

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NO BRASIL

Gilberto Bezerra Ribeiro*

Guilhermina Rego**

Rui Nunes***

RESUMO: Os métodos mais comuns de Contracepção de Emergência, CE, hormonal nos Estados Unidos são o Regime de Yuzpe (doses altas de etinil estradiol com doses altas de levonorgestrel) e o Plano B (doses altas de levonorgestrel). Ambos métodos, às vezes, impedem a ovulação, porém também podem atuar reduzindo a possibilidade de implantação devido a seus efeitos adversos no endométrio (efeito pós-fertilização). A evidência disponível é moderadamente forte, dependendo de que o contraceptivo hormonal tenha sido utilizado na etapa pré-ovulatória, ovulatória ou pós-ovulatória do ciclo menstrual. Os efeitos pós-ovulatórios principalmente, são questionados com a legislação brasileira vigente.

PALAVRAS-CHAVE: Contracepção de Emergência. Regime Yuzpe. Plano B. Ética. Pós-fertilização. Legislação brasileira.

1 INTRODUÇÃO

O aborto, segundo definição clássica de Tardieu¹, é a “expulsão prematura e violentamente provocada do produto da concepção, independentemente de todas as circunstâncias de idade, viabilidade e mesmo de formação regular”. Do ponto de vista obstétrico, a expulsão do produto de concepção após a 22ª semana passa para a denominação de parto prematuro, enquanto que para a Medicina Legal e para o Direito pátrio, entende-se como aborto a “expulsão dolosa do produto da concepção até o momento do parto” (FRANÇA, 2008).

*Doutorando em Bioética pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-Portugal. Professor Assistente de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Sergipe.

** Professora Doutora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-Portugal.

*** Professor Doutor Catedrático de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-Portugal.

As legislações antigas, desde o Código de Hamurabi, em seus artigos 210 a 213 punem o aborto praticado por terceiros, não havendo punição para a gestante. Os Assírios puniam à praticante do aborto com o empalamento, enquanto na codificação persa havia a coautoria com punibilidade para autor e cúmplice. Os gregos Sólon e Licurgo eram contrários ao abortamento enquanto Platão e Aristóteles, seguido posteriormente por Santo Agostinho o defendiam, em condições “especiais”, por exemplo, se ainda não existisse o “sopro da vida” o que ocorria em torno do 40º ao 90º dia.

Os romanos, inicialmente, praticavam o aborto livremente, considerando que o filho intrauterino fazia parte da mulher e essa poderia dispô-lo por ser sua parte integrante. Na Idade Média, São Basílio considerava-o crime em qualquer época, não importando o tempo de gravidez, permanecendo esse conceito na Igreja Católica até os nossos dias. Carlos V, ao publicar a Legislação Carolina, em 1559, institui a pena de morte por espada àqueles que fizessem a mulher abortar e por afogamento à mulher que o praticasse (FRANÇA, 2008).

Nos tempos modernos, o Código Penal russo de 1926 exclui a antijuridicidade às mulheres que consentiam ao abortamento, desde que fosse realizado por pessoas especializadas em boas condições de higiene. Essa codificação foi revogada em 1936, sendo restabelecido àquele dispositivo em 1955, atendendo-se principalmente ao caráter econômico-financeiro das populações. Na Alemanha hitlerista foi instituído o aborto eugênico, e na Suécia, Dinamarca, Noruega, entre outros, criaram-se os abortários oficiais, preocupando assustadoramente os legisladores mundiais.

No Brasil, desde o Código Imperial, 1830, o aborto era tratado no capítulo dos crimes contra a segurança da pessoa e da vida e, na codificação de 1890 aplica-se uma penalidade única a todas as consequências do aborto consciente. Na Legislação Pátria Penal atual em seus artigos 124 a 127, pune-se o aborto na sua prática, art.124; no não consentimento art. 125; e no seu consentimento, art.126; sendo permitido o abortamento permitido nos casos de necessidade de salvamento da vida da gestante, art. 128, I; e na forma sentimental decorrente de estupro, art. 128,II².

