

# Contraceção: problemas éticos

M. Patrão Neves

Quando no vasto e complexo domínio da reprodução humana a actual reflexão de perspectiva ética tende cada vez mais a incidir nos meios de reprodução medicamente assistida, a problemática da contraceção não viu encerrada a sua discussão. Relativamente pacificada quanto à legitimidade da sua prática, a discussão prossegue ao nível dos processos utilizados e ganha hoje particular ênfase, sobretudo no que respeita às restrições ao seu acesso.

Detenhamo-nos primeiro, brevemente, sobre a noção de "contraceção". É significativo que sendo de uso ainda relativamente recente, apresenta hoje um sentido comum inequívoco e amplamente conhecido da sociedade em geral. "Contraceção" designa toda a acção tendente a impedir a eventualidade da fecundação decorrente da prática sexual heterónoma ou, sob uma expressão ainda mais simples, o conjunto de métodos visando prevenir a fecundação.

Na verdade, este termo terá vindo apenas denominar uma realidade já ancestral (a contraceção foi praticada por todos os povos e em todas as épocas) que, entretanto, alcançava uma nova dimensão. Foi durante as últimas quatro décadas que factores de ordem social - como o movimento de emancipação das mulheres (fortemente impulsionado desde o final da segunda Guerra Mundial) - e de ordem científico-tecnológica - a multiplicação dos novos meios de contraceção a par da sua crescente eficácia (os contraceptivos orais, que resultaram dos trabalhos de Pincus, e os dispositivos intra-uterinos, de Lippes e Margulies) - determinaram a aceitação e prática generalizada da contraceção.

Actualmente, na nossa sociedade, apenas alguns cristãos mais ortodoxos condenam absolutamente a contraceção, ou seja, independentemente dos processos utilizados (num estrito cumprimento da afirmação bíblica "crescei e multiplicai-vos"), a que se podem também juntar algumas pessoas, sobretudo homens, de um meio sócio-cultural baixo, que julgam estar aqui em causa a sua virilidade. Hoje, a contraceção é essencialmente entendida como expressão da vontade livre do casal, se não é mesmo um direito seu inalienável (o direito de controlar a sua fertilidade foi oficialmente declarado em 1968, na Conferência de Teerão) de decidir o número de filhos a criar e a ocasião de os gerar. Daí a sua divulgação e aceitação no preconizado planeamento familiar - prova também de que a contraceção é apoiada e incentivada pelo poder político.

Neste sentido a contraceção pressupõe não só a capacidade de conceber, que se pretende controlar, mas também a capacidade moral de optar, que se



**(...) A contraceção compulsiva, frequentemente imposta, por métodos irreversíveis, a homens (vasectomia) e mulheres (esterelização tubária), sem respeito pela vontade própria dos indivíduos, foi praticada em larga escala nas décadas de 20 e 30, nos Estados Unidos (...)**

pretende incentivar. Aliás, neste domínio, como em tantos outros o homem se foi progressivamente libertando do determinismo da natureza, esse processo implica inevitavelmente uma maior responsabilização do seu agir.

Não é, pois, ao nível da legitimidade moral ou da legalidade jurídica que a problemática da contraceção permanece em aberto. De facto, será sobretudo a partir da verdadeira revolução que ocorre ao nível dos meios contraceptivos que não só o próprio conceito de "contraceção" ganha especificidade, mas que as questões éticas que a sua prática suscita ganham pertinência. Ou seja, o que definitivamente terá cunhado o conceito e que primeiramente acendeu a polémica, nos termos que o debate decorre, foi a introdução do artificial no natural.

Ao falarmos hoje de contraceção não nos referimos mais preferencialmente aos processos naturais de impedir a fecundação. A interrupção do coito ou o comumente designado "método das temperaturas" (abstinência periódica), além de implicarem restrições na expressão sexual da união do casal, são pouco eficazes.

Os meios hoje ditos "contraceptivos" são muitos, reversíveis e irreversíveis, com diferentes taxas de eficácia, cada um adaptando-se preferencialmente a situações ou equilíbrios hormonais distintos, destinados a mulheres e homens, etc. Não nos cabe aqui fazer a sua enunciação e caracterização. Importa-nos apenas chamar a atenção para o facto de nem todos serem, *strictu sensu* "contraceptivos". Ou seja, nem todos agem ao nível da fecundação, impedindo a união do espermatozóide com o ovócito; outros há que actuam ao nível da implantação, impedindo que o ovo (fecundado) nidifique. O aparelho intra-uterino é apenas um exemplo deste último caso (em rigor, trata-se de um método "interceptivo", tal como acontece com a "pílula do dia seguinte").

