacêuticos, os jovens envolvidos com drogas ilícitas e homens casados apresentam maior resistência ao diálogo de orientação sobre sexualidade. Com relação à clientela que procura especificamente informações ou tratamento para DST, os farmacêuticos e balconistas de farmácia fizeram apreciações objetivas e subjetivas a respeito dessa clientela, demonstrando desinformação e, muitas vezes, preconceito sobre alguns de seus comportamentos.

Quanto à busca por informações, de acordo com os participantes, as 60 dúvidas mais frequentes da clientela, no período de acompanhamento foram: 17% (10) diziam respeito à sexualidade, 40% (24) sobre DST e Aids e 43,3% (26) referiam-se a preocupações com a contracepção, menstruação e com gravidez não planejada. Essas últimas dúvidas citadas foram agrupadas para análise na categoria “questões relativas à preocupação com o risco de gravidez” (Figura 1).

Figura 1 - Número de clientes segundo perguntas formuladas relativas a risco de gravidez. Relato de farmacêuticos e balconistas, em 2002



Fonte: Projeto de Intervenção Educativa nas farmácias. Cidade de São Paulo, 2002.

Dúvidas com Ênfase no Tema “Contracepção de Emergência” Segundo os Profissionais

A cada dia os participantes traziam para a sala de aula as dúvidas mais frequentes da clientela, que eram apresentadas sob a forma de dramatização em grupos. Dentre elas, sobressaíram-se questões a respeito de como evitar a gravidez. As perguntas relacionaram-se ao desejo de controle da fecundidade pós-coito e ao desconhecimento da opção da contracepção de emergência:

Minha menstruação atrasou. Tem alguma coisa para fazer descer?

[A cliente] *queria saber o que é contracepção de emergência? Como se usa?*

[A cliente transou sem camisinha, usou Ginecoside injetável - progesterona 50 mg + butirilacetato de estradiol 3mg - e queria saber se iria se prevenir contra uma gravidez.] *Será que tomando, a*

menstruação viria?. E se tomar a contracepção de emergência após 72 horas?. Tem algum método que faz a menstruação descer?. Esqueci de tomar a pílula dois dias e a menstruação não desceu. O que faço?.

O tema específico da contracepção de emergência ou contracepção pós-coito constou de 26 (23%) dúvidas da clientela, segundo os profissionais, e se relacionava à preocupação com o risco de gravidez, num total de 10% das questões gerais.

Da mesma forma que nas dramatizações realizadas durante o treinamento dos profissionais, ao se retratar a realidade empírica de seu trabalho cotidiano, o tema surgiu como questão espontânea. Dos 15 temas discorridos nessas dramatizações, 8 (53,3%) eram relativos à preocupação quanto à contracepção e/ou como se evitar a gravidez e 2 (13,3%) quanto à contracepção de emergência, mostrando a falta de informações sobre sua possibilidade de uso nas relações sexuais em que há risco de gravidez:

Como fazer com a cliente que busca contracepção de emergência toda semana?

Quando realmente deve ser indicada a contracepção de emergência?

Anteriormente, na fase de treinamento, já se percebia o desconhecimento sobre a contracepção de emergência (que os profissionais designavam por nomes comerciais dos produtos ou por “pílula do dia seguinte”), quando foram feitas indagações sobre seu modo de ação, situações para indicação de seu uso e sobre seus efeitos adversos. Essas indagações surgiram com maior frequência no módulo que abordou Saúde Sexual e Reprodutiva:

A camisinha estourou e agora?

Falam de remédios abortivos. Podemos indicar a contracepção de emergência?

A pílula do dia seguinte é abortiva?

Quanto tempo depois é para tomar? Só funciona se tomar no dia seguinte?

Ela não é proibida para adolescentes?

Durante as visitas de acompanhamento às farmácias, também surgiram dúvidas sobre a contracepção de emergência, vindas dos profissionais envolvidos no projeto, que constaram em 9 (30%) dos 30 comunicados feitos.

Não há balconista treinado para orientar sobre contracepção de emergência, que é o que mais aparece.

Como aconselhar a pílula do dia seguinte, mais procurada por mulheres jovens?

O que mais aparece é corrimento e contracepção de emergência.

