

Contraceção de emergência e adolescência: responsabilidade e ética

Clóvis Francisco Constantino

Resumo Este trabalho discute aspectos peculiares da assistência médica aos adolescentes, ponderando sua particular vulnerabilidade no meio social em que vivem e tendo em mente que, por meio de sua progressiva maturidade, tendem a exercer sua autonomia numa sucessão de ações próprias que inclui o aflorar da sexualidade. Com esse entendimento, é formulada a reflexão sobre aspectos éticos da contraceção de emergência, considerando aspectos epidemiológicos de gravidez precoce e não planejada à luz de princípios clássicos da bioética, incluindo a disponibilização de tal recurso pelo poder público.

Palavras-chave: Anticoncepção. Planejamento familiar. Gravidez na adolescência. Adolescente. Bioética.



Clóvis Francisco Constantino
édico pediatra, presidente do Departamento de Bioética da Sociedade Brasileira de Pediatria, doutorando em Bioética pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal, membro do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo, Brasil

A adolescência é um período no qual se concentram significativas discussões, propostas e eventuais consensos, na busca dos melhores caminhos para seu bom e proveitoso transcurso. Por conter grande riqueza de variados eventos modificadores nos indivíduos, de ordem biológica, psicológica e social, sua vivência é capaz de gerar conflitos de várias ordens, decorrentes da carga afetiva hiperdimensionada, das inseguranças, bem como de expectativas pouco realistas e imaturas sobre o amor e a sexualidade. Dadas as características desse fenômeno em nossa sociedade *deve ser encarada como uma etapa crucial e bem definida do processo de crescimento e desenvolvimento, cuja marca registrada é a transformação ligada aos aspectos físicos e psíquicos do ser humano, inserido nas mais diferentes culturas*¹.

As modificações biológicas constituem a fase da adolescência denominada puberdade, na qual se inclui a eclosão hormonal

e a maturação sexual; o adolescente, entre outros aspectos, passa a ter capacidade reprodutiva. As modificações de ordem psicoemocional foram sintetizadas por Knobel e Aberastury na chamada *síndrome da adolescência normal*¹, que descreve a busca de identidade, a tendência grupal, o desenvolvimento do pensamento abstrato, as variações de humor, a vivência temporal singular, a separação progressiva dos pais e a evolução da sexualidade. *Essas vivências significativas podem contribuir tanto para a vulnerabilidade dos jovens quanto para a construção do eu seguro e até mesmo empreendedor, que o torna protagonista das mudanças e da reestruturação do futuro*².

Erikson afirma que *a principal tarefa dos adolescentes é o estabelecimento da identidade própria e segura, havendo, porém, uma paradoxal solicitação de limites: necessito que me coloquem limites, mas desde já vou avisando que não vou respeitá-los*². A estruturação da identidade sexual é parte relevante desse processo, pois os papéis de gênero – feminino e masculino – são fundamentais do ponto de vista sociocultural: *a vivência da sexualidade está voltada para a genitalidade, existindo a busca do outro, do amor idealizado, da realização afetiva, ainda que imatura*².

Também cabe mencionar em relação a esta etapa, questões relativas à vulnerabilidade e ao risco. A primeira não é prerrogativa do jovem, mas neste deve ser particularmente visibilizada nesta fase do desenvolvimento. O risco, por sua vez, abrange tanto o ponto de vista biomédico quanto os atinentes às dimensões social e comportamental: *o risco é uma propo-*

*sição técnica que associa o conceito de vulnerabilidade à probabilidade de dano ou resultado indesejado. Paralelamente surge o conceito do fator protetor, utilizado como mecanismo basicamente de prevenção, mas que pode também visar a qualidade de vida*³.

É importante acrescentar que os fatores de risco e proteção podem estar presentes nos próprios adolescentes, nas famílias e na sociedade como um todo, dentro dos variados grupos de referência, entre os quais se destacam a escola, o trabalho, o grupo de amigos, as áreas da saúde, a justiça, o nível socioeconômico, a inserção cultural, as políticas governamentais³. Contextualizar de forma ampla e abrangente o binômio risco-proteção na atenção ao adolescente é ação inevitável na busca dos melhores resultados relacionados a essa faixa etária peculiar.

Comentários históricos

A educação sexual é imperativa nos dias atuais, haja vista que flagelos como gravidez precoce, aborto e doenças sexualmente transmissíveis podem ser administrados mediante sua prática crescente. Em nosso país, tanto na família como na escola, os diálogos e debates sobre o tema ainda são pobres e tímidos.

