



Miguel Gonçalves  
Carlos Bizarro Morais  
José Manuel Martins Lopes  
(Organizadores)

# SEXUALIDADE

e educação para a felicidade

Publicações da Faculdade de Filosofia  
da Universidade Católica Portuguesa  
Bragança 2010

## Ficha Técnica

Título: **Sexualidade e Educação para a Felicidade**

Organizadores: Miguel Gonçalves · Carlos Bizarro Morais · José Manuel Martins Lopes

Colecção: Estudos Sociais

Edição: ALETHEIA – Associação Científica e Cultural  
Faculdade de Filosofia  
Universidade Católica Portuguesa  
Praça da Faculdade de Filosofia, 1  
4710-297 BRAGA  
Tel. 253 208 080 / Fax 253 208 081  
<http://www.facfil.braga.ucp.pt>

Tiragem: 500 exemplares

Dezembro 2010

Design da capa: Whatdesign, Lda. - Braga

Execução gráfica: Tipografia Abreu, Sousa & Braga, Lda - Braga

ISBN: 978-972-697-198-6

Depósito Legal: 318197/10

O conteúdo dos textos é da responsabilidade dos autores.

Toda a reprodução desta obra, por fotocópia ou por qualquer outro processo, sem a prévia autorização do Editor, é ilícita e passível de procedência judicial contra o infractor.

Nota Intros

Educação s  
*Nil*

Elementos  
*José*

El deseo sir  
*Enr.*

Educação p  
*Edu*

Psicologia c  
*Âng*

Castidade -  
*Car.*

Do Eros ao  
*Car.*

Vinculação  
*Dia*

Encontro p  
*Domi*

Da generati  
*Fabri*

O sexo e a c  
*Fran*

Contextos c  
*João*

## Índice geral

Nota Introdutória . . . . .	9
Educação sexual como sabedoria do amor no pensamento de Levinas <i>Nilo Ribeiro Junior</i> . . . . .	11
Elementos bíblicos para uma erótica cristã <i>José Tolentino Mendonça</i> . . . . .	31
El deseo sin amor <i>Enrique Rojas</i> . . . . .	41
Educação para o amor <i>Eduardo Sá</i> . . . . .	49
Psicologia da educação: promover a personalidade... contribuir para a felicidade <i>Ângela Sá Azevedo</i> . . . . .	55
Castidade – O erotismo em estado puro <i>Carlos Carneiro, SJ</i> . . . . .	69
Do <i>Eros</i> ao <i>Aghapé</i> : O amor como vivência máxima da sexualidade <i>Carlos Manuel Torres Almeida &amp; Cristina Maria Borges Teixeira</i> . . . . .	81
Vinculação, intimidade e sexualidade <i>Diana Maria da Costa Bizarro Morais</i> . . . . .	91
Encontro personalizante e sexualidade: Uma perspectiva buberiana <i>Domíngos Faria</i> . . . . .	105
Da generatividade parental à abertura dos jovens para a generatividade <i>Fabrizia Raguso</i> . . . . .	119
O sexo e a ontologia do humano <i>Francisco Teixeira</i> . . . . .	129
Contextos da sexualidade adolescente: atitude face à contraceção de emergência <i>João Francisco de Castro &amp; Vitor Manuel Costa Pereira Rodrigues</i> . . . . .	145

s Lopes

ntro processo, sem a prévia  
ontra o infractor.