Vive surgindo casos [que requerem] de contracepção de emergência.

Meninas de mais ou menos 18 anos pedem a contracepção de emergência pelo nome comercial, principalmente o pessoal do forró.

Muitos pacientes estão pedindo contracepção de emergência e não aderem ao preservativo.

Pessoas mais jovens usam mais contracepção de emergência e têm adesão mais difícil à camisinha.

Aqui aparece gente que precisa [orientação para camisinha], mas o negócio é vender, tem meta e supervisão, não dá tempo pra educar [na hora da venda da contracepção de emergência];

Tem rapaz aqui que compra a cota mensal [de contracepção de emergência] no cartão [de crédito], quatro por mês [um para cada fim de semana].

O tema contracepção de emergência surgiu espontaneamente em diversos momentos do projeto, tanto nas narrações durante os treinamentos quanto no registro de informações das visitas nas etapas de acompanhamento. Esse fato se tornou tão patente que levou à reorientação dos temas de discussão incluídos nos treinamentos e no próprio projeto.

Discussão

Observou-se que até a realização do projeto (ASF, 2002) as diretrizes emitidas pelo Ministério da Saúde há mais de cinco anos, visando parcerias com o setor de farmácias para a promoção da saúde e prevenção de DST e Aids, recomendadas pelo Ministério da Saúde, não haviam tido repercussão e nem envolvimento de drogarias e farmácias, situação verificada também em estudos recentes de Naves (2006) e Naves e colaboradores (2005, 2008).

O acompanhamento das intervenções educativas realizadas pelos participantes permitiu asseverar que há interesse e procura por informações e tratamentos

para DST, porém, a procura mais frequente, segundo os participantes do curso, é por meios para contornar situações de gravidez não planejada e por informações sobre métodos contraceptivos em geral (pílulas, preservativos, injeções de hormônios), e específica por contracepção de emergência por parte de quem está com medo ou suspeita de gravidez, desejando de todo modo, evitar uma gravidez não planejada.

Os dados encontrados confirmam estudos que apontam que prevenir a gravidez é preocupação mais presente e mais urgente que a prevenção de DST/Aids entre mulheres adultas (Martin, 1997; Figueiredo e Peña, 2000) e jovens (Figueiredo e Peres, 2002). Nesse sentido, estratégias de promoção à prevenção de DST/Aids precisam estar associadas a informações/orientações sobre as práticas contraceptivas, para surtirem efeito nesse público, incluindo especialmente a formação dos profissionais de estabelecimentos farmacêuticos.

Os resultados apresentados mostraram, também, que a questão da prevenção da gravidez não se apresenta apenas no momento anterior à relação sexual, mas, muitas vezes, depois de sua ocorrência, quando os parceiros se dão conta da possibilidade de gravidez. Essa situação se verifica no balcão da farmácia pela busca da contracepção pós-coito, tanto por quem está pouco informado sobre contracepção de emergência, como por quem quer tentar a qualquer custo e por qualquer meio a interrupção de possível gravidez.

Uso da Contracepção de Emergência

O uso frequente da contracepção de emergência destacou-se nas discussões dos participantes do curso, confirmando a preocupação de especialistas com o consumo abusivo desse método, que pode desregular o ciclo menstrual e os períodos de fertilidade, permitindo a ocorrência de gravidez por falta de previsão do período fértil. Por se tratar de um produto de elevada concentração progestogênica, não deve ser utilizado como método contraceptivo regular (Brasil, 2005b).

A preocupação quanto ao uso abusivo desse método, particularmente entre jovens, foi mencionada pelos profissionais que participaram do projeto e apontada em estudo de Monteleoni e colaboradores (2005), que observaram uso do método por 28% de adolescentes pesquisados, entre os quais, 43% em razão de falhas do preservativo e em 33% por falta de emprego de outro contraceptivo, com repetição de uso por 24%

deles. Outros estudos (Belzer e col., 2003; Figueiredo, 2004; Raine e col., 2005), indicam que a contracepção de emergência não propiciou ameaça de abandono dos métodos contraceptivos usados anteriormente, inclusive preservativos, para quem já os adotava de maneira regular. De qualquer maneira, estudos sobre o comportamento de jovens demonstram que o uso repetido não é predominante, ocorrendo em menos de 20% dos usuários desse método e está associado à escolha propositada de não uso de preservativos em situações de parceria fixa (Figueiredo e col., 2008).