Na Grécia antiga, na época da expansão helênica, as meninas se casavam com o objetivo de gerar filhos para as constantes guerras. Na antiga civilização hebraica o casamento era considerado divino e objetivava a reprodução. A virgindade deveria ser mantida até o matrimônio. Com o advento do Império Romano

ocorre a liberalidade em seu extremo, ou seja, a licenciosidade envolvendo todas as formas de prazer, inclusive o perverso. Concretiza-se a mulher-objeto e a compra e venda do sexo. Posteriormente, o cristianismo restaura costumes e valores anteriores como virgindade e monogamia.

Na Idade Média, a valoração relacionada ao tema varia nos distintos níveis socioeconômicos. Para a nobreza, a virgindade era preservada até o casamento; para os súditos, havia o estímulo a procriar o quanto antes, consideradas as necessidades de mão de obra e guerreiros. A partir do século XVIII, o desejo torna-se imoral e o recato em relação à sexualidade é a palavra de ordem. Mesmo nos dias atuais podemos observar diversas visões e tratamentos em relação à gravidez em adolescentes mais ou menos favorecidos em diferentes classes sociais.

Se o arquétipo Adão e Eva remete à mulher como agente de tentação (o mal) e o homem como o tentado, hoje, com a evolução histórica, as mulheres vêm se firmando como sujeitos de importância na organização social. Apesar disso, ainda permanecem várias limitações relacionadas a gênero – convencionadas pela sociedade, calcadas em fatores de cunho biológico.

Diante desse complexo amálgama de fatores culturais e biológicos, que interferem física e psicologicamente nas transformações experimentadas na adolescência, a educação sexual precisa ser elaborada de forma a estimular o desenvolvimento saudável dos jovens, condu-

zindo-os da melhor maneira possível à idade adulta. Cecília Cardinal de Martím, pioneira nesse campo na América Latina, refere os princípios que devem conduzi-la: *uma educação mais para o ser do que para o ter e fazer; uma educação para a formação da autoconsciência e dos valores internos; uma educação para o amor; uma educação para a liberdade e uma educação para a vida passada, presente e futura*⁴.

Gravidez na adolescência

No Brasil, no período de 2002 a 2003, quase 700 mil jovens com idade entre 10 e 19 anos tornaram-se mães, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)⁵. Em 2004, o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou mais de 48 mil curetagens nessa faixa etária, após abortamentos, quer provocados ou espontâneos.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), tem havido, inclusive, elevação da gravidez na adolescência inicial, entre 10 e 14 anos⁶. Ao se considerar a renda familiar inferior a um salário mínimo, a taxa de fecundidade é de 128/1.000; quando igual ou superior a 10 salários mínimos, de 13/1.000. Quanto à escolaridade, a prevalência da gravidez na adolescência também guarda relação inversa à quantidade de anos de estudo⁶.

Pesquisa realizada em 1997 sobre demografia e saúde pela organização não governamental Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam), com amostra representativa de todas as regiões brasileiras, aponta isso, correlacionando a baixa escolaridade com a gravidez na adoles-

cência: 54,4% das adolescentes que não tinham nenhuma escolaridade já tinham engravidado alguma vez; 31,3% das que tinham um a três anos de escolaridade; 25,1% das que tinham quatro anos de escolaridade; 18,2% das que tinham cinco a oito anos; e 0,4% das que tinham 11 anos de escolaridade⁶. Vários estudos em países desenvolvidos também mostram que a maternidade precoce é fator relevante para a redução da escolaridade final alcançada pela jovem. Isto significa que a gravidez é motivo de saída da escola, principalmente para aquelas que já estão com a escolaridade atrasada⁶.

Com o objetivo de quantificar a discussão, é importante mencionar ainda dado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) segundo o qual o número de adolescentes no Brasil no ano 2000 era de 36 milhões, o que corresponde a um quinto da população. Além disso, segundo o MS, o parto representa a primeira causa de internação de meninas no sistema público.

Legislação no Brasil

Desde sua publicação em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tem sido base para grandes conquistas em nosso país. Em seu art. 4º cita que *é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária*⁷. Seu parágrafo único, alínea a,

deixa claro que a garantia de prioridade a que faz jus o adolescente compreende a *primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias*.

O art. 15 do ECA afirma que *a criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis*⁷. No art. 16, incluindo o inciso VII, consta que *o direito à liberdade compreende (...) buscar refúgio, auxílio e orientação*⁷. Esses artigos, que reafirmam a vulnerabilidade da criança e do adolescente em decorrência de fatores etários, sublinham seu direito à proteção e amparo.

