

## Documentos

Esta seção destina-se a apresentar documentos de interesse relevante para a bioética

### Apresentação

Publicamos neste número a Resolução do Conselho Federal de Medicinal CFM 1.811, de 2006, o qual estabeleceu as normas éticas - para a utilização pelos médicos brasileiros - da Anticoncepção de Emergência (AE).

A importância dessa resolução pode ser mensurada pelo fato de que, embora não existam estatísticas absolutamente confiáveis sobre o assunto, é possível atribuir grande parte das altas taxas de mortes de mulheres na fase reprodutiva ao aborto inseguro. Segundo informa em seu site a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, o aborto clandestino e inseguro é realidade cotidiana no Brasil e nos demais países da América Latina e Caribe, calculando-se que uma em cada quatro mortes maternas relacione-se a complicações dele decorrentes: "é inaceitável que as mulheres, especialmente as mais pobres e as adolescentes, continuem submetidas a legislações punitivas, arrisquem suas vidas e sejam condenadas socialmente quando desejam exercer sua autonomia sexual e reprodutiva" (1).

Às restrições no acesso a serviços e medicamentos essenciais à saúde sexual e reprodutiva, corriqueiras nos serviços de Atenção Básica no Brasil, somam-se à oposição de setores ortodoxos da Igreja Católica, que condenam o uso da Anticoncepção de Emergência, também conhecida como "pílula do dia seguinte", sob a alegação de que teria efeitos abortivos. Tal posição, que pode ser considerada fundamentalista, parece: desconhecer que a anticoncepção de emergência é considerada pela Organização Mundial de Saúde como uma medida que diz respeito à saúde pública; desconsiderar que opor-se a seu uso interfere na autonomia das mulheres; e que defender tais argumentos é insustentável em um Estado laico, democrático e pluralista.

Em relação a essa questão, o Ministério da Saúde se manifestou, ainda em 2005, lançando por intermédio da Secretaria de Atenção

à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Área Técnica de Saúde da Mulher, a publicação Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde, que busca dirimir tal falácia: "A AE impede a fecundação e não há indicadores de que ela atue após esse evento. Este fato deveria ser suficiente para estabelecer, claramente, a ausência de efeito abortivo" (2). A Resolução aqui apresentada também orienta os profissionais médicos nesse sentido garantindo que "quanto aos aspectos éticos, o mais relevante é ressaltar o caráter não abortivo da Anticoncepção de Emergência".

Nesse sentido, a Resolução, assim como a clara Exposição de Motivos que a referenda, reforça nos profissionais de Medicina uma tomada de posição consciente, em defesa dos direitos humanos das mulheres, buscando garantir, em especial, seus direitos sexuais e reprodutivos. Como assevera o item 7.41, relativo às adolescentes, do Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, citado na referida Exposição:

"a informação e os serviços devem ser acessíveis particularmente às adolescentes do sexo feminino, para ajudá-las a compreender sua sexualidade e protegê-las de gestações indesejadas... A gravidez prematura continua sendo um obstáculo para a melhoria do status educacional, econômico e social das mulheres em todas as partes do mundo" (3).

## Referências

1. Rede de Saúde das Mulheres Latinoamericanas e do Caribe (RSMLAC) & Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Santiago (Chile)/Porto Alegre (Brasil). Regional da Rede Feminista de Saúde/ DF, 28 de maio de 2007. Disponível em: [http://redesaude.blogspot.com/2007\\_05\\_01\\_archive.html](http://redesaude.blogspot.com/2007_05_01_archive.html). Acesso em: 19/10/2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.(Série F. Comunicação e Educação em Saúde) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 3).
3. Organização das Nações Unidas. Relatório da Conferência Internacional

sobre População e Desenvolvimento. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 1994. p.69.