Vale ressaltar que, nos casos de repetição de uso da contracepção de emergência, todos os profissionais de saúde devem esclarecer os usuários quanto à inadequação desse método para uso continuado e aos os danos que dele podem advir, observando-se a necessidade de adoção de método de contracepção regular, junto de proteção contra DST e HIV/Aids, tal como preconiza o Ministério da Saúde (Brasil, 2005b).

Durante a intervenção do projeto, verificaram-se dúvidas sobre a contracepção de emergência entre profissionais de estabelecimentos farmacêuticos, que demonstraram não conhecer o mecanismo de ação, sua efetividade, as situações em que ele deve ser indicado, tipo de público que deve fazer uso dele, ocasião oportuna para sua utilização e efeitos adversos a curto e médio prazos.

Essa desinformação pode ser relacionada, basicamente, a dois fatores: primeiro, ao lançamento discreto do método, que chegou às farmácias sob única marca comercial em agosto de 1998, e só teve seu uso ampliado em 2000 (Figueiredo, 2004); segundo, o desconhecimento quanto ao modo de ação contribuiu para que se pensasse que o método seria abortivo, o que fez com que se manifestassem obstáculos quanto ao seu emprego.

Outro fator é a desinformação, que pode ser atribuída à incipiente divulgação de atualizações para técnicos da área de medicina, enfermagem, farmácia e gestores de serviços públicos de saúde, apesar da terceira edição de “Assistência em Planejamento Familiar - manual técnico”, de 1996 (Brasil, 1996), que traz breve orientação do Ministério da Saúde quanto ao método e sua indicação; a norma técnica “Prevenção e o Tratamento dos Agravos à Saúde da Mulher em Situações de Violência” (Brasil, 1999); a quarta edição de “Assistência em Planejamento Familiar - Manual técnico” (Brasil, 2002), que amplia a informação sobre o tema.

Somente em 2005 surgiu o manual “Contracepção de Emergência – perguntas e respostas para profissionais de saúde” (Brasil, 2005b), que é edição específica sobre o método.

Apesar dos entraves, o Ministério da Saúde, seguindo orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1999), indica a contracepção de emergência para a prevenção de gravidez resultante de relações de risco (incluindo jovens), diante de: não uso de método contraceptivo, falha de método (incluindo ruptura de preservativo, deslocamento do DIU e esquecimento de pílula anticoncepcional comum por mais de três dias) e em casos de violência sexual com ocorrência de estupro.

As sociedades de Ginecologia e Pediatria divulgaram, em 2002, orientações específicas sobre a utilização da contracepção de emergência (SBP, 2002). Também no manual de orientação da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) há referência ao tema (Aldrighi e Petta, 2004). Em 2005, pediatras, ginecologistas e profissionais ligados às Comissões de Bioética, ao Conselho Federal de Medicina e ao Ministério da Saúde, além de advogados e juízes, analisaram a contracepção de emergência sob três vertentes: “o perfil da clientela adolescente; as questões éticas que envolvem o uso do método; a eficácia e o risco do método” (Saito e Leal, 2007).

Segundo essa política, o método representa um meio seguro, eficaz e econômico para se evitar gravidezes não planejadas e, como consequência, abortos e mortalidade materna, uma vez que é a única opção disponível depois de relação sexual (Brasil, 2004). Seus índices de falha são de 0,4% (até 24 horas da relação desprotegida); 1,2% (entre 25 a 48 horas) e 2,7% (entre 49 e 72 horas); entre o 4º e o 5º dia, o índice de falha da contracepção de emergência é mais elevado, porém apresenta proteção até 120 horas (Brasil, 2005b).

O Ministério da Saúde passou a adquirir e distribuir a contracepção de emergência para os serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência em 2000 e para os serviços básicos do sistema público de saúde em 2002 (Figueiredo e Andalaft, 2005). Para orientar a prescrição do método, o Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu a Resolução n.º 1.811, de 14 de dezembro de 2006, que estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da anticoncepção de emergência. Entre várias considerações, afirma “que

no Brasil há um número significativo de mulheres expostas à gravidez indesejada, seja pelo não uso ou uso inadequado de métodos anticoncepcionais e que a anticoncepção de emergência poderá contribuir para a diminuição da gravidez indesejada e do aborto provocado” (CFM, 2007).

