

Autonomia na escolha pela contracepção: visão histórica

Analuce Mussel Dunley Santos¹

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Resumo

Contracepção é o conjunto de métodos utilizados para prevenir a gravidez. Para reduzir o número de gestações não planejadas, é imprescindível que haja acessibilidade a esses métodos e, ao mesmo tempo, respeito à autonomia de escolha. Um alto índice de gravidez não planejada revela falha no controle do processo reprodutivo e é um problema de saúde pública, acarretando uma série de agravos ligados à saúde reprodutiva materna e perinatal. Esta revisão integrativa qualitativa selecionou artigos sobre bioética principlista e de proteção a fim de analisar conceitos como autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e proteção. Este estudo destaca a importância da bioética no planejamento reprodutivo, pois respeitar as vontades é proporcionar adesão e eficácia ao método contraceptivo. Na antiga lei que regulamentava o planejamento familiar, havia grande limitação na escolha da contracepção definitiva pelas gestantes, fato que será analisado neste artigo.

Palavras-chave: Autonomia. Direitos sexuais e reprodutivos. Justiça social. Bioética. Planejamento familiar. Política de saúde.

Resumen

Autonomía en la elección de métodos anticonceptivos: una panorámica histórica

La anticoncepción es el conjunto de métodos utilizados para prevenir el embarazo. Para reducir el número de embarazos no planificados, es fundamental que haya acceso a estos métodos y, a la vez, respeto por la autonomía de elección. Un alto índice de embarazos no planificados revela un fracaso en el control del proceso reproductivo y constituye un problema de salud pública, acarreando una serie de complicaciones relacionadas con la salud reproductiva materna y perinatal. Esta revisión integradora cualitativa seleccionó artículos sobre bioética principlista y de protección con el fin de analizar conceptos como autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y protección. Este estudio resalta la importancia de la bioética en la planificación reproductiva, ya que respetar las voluntades es proporcionar adhesión y eficacia al método anticonceptivo. En la antigua ley que regulaba la planificación familiar, existía una gran limitación en la elección de la anticoncepción definitiva por parte de las mujeres embarazadas, hecho que será analizado en este artículo.

Palabras clave: Autonomía. Derechos sexuales y reproductivos. Justicia social. Bioética. Planificación familiar. Política de salud.

Abstract

Contraceptive autonomy: a historical overview

Contraception is the set of methods used to prevent pregnancy. To reduce the number of unplanned pregnancies, access to these methods is essential, as is the respect for contraceptive autonomy. High unplanned pregnancy rates reveal a failure to control the reproductive process and points to a public health problem, leading to a series of problems related to maternal and perinatal reproductive health. This qualitative integrative review selected articles on principlism and protection bioethics to analyze concepts such as autonomy, beneficence, non-maleficence, justice and protection. This study highlights the importance of bioethics in reproductive planning because respecting the individual's decisions means providing adherence and efficacy to the contraceptive method. There was a great limitation in the choice of definitive contraception by pregnant women in the old law that regulated family planning, a fact that will be analyzed in this article.

Keywords: Autonomy. Reproductive rights. Social justice. Bioethics. Family development planning. Health policy.

Declara não haver conflito de interesse.

Visão histórica: autonomia na escolha pela contracepção

Neste artigo, propõe-se analisar, sob a luz da bioética de proteção e do princípalismo de Beauchamp e Childress, se no Brasil tem havido respeito aos princípios básicos da bioética no que diz respeito à escolha pelo método contraceptivo pela mulher em conformidade com a Lei 9.263/1996¹. O que me instigou a analisar essa temática foi a vivência pessoal: como médica atuante há vários anos no serviço público, mais especificamente no ambulatório de planejamento reprodutivo, sempre me causou grande inquietação a discrepância entre o que concretamente se oferece às usuárias do SUS em relação à escolha pelo método contraceptivo e o que se considera ideal.