Para os fins objetivados nesta discussão, pode-se citar também a Lei Federal 11.340/06, que cria mecanismos para coibir a elevada prevalência de violência doméstica e familiar contra a mulher. Esta lei prevê no parágrafo 3º de seu art. 9º que *a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência (...)*⁸. Com o mesmo intuito deve-se lembrar a Lei Federal 9.263/96, que trata do planejamento familiar e garante *a liberdade de decisão ao homem, à mulher ou ao casal em planejar a prole*⁹.

Em 2004, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo editou a Portaria 295, que ressalta: *(...) a porcentagem de adolescentes usuárias do SUS que engravidam, muitas delas de forma não planejada e cada vez mais jovens, per-*

*manece elevada*¹⁰. Em decorrência, foi implementado um protocolo para fornecimento de contraceptivos reversíveis na rede básica, bem como recomendado que os adolescentes fossem orientados à dupla proteção, ou seja, a associarem um método de barreira (preservativo masculino ou feminino) a outro método, por exemplo, hormonal. Além disso, o documento orienta que a contracepção de emergência deve ser utilizada apenas em situações como estupro, ruptura de preservativo ou diafragma, expulsão do dispositivo intrauterino (DIU), esquecimento de duas ou mais pílulas anticoncepcionais de progestogênio etc.

No mesmo ano, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) publicaram, em conjunto, suas diretrizes a respeito de anticoncepção e ética na adolescência, que incluem a ênfase à dupla proteção e o respeito aos critérios de elegibilidade. Essas diretrizes determinam que *o médico pode prescrever anticoncepção de emergência, com critérios e cuidados, por ser um recurso de exceção, às adolescentes expostas ao risco iminente de gravidez, nas seguintes situações: não estar usando qualquer método anticoncepcional, falha do método anticoncepcional em uso, violência sexual*¹¹.

Os fatos acima mostram a importância que os estados e as sociedades atribuem ao desenvolvimento e contínuo aperfeiçoamento dos programas destinados a informar e acompanhar os adolescentes e jovens, especialmente no que tange às questões relacionadas à sexualidade e reprodução. Tal relevância reflete-se principalmente nas adolescentes do sexo feminino, as

quais, em decorrência tanto da biologia quanto dos parâmetros sociais que ainda vigoram na sociedade (resultantes da interpretação que se faz desses mecanismos fisiológicos), constituem o grupo mais vulnerável no que concerne às consequências indesejáveis da prática sexual. Nesse contexto insere-se a reflexão sobre a *anticoncepção de emergência*, considerada aqui um dos mecanismos legítimos para inibir os problemas decorrentes da gravidez indesejada, entre adolescentes e jovens.

Contracepção e ética

Em 2002, a Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) organizou um fórum no qual a contracepção de emergência (CE) ou anticoncepção de emergência (AE), como também é conhecida, foi debatida entre mais de 50 participantes, incluindo pediatras, ginecologistas, advogados, juízes, membros de comissões de bioética de universidades, membros de sociedades científicas e membros da área de prevenção do Ministério da Saúde. Suas conclusões serviram de base para as recomendações da SBP e da Febrasgo, bem como à portaria da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Para os participantes o método não foi considerado abortivo. As principais contribuições do evento referiram-se a princípios éticos, tais como *respeito à autonomia dos adolescentes, fazendo dos mesmos sujeitos de direito*¹².

No ano de 2005, novo fórum, com participação análoga ao anterior, ampliou a discussão

sobre o tema e terminou por sugerir ao Conselho Federal de Medicina (CFM) o aprofundamento do estudo em câmara técnica específica para o reconhecimento da contracepção de emergência como método alternativo à prevenção da gravidez em todas as etapas da

vida reprodutiva. Como resultado, foi editada a Resolução CFM 1.811/06, que estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da anticoncepção de emergência, as quais se baseiam nas considerações constantes no quadro a seguir.

Quadro 1. Considerações do CFM sobre anticoncepção de emergência (AE)

Fonte: Resolução CFM nº 1.811, de 14 de dezembro de 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 17 jan. 2007; seção 1:72.

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, frequentemente, 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 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.