Uma vez ocorrida a fecundação, não é mais possível evitar a questão de se saber se estamos ou não em presença de vida humana. Os termos em que o problema se coloca são aparentemente simples: se temos vida humana desde o momento da concepção, então a utilização de qualquer meio tendente a impedir a gestação é abortivo. Porém, se não for este o caso, quando se deterninará a existência de "vida humana" e sob que critério a definimos?

É do conhecimento geral a falta de consenso entre cientistas e entre moralistas sobre esta questão. As propostas avançadas têm sido várias. Sob o critério da potencialidade trata-se de uma vida humana sempre que o organismo em presença contenha, em potência, todos os dados necessários para se tornar num ser humano adulto. Porém, alguns estudos

→ recentes têm levantado a hipótese do DNA cromossomático do zigoto ( célula única que resulta da fusão do espermatozóide e do ovócito) não ser suficiente para determinar o carácter único do futuro indivíduo.

Um outro critério é o da individualidade: a vida humana começa quando o pré-embrião se individualiza. O processo de diferenciação embrionária só se inicia durante a implantação (esta termina cerca da terceira semana). Anteriormente a esta fase é ainda possível a geminação e recombinação.

Um terceiro critério é o da viabilidade: a vida humana começa no momento em que o feto se torna capaz de sobreviver fora da dependência da mãe, no ambiente extra-uterino. Este é, certamente, o critério que hoje reúne menos adeptos. Nesta perspectiva há que tomar em consideração o espectacular desenvolvimento das Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatologia que vêm garantindo a sobrevivência de bebés cada vez mais prematuros (21 semanas de gestação/600 gramas).

Entre o instante da concepção e a ocasião do nascimento, vários momentos foram apontados como de início da vida humana. A impossibilidade actual de, numa perspectiva científica, se determinar inequivocamente o instante do aparecimento da vida humana, e a falta de consenso entre moralistas e teólogos sobre a mesma matéria, deixa a decisão acerca do meio contraceptivo a utilizar entregue ao casal. A opção é frequentemente tomada seguindo critérios de eficácia e de comodidade, desresponsabilizando-se o casal da sua falta de informação. Neste capítulo, médicos e centros de planeamento familiar têm um papel fundamental a desempenhar, mas ainda e sempre apenas a nível informativo.

Uma outra questão relativa à divulgação dos métodos anticonceptivos, e em que também não tem havido consenso, é a das restrições ao seu acesso. Neste capítulo são particularmente importantes as que incidem sobre seu acesso por parte de menores. Se uma menor recorrer ao seu médico de família solicitando-lhe uma prescrição de um anticonceptivo, qual deverá ser a atitude do médico? Recusar ou aceder? Procurar dissuadir a jovem de iniciar a vida sexual ou informá-la amplamente das precauções a tomar para não engravidar? Em qualquer dos casos, comunicará ou não o facto aos pais? Na reflexão sobre estas questões não nos podemos abstrair do facto do número de mães adolescentes estar a aumentar nos países ocidentais, inclusive em Portugal, com todos os aspectos negativos daí advenientes para a jovem mãe (sobrecarga de tarefas numa fase de crescimento em que ainda não se encontra preparada para as enfrentar, educação abreviada, antecipação do início de actividade remunerada, casamento compulsivo, etc.), para o filho (imaturidade, instabilidade afectiva, irresponsabilidade da mãe, por vezes ausência de um lar, etc.) e, conseqüentemente, para a sociedade em geral.

Ainda no mesmo âmbito problemático, importa considerar o interesse da educação sexual proporcionada aos jovens não só pelas famílias, mas também nos estabelecimentos de ensino. Hoje, o perigo de disseminação da Sida por contacto sexual (e não só) obrigou à organização de campanhas de esclarecimento dirigidas a adolescentes e jovens. Por via indirecta e de forma muito parcial, viabiliza-se a educação sexual até há pouco tempo bastante restringida.

A questão acerca dos locais de venda de contraceptivos não é independente das anteriores: a sua venda dever-se-á limitar às farmácias, ser alargada aos supermercados, ou até disponível em locais públicos como, por exemplo e à semelhança do que acontece em outros países europeus, a casas de banho? Uma política liberalizadora neste domínio parece apresentar perigos vários no sentido de facilitar a actividade sexual sem risco físico e de, deste modo, vir a incentivá-la desde idades muito precoces. Na verdade, não tem sido possível estabelecer uma relação entre a disponibilidade ou não disponibilidade de meios contraceptivos e os costumes sexuais, sendo estes últimos bem mais influenciados por factores culturais, condições de trabalho, nível de vida dos jovens, autoridade parental. O recurso ao anticonceptivo afirma-se mais uma vez como testemunho da responsabilidade do jovem que inicia a sua vida sexual.