Em minha dissertação de mestrado, avalei o acesso das pacientes ao dispositivo intrauterino (DIU) no serviço público, e o resultado foi que, em grande parte dos municípios brasileiros, ele ainda é bastante restrito. Nem todos os postos de saúde são aptos a oferecer a inserção do DIU, que exige material adequado e profissional tecnicamente capacitado. Em alguns postos, não há sequer profissionais médicos para atender a população, e as equipes são incompletas e sofrem com constantes alternâncias, o que torna difícil a capacitação. Além disso, embora o DIU seja um dos contraceptivos mais eficazes, sua procura pelas usuárias não é tão grande, devido, talvez, a questões culturais ou mesmo à falta de conhecimento e de apresentação ao método por parte das equipes de saúde.

A primeira lei criada para regulamentar o planejamento reprodutivo no Brasil vigorou no período de janeiro de 1996 a março de 2023 e permaneceu basicamente sem nenhuma modificação durante os quase 30 anos. Decerto, nessa época o conhecimento sobre bioética era bastante limitado, uma vez que o campo começou a ganhar corpo no Brasil na década de 1990 e que somente em 1995 foi criada a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), assim como cursos de pós-graduação.

A tendência atual é a substituição do termo “planejamento familiar” pelos termos “planejamento de parentalidade” ou “planejamento reprodutivo”, visto que nem sempre se está lidando com família, e sim com a vida reprodutiva de cada indivíduo. O planejamento reprodutivo é um

direito constitucional, definido como o conjunto de ações educativas e preventivas que garantam a informação, meios, métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade, garantindo a liberdade de opção pelo método¹. O artigo 2º da Lei 9.263/1996 dispõe que entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal¹.

O principal objetivo do planejamento reprodutivo é facilitar o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos do indivíduo, de modo que ele possa decidir o momento ideal da chegada dos filhos e a quantidade desejada. Neste artigo, propõe-se uma reflexão histórica da autonomia da mulher na escolha pelo método contraceptivo.

Método

O método aplicado para a composição deste artigo foi a pesquisa exploratória, bibliográfica de abordagem qualitativa, com revisão integrativa da literatura, com coleta de dados de forma sistemática, com base em fontes secundárias, utilizando a leitura para a síntese de artigos científicos com o intuito de condensar os resultados.

Foram utilizadas palavras-chave e chaves de busca retiradas do banco de Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). O levantamento bibliográfico foi obtido por meio de: livros, sites do governo, entidades internacionais – Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) –; bases de dados – PubMed, Philosopher’s Index, Bioethics Literature Database (Belit), EthxWeb, JSTOR, Scopus, Google Scholar –; e bibliotecas digitais. Foram incluídas as literaturas que abordavam questões bioéticas conforme os princípios básicos de Beauchamp e Childress – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – e da bioética de proteção, e foram excluídos artigos que abordavam planejamento familiar exclusivamente masculino.

A revisão integrativa percorreu as seguintes etapas: 1) elaboração da questão norteadora; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; e 6) apresentação da revisão integrativa. O conteúdo foi separado em

categorias e o resultado foi obtido mediante análise temática do conteúdo tal como proposta por Laurence Bardin.

Gravidez não planejada e saúde pública

Ainda hoje, é alto o número de gravidezes não planejadas e até mesmo indesejadas, principalmente entre adolescentes em maior vulnerabilidade social, o que representa grave problema de saúde pública². Pode-se definir gravidez não planejada como toda gestação que não foi programada pelo indivíduo; já gravidez indesejada é aquela que se contrapõe a seus desejos e expectativas, inoportuna, que acontece em momento considerado desfavorável e é responsável por inúmeros agravos ligados à saúde reprodutiva materna e perinatal.