Com o surgimento da pílula anticoncepcional no início da década de 1950, com a liberalização sexual da mulher com poderes então da prática sexual livre, sem os inconvenientes de uma gravidez indesejada,

há uma emancipação brutal da liberalização sexual, com o crescimento exponencial da indústria farmacêutica, reduzindo de sobremaneira os índices de abortamentos oficiais e oficiosos.

A partir das décadas de 1960 e 1970, as mulheres já iniciam a Contracepção de Emergência, CE, usando altas doses de estrogênios como o diethylstilbestrol³, sendo substituído posteriormente, em 1974, por uma combinação de altas doses de contraceptivos orais, tipo ethinyl estradiol/levonorgestrel, usados em intervalos de 12 horas (Regime de Yuzpe). Anos depois se estabeleceu o “Plano B” que consistia em dois tabletes de levonorgestrel (YUZPE, 1974).

2 OBJETIVOS

Avaliar os dois métodos mais comuns de CEs hormonal utilizado, o de Yuzpe e o “Plano B”, sabendo que ambos os métodos às vezes impedem a ovulação, porém também podem atuar reduzindo a possibilidade de implantação devido a seus efeitos adversos no endométrio (efeito pós-fertilização), evidenciando sua utilização na etapa pré-ovulatória, ovulatória ou pós-ovulatória do ciclo menstrual, em comparação com a legislação pátria existente.

3 METODOLOGIA

O Physician Desk Reference (PDR)⁴ estabelece que “as pílulas contraceptivas de emergência” (os CE), atuam principalmente impedindo a ovulação. É possível que atuem alterando o transporte do espermatozoide ou do óvulo, e/ou alterando o endométrio (inibindo assim a implantação). Alguns estudos demonstraram a alteração do endométrio, o que sugere que também poderiam interferir na implantação do óvulo fertilizado, mas outros estudos não encontraram esses efeitos. Portanto as perguntas éticas críticas são: O uso do regime Yuzpe ou do Plano B causa efeito pós-fertilização; ou seja, o uso dos CE hormonais às vezes provoca um aborto precoce ao alterar as propriedades receptoras do endométrio? Esse efeito pode ocorrer quando os CE se usam na fase pré-ovulatória do ciclo, ou o efeito pós-fertilização ocorre apenas quando se utilizam os CE na fase ovulatória ou pós-ovulatória?

O efeito pós-fertilização se refere a qualquer efeito que reduza o

tempo de vida do embrião depois da fertilização, usualmente, antes de ter conhecimento clínico da gravidez. É usado o termo pós-fertilização como aborto precoce. É reconhecido por determinados médicos, geneticistas e especialistas em ética definiram arbitrariamente que a vida humana começa depois da implantação, com a introdução do relatório de Warnok que define uma fase pré-embriônica, embriônica e fetal, sendo que na fase pré-embriônica encontra-se apenas um conglomerado de células e, que só a partir da fase embriônica, cerca do 14º dia pós-fertilização, onde possibilita a manipulação de embriões sem ofender padrões éticos morais ou legais, abrindo a porta para a possibilidade do aborto antes da implantação sem ferir a legislação.

Nós, no Brasil, utilizamos a teoria concepcionista onde o embrião ou nascituro tem seus direitos resguardados desde a sua concepção, e, bem como, também aderimos à definição tradicional de gravidez: “o processo da gestação, que inclui o crescimento e desenvolvimento dentro da mulher, de um novo indivíduo a partir da concepção, passando pela vida embriônica, fetal e nascimento” (MORAES, 2002), em cuja definição a concepção é “o início da gravidez, a qual geralmente é considerada o instante em que o espermatozoide entra no óvulo e se forma um zigoto viável”. Esse conceito de início de vida encontra-se respaldado no direito pátrio, na Constituição Federal, CF, 1988, em seu artigo 5º, nos direitos e garantias individuais, onde no *caput* diz: “Todos são iguais perante a Lei [...], garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à **vida** [...]” (**grifo nosso**), incluindo, nesse contexto, segundo Moraes⁵, desde a sua concepção, em que o embrião não é a mãe, nem o pai, mas um “*tertius*” alojado no ventre da mãe. Se nota ainda no Código Civil, em seu artigo 2º que “A personalidade Civil de pessoa começa do nascimento com vida, mas a Lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”, ou seja desde a fecundação.