No entanto, o artigo dois designa a essa categoria profissional a responsabilidade exclusiva pela prescrição da contracepção de emergência, de acordo com normas da vigilância sanitária (hormônios são produtos farmacêuticos de exclusiva prescrição médica).

Em verdade, o consumo da contracepção de emergência no país não está ligado à prescrição, pois, como muitos outros produtos cuja embalagem apresenta tarja vermelha, indicando “venda sob receita médica”, podem ser adquiridos sem apresentação de receita na maioria dos estabelecimentos. Bastos e colaboradores (2008) caracterizaram o comportamento de contracepção, especialmente o uso da contracepção de emergência de graduandas de um curso de enfermagem e quase metade (44,9%) de 196 alunas que responderam ao questionário já havia utilizado a contracepção de emergência, adquirida em farmácias e por iniciativa própria. A Tabela 1, embora incompleta, apresenta a ideia do crescimento vertiginoso de vendas no mercado e mesmo de oferta nas unidades de saúde do SUS.

O crescimento de vendas traz a discussão sobre a aquisição do método sem qualquer tipo de prescrição. Nos Estados Unidos, a *Food and Drug Administration* (FDA) autorizou, desde 2006, a sua venda para maiores de 18 anos, embora já existisse a venda por indicação do farmacêutico em alguns estados americanos (Raine e col., 2005; Gee e col., 2008), símile ao que ocorre no Canadá desde 2005 (Leung e col., 2008). No país, o CFM se opõe à tendência generalizada em países desenvolvidos que, se antes regulavam a prescrição da contracepção de emergência, agora a ampliam para a condição de aquisição sem qualquer tipo de prescrição (*over-the-counter status*).

No Brasil, há falta de acesso a atendimento médico e a utilização do método contraceptivo pós-coito para ter eficiência deve ser feita de pronto, em razão da urgência para se garantir seu pleno resultado e ainda por causa de motivos defendidos na Resolução do CFM n.º 1.811/2006 que registra que, em 2000, 27,1% das gravidezes ocorreram entre menores de 19 anos e das 127.740 internações por aborto, 41,5 % foram de meno-

Tabela 1 - Distribuição das vendas em farmácias e aquisições pelo Ministério da Saúde de produtos de Contracepção de Emergência segundo ano, Brasil 1999 a 2006

Ano	Vendas em Farmácias**	Aquisições do Ministério da Saúde***		Total
set a dez 1999*	250.000		*	250.000
2000	750.000		*	750.000
2001	1.086.000		*	1.086.000
2002	1.493.000	100.000	439 municípios	1.593.000
2003	1.976.000	120.000	2.000 municípios	2.096.000
2004	2.329.000		Dados não disponíveis	
2005 até julho	2.695.000			
2006	Dados não disponíveis	352.361	1.388 municípios	
		32.278	255 municípios (com mais de 100.000 hab.)	
		56.292	municípios de RS, SC, SE, SP e TO	

* Início de venda em farmácias em setembro de 1999 em anos anteriores a aquisição pelo Ministério da Saúde em 2002.

** Informações calculadas pelo IMSHealth e cedidas pelo Laboratório Aché Ltda.

*** Informações fornecidas pela Coordenação de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde em 2004 e 2006.

Fonte: <http://www.redece.org/vendasce.htm>

res de 19 anos. No entanto, a norma do CFM é inconsistente quanto ao aspecto de firmar como atribuição exclusiva do médico a prescrição da contracepção de emergência.

No projeto da Associação Saúde da Família, a orientação dada aos profissionais, durante o Curso e no acompanhamento da intervenção, foi de que a utilização do método devia ser feita preferentemente com o emprego de levonorgestrel (0,75 mg) em duas doses, inicialmente até 72 horas depois de coito não protegido ou subprotegido com a finalidade de prevenção de gravidez não desejada, em qualquer situação de risco (Brasil, 2002) e, mais recentemente, a orientação foi refeita, indicando a dose única de 1,5 mg de levonorgestrel para até 120 horas após a relação sexual desprotegida (WHO, 2005; AAP, 2005; Wannmacher, 2005; Allen e Goldberg, 2007), além da recomendação sobre a necessidade de prevenção de DST/Aids pelo uso de preservativo por ocasião da dispensa ou da venda do método da contracepção de emergência, tal como já estava previsto nas orientações iniciais do projeto, tanto para esse método, quanto para os demais contraceptivos hormonais de uso regular vendidos nas farmácias e drogarias.