A principal causa de gravidez não planejada é o baixo índice de utilização de métodos contraceptivos, fato evidente em países pouco desenvolvidos e que está associado às dificuldades de acesso a serviços de saúde e à falta de organização destes³. Por sua vez, a gravidez indesejada é considerada um indicador de falha no controle do processo reprodutivo, motivo pelo qual o termo é muito usado em programas de planejamento reprodutivo para avaliar a demanda não satisfeita de anticoncepção. Esta abrange falta de informações e de acesso a todos os métodos contraceptivos, falha de métodos e não disponibilização, na rede pública de saúde, de todos os anticoncepcionais³.

A cada ano, pelo menos 80 milhões de mulheres em todo o mundo vivenciam a gravidez não planejada, e esse número vem crescendo nas últimas décadas. Tal fato é responsável pelo aumento do número de abortamentos provocados, principalmente clandestinos, o que eleva o risco de morbidade e mortalidade em mulheres que se submetem ao procedimento. No Brasil, em 1996, o número estimado de abortamentos em jovens entre 10 e 19 anos foi de 241.392 casos⁴. Na América do Sul, o número de abortamentos clandestinos é em torno de 4 milhões por ano⁵. A gravidez não planejada é um grave problema de saúde pública, na medida em que é responsável por:

- 75% da taxa de evasão escolar por jovens gestantes;
- mortes e complicações provocadas por abortamentos clandestinos e pré-natais inadequados;

- agravamento da taxa de empobrecimento e da vulnerabilidade social de famílias já vulneráveis;
- abandono de bebês, com superlotação de abrigos e problemas psicológicos e sociais futuros;
- complicações no parto; e
- aumento de gastos públicos com pré-natal, parto e internações hospitalares por complicações decorrentes da gestação e do parto.

Um estudo denominado “Nascer no Brasil”, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), promoveu um inquérito nacional sobre parto e nascimento e acompanhou 23.984 mulheres na maternidade e seus bebês entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, em 191 municípios do Brasil. Entre os vários resultados, destacam-se alguns números do planejamento reprodutivo⁶:

- apenas 45% das mulheres entrevistadas haviam desejado aquela gestação;
- 9% ficaram insatisfeitas com a gravidez;
- 2,3% relataram ter tentado interromper a gestação; e
- dois terços das adolescentes declararam não querer a gravidez.

De acordo com o estudo, 55% das mulheres adultas e quase 70% das adolescentes brasileiras não desejavam a gestação, números que superam a porcentagem média mundial de gestação indesejada, que, segundo as Nações Unidas, é de 40%⁷. Nota-se que a eficiência do planejamento reprodutivo pode ser um indicador importante de IDH, por se ligar intrinsecamente a vários aspectos do desenvolvimento humano, como saúde, educação e bem-estar econômico.

Outro aspecto muito preocupante é a grande frequência da precocidade reprodutiva entre jovens, principalmente aquelas com maior vulnerabilidade social⁸. Em uma sociedade pluralista, é importante que filhos nasçam planejados de pais que estejam preparados⁹. Para tanto, a acessibilidade e a escolha dos métodos anticoncepcionais são essenciais e, assim, constituem uma questão de saúde pública.

Breve história da anticoncepção

Entende-se por anticoncepção ou contracepção o conjunto de métodos utilizados para controlar

a fertilidade por meio de ações, dispositivos ou medicamentos capazes de evitar a gestação¹⁰. A disponibilização de métodos anticoncepcionais é indispensável para reduzir os índices de gestação indesejada.

O Brasil é vasto, tanto em extensão geográfica quanto em diversidade cultural e moral, esta decorrente da presença de povos indígenas nativos, da colonização portuguesa – que trouxe consigo a escravidão africana –, além da imigração de italianos, alemães, japoneses, árabes etc. Assim, o país abriga também uma multiplicidade de práticas religiosas, desde o catolicismo, trazido pelos colonizadores portugueses, até religiões de matriz africana, como a umbanda e o candomblé. Durante muito tempo, o Estado e a Igreja exerceram forte papel no controle social, com esta tendo importante papel na castração da sexualidade feminina.