Frequentemente se afirma que os CE impedem firmemente a ovulação. Estudos iniciais feitos por Carr⁶ e outros encontraram que os níveis de hormônio estradiol, progesterona, Hormônio Luteinizante, LH, e as concentrações de hormônios que estimulam os folículos, FSH, diminuía significativamente quando começavam a serem usados contraceptivos orais (CO). Devido a que um aumento do hormônio LH é necessário para a ovulação, este resultado tem sido usado como evidência de que os contraceptivos orais inibem a ovulação. Entretanto, este artigo,

escrito em 1979, quando as doses de estrogênios nos COs eram maiores que as doses de CO que se usam agora. Além disso, usar as doses altas de hormônios a meados do ciclo é diferente de usá-los durante 21 dias num ciclo de 28 dias. Segundo, as descobertas publicadas se basearam em estudos de apenas quatro mulheres, por isso, os dados deste estudo não podem ser usados hoje para estabelecer que o uso dos CO ou os CE hormonais impedem a ovulação consistentemente.

Dessa forma, os dados de outros ensaios hormonais confirmam que os CE não suprimem consistentemente a ovulação. Num estudo do regime Yuzpe, Ling⁷ que examinou vários marcadores da ovulação se viu que o pico de concentração de LH ocorreu dentro dos 4 dias depois do tratamento em 5 das 9 mulheres estudadas, com um aumento subsequente da progesterona, o que sugere que a ovulação já havia acontecido. Outro estudo mais recente⁸ com marcadores hormonais na urina, encontrou o pico de LH dentro de um dia de tratamento com o Regime de Yuzpe em 2 de 8 mulheres com um aumento subsequente de progesterona.

O estudo da Organização Mundial de Saúde⁹ encontrou num grupo de 400 mulheres, 6 que usaram o regime de Yuzpe na fase pré-ovulatória, ficaram grávidas (esperavam-se 10 se não se usasse os CE). Além disso, duas mulheres que usaram o plano B na fase pré-ovulatória ficaram grávidas (de 11 que se esperavam). O período pré-ovulatório é o período no ciclo menstrual que ocorre mais de 3 dias antes do dia em que se espera que ocorra a ovulação. Esse dia, neste estudo, se estimou que era o dia 14 antes do início do próximo ciclo menstrual. Embora esta seja uma definição imprecisa que poderia não estar totalmente correta, é a melhor definição disponível para estes estudos. Além do mais Glasier¹⁰ apresentou dois casos de mulheres que engravidaram depois de usar o regime de Yuzpe, ainda que sua progesterona estivesse num nível menor que 1,5 ng/ml. Portanto, pelo menos dois estudos, demonstraram que a contracepção de emergência hormonal, CE, inclusive na fase pré-ovulatória, não previne consistentemente a gravidez e, por definição permite a ovulação nesses casos. Alguns especularam¹¹ acerca de que se não se inibe a ovulação, outros mecanismos podem atuar como a alteração no muco cervical ou a alteração nas trompas de Falópio durante o transporte do espermatozoide ou do embrião visto o grande número de gestação em trompas com uso de CE. Entretanto, não existem

dados clínicos que possam comprovar diretamente a teoria sobre estes mecanismos.

Os contraceptivos orais, CO, afetam adversamente o processo de implantação¹², isto tem implicações para o regime de Yuzpe e o Plano B, porque eles estão compostos pelos mesmos hormônios contidos nos atuais contraceptivos orais. Os COs afetam as integrinas, um grupo importante de moléculas de adesão que tiveram um papel na área de fertilização e da implantação. Somkutim *et al.*¹³ afirmam “estas alterações do epitélio estromal e a integrina sugerem que a receptividade do útero está comprometida e esse é um dos mecanismos de ação contraceptiva”. Além disso, as prostaglandinas são fundamentais para a implantação, mas o uso de contraceptivos orais diminui a quantidade de prostaglandinas disponíveis para a implantação^{14,15}. Finalmente, é bem conhecido o fato de que os contraceptivos diminuem a espessura do endométrio, isso foi verificado por ressonância magnética^{16,17} e um endométrio mais delgado torna mais difícil a implantação¹⁸.