Os valores morais e a educação dos afectos <i>José Henrique Silveira de Brito</i> . . . . .	159
O desejo, esse desconhecido.. <i>José Manuel Martins Lopes, SJ</i> . . . . .	171
Sexualidade e pessoa <i>José Rui da Costa Pinto, SJ</i> . . . . .	197
Educação do carácter, no sentido de bem-estar subjectivo: um programa de relações humanas para crianças <i>Judite Maria Zamith Cruz</i> . . . . .	209
<i>Pílula do dia seguinte</i> : depois das farmácias e para-farmácias, vai agora para as escolas? <i>Margarida Castel-Branco</i> . . . . .	229
O professor de Filosofia como agente de educação integral para uma vida afectivamente sadia <i>Maria Amélia Cunha Antunes Araújo Silveira de Brito</i> . . . . .	243
O corpo es-cultural da cirurgia plástica <i>Maria José Azevedo de Brito, Fábio Xerfan Nahas &amp; Lydia Masako Ferreira</i> . . . . .	255
Para que sexualidade rime com felicidade: uma experiência de oito anos de educação da sexualidade numa escola secundária <i>Maria Manuela G. de Miranda &amp; Maria Manuel Fael G. Matos</i> . . . . .	273
Do corpo à carne – uma visão fenomenológica da encarnação <i>Paulo Duarte, SJ</i> . . . . .	291
Educar para a sexualidade saudável: quem e que contributos? <i>Zélia Caçador Anastácio</i> . . . . .	303

*A sexualidade na sociedade portuguesa apropriou, inicialmente nas suas concepções, a recuperação de um modelo de vida que o indivíduo vê na sociedade portuguesa portadora de um discurso social como um absurdo.*

*De margens dos domínios da vida atingiu o conceito de "ação nacional" curricular.*

*Os efeitos concretos das práticas de culto de uma sociedade que acolhe o culto, a construção e o consumo da vida.*

*É, pois, a vida que se constrói e se controla, não resta da sexualidade.*

cted, popular and controversial

by: Simon and Shuster.

British Council for Research in  
Education. (acessível em 3 de Junho de

escuta ética de professoras na  
*Revista de Ciências da Educação – Investigar,*  
Lisboa – Escola Superior de

5 de Julho de 2009)

acessível em 27 de Outubro de

*Pílula do dia seguinte:*  
depois das farmácias e para-farmácias,  
vai agora para as escolas?

MARGARIDA CASTEL-BRANCO  
Universidade de Coimbra – Faculdade de Farmácia  
mmcb@ci.uc.pt

**Abstract**

The most recent legal diploma on sexual education introduced an information and support office for schools, with the purpose of ensuring that pupils have access to adequate means of contraception. Among the contraceptives considered adequate, in order to avoid a pregnancy, are hormonal contraceptives, with special emphasis on emergency oral contraception (EOC), as this is the only hormonal contraceptive that does not require a doctor's prescription.

In Portugal, it has been possible to purchase EOC in pharmacies without a medical prescription since 2000 and since 2005 it has been possible to purchase it outside pharmacies. Unfortunately the ease at which this medication can be purchased is not proportional to the potential risks of taking it. EOC should be subject to medical prescription, based upon scientific criteria alone. In practice however, the "urgency" of the situation has inspired decisions that have made it possible to obtain the medicine without a medical prescription.

The mechanism by which EOC works is not sufficiently explained. Regarding the undesirable consequences of the use of levonorgestrel in high doses, little is known. Neither are the effects of repeated intake known. And the effects of EOC in adolescents have not been studied. The ease with which EOC can be obtained in the said support offices will probably increase its use among adolescents. Nevertheless, it has not yet been possible to demonstrate that a greater use of EOC results in a significant decrease in unwanted pregnancy and abortions.

This paper seeks to make a critical analysis of the information available in the scientific literature in order to contribute to the general debate about the type of sexual education that is being implemented in Portugal.

*Keywords:* abortion, adolescents, mechanism of action, emergency oral contraception, morning after pill, repeated use, sexual education, undesirable effects





então presidente da Comissão Técnica dos Medicamentos do Infarmed, o Professor Doutor Serafim Guimarães:

Aconteceu, porém, que, sem que eu consiga perceber porquê, uma vez que se trata de uma substância bastante tóxica, se abriu para o levonorgestrel uma excepção. Ora, como é evidente, em ciência não pode haver excepções. (Nadais 2000: 28-29)

## 2. Contraceção oral de emergência: o ponto de vista do farmacologista

A COE é, como o próprio nome indica, um “contraceptivo” particular, para ser utilizado só em caso de urgência, destinado a evitar uma gravidez indesejada, depois de uma relação sexual não protegida ou mal protegida, potencialmente fértil. Deve ser tomada num prazo máximo de 72 horas após a relação sexual de risco. O fármaco em questão é o levonorgestrel. A dosagem utilizada – 1,5 mg – é 10 a 30 vezes superior às dosagens diárias deste progestagénio encontradas nos contraceptivos orais combinados (0,05 – 0,15 mg) (Arowojolu *et al.* 2002: 269-273; Von Hertzen *et al.* 2002: 1803-1810).