Esses aspectos culturais, religiosos, sociais e individuais, entre outros fatores, influem na escolha do método anticoncepcional na medida em que podem causar conflitos entre valores morais e a necessidade de prevenir gravidez, ou seja, podem gerar dilemas éticos e emocionais complexos. Uma vez que o pluralismo cultural e a diversidade moral exercem influência significativa na escolha do método anticoncepcional pelo indivíduo, reconhecer e respeitar a diversidade é essencial para garantir acesso igualitário a serviços de saúde reprodutiva e promover decisões informadas e autônomas sobre contracepção.

Em 1957, foi lançada nos Estados Unidos uma medicação para tratar distúrbios do ciclo menstrual que advertia em sua bula a suspensão temporária da fertilidade, e não demorou para que o medicamento começasse a ser utilizado tendo como objetivo justamente esse efeito colateral. Sua venda como anticoncepcional oral foi aprovada pela Food and Drug Administration (FDA) em 1960, e assim foi criada a pílula anticoncepcional, uma das grandes responsáveis pela liberação sexual feminina. A partir daí, as mulheres romperam com o tradicional papel de “rainha do lar” e passaram a exercer um papel mais expressivo dentro da sociedade.

Embora a utilização de formas de anticoncepção date da antiguidade, a emancipação feminina se deu somente após a criação da pílula anticoncepcional, por ser um meio eficaz e seguro de evitar a gestação e, dessa maneira, dar autonomia à mulher para decidir o momento ideal

da maternidade e o número de filhos. Com isso, a mulher passou a exercer o direito sobre seu corpo, sem precisar compartilhar suas decisões e desejos ou necessitar da intervenção de terceiros. Foi um avanço muito importante.

No Brasil, durante muitos anos, a contracepção oral, ou pílula, foi praticamente sinônimo de contracepção. Atualmente, há vários métodos anticoncepcionais disponíveis no mercado, os quais são agrupados de acordo com sua efetividade¹¹:

- Primeira linha: são aqueles métodos altamente eficazes, que apresentam facilidade de uso, não requerem grande motivação ou intervenção da usuária, têm índice de gravidez indesejada inferior a 2% durante o primeiro ano de uso, demandam menor número de consultas de retorno e garantem maior duração do efeito contraceptivo. Esses métodos incluem implantes contraceptivos, esterilização masculina e feminina e DIUs.
- Segunda linha: incluem os contraceptivos hormonais sistêmicos (orais, anéis vaginais, adesivos transdérmicos e injetáveis). Este tipo de anticoncepção depende de motivação e intervenção da usuária e, quando comparado a métodos de primeira linha, apresenta índices de falha maiores, com índice de gravidez indesejada entre 3% e 9% no primeiro ano. É provável que essa alta taxa de falha se deva ao esquecimento e a trocas de horário de ingestão, ou seja, ao uso inadequado por parte da usuária.
- Terceira linha: métodos de barreira femininos e masculinos, conhecidos como métodos de consciência corporal ou métodos comportamentais. Em relação ao nível de dependência, os métodos de terceira linha dependem totalmente da motivação e intervenção do usuário, portanto apresentam índices de falha bastante elevados, com média de 10% a 20% no primeiro ano. Podemos incluir neste grupo a tabela do ciclo menstrual, preservativos feminino e masculino e diafragma.
- Quarta linha: são os espermicidas, que, assim como os métodos de segunda e terceira linha, dependem da motivação do usuário e apresentam, portanto, índices altíssimos de falhas, em torno de 21% a 30% no primeiro ano de uso. Pode-se concluir que a efetividade de um método é diretamente proporcional à facilidade

de uso e inversamente proporcional à intervenção do usuário.

O DIU é um método bastante efetivo, porém ainda não muito utilizado. A distribuição mundial de usuárias de DIU não é uniforme: varia de menos de 2% em alguns países, como o Brasil, a mais de 40% em outros, como no caso de países da Ásia central¹¹. No Brasil, especificamente, ainda existem muitos mitos em torno do DIU, segundo os quais, por exemplo, é um método abortivo ou que causa malformações fetais em caso de gestação concomitante ao uso. Por essa razão, a grande maioria das usuárias do serviço público de saúde brasileiro ainda opta por métodos hormonais, principalmente as pílulas, quando desejam manter a fertilidade, ou pela laqueadura tubária, quando já têm a prole estabelecida e desejam um método seguro e irreversível.