Assim, em sessão plenária de 14 de dezembro de 2006 aceitou-se a anticoncepção de emergência como método alternativo para a prevenção da gravidez, por não provocar danos nem interromper sua evolução. Deliberou-se que cabe ao médico a responsabilidade por prescrever a *anticoncepção de emergência* como medida de prevenção, buscando interferir no impacto negativo da gravidez não planejada para adolescentes e jovens e suas consequências para a saúde pública, particularmente na saúde reprodutiva. Para a prática podem ser empregados os métodos atualmente em uso ou outros que se tornem consagrados pela comunidade científica e não contrariem a legislação brasileira, quer dizer: na essência não sejam abortivos. Por fim, a resolução define que a anticoncepção de emergência pode ser utilizada em todas as etapas da vida reprodutiva ¹³.

A Academia Americana de Pediatria refere que o fornecimento prévio de um tratamento de CE tem se mostrado eficaz. Vários estudos verificaram que a prescrição da CE por antecipação aumenta a probabilidade de as mulheres jovens e adolescentes a utilizarem sempre que necessário. Em grande estudo, forneceu-se informação sobre CE a jovens britânicos entre 14 e 15 anos de idade. Seis meses após esta intervenção educacional, os adolescentes que receberam a educação mostraram maior probabilidade de referir a utilização correta da CE, mas não aumentaram a sua utilização comparativamente com os estudantes que não receberam esta intervenção ¹⁴. Em suas conclusões, assinala que a CE tem o potencial de diminuir ainda mais as taxas de gravidez não programadas em adolescentes nos Estados Unidos e que não é um agente teratogênico e não

tem a capacidade de provocar a *disrupção de uma gravidez já implantada no útero* ¹⁴.

Estudo realizado no Município de São Paulo e publicado em 2005 com o objetivo de avaliar o conhecimento e o uso da CE entre jovens estudantes de ensino médio de escolas públicas revelou o conhecimento do método por 59% e sua utilização por 15% dos mesmos ¹⁵. O trabalho conclui que *no que se refere ao conceito de dupla-proteção, isto é, a utilização concomitante do preservativo em associação com um método hormonal, a pesquisa demonstrou que entre as moças com parceiros que utilizavam a camisinha, muitas adotaram concomitantemente uma pílula anticoncepcional, o que sugere que, logo que se abandona a preocupação com outras DST e aids (que ocorre no estabelecimento de uma confiança pela relação fixa e amorosa compromissada), o uso da camisinha tende a ser interrompido* ¹⁵.

O mesmo estudo demonstra que a informação ou o acesso à CE não provocou abandono no uso de outros métodos contraceptivos usuais, nos quais se destaca a camisinha masculina (método de uso mais frequente, com 69,8% de adesão) ¹⁵. Ressalte-se que a CE é recomendada pela OMS, *Internacional Planned Parenthood Federation (IPPF)*, *Family Health International (FHI)*, *Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo)* e agências reguladoras da maioria dos países, incluindo a *Food and Drug Administration (FDA)*.

A importância do documento do CFM a respeito da AE pode ser constatada não apenas

em todas essas pesquisas internacionais, mas pelo fato de, no mesmo ano, o MS ter publicado o manual *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*¹⁶, voltado ao esclarecimento de dúvidas dos profissionais a respeito do procedimento, que passou a ser prescrito na rede pública. A edição desse manual pelo MS respondeu a um conflito que emergiu entre os profissionais de saúde em decorrência da anticoncepção de emergência ser até então considerada como procedimento potencialmente abortivo. Tal controvérsia causou significativo impacto na área profissional, repercutindo em toda a sociedade. A seguir, é discutido o principal fator de impacto da medida, ser ou não técnica abortiva, à luz dos aspectos fisiológicos do processo reprodutivo e da gravidez.

Aspectos fisiológicos do aparelho reprodutivo, fecundação e gravidez

Um dos principais pontos relacionados à polêmica em torno da anticoncepção de emergência consiste na conjectura de que, em determinadas circunstâncias, poderia ser um método abortivo precoce ao impedir a implantação de possível blastocisto já formado. No final da década de 60, quando o método passou a ser utilizado, não havia conhecimento acumulado quanto ao seu mecanismo de funcionamento. Como o medicamento era – e ainda é – ingerido após a relação sexual e, à época, acreditava-se que a gravidez iniciava logo após a mesma, deduziu-se que seu agente, a pílula, poderia ser abortiva, atuando após a fecundação.