Dora Porto / Editora Executiva

### **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.811/2006**

Publicada no Diário Oficial da União de 17 jan. 2007, Seção I, p. 72

Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, devido à mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

**Considerando** que o direito reprodutivo funda-se nos princípios da dignidade da pessoa humana e propicia o exercício da paternidade responsável;

**Considerando** que compete ao Estado propiciar recursos educacionais, científicos e materiais para o exercício desse direito, sendo vedada qualquer ação coercitiva por parte de entidades públicas ou privadas;

**Considerando** que no Brasil há um número significativo de mulheres expostas à gravidez indesejada, seja pelo não uso ou uso inadequado de métodos anticoncepcionais;

**Considerando** que as faixas mais atingidas são as de adolescentes e de adultas jovens, que, freqüentemente, iniciam a atividade sexual antes da anticoncepção;

**Considerando** que a prevenção da gravidez indesejada constitui bom exemplo de sexualidade responsável, e que tal gravidez pode

conduzir a custos psíquicos e sociais por vezes irreversíveis;

**Considerando** que a prática da dupla proteção – recomendada pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e Sociedade Brasileira de Pediatria –, busca incutir a utilização da camisinha masculina ou feminina, concomitante a um outro método anticoncepcional, incluindo-se a Anticoncepção de Emergência;

**Considerando** que a Anticoncepção de Emergência pode ser utilizada em qualquer etapa da vida reprodutiva e fase do ciclo menstrual na prevenção da gravidez e que, em caso de ocorrência de fecundação, não haverá interrupção do processo gestacional;

**Considerando** que o objetivo da Anticoncepção de Emergência é evitar a gravidez e que mesmo nos raros casos de falha do método não provoca danos à evolução da gestação;

**Considerando** que a Anticoncepção de Emergência poderá contribuir para a diminuição da gravidez indesejada e do aborto provocado;

**Considerando**, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada em 14 de dezembro de 2006,

**Resolve:**

**Art. 1º** Aceitar a Anticoncepção de Emergência como método alternativo para a prevenção da gravidez, por não provocar danos nem interrupção da mesma.

**Art. 2º** Cabe ao médico a responsabilidade pela prescrição da Anticoncepção de Emergência como medida de prevenção, visando interferir no impacto negativo da gravidez não planejada e suas conseqüências na Saúde Pública, particularmente na saúde reprodutiva.

**Art. 3º** Para a prática da Anticoncepção de Emergência poderão

ser utilizados os métodos atualmente em uso ou que porventura sejam desenvolvidos, aceitos pela comunidade científica e que obedecem à legislação brasileira, ou seja, que não sejam abortivos.

**Art. 4º** A Anticoncepção de Emergência pode ser utilizada em todas as etapas da vida reprodutiva.

**Art.. 5º** Revogam-se todas as disposições em contrário.

**Art.. 6º** Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Brasília-DF, 14 de dezembro de 2006.

**EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE**    **LÍVIA BARROS GARÇÃO**  
Presidente do Conselho                      Secretária-Geral

## **Exposição de Motivos**

### **ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA**

Em 2006, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento completa 12 anos. Naquele evento, 179 países, inclusive o Brasil, reunidos no Cairo, Egito, firmaram um pacto para o estabelecimento de um Programa de Ação sobre População e Desenvolvimento a ser desenvolvido nos próximos 20 anos.

A Conferência do Cairo marcou uma nova era, principalmente no que diz respeito às questões reprodutivas, tendo sido firmado o compromisso de promoção dos direitos humanos, especialmente o fortalecimento da cidadania com acesso universal à saúde e informação sobre saúde sexual e reprodutiva, o que permitiria escolhas responsáveis e equidade entre os sexos.

No Brasil, o processo de democratização viabilizou um texto constitucional avançado no plano dos direitos e garantias individuais e co-

letivas, que contempla os princípios de dignidade da pessoa humana, envolvendo, inclusive, as noções de paternidade responsável, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desses direitos nas instâncias particulares e privadas, o que abrange o conhecimento de todos os métodos anticoncepcionais, inclusive a Anticoncepção de Emergência e o respeito à livre escolha. A linguagem dos direitos confere uma força particular às reivindicações da sociedade, devendo o direito reprodutivo ser entendido como direito humano fundamental.