É possível que o uso da contracepção de emergência tenha os mesmos efeitos no endométrio, já que se trata dos mesmos componentes dos contraceptivos orais. Um número de estudos apoia esta hipótese e mostra alterações na histologia do endométrio¹⁹ ou nos níveis uterinos de receptores de hormônios²⁰, os quais persistem durante dias depois de haver usado o Regime de Yuzpe. Todas estas descobertas sugerem que o uso do Regime de Yuzpe afeta desfavoravelmente o endométrio.

Além da evidência teórica de que o uso dos CEs está relacionado com os efeitos adversos no endométrio que impedem a implantação; Herten e Van Look acharam que o uso do Regime de Yuzpe e do Plano B reduziu o número de gravidezes que se esperava que acontecessem quando se usaram nas fases ovulatórias (17 a 13 dias antes do ciclo menstrual seguinte), bem como na fase pré-ovulatória. Nos grupos que usaram o Regime de Yuzpe na fase ovulatória ocorreram 17 gravidezes (esperavam-se 54 se não tivessem sido administrados os CE), enquanto que sete ocorreram na fase pós-ovulatória (esperavam-se 11). No grupo que usou o Plano B, ocorreram 7 gravidezes (esperavam-se 53) na fase ovulatória; enquanto que duas ocorreram na fase pós-ovulatória (esperavam-se 10). Estes dados são consistentes com a hipótese de que os contraceptivos hormonais têm um efeito pós-fertilização no endométrio, ou seja, há um abortamento real.

A evidência apoia a afirmação de que o uso da CE nem sempre inibe a ovulação, ainda que seja usada na fase pré-ovulatória. O fato é que podem alterar desfavoravelmente o endométrio em qualquer época do ciclo em que sejam usadas, e o efeito persiste por vários dias. As taxas reduzidas de gravidez comparadas com o número de gravidezes que se esperavam ocorreram em mulheres que usam os CE na fase pré-ovulatória, ovulatória ou pós-ovulatória, estão relacionadas com um efeito pós-fertilização, o que pode ocorrer quando se usam os CE em qualquer um destes ciclos menstruais. Exsurge, portanto implicações legais restritivas para o seu uso frente à Legislação pátria vigente, já que adotamos a teoria concepcionista e qualquer que seja o mecanismo doloso de expulsão do produto da concepção passa a ser denominado de aborto.

4 DISCUSSÃO

Independentemente, das convicções pessoais do médico ou do pessoal ligado à Saúde sobre o mecanismo de ação dos CEs, os pacientes têm o direito de serem informados sobre o que diz respeito a suas crenças e seus valores. Para conseguir a utilização universal destes dispositivos abortivos, quando a maior parte da população mundial tem uma atitude *a priori* negativa a respeito do aborto, foi preciso mentir, mentir muito e instalar mecanismos eficazes de desinformação. Para fazer “engolir a pílula”, foi ocultado seu caráter abortivo, suspeito desde o início e confirmado rapidamente. Em 1965 a grande pergunta era: “a pílula, impede a concepção, ou bem destrói o feto depois de que a concepção teve lugar?” Ninguém sabia realmente. Como todo relatório científico, o grande público não teve muito acesso, e, a indústria farmacêutica estava pouco disposta a ver diminuir sua clientela. Seria errôneo pensar que a comunicação sobre os perigos e o caráter abortivo dos anticoncepcionais hormonais foi mal feita.