Todas essas informações e discussões não têm sido dirigidas a profissionais de farmácias e drogarias por órgãos públicos. Esses profissionais têm acesso a elas, basicamente, por propagandas fornecidas por produ-

tores do fármaco, sob forma de estratégias mercadológicas que privilegiam a venda e a disputa de mercado entre as diversas marcas comerciais.

Considerações Finais

O projeto mostrou que preocupações relativas à Saúde Sexual e Reprodutiva são apresentadas comumente em farmácias e drogarias. Os profissionais dessa área informam que diversos tipos de pessoas procuram tratamentos e informações no balcão da farmácia, especialmente jovens, casais homossexuais, casais de lésbicas e profissionais do sexo, além de usuários de drogas ilícitas. Em mulheres casadas e jovens há maior preocupação com relação à prevenção da gravidez.

Observou-se que o tema contracepção de emergência é constante na rotina desses estabelecimentos, tanto pela solicitação dos usuários quanto pela falta de conhecimentos específicos de profissionais. A procura pelo método e por informações de como usá-lo são frequentes, particularmente por mulheres jovens entre 16 e 25 anos e por homens de mais idade, para oferecer às suas companheiras.

Verificou-se que a contracepção de emergência adquirida em farmácias e drogarias é usada por quem está sob risco de gravidez, particularmente jovens que não utilizam o preservativo masculino regularmente para a prevenção de DST e HIV/Aids. Percebeu-se

também que a contracepção de emergência, embora não se apresente como método concorrente ao uso do preservativo masculino, é complemento indispensável em falhas esporádicas desse método de barreira. A situação requer a necessidade de intervenção para a produção de orientações conjuntas sobre a contracepção de emergência que difundam o seu uso apenas em casos eventuais decorrentes de falta de uso ou acidentes no emprego de outros métodos contraceptivos, estimulando-se, especialmente, a adoção do preservativo para uso regular, que promove prevenção tanto da gravidez quanto de DST e HIV/Aids.

A garantia de acesso e o uso racional da contracepção de emergência como recurso preventivo de gravidez deve ser entendida como exercício pleno de Direitos Sexuais e Reprodutivos, uma vez que a contracepção de emergência é o único método pós-coito que evita a gravidez indesejada e, por extensão, abortos.

É indispensável que o acesso à contracepção de emergência e aos demais métodos de contracepção e proteção e tratamento para DST e HIV/Aids esteja garantido na rede pública de saúde.

Considera-se que os casos de repetição frequente da contracepção de emergência precisam ser mais bem caracterizados, o que requer estudos específicos para permitir uma atuação efetiva sobre o problema. Recomenda-se que sejam realizadas ações de informação e de educação ao público, que enfatizem a contracepção de emergência como método de reserva.

A orientação de prevenção às DST/Aids poderia ser dada no balcão de farmácia, nos casos de busca de informação e utilização de métodos contraceptivos de emergência e de uso regular, como um critério de qualidade no atendimento. O preservativo deveria ser indicado como dupla proteção, principalmente para jovens, no momento da procura de informação ou aquisição da contracepção de emergência.

Há possibilidade de ampliação do acesso à contracepção de emergência em farmácias e drogarias, com a revogação da exigência legal de dispensa de prescrição médica, naquelas em que de fato haja presença de farmacêuticos para que seja feita efetiva orientação. Nos serviços públicos de saúde, a prescrição médica também poderia ser dispensada no acolhimento e nas consultas por enfermeiros e farmacêuticos, de forma que se tenha aplicação pronta e adequada desse método.

Sugere-se que o controle para segurança de seu uso pode ser feito por meio de outras providências como: a coleta de dados quanto à idade, data da última relação sexual e caracterização da indicação de uso, permitindo a avaliação de sua utilização, procedimento igualmente desejável em estabelecimentos farmacêuticos comerciais.