Entre outros autores, Croxatto e colaboradores¹⁷ discorrem sobre a fisiologia do ciclo menstrual, fecundação e contracepção de emergência, conforme reproduzido a seguir. Embora tais informações técnicas constituam a base da citada resolução, bem como do manual do ministério, considera-se pertinente apresentá-las aqui, mais uma vez, já que o pleno domínio das mesmas é essencial tanto ao processo de educação sexual que se pretende ofertar a adolescentes e jovens nas escolas e serviços de saúde quanto ao que diz respeito às próprias políticas de planejamento familiar.

O ciclo menstrual é o período que começa no primeiro dia da menstruação e termina entre 24 e 35 dias depois, a não ser que ocorra uma gravidez que o interrompa. A menstruação, principal marca perceptível desse ciclo, é consequência do desprendimento do endométrio, acompanhado de sangramento decorrente de o ovário deixar de produzir progesterona. Quando não há gravidez, a menstruação acontece aproximadamente 14 dias após a ovulação¹⁷.

A ovulação é o processo pelo qual o óvulo sai do ovário após completar sua maturação. A maior parte dos ciclos menstruais são ovulatórios (aproximadamente 90%) e neles a ovulação pode ocorrer em qualquer momento entre o décimo e o vigésimo segundo dias. Para que haja possibilidade de gravidez, o óvulo deve ser fecundado nas 24 horas seguintes à ovulação. Se isso não ocorre, o óvulo se deteriora, perdendo a capacidade de formar um novo indivíduo. Portanto, essas características do óvulo e o momento em que ocorre a ovulação determinam que a fecundação

possa ocorrer somente em um dos 13 dias compreendidos entre o dia 10 e o dia 22 do ciclo menstrual ¹⁷.

A ovulação é condição essencial para a fecundação, embora nem toda ovulação dê lugar a ela. A fecundação ocorre habitualmente na trompa de Falópio e, na fecundação natural, além da ovulação é imprescindível também a existência do coito, em período de tempo próximo à ovulação, para promover o encontro do espermatozoide e do óvulo. Além dessa condição *sine qua non* é importante que ambos, óvulo e espermatozoide, estejam em boas condições para unir-se. Isto só ocorre se o coito coincide com a ovulação ou se a antecede por não mais de cinco dias. Mesmo em tais condições, na metade dos casos a fecundação não se produz, seja porque os gametas não se encontram por estarem defeituosos ou porque as condições locais não estão propícias para tal ¹⁷.

Além desses aspectos relacionados ao óvulo devem-se considerar também como elementos imprescindíveis à gravidez as condições para o encontro entre óvulo e espermatozoide. Depois de um coito os espermatozoides podem permanecer no corpo feminino (em estado capaz de fecundar) por até, aproximadamente, seis dias. Assim, se o coito ocorrer cinco dias antes do dia da ovulação, a fecundação poderá acontecer até o 6º dia depois do coito. Quando o coito ocorre no mesmo dia da ovulação, a fecundação poderá acontecer nas 24 horas seguintes. De tais aspectos inerentes à fisiologia do óvulo e do espermatozoide se depreende que a fecundação pode acontecer a qualquer momento nos dias compreendidos entre o 1º

e o 6º após o coito. Disso se pode deduzir, ainda, que nem todos os indivíduos iniciam sua existência intrauterina no dia seguinte ao de uma relação sexual ¹⁷.

Sabe-se que um coito deixa milhões de espermatozoides na vagina. Algumas centenas ascendem em minutos até a trompa; porém, observações feitas em animais de experimentação mostram que não têm a capacidade de fecundar. Nas melhores condições, milhares estacionam no colo do útero, de onde vão saindo sucessivamente nos dias seguintes, em grupos que se deslocam até a trompa. Alguns espermatozoides de cada grupo aderem durante horas às células da trompa, processo no qual adquirem a capacidade de fecundar. Uma vez que se soltam, mantêm esta capacidade por minutos ou poucas horas enquanto buscam o óvulo. Por isso, é necessário que continuem chegando novos espermatozoides que os substituam, até que haja a ovulação. A migração dos espermatozoides até o local onde se efetiva a fecundação pode ocorrer na forma descrita, aguardando a ovulação, porém não se prolonga por mais de seis dias depois de um coito. Se os espermatozoides podem esperar o óvulo durante dias, o óvulo só espera os espermatozoides capazes de fecundar por apenas algumas horas ¹⁷.