A verdade é mais perturbadora, pois na realidade, o público não queria saber muito. No curto prazo, a contracepção química permitia à mulher planejar melhor sua vida profissional e familiar, num contexto de desvalorização das famílias e de crescentes pressões fiscais e sociais. A nova técnica permitia também divulgar a revolução sexual, vendida como uma liberação de tabus opressivos e injustos. A mídia americana,

buscando alterar os sentidos das palavras para reforçar a ignorância da realidade, busca enganar sobre a natureza humana do embrião, e a Academia Americana de Ginecologia inventa uma nova definição de “concepção”, em 1965, “a concepção é a implantação do óvulo fecundado”. Referendado também com o relatório de Warnok. A consequência lógica é uma nova definição da palavra “aborto”: fazer morrer o embrião depois da sua implantação. Assim, o aborto é assimilado a um fenômeno mecânico de separação do útero, e já não à incriminação penal e moral podendo ser liberado as células para manipulação de estudos científicos sem ferir a legislação nem a ética ou moral. A publicidade do *lobby* da “contracepção de urgência” fala claro sobre:

“O uso da contracepção de urgência não provoca um aborto. Na verdade, a contracepção de urgência impede a gravidez e, portanto, reduz a necessidade de abortos provocados. A ciência médica anglo-americana define o início da gravidez como a implantação de um ovo fecundado na mucosa do útero da mulher. A implantação tem lugar cinco a sete dias depois da fecundação. A “contracepção de urgência opera antes da implantação, e não quando a mulher está grávida”.

Os Estados Ocidentais, então, legislaram dentro de uma bruma sustentada intencionalmente: é assim como os dispositivos intrauterinos e as pílulas hormonais foram classificadas como meios “anticoncepcionais”. Outras subversões da linguagem também são levadas a cabo pelo mesmo complexo eugenista-industrial, apontando aos países do Terceiro Mundo, contrários ao aborto. Em Bangladesh fala-se de “extração ou de regulagem menstrual: o termo aborto provocaria a repressão, enquanto que as palavras substituídas, utilizadas com arte, conseguem transpor o obstáculo”. O processo midiático desenvolvido consiste em continuar avançando, em forçar um ponto mais o sentido das palavras, até inverter o sentido: até chamar o aborto de contracepção, e a eugenia de bioética. Para isso, o aborto legal é apresentado como um meio para salvar vidas evitando a prática do aborto clandestino.

Paralelamente, a promoção do desemprego e a miséria material através da exploração da sociedade realizada em grande escala pelo

Estado (impostos e encargos abusivos), enfraquecem a capacidade de reação da população e incrementa a pressão que ela sofre. Essa “massa” anestesiada e condicionada torna-se caldo de cultura profícuo para o exercício da engenharia social a fim de levar à prática grandes utopias. Para que elas se realizem, com efeito, é necessário mudar a natureza humana e que se produza uma evolução (darwiniana) do homem. Tais utopias são eugenistas e elitistas. Apesar do que pretendem suas propagandas, elas não visam o bem comum, mas ao interesse das castas no poder, para quem a maior parte da população é inferior e deveria pertencer à mesma categoria que os animais. Estas políticas antinatalinas carecem completamente de realidade em longo prazo, e são absurdas; mas não impedem que sejam implementadas causando verdadeiros estragos. Tal é o contexto no qual se inserem as políticas de aborto forçado (China), de esterilização encoberta (Filipinas, Índia, México, Peru, Brasil etc.), de abortos disfarçados de contracepção (por toda a parte), com o apoio financeiro e logístico da ONU através de seus diferentes ramos como FNUAP, UNICEF, OMS.

No Brasil com cerca de 200 milhões de habitantes e um território de quase 9 milhões de Km², apresenta a cifra de 18,8 habitantes por Km², com taxa de natalidade de 1,6 filhos por casal, exígua sob o ponto de vista econômico e demográfico, colocando em risco, inclusive, a sua própria defesa da soberania. O Brasil amazônico, uma das regiões mais desabitadas do globo, apresenta uma densidade demográfica populacional inferior a um habitante por Km². Alardeado e repetido “planejamento familiar”, tal como posto em prática no Nordeste brasileiro, conflita-se com os interesses de ordem social e tem conotações ultrajantes à própria dignidade humana, praticando-se o uso abusivo de “pílulas” e esterilização irreversível através de laqueadura de trompas e vasectomia. Os organismos internacionais e apologistas do controle indiscriminado de natalidade apontam na mesma direção da escassez dos recursos naturais, consumindo grande parte do Produto Interno Bruto, PIB. Criou-se na década de 70 a BENFAM, com capital oriundo do estrangeiro para impedir o nascimento de indivíduos que não tivessem “as condições de vida necessárias ao seu desenvolvimento digno”. Até o momento o que tem sido feito não é outra coisa a não ser distribuir, aleatória e indiscriminadamente e, porque não criminosamente, cartelas de pílulas anticoncepcionais a mulheres nordestinas, sem nenhum