No âmbito da Declaração dos Direitos Sexuais (Organização Mundial da Saúde e Associação Mundial de Sexologia, 2001), devem ser ressaltados os seguintes itens:

- direito de tomar decisões reprodutivas livres e responsáveis; •
- direito à informação baseada em conhecimento científico;
- direito à educação sexual integral; e
- direito à atenção à saúde sexual.

É importante ter presente que a proposta de anticoncepção, incluindo a de emergência, integra o grande projeto de educação sexual, inclusive para adolescentes, que tem seu principal respaldo no Código de Ética Médica e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

A Anticoncepção de Emergência foi aprovada por muitos organismos internacionais: tais como a Organização Mundial da Saúde, International Planned Parenthood Federation (IPPF), Family Health International (FHI), Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) e Food and Drug Administration (FDA). No Brasil, consta nas Normas de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde desde 1986, através do método Yuzpe, e nas Normas Técnicas de Violência Sexual, também do Ministério da Saúde, desde 1998, sendo disponibilizada no mercado brasileiro, a partir de 1999, mediante apresentação de receita médica.

O Ministério da Saúde iniciou sua aquisição em 2000, distribuindo-a, inicialmente, aos serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência e, a partir de 2002, como item dos anticoncepcionais disponibilizados aos municípios pelo Programa de Planejamento Familiar. Também faz parte das recomendações e orientações da Federação

Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Em 2005, a Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, produziu documento específico de esclarecimento sobre Anticoncepção de Emergência – que compõe sua série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

As indicações da Anticoncepção de Emergência são reservadas a situações especiais e excepcionais, mas seu objetivo básico é prevenir gravidez inoportuna ou indesejada após relação que, por alguma razão, foi desprotegida. Entre as indicações, destacam-se: relação sexual sem uso de método anticonceptivo, falha conhecida ou presumida do método em uso de rotina, uso inadequado do anticonceptivo e abuso sexual. Sempre que se fala em Anticoncepção de Emergência deve-se ressaltar seu caráter emergencial, não devendo, portanto, ser usada como método anticonceptivo regular, haja vista não ser eficaz para uso rotineiro.

Apesar da disponibilidade de métodos anticonceptivos, a incidência da gravidez não planejada ainda é muito elevada em todo o mundo e especialmente no Brasil, onde atinge oito milhões de pessoas. A própria Organização Mundial da Saúde aceita que todos os métodos anticonceptivos falham, sem exceção. Deve-se ainda levar em conta a elevada prevalência da violência sexual e de abortamentos, frequentemente inseguros, realizados em razão de gravidez não planejada.

Há duas formas de oferecer a Anticoncepção de Emergência. A primeira, conhecida como método de Yuzpe, utiliza anticonceptivos hormonais orais combinados de uso rotineiro em planejamento familiar, na dose de 200µg de etinil-estradiol e 1mg de levonorgestrel (OMS), em duas doses iguais, a cada 12 horas. A segunda, é com o uso isolado de levonorgestrel, na dose única de 1,5mg (OMS). Ambas as opções podem ser utilizadas em até cinco dias após a relação sexual desprotegida, variando sua eficácia em função do tempo entre a relação sexual e sua administração.

Não há registros de efeitos teratogênicos em gestantes que inadvertidamente fizeram uso de Anticoncepção de Emergência, mesmo porque não existem evidências epidemiológicas de que mulheres expostas acidentalmente a ACHC, durante a fase inicial da gravidez, apresentem maior incidência de anomalias fetais. O método de Yuzpe

utiliza os mesmos princípios ativos desses anticoncepcionais, porém em doses menores e por menos tempo. Além disso, considerando-se a indicação da Anticoncepção de Emergência em até cinco dias após a relação sexual desprotegida, o medicamento é administrado muito antes do início da organogênese, fase do desenvolvimento fetal de maior vulnerabilidade à ação de agentes teratogênicos.

Quanto aos aspectos éticos, o mais relevante é ressaltar o caráter não abortivo da Anticoncepção de Emergência.