Durante, aproximadamente, três a quatro dias posteriores à fecundação o corpo da mulher não tem nenhuma maneira de reconhecer que traz um novo indivíduo em seu útero. Entretanto, a partir do 7º dia o blastocisto humano se implanta na parede interna do útero, dando um sinal hormonal ao organismo materno (HCG) para continuar produzindo progeste-

rona. Para que isso ocorra, é preciso que o endométrio tenha se tornado receptivo pela ação dos hormônios do ovário, o estradiol e a progesterona, indispensáveis tanto para que o blastocisto possa se implantar quanto para manter a gestação. A partir da implantação, o corpo materno reconhece de modo evidente que há um novo indivíduo em desenvolvimento e começa a reagir à sua presença ¹⁷.

Ainda segundo Croxatto e colaboradores ¹⁷, em seguimento de 100 casais que têm relações sexuais livremente (várias vezes no mês) observa-se que em 25 das mulheres se produz gravidez no primeiro mês; em 25% das 75 mulheres restantes no segundo mês, e assim sucessivamente. A explicação é que, em cada mês, não há fecundação em 50% dos casais e que a metade dos 50% de fecundações que ocorrem não dão lugar à gestação porque o produto da fecundação elimina-se espontaneamente antes que haja atraso menstrual ¹⁷.

Os mesmos autores estimam ainda que depois de um ato sexual único, que tenha lugar na segunda ou terceira semana de um ciclo menstrual, engravidam oito de cada 100 mulheres. Quando são usadas as pílulas de levonorgestrel nas primeiras 72 horas após o coito, apenas uma em 100 engravida – ou seja, usado deste modo o levonorgestrel previne apenas 85% das gestações. Quando utilizado nas primeiras 24 horas pós-coito seu uso é quase 100% efetivo (99,5%). Disso se conclui que se ministrado após 72 horas a taxa de gravidez aumenta 10 vezes. Portanto, a eficácia deste método é tanto maior quanto mais cedo for utilizado depois do coito ¹⁷.

Quando uma mulher utiliza o levonorgestrel como AE nessas primeiras 72 horas é possível que impeça a ovulação se ainda não ocorreu; que interfira com a migração de novos grupos de espermatozoides do colo uterino até a trompa ou que afete o processo de adesão e capacitação dos espermatozoides na trompa. É mediante quaisquer desses mecanismos que a pílula pode impedir a fecundação ¹⁷.

Se, porventura, a fecundação já ocorreu quando a mulher toma a pílula, ela continua tendo os mesmos 50% de probabilidade de engravidar, já que, como descrito, metade dos zigotos se perdem espontaneamente. Se o zigoto é normal e viável, a pílula não impedirá nem alterará seu desenvolvimento. Isto explica porque o método é pouco eficaz para prevenir a gravidez quando usado tardiamente.

Quanto a seu alegado efeito abortivo é essencial informar que o fármaco que compõe a pílula ministrada na AE é uma progestina sintética, molécula semelhante à progesterona e que atua no organismo do mesmo modo. A administração de progesterona em certo momento do ciclo menstrual inibe a ovulação e a migração espermática, impedindo ou dificultando a gravidez. Porém, a progesterona que o ovário produz a partir da ovulação ou a que se administra depois da fecundação, favorece o estabelecimento e a manutenção da gravidez. É, inclusive, em decorrência desta propriedade que deriva seu nome, aludindo a pró-gestação. A progesterona não é abortiva, ainda que administrada em altas doses. Pelo contrário, é essencial para a gravidez ¹⁷.

O mecanismo de ação das pílulas anticoncepcionais de emergência ainda não está totalmente entendido. Para esclarecê-lo, requer-se levar a cabo investigações difíceis e custosas, devido às realidades éticas, logísticas e técnicas que devem ser superadas. Os dados disponíveis na literatura científica não provêm nenhuma evidência de que o levonorgestrel impeça a gravidez por um mecanismo que implique na eliminação do embrião, seja antes, durante ou depois da implantação. Tampouco há evidência de que nunca a faça. Como minuciosamente descrito, a inibição da ovulação e a alteração da migração espermática são os únicos mecanismos comprovados até o momento¹⁷.

Considerações finais

Um dos fatores amplamente debatidos sobre a contracepção de emergência é se a *segurança* proporcionada pela possibilidade de uma *pílula do dia seguinte* não poderia redundar em menor atenção aos métodos tradicionais, incluindo o descuido no uso dos preservativos. Contudo, o momento de prescrever a CE pode ser excelente oportunidade para abrir caminhos e dar início à orientação daqueles adolescentes que, sabidamente, começam suas experiências sexuais cada vez mais precocemente. Ante uma situação de perigo iminente de gravidez não planejada, pela qual a prescrição da contracepção de emergência é procurada (e entendida pelos adolescentes envolvidos como medida “salvadora”), é razoável supor que possa também existir maior abertura por novas informações e orientações que proporcionem vivências sexuais futuras com menor grau de

insegurança e risco. Esse contexto favorece a abordagem profissional educativa.