O mecanismo pelo qual a COE actua não está ainda completamente esclarecido. Provavelmente são vários os mecanismos de acção, dependendo da altura em que ocorre a toma da COE em relação ao momento da ovulação (períodos pré-, peri- ou pós-ovulatório). Assim, é provável que a COE possa actuar antes da fecundação, por interferência com a ovulação (atrasando-a ou inibindo-a) (Hapangama *et al.* 2001: 123-129) ou por espessamento do muco cervical, de modo a dificultar a migração dos espermatozóides (o que só terá relevância se for tomada antes da relação sexual em causa); se já tiver ocorrido a fecundação, a COE poderá actuar por interferência na viabilidade e/ou funcionalidade do corpo amarelo (com consequências na produção de progesterona) (Okewole *et al.* 2007: 372-377), por diminuição do peristaltismo das trompas de Falópio (com a inviabilização do ovo fertilizado antes da sua chegada ao útero) (Sheffer-Mimouni *et al.* 2003: 267-269) ou por desencadeamento de alterações endometriais hostis à implantação do embrião (atrofia aguda

da parede uterina) (Durand *et al.* 2005: 451-457). Neste caso, a *pilula do dia seguinte* não deverá ser encarada como um simples contraceptivo, mas antes como um abortivo (Kahlenborn *et al.* 2002: 465-470).

Mas quais são os riscos resultantes da toma do levonorgestrel? Recorde-se que o levonorgestrel é um composto progestagénico de origem sintética pertencente ao subgrupo dos derivados da 19-nortestosterona. Devido à sua estrutura química, este composto apresenta, para além da actividade progestagénica principal, uma certa actividade androgénica e anabólica. O folheto informativo da COE (Norlevo® FI 2005) refere, como efeitos secundários possíveis, náuseas e vómitos, tonturas, fadiga e cefaleias, dores abdominais, tensão mamária e atraso na menstruação. Refere ainda a possibilidade de ocorrência de episódios de hemorragias uterinas não coincidentes com a menstruação. No entanto, sabe-se que os progestagénios podem ser responsabilizados por diversos problemas cardiovasculares (um aumento da retenção de sódio e água, a par de um aumento do substracto hepático da renina capaz de activar o eixo renina-angiotensina-aldosterona, podem conduzir à formação de edemas e à subida da tensão arterial), perturbações no metabolismo dos lípidos (a actividade androgénica do levonorgestrel pode levar a uma diminuição das HDL e a um aumento das LDL, com a consequente instalação de dislipidémias, verdadeiros pontos de partida para o desenvolvimento de processos ateroscleróticos), perturbações no metabolismo dos hidratos de carbono (com diminuição da tolerância à glucose) e problemas hepáticos (os progestagénios, tal como os estrogénios, são fortemente metabolizados no fígado, podendo daí resultar alguma hepatotoxicidade). Diversos problemas de pele também podem ser atribuídos à acção masculinizante do levonorgestrel (cloasma, acne, hirsutismo), bem como outros efeitos, os quais incluem aumento do risco de cancro da mama, diminuição da libido e aumento de peso (Chrousos 2004: 661-692).