A experiência extraída do projeto mostra a necessidade de novas intervenções para a educação em saúde sexual e reprodutiva de jovens nas escolas, instituições de saúde e em espaços da comunidade, ou outros que esse público frequente, por meio da realização de grupos interativos sobre sexualidade, discussão sobre gravidez não planejada, contracepção e prevenção de DST e HIV/Aids.

A experiência da intervenção educativa confirma a importância de as farmácias e drogarias qualificarem os farmacêuticos e outros profissionais em ações de educação em saúde, fundada em informações técnico-científicas, ampliando suas funções como parceiros de saúde junto dos clientes. Com o passar do tempo, os estabelecimentos farmacêuticos (notadamente comerciais) transformar-se-iam em farmácias com maior vínculo nas comunidades da cidade, contribuindo sobremaneira na proteção, prevenção e recuperação da saúde da população.

Referências

- ALDRIGHI, J.M. ; PETTA, C. A. (Ed.). *Anticoncepção: manual de orientação*. São Paulo: Ponto; 2004. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/3890013/Anticoncepcao-Manual-de-Orientacao-Febrasgo-2004>>. Acesso em: 12 out. 2009.
- ALLEN, R. H.; GOLDBERG, A. B. Emergency contraception: a clinical review. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, Philadelphia, v. 50, n. 4, p. 927-36, Dec. 2007.
- AAP - AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Adolescence. Emergency contraception. *Pediatrics*, v. 116, n. 4, p. 1026-35, Oct. 2005.
- ASF - ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA. Projeto "Intervenção Educativa na Prevenção a DST em Farmácias do Município de São Paulo". São Paulo, 2002.

- BARROS, J. A. A atuação dos balconistas em farmácia: ajudando a promover o uso racional de medicamentos? *Jornal Brasileiro de Medicina*, Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, p. 120-7, ago. 1997.
- BASTOS, M. R., et al. Práticas contraceptivas entre jovens universitárias: o uso da anticoncepção de emergência. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 23, p. 447-56, jul./set. 2008.
- BELZER, M., et al. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use. *Journal of Adolescent Health*, New York, v. 32, n. 2, p. 122-3, Feb. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Anticoncepção de Emergência. Serviço de Assistência à Saúde da Mulher. *Assistência ao planejamento familiar*. Brasília, DF, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Anticoncepção de Emergência. *Assistência em planejamento familiar: manual técnico*. 4. Ed. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Contracepção de Emergência - perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 12 out. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis - DST*. 4. ed. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005a. (Série Manuais, 8). Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf>. Acesso em: 12 out. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília, DF, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto de Envolvimento das Farmácias no Programa de Controle das DST: atualização em DST para balconistas e proprietários de farmácias*. Brasília, DF, 1995.
- 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, DF, 2004. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 12 out. 2009.
- CASTRO, L. L. C., et al. Algumas características da prática da automedicação em Campo Grande. *Revista de Ciências Farmacêuticas*, Araraquara, v. 21, n.1, p. 81-01, 2000.
- CFF - CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Números da farmácia no Brasil*. 2008. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/#\[ajax\]pagina&id=138](http://www.cff.org.br/#[ajax]pagina&id=138)>. Acesso em: 6 fev. 2009.
- CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 1.811/2006*. Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jan. 2007. Seção I, p. 72. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1811_2006.htm>. Acesso em: 12 out. 2009.
- FIGUEIREDO, R. Contracepção de emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva*, São Paulo, n. 13, set. 2004. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/revista/seto4.html#dois>>. Acesso em: 12 out. 2009.
- FIGUEIREDO, R.; et al. *Relatório da Pesquisa de Conhecimento e Uso da Contracepção de Emergência por Adolescentes Estudantes de Escolas Públicas do Município de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Saúde/SES, 2008.
- FIGUEIREDO, R.; ANDALAF, J. Uso de contracepção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. *Revista da SOGIA-BR*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 1-11, abr./jun. 2005.
- FIGUEIREDO, R.; PEÑA, M. *Relatório final da pesquisa: contracepção de emergência e preservativos: conhecimento, aceitação e percepção para a prevenção de gravidez não-planejada, DST e HIV/AIDS*. São Paulo: NEPAIDS/USP, 2000. Disponível em: <http://www.usp.br/nepaids/relatorio_monteazulmelanie.pdf>. Acesso em: 12 out. 2009.