O mecanismo de ação da Anticoncepção de Emergência varia conforme o momento do ciclo menstrual em que é administrada. Se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, antes do pico do hormônio luteinizante (LH), a Anticoncepção de Emergência impede a ovulação (mecanismo semelhante ao dos ACHC) ou a retarda por vários dias, circunstâncias nas quais os espermatozóides não terão qualquer oportunidade de contato com o óvulo. Na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, a Anticoncepção de Emergência atua por outros mecanismos, principalmente pela modificação do muco cervical, tornando-o espesso e hostil, impedindo ou dificultando a migração dos espermatozóides em direção ao óvulo. Além disso, interfere na capacitação dos espermatozóides (processo fundamental para a fecundação) e altera o transporte dos mesmos e do óvulo nas trompas. Não há evidências científicas de que uma eventual disfunção luteolítica promovida pela Anticoncepção de Emergência interfira no processo de implantação, mesmo porque a progesterona produzida pelo ovário a partir da ovulação, ou administrada depois da fecundação, favorece o desenvolvimento e é essencial para a manutenção da gravidez. Vale lembrar que o termo progesterona significa pró-gestação e que é indicada e utilizada em situações clínicas de ameaça de abortamento espontâneo e de reprodução assistida. Também não há evidências de alterações no endométrio que pudessem interferir no processo da implantação.

Assim, a eficácia da Anticoncepção de Emergência é resultado dos mecanismos de ação descritos que, em conjunto ou isoladamente, atuam impedindo a fecundação/fertilização (exclusivamente, processo de união dos gametas feminino e masculino) e sempre antes da implantação/nidação (processo que se completa entre o 11º e o 12º dia após a fecundação). Não há quaisquer evidências científicas de que



a Anticoncepção de Emergência exerça efeitos, após a fecundação/fertilização, que impeçam a implantação caso a fecundação ocorra ou que impliquem na eliminação precoce do embrião. Desta forma, a Anticoncepção de Emergência é capaz de evitar a gravidez, nunca de interrompê-la, ficando clara sua atuação não abortiva.

Quanto ao uso abusivo ou descontrolado da Anticoncepção de Emergência, não foi constatado qualquer indicador ou tendência, nem se observou diminuição significativa do uso de métodos de barreira, inclusive por adolescentes, ou aumento da promiscuidade sexual, principalmente quando a Anticoncepção de Emergência insere-se no contexto de políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva que assegurem informação, aconselhamento e seguimento. Cabe ressaltar que, entre as adolescentes e mulheres adultas que utilizam apenas o preservativo masculino como método anticoncepcional, a Anticoncepção de Emergência constitui uma apólice de seguro para o caso de ruptura ou deslocamento deste, reforçando-se, assim, o conceito de dupla proteção.

A Anticoncepção de Emergência cumpre papel de destaque dentro da proposta de educação sexual para ambos os sexos, posto que seu caráter emergencial pode preceder o próprio processo educativo, sem deixar de integrá-lo em suas etapas. Ao se considerar as características e singularidades dos adolescentes, fica claro que a contracepção de emergência vai ao encontro de seu imediatismo, das constantes mudanças de pensar e sentir, colocando-se, portanto, como opção relevante de prevenção.

Não há dúvidas de que a Anticoncepção de Emergência é medida importante, entre tantas necessárias, para reduzir a gravidez e o abortamento na adolescência. Em 2000, o levantamento de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) mostra que 1,29% do total ocorreu entre adolescentes de 10 a 14 anos; e 25,84%, entre 15 e 19 anos. Adicionalmente, foram registradas 127.740 internações por aborto. Deste número, 59% referiam-se a jovens na faixa etária de 20 a 24 anos; 39%, a adolescentes entre 15 e 19 anos e 2,50%, a adolescentes na faixa de 10 a 14 anos. De 1993 a 1997, o número de curetagens realizadas no SUS em adolescentes de 10 a 19 anos passou de 19% para 22%. Em 1997, as complicações provocadas pelo abortamento inseguro foram responsáveis por 16% das mortes maternas de mulhe-