Criação da Lei 9.263/1996

Com base na revisão histórica realizada, observou-se que, a partir da década de 1970, passou a haver entre as mulheres brasileiras grande número de esterilizações, representando 44% de todos os métodos anticoncepcionais. Constatou-se que, em sua maioria, as mulheres submetidas ao método eram pretas, de baixa renda e algumas extremamente jovens¹². Algumas desconheciam o caráter irreversível da cirurgia e optavam pela esterilização acreditando que sua fertilidade retornaria se assim desejassem¹².

A suspeita de que se tratasse de controle demográfico, o que não é permitido em nossa constituição, ensejou a criação de uma comissão parlamentar mista de inquérito, formada por deputados e senadores, para estudar os casos e posteriormente elaborar uma lei de planejamento reprodutivo. A solicitação da criação da comissão deveu-se justamente ao fato de a esterilização de mulheres ser, na época, o método anticoncepcional mais usado no Brasil. Estatísticas divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a respeito da esterilização apontam o seguinte: 71% das mulheres casadas ou unidas entre 15 e 54 anos usam algum anticoncepcional, das quais 33% utilizam a esterilização e 38%, outros métodos. Se considerarmos os métodos utilizados pelas mulheres em

idade fértil no Brasil, veremos que a esterilização representa 44%, sendo o mais utilizado, seguido da pílula, com 41%. Para efeito de comparação, nos países desenvolvidos, nos quais 70% das mulheres usam algum anticoncepcional, a esterilização corresponde a 7%. Nos países menos desenvolvidos, o percentual sobe para 15%. Na Itália, é de 1%, no Reino Unido, 8%, e na Bélgica, 5%¹².

Em 1996, foi promulgada a Lei 9.263¹, a primeira com o objetivo de regulamentar o planejamento reprodutivo. Consta no artigo 2º da lei que o planejamento reprodutivo é o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal¹. Em seu artigo 4º, afirma-se que o planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade¹. O artigo 9º garante a liberdade de opção pelo método¹. Destaco aqui os termos “direitos iguais”, “acesso igualitário” e “liberdade de opção”, que serão analisados posteriormente sob o ponto de vista bioético.

A lei, criada para proteger os “vulneráveis” da “esterilização em massa” e garantir os direitos reprodutivos, restringia-a para algumas mulheres, especialmente durante o período de gestação e puerpério, independentemente da vulnerabilidade, do desejo da mulher ou do número de filhos. Ademais, a realização da cirurgia de laqueadura tubária nesses períodos, se em desconformidade com a lei, poderia ser considerada agravante de pena para o profissional que a praticasse.

Defensores do método questionavam se o parto não seria o momento ideal para realizá-la, já que a mulher se encontrava internada, o que minimizaria os problemas de acesso e de gastos públicos com nova internação. Contudo, de acordo com a lei, para realizar a laqueadura tubária, essa mulher teria que retornar para casa e proceder a nova internação hospitalar após o período puerperal, ou seja, depois de 42 dias do parto, fosse normal ou cesáreo. A grande maioria das mulheres não retornava por questões de acesso, ou mesmo por não ter com quem deixar os filhos menores. E muitas delas, quando retornavam ao ambulatório de planejamento reprodutivo, já estavam grávidas novamente e uma vez mais

impedidas de realizar a cirurgia de laqueadura tubária. Essa falha na regulação da reprodução pode ser associada a múltiplos fatores da situação da mulher: sexo sem proteção, uso incorreto de métodos anticoncepcionais, intolerância a certos métodos, insucesso na negociação com o parceiro para usar o preservativo, não uso por estar aguardando uma esterilização, entre outros³.