Em relação às consequências indesejáveis da utilização do levonorgestrel em doses elevadas (tais como as usadas na COE) pouco se sabe. Teoricamente, a utilização de doses mais elevadas de um composto exacerba os efeitos secundários/adversos desse mesmo composto, o que ainda é mais agravado se o seu uso for repetido com alguma regularidade. Há estudos que confirmam um agravamento de determinados efeitos com a toma

de maiores (componente náuseas, vón se relaciona dos sobre os não é o mes atualmente co génio). No e de progestag principalmer (Poulter *et a* temente foi p curta exposiç coagulação sa

Estão rel COE (*e.g.*, C do progestag fertilizado ve. Note-se que t de um medic o embrião, pé til, ou pode n

Desafort COE foca a para segundo zen *et al.* 200 depois que ta muitas vezes método. Por e que ocorreu a assenta, na e tendo por bas do dia previst sexual desprot método, a infi



de maiores dosagens do composto, concretamente daqueles que têm um componente alérgico associado ao seu aparecimento: hemorragia vaginal, náuseas, vômitos, cefaleias, enxaquecas, etc. (Grant 2001: 1203). No que se relaciona com os outros efeitos, quase não há artigos que refiram estudos sobre os efeitos adversos associados apenas aos progestagénios, o que não é o mesmo que dizer que eles não existam (os estudos envolvem habitualmente contraceptivos compostos por um progestagénio e um estrogénio). No entanto, encontra-se na literatura uma associação entre o uso de progestagénios e um aumento do risco de tromboembolismo venoso, principalmente quando os progestagénios são utilizados em elevadas doses (Poulter *et al.* 1999: 1610; Vasilakis *et al.* 1999: 1610-1611). Recentemente foi publicado um estudo onde se demonstrou que mesmo uma curta exposição à COE é capaz de alterar significativamente o sistema da coagulação sanguínea (Van Rooijen *et al.* 2007: 15-20).

Estão relatados ainda vários casos de gravidez ectópica após a toma da COE (*e.g.*, Ghosh *et al.* 2009: 155-157), facilmente explicável pelo facto do progestagénio diminuir o peristaltismo das trompas e, assim, o ovo fertilizado ver dificultada a sua chegada à cavidade uterina em tempo útil. Note-se que uma gravidez ectópica não é um mero efeito adverso da toma de um medicamento, mas sim uma situação que, para além de inviabilizar o embrião, põe em risco a saúde reprodutiva da mulher, tornando-a infértil, ou pode mesmo causar-lhe a morte.

Desafortunadamente, a maioria dos estudos relacionados com a COE foca a sua atenção na avaliação da eficácia do método, deixando para segundo plano a avaliação da segurança da sua utilização (Von Hertzen *et al.* 2002: 1803-1810). Uma análise cuidada desses estudos mostra depois que tanto a avaliação da eficácia como a da tolerabilidade estão muitas vezes dependentes dos “registos” fornecidos pelas utilizadoras do método. Por exemplo, o cálculo da probabilidade de concepção no dia em que ocorreu a relação sexual, necessário ao cálculo da eficácia do método, assenta, na esmagadora maioria das vezes, no método do calendário, tendo por base a informação – quantas vezes incerta – dada pela mulher do dia previsto da próxima menstruação e do dia em que ocorreu o acto sexual desprotegido. Também no que se refere à segurança da utilização do método, a informação dada pela utilizadora é fundamental, uma vez que

a avaliação da tolerabilidade é feita com base nos sinais visíveis (náuseas, vômitos, cefaleias, fadiga, etc.) relatados pelas mulheres durante períodos de tempo relativamente curtos (que podem ir de 1 a um máximo de 6 semanas após a toma do medicamento, consoante os estudos). É quem faz a avaliação da segurança a longo prazo? De facto, todos sabemos que um efeito indesejável grave pode não ser imediatamente aparente. Quem avalia as funções hepática, cardíaca, vascular, renal, etc., da mulher, principalmente se o método for usado com alguma regularidade? Até à data não há qualquer estudo nesse sentido mais amplo.