res de 15 a 24 anos (CNPD, 1997). Segundo dados da PNDS, de 1996, a primeira causa de internação entre adolescentes de 10 a 14 anos é o parto. Em 2001, a principal causa de morbidade entre adolescentes relacionava-se à gravidez, parto e puerpério (77,28%), que representa a 7ª causa de morte de mulheres entre 10 a 24 anos (5,52%). Vários estudos demonstram que a promoção da Anticoncepção de Emergência permite uma ingestão da droga significativamente mais precoce (e, portanto, com mais chance de sucesso), diminuindo a taxa de gravidez não planejada e, conseqüentemente, de aborto.

O documento Adolescência, contracepção e ética - Diretrizes, de 2003, aprovado pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (constante em seu site) e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (publicado no Jornal de Pediatria), mostra que a prescrição de método anticonceptivo para a adolescente não fere nenhum princípio ético ou legal. Ao contrário, os profissionais de saúde têm clara responsabilidade com a atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, embasados na Constituição Federal (art. 226), no Código de Ética Médica (arts. 11, 102 e 103), no Estatuto da Criança e do Adolescente e em conferências internacionais, das quais o Brasil foi signatário, como a IV Conferência Mundial da Organização das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e sua revisão pela Organização das Nações Unidas, em 1999, conhecida como Cairo 5.

A principal conclusão deste documento é que a Anticoncepção de Emergência não é considerada abortiva, podendo ser utilizada em qualquer faixa etária das etapas reprodutivas.

## **Bibliografia**

1. Adolescência, contracepção e ética - Diretrizes – disponível em <http://www.febrasgo.org.br>.
2. Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
3. 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* 2003;32:122-3.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Marco Teórico e Referencial – Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, 2006.
5. Checa MA, Pascual J, Robles A, Carreras S. Trends in the use of emergency contraception. An epidemiological study in Barcelona, Spain (1994-2002). *Contraception* 2004;70:199-201.
6. Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito. Mirian Ventura (org.), com a colaboração de Daniela Ikawa, Flávia Piovesan e Leila Linhares Barsted. Rio de Janeiro: Advocaci, 2003.
7. Ellertson C et al. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstetrics and Gynecology* 2001;98:570-5.
8. Fórum 2002 – Contraceção, adolescência e ética. Maria Ignez Saito, Marta Miranda Leal (orgs.). Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas – Fmusp.
9. Fórum 2005: Adolescência e contraceção de emergência.
10. Gainer E et al. Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway, Sweden and Portugal. *Contraception* 2003;68(2):117-24.
11. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *The New England Journal of Medicine* 1998;339(1):1-4.
12. Gold MA, Sucato GS, Conrad Lae Hillard PJA. Provision of emergency contraception for adolescents - Position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health* 2004;35:66-70.
13. Jackson RA et al. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception – a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology* 2003;102:8-16.
14. Juventudes e sexualidade. Abramovay M, Castro MG, Silva LB. Brasília: Unesco Brasil, 2004.
15. Litt IF. Placing emergency contraception in the hands of women. *JAMA* 2005;293(1):98-99.
16. Lo SST, Fan SYS, Ho PC, Glasier AF. Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behavior: a randomized controlled trial. *Human Reproduction* 2004;19(10):2404-10.
17. Raine T et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs – a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293(1):54-62.
18. \_\_\_\_\_. et al. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstetrics and Gynecology* 2000;96:1-7.
19. Rowlands S et al. Repeated use of hormonal emergency contraception by younger women in the UK. *Brit j Fam Plann* 2000;26(3):138-143.
20. Sociedade Brasileira de Pediatria, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Adolescência, anticoncepção e ética – Diretrizes. *Jornal de Pediatria* 2004; 80(1).

21. Ziebland S et al. What happened when Scottish women were given advance supplies of emergency contraception? A survey and qualitative study of women's views and experiences. *Social Science & Medicine* 2005; 60:1767-1779.