critério médico, através de convênios com as Secretarias de Saúde dos Estados, cujos postos de saúde estão hoje transformados em depósitos das multinacionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas legais relacionados à contracepção de urgência estão centrados na questão: a contracepção de urgência é abortiva ou contraceptiva? Como o método pode impedir a ovulação, bem como eventualmente bloquear a implantação? A dúvida pode em *prima face* ser salutar, já que o CE pelo método de Yuzpe ou do Plano B seja qualificada como absolutamente abortiva.

Em alguns países, a concepção somente é considerada completa quando ocorre a implantação do ovo. A partir desse momento há uma gravidez e sua interrupção é considerada aborto. A substância que interrompe a gravidez é denominada abortiva ou contragestiva.

No Brasil, por sua vez, a legislação maior pela Constituição Federal (CF) de 1988, já supracitada, diz que a vida se inicia com a concepção, portanto logo após a penetração do óvulo pelo espermatozoide. A partir de então, a própria CF no tocante à proteção dos direitos sociais, em seu artigo 6º admite que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, [...]”, a proteção à maternidade e a infância, regulamentado ainda posteriormente com o Estatuto da Criança e do Adolescente. Ainda na CF, em seu artigo 5º, XLVII, normatiza que “não haverá penas: a) De morte, salvo guerra...”. No Código de Ética Médica como vedações dizem: “descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento” e com referência a Direitos Humanos prescreve, “fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte”.

Atualmente, em legislação específica prescrita pelo Ministério da Saúde/2005 e o Conselho Federal de Medicina, por meio de sua Resolução CFM nº 1.811/2006, ao estabelecer normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência em seu artigo 1º afirma “aceitar a Anticoncepção de Emergência como método alternativo para a prevenção da gravidez, por não provocar danos à gravidez, nem interrupção da gravidez”. E finalmente, no artigo 4º da mesma resolução

diz que “a Anticoncepção de Emergência pode ser utilizada em todas as etapas da vida reprodutiva”.

Podemos afirmar que a contracepção de emergência atua impedindo que o zigoto (óvulo fecundado) fique aderido ao útero, por alterações de espessura endometrial, por diminuição de determinados hormônios essenciais para a nidação, efeito legal, portanto abortivo, por impedimento dos movimentos tubários para transporte do zigoto (número elevado de artigos relacionando os CE com gravidez tubária), e não como inibidor da ovulação.

Frente ao exposto, nota-se um confronto entre a literatura científica e a Resolução 1.811 do CFM, quanto a Concepção de Emergência, quando utilizada em qualquer fase do ciclo menstrual, que acarreta alterações endometriais, impedindo a nidação, expelindo, portanto o produto decorrente de uma concepção, uma vida iniciada, onde, pela legislação pátria, fica denominada, por conseguinte de abortamento, violando dessa forma, frontalmente, a Legislação Ordinária Civil e Constitucional.

Portanto, nem sempre se é ético quando se aplica a lei. Nem quando a lei consente que não é moral, nem quando, sem razão moral, a lei proíbe. O Código de Ética Médica do Brasil segue a lei maior. O Código apoia explicitamente as leis civis, ou seja, sendo a contracepção de emergência considerada legalmente de natureza abortiva, somente poderá ser utilizada sem punição nos casos previstos em lei (estupro, após o consentimento informado ou risco de vida materna e anencefalia).

A medicina, exercida profissionalmente por médicos, tem como princípios fundamentais obrigação moral e profissional de se empenhar com honra e dignidade pela vida e saúde das pessoas, cujos destinos lhe foram postos nas mãos, qualquer que seja o estágio dessa vida, pois qualquer outro argumento vem se opor aos ditames da Lei Pátria brasileira.