Bioética no planejamento reprodutivo

A relevância da bioética para as políticas públicas é hoje reconhecida na maioria dos países. Atualmente, enxerga-se a necessidade contínua de integrar a bioética aos processos de elaboração de políticas públicas com vista a promover decisões mais éticas e justas para a sociedade como um todo. Alguns países têm influentes comitês permanentes de bioética¹³.

A implementação de princípios e regras morais deve levar em conta fatores como viabilidade, eficiência, pluralismo cultural e procedimentos políticos. Quando se utilizam normas morais para formular ou criticar políticas públicas, está se avaliando se as leis ou políticas são moralmente aceitáveis ou não. Quando se aplicam critérios morais para analisar políticas públicas, está se examinando se essas políticas estão alinhadas com os princípios éticos fundamentais. Essa abordagem pode levar a uma avaliação mais abrangente e profunda das políticas públicas, isto é, uma abordagem que considere, para além da mera legalidade, se as políticas públicas e a lei promovem o bem-estar e a justiça para todos os membros da sociedade.

Nem sempre existe consenso absoluto em torno do que é moralmente correto. Diferentes sistemas de valores podem ocasionar interpretações conflitantes sobre a moralidade de determinada lei ou política pública.

Princípios bioéticos de Beauchamp e Childress

O principialismo de Beauchamp e Childress, uma das correntes bioéticas mais influentes, citadas e estudadas em pesquisas bioéticas, oferece um conjunto de quatro princípios éticos fundamentais que podem ser aplicados na análise

e tomada de decisões em contextos biomédicos e de saúde¹⁴.

1. **Autonomia:** este princípio reconhece a importância da capacidade da pessoa de decidir sobre o que julga melhor para si. Respeitar a autonomia significa respeitar as escolhas e preferências do paciente, desde que sejam feitas de forma livre, informada, com base na razão e respeitem a dignidade e a liberdade dos outros e da coletividade.
2. **Beneficência:** refere-se ao dever de agir no melhor interesse dos pacientes e promover o bem-estar. Não se trata apenas de evitar danos, pois beneficência é um ato positivo, isto é, pressupõe ação. Deixar de fazer o mal não é praticar beneficência – a isso, chamamos de não maleficência.
3. **Não maleficência:** é o dever de não causar dano intencionalmente ao paciente, ou seja, de evitar danos desnecessários e minimizar os riscos.
4. **Justiça:** o princípio de justiça diz respeito à justiça distributiva, ou seja, à distribuição equitativa de recursos, e implica tratar os indivíduos de forma justa e imparcial, garantindo que todos tenham acesso adequado aos cuidados de saúde e que as decisões sejam tomadas de maneira justa e transparente.

Importante lembrar que não há hegemonia entre os princípios. O modelo principialista é bastante relevante para a bioética clínica, porém, segundo Schramm, não é aplicável aos dilemas da saúde pública, pois baseia-se na moralidade das inter-relações médico-paciente¹⁵.

Bioética de proteção

A bioética de proteção, uma corrente bioética criada pelos professores Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow, corresponde a um instrumento reflexivo que parte da constatação e da análise da assimetria entre cidadãos. Ela surgiu da tentativa de adaptar a aplicação da bioética aos conflitos em saúde pública na América Latina, marcada por problemas que infringem o princípio de justiça. No Brasil, particularmente, ainda há muitos problemas de alocação de recursos e exclusão social, com milhões de desassistidos e profundas desigualdades sociais.

Segundo o professor Schramm, há uma diferença expressiva entre “vulneráveis” e “vulnerados”.

Qualquer ser humano está sujeito a vulnerabilidades momentâneas, isto é, pode necessitar de amparo e proteção em decorrência de abalos físicos, emocionais ou psicológicos. A bioética de proteção não se aplica ao indivíduo momentaneamente vulnerável, e sim à população de vulnerados, que são sujeitos que não possuem capacitação (*capability*) para realizar seus projetos e alcançar uma vida digna, que são desprovidos das condições mínimas para cuidar sozinhos da própria vida, que não contam com os recursos necessários para exercer sua autonomia plena¹⁵.