Ao nível das regras de acesso aos contraceptivos e da divulgação de informação sobre os mesmos, para além de um desempenho importante por parte dos pais e dos educadores em geral, é sobretudo a entidades públicas com obrigações no domínio da educação e da saúde que compete a iniciativa.

É precisamente a ausência de responsabilidade na prática sexual que pode conduzir à situação dramática e aberrante do aborto utilizado como método contraceptivo (ou, mais justamente, interceptivo). A maior parte dos abortos realizados em Portugal, como na Europa, não se inscrevem nas condições que o legalizam (mal formação do feto, perigo de vida da mãe, violação), nem terminam gravidezes resultantes da ineficácia de um qualquer método contraceptivo (impossível de suprimir na totalidade). O aborto vem frequentemente pôr fim a uma gravidez que nasceu da prática sexual na ausência de qualquer método contraceptivo ou da utilização descuidada dos mesmos. Em qualquer um dos casos, de uma irresponsabilidade facilmente evitável.

Mas o nosso tempo assiste a outras práticas ditas contraceptivas que, não o sendo de facto, actuam como tal. O preservativo - contraceptivo masculino há muito conhecido - tornou-se hoje mais um método preventivo para o contágio do vírus da Sida, do que um simples meio contraceptivo. Neste caso, a contracepção não corresponde primordialmente a uma decisão de não procriar, mas antes se pode tornar impeditiva da concretização desse mesmo desejo.

A contracepção corresponde, regra geral, à

expressão da opção de não procriar. Porém, mostrámos já como pode também vir a assumir um aspecto constrangedor, exprimindo então uma significação oposta: impossibilidade de reprodução. A contracepção tomada neste sentido não é uma prática inédita e já se concretizou sob formas dramáticas no nosso tempo. A contracepção compulsiva, frequentemente imposta, por métodos irreversíveis, a homens (vasectomia) e mulheres (esterelização tubária), sem respeito pela vontade própria dos indivíduos, foi praticada em larga escala nas décadas de 20 e 30, nos Estados Unidos (e também Canadá), atingindo deficientes mentais e presos de raça negra. Na Alemanha de Hitler esta prática também não foi esquecida, tornando mais evidente o valioso instrumento a favor do eugenismo que a contracepção pode ser.

Esta não é uma prática do passado. Há bem pouco tempo, a Rádio Televisão Portuguesa divulgava testemunhos de esterelizações em massa em mulheres timorenses, visando o extermínio da raça Mauber. Num outro plano de considerações, já se assistiu a debates nos Estados Unidos sobre a possibilidade de esterelização de mulheres portadoras do vírus da Sida, já que há uma possibilidade de 30% do filho nascer infectado. A questão pode também colocar-se para portadores de doenças congénitas incuráveis.

Uma última questão se nos impõe, pressionada pelo carácter que a contracepção compulsiva pode assumir, mas também já presente na problemática do acesso aos meios contraceptivos: poderá ou deverá alguma vez o Estado intervir nesta esfera da intimidade humana, na contracepção, *strictu sensu*? Diríamos que a acção do Estado se deverá limitar à função educativa e de apoio à saúde, de que não se pode demitir mas que, neste domínio, também não deverá ultrapassar. A reprodução, sendo do interesse da sociedade, é apenas da responsabilidade das pessoas individuais, mais precisamente do casal. Manipular a reprodução é um dos primeiros e mais eficazes decisivos passos para instrumentalizar o homem. E a consideração do homem como um meio e não simplesmente como um fim em si mesmo arrasta à sua desumanização e à desintegração de uma sociedade de homens.

Os avanços no domínio da contracepção implicaram uma maior consciencialização e responsabilização do casal no acto de gerarem uma nova vida. Mais do que um fenómeno biológico, a fecundação é a expressão da vontade de um casal (unido num amor que se pretende duradouro) e do seu compromisso perante a vida. Paradoxalmente, a contracepção humanizou a concepção. **A**

**Maria do Céu Patrão Neves**  
é doutorada em Filosofia  
e Professora Auxiliar  
da Universidade dos Açores.