Segundo o folheto informativo, a toma da COE está apenas contra-indicada se a mulher estiver grávida, se houver hipersensibilidade ao levonorgestrel ou a qualquer outro componente da pílula, se existir história prévia de gravidez ectópica ou de salpingite e se houver doença hepática grave ou doença digestiva grave que impeça a absorção de medicamentos. No entanto, sabe-se que são contra-indicações absolutas da toma da pílula convencional as doenças cardiovasculares e tromboembólicas, as dislipidémias, as hemorragias vaginais anormais, o cancro da mama, os carcinomas do tracto reprodutivo feminino, as neoplasias hormono-dependentes, as doenças hepáticas, a gravidez e o tabagismo, enquanto que se apresentam como contra-indicações relativas à toma da pílula as cefaleias, a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, a icterícia, as doenças da vesícula e os fibromas uterinos. Recorde-se, por sua vez, que na COE se usa um progestagénio em doses 10-30 vezes superiores às que aparecem num comprimido de pílula convencional. Claro que, no caso de uma mulher com saúde, os efeitos adversos podem ser apenas cefaleias, náuseas, vômitos e dores abdominais mais ou menos intensas; mas se a mulher tiver (tendo disso conhecimento ou não) patologia valvular cardíaca, doença coronária, alterações na coagulação, hipertensão arterial ou aneurismas, se tiver susceptibilidade genética para cancro da mama ou do ovário, ou se apresentar factores de risco tais como tabagismo, obesidade, diabetes ou hipercolesterolemia, os efeitos adversos podem ser bastante mais graves. Curiosamente, e por razões éticas, os estudos são sempre feitos com mulheres saudáveis. Os critérios de inclusão são, algumas vezes, demasiado claros: só entram no estudo mulheres saudáveis sem contra-indicações para o uso da contracepção convencional, sendo a avalia-

ção feita  
ratoriais

Fin  
repetida  
com qu  
sociais t  
toma a  
que uns  
2002: 1;  
esta mat  
gem ent  
uma vez  
realizado  
ção do p  
sas (Fon  
das utili  
59,2% d  
dida ent  
dade sec  
6 meses,  
mas reg  
como se  
2000: 30  
cação pa  
autores c  
não é um  
principal:  
desistiu c  
rações no  
mulheres  
queixas i  
fadiga, to  
vômitos.

Quar  
mas, uma

ção feita por exame físico, histórica clínica, análises de urina e dados laboratoriais.

Finalmente, não se conhecem bem os efeitos resultantes da toma repetida da COE. Nem se sabe ao certo qual a frequência e a regularidade com que as mulheres de diversas faixas etárias ou de diferentes estratos sociais usam a COE (supõe-se, sim, que quanto mais vezes uma mulher toma a COE, tanto mais ela querará passar pelo anonimato). Enquanto que uns estudos afirmam que a utilização repetida da COE é rara (Shelton 2002: 15-17), outros apontam para a ausência de dados absolutos sobre esta matéria (Rowlands 2003: 421-422) e outros estimam uma percentagem entre 50-70% das utilizadoras da COE a já terem usado pelo menos uma vez anteriormente (Roizen *et al.* 2001: 197-202). Em Portugal, foi realizado um estudo entre Maio e Junho de 2006 com vista à caracterização do padrão de utilização da COE nos utentes das farmácias portuguesas (Fontes *et al.* 2006). Entre outros dados, esse estudo refere que 62,1% das utilizadoras estavam a tomar a COE pela 1.<sup>a</sup> vez, representando 59,2% da população utilizadora da COE mulheres com idade compreendida entre os 18 e os 30 anos, e que 42,3% tinham, pelo menos, escolaridade secundária. Há um estudo clínico interessante que analisa, durante 6 meses, a eficácia contraceptiva e a segurança da toma pouco frequente mas regular do levonorgestrel 0,75 mg após cada relação sexual como sendo o único método contraceptivo utilizado (UNDP *et al.* 2000: 303-308). As mulheres eram saudáveis, sem qualquer contra-indicação para a toma da pílula convencional. A grande conclusão a que os autores chegam é a de que o uso repetido da COE após as relações sexuais não é uma boa opção contraceptiva, não só em termos de eficácia como principalmente em termos de tolerabilidade. De facto, 1/3 das mulheres desistiu do estudo antes de terminarem os 6 meses, tendo sido as alterações no ciclo menstrual o principal motivo de desistência, e 70% das mulheres referiu queixas relacionadas com o ciclo menstrual. As outras queixas incluíram (em ordem decrescente) náuseas, tensão mamária, fadiga, tonturas, cefaleias, dores abdominais, perda da libido, depressão e vómitos.