A legislação brasileira assegura o direito a métodos contraceptivos. Os direitos sexuais e reprodutivos, incluindo os da informação e escolha do método contraceptivo para planejamento familiar, têm garantia no art. 226, parágrafo 7º, da Constituição de 1988¹⁸. A Lei Federal 9.263/96, do planejamento familiar, estabelece em seu art. 9º que *é responsabilidade do Estado oferecer todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção*⁹.

Em 2006, o Ministério da Saúde disponibilizou – *justiça distributiva* – mais um meio para evitar a gravidez não desejada: o método contraceptivo de emergência, cujo uso correto pode, além de impedi-la, reduzir, por consequência, os graves danos relacionados à interrupção da gravidez provocados por intervenções mal realizadas – *beneficência*.

Conforme ensina Helena Pereira de Melo ao explicar sobre bioética, direito à saúde e bio-direito, *a ética é um sistema de regras pelo qual o ser humano orienta sua vida pessoal e social e a bioética inclui reflexões sobre o conhecimento acumulado*¹⁹. Acrescenta que a bioética é um conjunto de preocupações, discursos e práticas e participa da característica do conhecimento pós-moderno, que é a abertura à pluralidade metodológica, ao recurso aos diferentes métodos, linguagens e objetivos das várias áreas do saber¹⁹. Acrescenta, ainda, que *nas sociedades atuais não existe uma moral comum*

a todos os cidadãos, coexistindo diversas teorias bioéticas tais como a utilitarista, a neocontratualista, a deontológica, a personalista, cujas aplicações conduzem a soluções diferentes para um conflito ético-jurídico ¹⁹.

A gravidez não planejada tem sido encarada com a superficialidade pragmática de decisões como abortamento ou casamento rápido, suprimindo diálogos e utilizando autoritarismo que nada educa ou acrescenta. Sendo a contracepção de emergência bem compreendida, técnica e eticamente, além de disponível, fica evidente sua utilidade na prevenção de conflitos e desenlaces familiares, objetivando mais compromisso, segurança e estabilidade no futuro da geração e nas gerações futuras. *A proposta da educação sexual deve conter liberdade, responsabilidade e compromisso, funcionando a informação como instrumento para que adolescentes de ambos os sexos possam ponderar decisões e fazer escolhas mais adequadas. A orientação sobre CE deve constituir parte da orientação anticoncepcional como um todo, cuja tarefa, na adolescência, é laboriosa, principalmente porque há de se considerar as características psicossociais próprias desse grupo etário* ¹².

O grande alvo da reflexão sobre a humanidade e do pensamento bioético é a dignidade da pessoa pela sua própria natureza e não só por seu significado na evolução física, mental, social e moral no planeta. Os avanços científicos ocorrem com grande velocidade e, frequentemente, precedem análises éticas deta-

lhadas, abrangentes e duradouras. A pesquisa, que busca a conquista, persegue a eficiência, a eficácia e a efetividade. Obviamente, a otimização de uso já é imperativo ético, mas a descoberta científica deve ser sempre entregue às posteriores ou novas considerações atentas que têm por base a prudência e o discernimento – que visam o melhor para o sujeito (agente de direito), para a pessoa (agente de dignidade) e para toda a sociedade, mesmo que rígidas regras de ética em pesquisa tenham sido preliminarmente adotadas.

Refletir mais uma vez sobre aspectos técnicos e éticos da CE em face da real vulnerabilidade do período da adolescência tem, para este autor, a conotação da responsabilidade contínua e crescente que deve cercar a assistência à saúde com todas as suas generalidades e minúcias. Todas as possibilidades de avanços científicos devem ser amplamente investigadas e suas aplicações, utilidades e empregos debatidos de forma ampla, plural e sucessiva, visando consensos possíveis e dinâmicos ante a multiplicidade das análises e reflexões. O objetivo máximo é o benefício do ser humano com o mínimo de prejuízos, tendo como foco a dignidade da pessoa, sua autodeterminação e a justiça para com o bem coletivo da sociedade. Quando esses princípios são postos de forma clara, franca e transparente, fundamentando pilares de sustentação de contendas democráticas, posto que eventualmente polêmicas, mas legítimas, estamos diante de um magnífico processo educacional da humanidade.