- FIGUEIREDO, R.; PERES, C. *Relatório da pesquisa Estudo Exploratório sobre Uso de Contracepção de Emergência por Adolescentes*. São Paulo: NEPAIDS, 2002. Disponível em: <<http://www.usp.br/nepaids/relatorioadolecamila.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2009.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
- GEE, R. E., et al. Behind-the-counter status and availability of emergency contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, New York, v. 199, n. 5, p. 478.e1- 478.e5, Nov. 2008.
- GIR, E., et al. Conhecimentos de balconistas de farmácia de Ribeirão Preto sobre gonorréia. *DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Niterói, v. 15, n. 3, p. 24-30, 2003.
- LEUNG, V. W. Y.; SOON, J. A.; LEVINE, M. Emergency contraception update: a Canadian perspective. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, Alexandria, VA, v. 83, n. 1, p. 177-80, Jan..2008.
- LIMA, V. C. P.; BRITO, G. S.; FERNANDES, M. E. L. Study of urethritis management in pharmacies in São Paulo, Brazil. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 10., 1994, Yokohama, Japan. *Abstract Book*, v. 1, p. 7-12.
- LYRA JUNIOR, D. P., et al. Perfil da automedicação na Farmácia-Escola da UFPE. *Infarma*, Brasília, DF, v. 15, n. 1, p. 72-4, 2003.
- MARTIN D. Mulheres e AIDS: uma abordagem antropológica. *Revista USP*, São Paulo, v. 33, n. 88, p. 89-101, mar./maio,1997
- MENEZES, E. A., et al. O uso de cremes vaginais em infecções bacterianas e fúngicas em estabelecimentos farmacêuticos na cidade de Fortaleza. *Infarma*, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 73-5, 2002.
- MONTELEONI, M. L., et al. Anticoncepção de emergência e a adolescente. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE OBSTETRÍCIA Y GINECOLOGIA DE LA FLASOG, 17., 2005, Santo Domingo, República Dominicana. Disponível em: <<http://www.redece.org/resumo%20albertina.pdf>> . Acesso em: 12 out. 2009.
- NAVES, J. O. S. *Orientação farmacêutica para DST nas farmácias do DF: um estudo de intervenção*. 2006. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, 2006.
- NAVES, J. O. S., et al. Práticas de atendimento a DST nas farmácias do Distrito Federal, Brasil: um estudo de intervenção. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3. p. 577-86, mar. 2008.
- NAVES, J. O. S.; MERCHAN-HAMANN, E.; SILVER, L. D. Orientação farmacêutica para DST: uma proposta de sistematização. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 1005-14, out./dez. 2005.
- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Anticoncepción de emergencia: guía para la prestación de servicios*. Ginebra, 1999. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_FRH_FPP_98.19_spa.pdf>. Acesso em: 12 out. 2009.
- RAINE, T., et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, Chicago, v. 293, n. 1, p. 54-62, Jan. 2005.
- SAITO, M.I.; LEAL, M. M. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 180-6, jun. 2007.
- SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Fórum 2002: contracepção, adolescência e ética*. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalle=1254&tipo_detalle=s> . Acesso em: 12 out. 2009.
- WANNMACHER, L. Contracepção de emergência: evidências versus preconceitos. *Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados*, Brasília, DF, v. 2, n. 6, maio 2005. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_URM_COE_0505.pdf>. Acesso em: 12 out. 2009.
- WHO/IPF - WORLD HEALTH ORGANIZATION / INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. *The role of the pharmacist in the fight against the HIV-AIDS pandemic: a joint declaration between the WHO and IPF*. Geneva, 1997.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Emergency contraception*. Geneva, 2005. (Fact sheet, 244).

Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/print.html>>. Acesso em: 12 out. 2009.

ZAMPIERI, A. M. F. *Sociodrama construtivista da AIDS: método de construção grupal na educação preventiva da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*. Campinas: Psy, 1996.

Recebido em: 10/10/2008

Reapresentado em: 03/04/2009

Aprovado em: 11/04/2009