Quanto aos efeitos a longo prazo, ainda não existem dados objectivos, mas, uma vez que os ovários são artificialmente expostos a doses elevadíssi-

mas de hormonas, não se pode descurar a possibilidade de poderem ocorrer mutações nas gerações seguintes.

### 3. Contraceção oral de emergência: o impacto na sociedade

Até ao presente ainda não se conseguiu demonstrar que um aumento da utilização da COE resulte numa diminuição significativa de gravidezes indesejadas e de abortos (Raymond *et al.* 2007: 181-188; Trussell *et al.* 2008: 351-354). Como explicar isto? Estará a eficácia da COE sobrestimada? Será efectivamente a COE administrada quando é necessário, *i.e.*, quando há risco efectivo de gravidez? Será que o consumo da COE é elevado mas na maioria das situações não se justifica o seu uso? Estará porventura o processo facilitado se a COE for disponibilizada à utilizadora ainda antes da relação sexual desprotegida ter acontecido (Glasier *et al.* 2004: 361-366; Last & Wilson 2005: 1856)?

É conhecido que o Reino Unido apresenta uma elevada taxa de gravidez em adolescentes. O *British Medical Journal* apresenta, no vol. 321, de Agosto de 2000 (Churchill *et al.* 2000: 486-489), um estudo caso-controlado em que procura caracterizar a prática contraceptiva de adolescentes que ficaram grávidas, bem como o desfecho dessas gravidezes indesejadas. O primeiro dado que se destaca é o de que as adolescentes que engravidaram tinham utilizado anteriormente com maior assiduidade métodos contraceptivos (pílula e/ou preservativo) do que as adolescentes que não engravidaram. Outro aspecto a realçar desse estudo é o de que as adolescentes que tinham tido consultas sobre contracepção no ano anterior à gravidez tinham um risco de engravidar 3,32 vezes superior ao das que não o tinham feito; as que tinham utilizado a pílula contraceptiva, apresentavam um risco de engravidar 2,96 vezes maior; e as que tinham utilizado preservativos como método contraceptivo, um risco 2,70 vezes superior. Finalmente, o estudo revela que as adolescentes que tinham previamente recorrido à COE manifestavam um risco de engravidar 1,35 vezes superior ao das adolescentes que não a tinham utilizado. E quando se analisam as gravidezes que terminaram em aborto, observa-se que as adolescentes que abortaram tinham utilizado significativamente mais a

Cl  
ou  
na  
co.  
esc  
tar  
&  
da  
5 a  
fica  
cor  
Ce  
edu  
pes  
ou  
tõe:  
abo  
mét  
var  
nad  
escr  
E o  
239  
tem  
mac  
men  
rios  
asso  
grav.  
situa  
adqu  
eficá  
COE

COE ou o preservativo em qualquer momento antes da gravidez do que as outras jovens que engravidaram.