Este artigo foi apresentado como conclusão do terceiro módulo da primeira turma do Programa Luso-Brasileiro de Doutorado em Bioética – Programa de Doutorado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-Portugal.

Resumen

Contracepción de emergencia y adolescencia: responsabilidad y ética

En este trabajo se discuten los aspectos específicos de la atención médica a los adolescentes, teniendo en cuenta la especial vulnerabilidad de ellos en el entorno social en lo cuál viven, y considerando que, a través de la progresiva madurez, tienden a ejercitar su autonomía por la creciente sucesión de acciones propias que incluye el aflorar de su sexualidad. Con esa comprensión, vamos a reflexionar sobre los aspectos éticos de la contracepción de emergencia, observando los aspectos epidemiológicos de los embarazos precoces y no planificados, a luz de los principios tradicionales de la bioética, incluyendo la disponibilidad de este recurso por los poderes públicos.

Palabras-clave: Anticoncepción. Planificación familiar. Embarazo en adolescencia. Adolescente. Bioética.

Abstract

Emergency contraception and adolescence: responsibility and ethics

In this paper we discuss particular aspects of the medical care of adolescents, taking into account their particular vulnerability in the social environment they live in and keeping in mind that, through their gradual maturity, they tend to exercise their autonomy in a growing series of independent actions that include the development of sexuality. With this ideas understood, we will reflect on the ethical aspects of emergency contraception, taking into consideration epidemiological aspects of unplanned pregnancy in the light of traditional principles of bioethics, including the provision of such a resource by the government.

Key words: Contraception. Family planning (Public Health). Pregnancy in adolescence. Adolescent. Bioethics.

Referências

1. Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco: a prevenção em questão. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p.41.
2. _____. Op.cit. p.42.
3. _____. Op.cit. p.43.
4. _____. Op.cit. p.104.

5. Datasus. Nascidos vivos: notas técnicas [Internet]. Brasília, Brasil: Datasus; 2010 [acesso: 14 jan. 2010]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/nvdescr.htm>.
6. Guimarães EMB. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p.421.
7. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União 16 de jul. 1990; seção I:13563.
8. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União 8 ago. 2006; seção I:1-41.
9. Brasil. 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 20 ago. 1997; seção I:17989.
10. São Paulo. Portaria nº 295, de 18 de maio de 2004, da Secretaria Municipal de Saúde. Institui o protocolo para o fornecimento de contraceptivos reversíveis na Rede de Atenção Básica do Município de São Paulo, com a finalidade de ampliar e agilizar a oferta dos métodos aos usuários do SUS de forma segura e com acompanhamento adequado. Diário Oficial do Município de São Paulo 18 maio 2004:22.
11. Sociedade Brasileira de Pediatria. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência [Internet]. Adolescência e Saúde jun. 2005 [acesso 12 jul. 2010];2(2):8-9. Disponível: http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=168.
12. Leal MM, Saito MI. Anticoncepção e adolescência. In: Lopes FA, Campos Júnior DC. Tratado de pediatria. Barueri: Manole; 2007. p. 405-16.
13. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.811, de 14 de dezembro de 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 17 jan. 2007; seção 1:72.
14. Academia Americana de Pediatria. Comitê de Adolescentes. Norma de orientação: contracepção de emergência. Pediatrics (ed. port.) 2006;10(4): 249-60.
15. Andalaft Neto J, Figueiredo R. Uso de CE e camisinha entre adolescentes e jovens. Rev Sogia-BR [Internet]. abr-jun. 2005 [acesso 15 jan. 2010];6(2):[11 p.]. Disponível: <http://www.redece.org/Artigo%20Figueiredo%20e%20Andalafti%20AMPLIADO.pdf>.
16. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília:

- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher; 2006.
17. Croxatto HB, Ortiz ME, Muller AI. Mechanism of action of emergency contraception. *Steroids* 2003;68:1095-8.
 18. Brasil. Constituição. 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
 19. Melo HP. Unidade de Biodireito do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Apresentação em power point: Bioética, direito da saúde e biodireito. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2008. (Comunicação pessoal. Aula para o programa de doutoramento em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/Conselho Federal de Medicina).

Recebido: 3.12.2009

Aprovado: 24.5.2010

Aprovação final: 14.6.2010

Contato

Clóvis Francisco Constantino - clovisbioped@hotmail.com

Rua Souza Ramos, 171, aptº 22 A, Vila Mariana CEP 04120-080. São Paulo/SP, Brasil.