Stricto sensu, ao priorizar os vulnerados, a bioética de proteção pretende aplicar a equidade para atingir a igualdade e, assim, respeitar o princípio de justiça. A bioética de proteção engloba dois conceitos:

1. Bioética: significa “ética da vida” e busca orientar a conduta moral e as políticas públicas na área da saúde de modo a garantir o respeito aos direitos humanos, à dignidade e à integridade das pessoas.
2. Proteção: significa dar amparo a quem necessita, ou seja, proteger os vulnerados.

Alguns aspectos da bioética são importantes, como o exercício da autonomia pessoal, desde que não afete a vida alheia. A bioética de proteção é uma proposta recente no campo da bioética e refere-se aos problemas morais relacionados à vulneração humana. A pobreza extrema pode tornar as pessoas reféns e vítimas de violações de outras liberdades necessárias para realizar projetos de vida, ou seja, pode privá-las da competência para ter uma vida objetiva e subjetivamente digna¹⁵.

Na bioética de proteção, são oferecidas medidas protetoras que podem ou não ser aceitas pelos vulnerados. Protege-se os afetados de modo que possam desenvolver suas potencialidades e capacidades até que não necessitem mais dessa proteção. Por conseguinte, não se deve confundir proteção com paternalismo. A proteção não é imposta; o vulnerado a aceita se quiser. Já o paternalismo é autoritário, impõe medidas protetoras e pode, em nome do suposto bem-estar do outro, sufocá-lo, impedindo sua capacitação para fazer as próprias escolhas, mantendo-o dependente de escolhas alheias. A bioética de proteção defende, portanto, o direito da autonomia pessoal e prepara o indivíduo para exercê-la e ser responsável por seus atos.

Considerações finais

A Lei 9.263/1996¹ foi a primeira lei criada para regular o planejamento reprodutivo e teve grande importância para sua implantação e organização na saúde pública. Os serviços públicos passaram a oferecer vários métodos de concepção e contracepção cientificamente aceitos, garantindo o direito de liberdade de opção. Para tanto, tiveram que se adaptar e proporcionar atendimento para tratamento de infertilidade, colocação de DIU e promoção de laqueadura tubária.

Embora a lei tenha sido um grande avanço, continha em si uma grande limitação para a realização de laqueadura tubária, principalmente durante o parto ou o período puerperal. É importante salientar que no Brasil, com mais de 50 de milhões de vulnerados, há enorme desigualdade social. Quando se impede que uma mulher pobre, vulnerável e, muitas vezes, vulnerada seja submetida à cirurgia de laqueadura tubária apenas pelo fato de estar grávida, é de se questionar se sua autonomia não está sendo ferida, se não se está deixando de praticar a beneficência e incorrendo em injustiça.

Da perspectiva da bioética de proteção, questiona-se se não se está deixando de proporcionar algo necessário e benéfico e deixando-se de proporcionar proteção a um vulnerado. O julgamento de que um ato seja moralmente aceitável não implica que a lei deva permiti-lo¹⁴. Porém, a própria Lei 9.263/1996¹ utiliza as expressões “direitos iguais”, “acesso igualitário” e “liberdade de opção”, e é com base nela que se faz tais questionamentos em relação às mulheres gestantes, que por longos anos tiveram seus direitos violados simplesmente por estarem gestando.

Ademais, por ter sido sancionada em uma época na qual não se detinham os conhecimentos de bioética, a lei poderia ferir vários de seus princípios. A atual lei do planejamento familiar, Lei 14.443¹⁶, que passou a vigorar em março de 2023, ilustra isso na medida em que se caracteriza por maior respeito à autonomia da mulher na escolha da contracepção definitiva. Passou a ser permitida a laqueadura tubária no momento do parto e puerpério em mulheres acima de 21 ou naquelas que tenham dois ou mais filhos vivos. É necessário que a opção pelo método irreversível ocorra pelo

menos 60 dias antes do parto – por ser uma escolha definitiva, é importante que haja um período para a consolidação do desejo. A nova lei exclui a necessidade de concordância e assinatura do cônjuge para a realização do procedimento, bastando o desejo individual.