CONTRACEPTION OF EMERGENCY IN BRAZIL

ABSTRACT: The most common methods of Emergency Contraception, EC, hormonal in the United States are the Yuzpe regimen (high doses of ethinyl estradiol with high doses of levonorgestrel) and the Plan B (high doses of levonorgestrel). Both methods, sometimes, prevent ovulation; however, they can also act lowering the possibility of implementing due

to its adverse effects on the endometrium (post-fertilization effect). The available evidence is moderately strong, depending on the hormonal contraceptive has been used during the pre-ovulatory, ovulatory or post-ovulatory phase of the menstrual cycle. The post-ovulatory effects are especially questioned by the current Brazilian law.

KEYWORDS: Contraception of Emergency in Brazil. Yuzpe Regimen. Plan B. Ethic. Post-fertilization. Brazilian legislation.

Notas

- 1 FRANÇA, Genival Veloso. *Medicina Legal*. Editora Guanabara Koogan, 8. ed. 2008; p. 275-294.
- 2 ANGHER, Anne Joyce. *Vade Mecum Acadêmico de Direito*. Editora Rideel, 6. ed. 2008.
- 3 YUZPPE AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyshon JI. *Post coital contraception - a pilot study*. J. Reprod Med 1974;13:53-8.
- 4 Physicians'desk reference. 54th ed. Montvale, NJ: Medical Economics, 2000:1335.
- 5 MORAES, Alexandre. *Constituição do Brasil Interpretada*. Editora Atlas, 2002;p-176-180.
- 6 CARR BR, Parker CR, Maddlen JM, MacDonald PA, Porter JC. *Plasma levels of adrenocorticotropin and cortisol in womem receiving oral com-traceptive steroid treatment*. J Clin Endocrinol Metab, 1979,49:346-9.
- 7 LING WY, Robichaud A, Zayid I, Wrixon W, MacLeod SC. *Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital con-traception*. Fertil Steril, 1979;32:297-302.
- 8 SWALHM LM, Wesstlund P, Johannisson E, Bygdeman M. *Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium an the menstrual cycle*. Acta Obstet Gynecol Scand, 1996;75:738-44.
- 9 HERTZEN H, Van Look PFA. *Randomised controlled trial of levornorgestrel versus the Yuzpe regimenof combined for emergency contraception*. Lancet 1998;352:428-33.
- 10 GLASIER A, ThongKJ, DewarM, Mackie M, Baird DT. *Mifepristone(RU-486) compared with high estrogen and progestogen for emergency postcital contraception*. N.Engl J Med 1992;327:1041-4.
- 11 GLASIER A. *Emergency postcoital contraception*. N Engl J Med 1997;337:1058-64.
- 12 LARYMORE WL, Stanford J. *Postfertilization effects of oral contraceptives and their relationship to informed consent*. Arch Fam Med 200;9:126-33.
- 13 WEBB AMC, Russel J, Elstein M. *Comparison of Yuzpe regimen, danazol, and mifepristone (RU -486) in oral postcoital contraception*. BMJ1992;305:927-31.
- 14 DAWOOD YM. *Ibuprofen and dysmenorrheal*. Am J Med 1984;77(1A):87-94.
- 15 BIEGLMAYER C, Hofer G, Kainz C, Reinthaller A, Koop B, Janisch H. *Contraception of varius arachidonic acid metabolites in menstrual fluid are associated with menstrual pain an are influenced by hormonal contraceptives*. Gynecol Endocrin 1995;9:307-12.
- 16 BROWN HK, Stoll BS, Nicosia SV, Fiorica JV, Hambley PS, Clark LP, et al. *Uterine junctional zone: correlation between histiologic findings and MR imaging*. Radiology 1991;179:409-13.
- 17 DEMAS BE, Hricak H, Jaffe RB. *Uterine MR imaging: effects of hormonal stimulation*. Radiology 1986;159:123-6.
- 18 ABDALLA HI, Brooks AA, Johnson MR, Kirkland A, Thomas A, Studd JW. *Endometrial thickness: a predictor of implantation in ovum recipients?Hum reprod* 1994;9:363-5.
- 19 LING WY,Wrixon; W.Zayid I,Acorn T, Propat R,Wilson E. *Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception*. II. Effect of postovulatory