Como profissionais da saúde, nosso dever é oferecer vários meios de contracepção e possibilitar acesso a eles, assim como desaconselhar laqueaduras tubárias precoces e, em caso de opção pela

cirurgia, esclarecer exaustivamente que o método é irreversível, que não é livre de riscos e que a maior complicação é o arrependimento; porém, feito isso, cabe-nos respeitar a autonomia individual e não agir com paternalismo. A nova lei está sendo cumprida e atualmente há grande procura pela laqueadura tubária. Talvez haja a necessidade de estudos futuros para avaliar o efeito da nova lei no número de gestações indesejadas e na taxa de arrependimento da opção pelo método irreversível.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 15 jan 1996 [acesso 2 set 2024]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm
2. Prietsch SOM, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2011 [acesso 2 set 2024];27(10):1906-16. DOI: 10.1590/S0102-311X2011001000004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso 2 set 2024]. Disponível: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/pnds>
4. Carvalho SM. Mulheres jovens e o processo do aborto clandestino: uma abordagem sociológica [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009 [acesso 2 set 2024]. Disponível: https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25481_FINAL_SIMONE_2.pdf
5. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Temas de actualidad / Current topics* [Internet]. 2002 [acesso 2 set 2024];11(3):192-205. Disponível: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>
6. Theme-Filha MM, Baldisserotto ML, Fraga ACSA, Ayers S, da Gama SGN, Leal MC. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey 2011/2012. *Reprod Health* [Internet]. 2016 [acesso 2 set 2024];17:13(Suppl 3):118. DOI: 10.1186/s12978-016-0227-8
7. Dantas C. Mais de 55% das brasileiras com filhos não planejaram engravidar. G1 [Internet]. Bem Estar; 1 dez 2016 [acesso 2 set 2024]. Disponível: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/mais-de-55-das-brasileiras-com-filhos-nao-planejaram-engravidar.ghtml>
8. Dias AB, Aquino EML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006 [acesso 2 set 2024];22(7):1447-58. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000700009.
9. Sanches MA, Simão-Silva DP. Planejamento familiar: do que estamos falando? *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [acesso 2 set 2024];24(1):73-82. DOI: 10.1590/1983-80422016241108
10. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar: manual técnico [Internet]. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso 2 set 2024]. Disponível: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>
11. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. *Ginecologia de Williams*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
12. Brasil. Congresso Nacional. Relatório nº 2, de 1993 – CN: relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil [Internet].

- Brasília: Congresso Nacional; 1993 [acesso 2 set 2024]. Disponível: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/85082/CPMIEsterilizacao.pdf?sequence=7&isAllowed=y>
13. Schramm RF, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2001 [acesso 2 set 2024];17(4):949-56. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DxJCCf8XTBmbQzG6NYNdkhP/?format=pdf&lang=es>
 14. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.
 15. Schramm RF. Bioética de Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2008 [acesso 2 set 2024];16(1):11-23. Disponível: <https://www.ghc.com.br/files/BIOETICA%20DE%20PROTECAO.pdf>
 16. Brasil. Presidência da República. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 15 set 2022 [acesso 11 set 2024]. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14443.htm

Analuce Mussel Dunley Santos – Doutoranda – analucemussel@gmail.com

 0009-0003-7368-2145

Correspondência

Analuce Mussel Dunley Santos – Rua Alencar Lima, 35, sala 1014, Centro CEP 25620-050. Petrópolis/RJ, Brasil.

Recebido: 18.3.2024

Revisado: 16.10.2024

Aprovado: 21.10.2024