administration on ovarian function and endometrium. *Fertil Steril* 1983;39:292-7.
 20 KUBBA AA, White JO, Guillebaub J, Elder MG. *The biochemistry of human endometrium after two regimens of postcoital contraception: a dl-norgestrel/ethinylestradiol combination or danazol* *Fertil Steril* 1986;45:512-6.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA HI, Brooks AA, Johnson MR, Kirkland A, Thomas A, Studd JW. *Endometrial thickness: a predictor of implantation in ovum recipients?* *Hum reprod* 1994;9:363-5.
- ANGHER, Anne Joyce. *Vade Mecum Acadêmico de Direito*. Ed. Rideel, 6. ed. 2008.
- BIEGLMAYER C. Hofer G, Kainz C, Reinthaller A, Koop B, Janisch H. *Contraception of various arachidonic acid metabolites in menstrual fluid are associated with menstrual pain and are influenced by hormonal contraceptives*. *Gynecol Endocrinol* 1995;9:307-12.
- BROWN HK, Stoll BS, Nicosia SV, Fiorica JV, Hambley PS, Clark LP, et al. *Uterine junctional zone: correlation between histologic findings and MR imaging*. *Radiology* 1991;179:409-13.
- CARR BR, Parker CR, Maddlen JM, MacDonald PA, Porter JC. *Plasma levels of adrenocorticotropin and cortisol in women receiving oral contraceptive steroid treatment*. *J Clin Endocrinol Metab* 1979;49:346-9.
- DAWOOD YM. *Ibuprofen and dysmenorrhea*. *Am J Med* 1984;77(1A):87-94.
- DEMAS BE, Hricak H, Jaffe RB. *Uterine MR imaging: effects of hormonal stimulation*. *Radiology* 1986;159:123-6.
- FRANÇA, Genival Veloso. *Medicina Legal*. Ed. Guanabara Koogan, 8. ed. 2008; p. 275-294.
- GLASIER A, Thong KJ, Dewar M, Mackie M, Baird DT. *Mifepristone (RU-486) compared with high estrogen and progestogen for emergency postcoital contraception*. *N Engl J Med* 1992;327:1041-4
- GLASIER A. *Emergency postcoital contraception*. *N Engl J Med* 1997;337:1058-64.
- HERTZEN H, Van Look PFA. *Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined for emergency contraception*. *Lancet* 1998;352:428-33.
- KUBBA AA, White JO, Guillebaub J, Elder MG. *The biochemistry of human endometrium after two regimens of postcoital contraception: a*

dl-norgestrel/ethinylestradiol combination or danazol Fertil Steril 1986;45:512-6.

LARYMORE WL, Stanford J. *Postfertilization effects of oral contraceptives and their relationship to informed consent.* Arch Fam Med 200;9:126-33.

LING WY, Robichaud A, Zayid I, Wrixon W, MacLeod SC. *Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception.* Fertil Steril 1979;32:297-302.

LING WY, Wrixon W, Zayid I, Acorn T, Propat R, Wilson E. *Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception.* II. Effect of postovulatory administration on ovarian function and endometrium. Fertil Steril 1983;39:292-7.

MORAES, Alexandre. *Constituição do Brasil Interpretada.* Ed. Atlas, 2002, p. 176-180.

SWALHM LM, Wesstlund P, Johannisson E, Bygdeman M. *Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle.* Acta Obstet Gynecol Scand 1996;75:738-44.

WEBB AMC, Russel J, Elstein M. *Comparison of Yuzpe regimen, danazol, and mifepristone (RU -486) in oral postcoital contraception.* BMJ 1992;305:927-31.

YUZPPE AA, Thurlow. HJ, Ramzy I, Leyshon JI. *Post coital contraception - a pilot study.* J. Reprod Med 1974;13:53-8.

Physicians'desk reference. 54. ed. Montvale, NJ: Medical Economics, 2000:1335.