Estes dados levantam outra questão: que significa a utilização da COE na vida sexual de uma mulher? Certamente mais do que uma simples contraceção de emergência. É porventura a ponta de um *iceberg* que esconde um comportamento sexual de fundo. Wynn & Trussell apresentam, num artigo muito interessante, o “dia seguinte” na Internet (Wynn & Trussell 2005: 5-13). Analisando emails enviados para o sítio oficial da COE na internet – [www.Not-2-Late.com](http://www.Not-2-Late.com) – durante um período de 5 anos, estes autores constatarem factos curiosos. Em primeiro lugar, identificaram 29% dos emails escritos em inglês enviados para o sítio como não contendo questões relacionadas com a COE. Que perguntavam então? Cerca de metade referia-se a questões jornalísticas ou incluía materiais educacionais ou promocionais; outros incluía relatos de experiências pessoais relacionadas com a COE, agradeciam respostas dadas previamente ou tinham comentários à página da internet; alguns incluía ainda questões retóricas anti-aborto; cerca de 2% dos emails questionavam acerca do aborto médico e cirúrgico; 3% pediam aconselhamento na escolha de um método contraceptivo ou mesmo de uma marca de pílula; muitos colocavam questões sobre sexo e alguns referiam assuntos que, aparentemente, nada tinham a ver com o tema central da COE. Os restantes 71% emails escritos em língua inglesa continham questões relacionadas com a COE. E o que é que mais preocupava as usuárias da COE (95% dos emails)? 23% das questões prendiam-se com a toma da COE (marca comercial, tempo decorrido após a relação sexual desprotegida, interações farmacológicas, como recomeçar com a pílula convencional, alterações menstruais, uso repetido); 21% relacionavam-se com os efeitos secundários da COE (dos quais se salientam as hemorragias que lhe podem estar associadas); 17% prendiam-se com a eventualidade de ocorrência de uma gravidez; 14% referiam-se à necessidade ou não da toma da COE numa situação em concreto; 8% dos emails perguntavam a maneira de se poder adquirir a COE; apenas 4% das questões estavam relacionadas com a eficácia da COE e menos de 3% questionavam o mecanismo de acção da COE.



#### 4. Contraceção oral de emergência: relação com a educação sexual

São conhecidas de todas as pessoas que lidam com animais domésticos as crises irracionais de que padecem os seus bichos nas épocas de cio; de facto, é esse instinto biológico que determina a reprodução das espécies. Afortunadamente, a espécie humana está de tal modo pensada que, nela, os aspectos biológicos e psicológicos se complementam para dar à sexualidade um duplo significado: não só o da transmissão da vida a novos seres, como também o da expressão do amor que se estabelece entre duas pessoas. O complexo funcionamento dos órgãos sexuais masculinos e femininos sugere essa dupla finalidade, na medida em que é da própria organização do sistema sexual humano, no conjunto dos dois seres, que resulta a possibilidade de ocorrer ou não a concepção de um bebé, num determinado momento da vida de um casal.

Na sociedade em que vivemos, a ausência de uma educação sexual bem fundamentada, a par de uma superabundância de meios artificiais de contraceção, conduzem as pessoas mais jovens (e as menos jovens também) a situações de desequilíbrio que nem sempre se tornam caminho de verdadeira felicidade. Questões acerca do *como*, do *porquê* e do *para quê* ficam, demasiadas vezes, por colocar. E se, por acaso, timidamente se colocam, nem sempre está alguém disponível para responder.

A preocupação pelo controlo da natalidade humana tem sido uma constante ao longo dos tempos. Durante séculos, procurou evitar-se a gravidez indesejada através de métodos que, sendo exteriores à mulher, fossem capazes de impedir o encontro do espermatozóide com o óvulo. No início do século XX, porém, ao aprofundar-se o conhecimento sobre a fisiologia do ciclo reprodutivo da mulher, grupos de investigadores começaram a procurar a inibição do processo fisiológico da ovulação. A primeira pílula contraceptiva foi comercializada no início da década de 60. Nos últimos anos, a investigação biomédica desenvolveu novas formulações e sistemas de libertação hormonal, tendo em vista o aumento da eficácia, a diminuição dos efeitos adversos e/ou uma melhor aceitabilidade e adesão à terapêutica por parte das utilizadoras destes métodos contraceptivos. Tais objectivos têm sido conseguidos com a diminuição das doses de estrogénio utilizadas (as chamadas “pílulas de baixa dosagem” só contêm

15 a 25 mcg de etinilestradiol por comprimido), com a introdução de novos progestagénios (desogestrel, gestodeno, ciproterona, drospirenona, entre outros) e/ou com o aparecimento de novos sistemas de libertação hormonal (anel vaginal, sistema transdérmico, implante, injectável, sistema intra-uterino). Finalmente, e desde Outubro do ano 2000, temos comercializada, em Portugal, sem necessidade de receita médica – e, por conseguinte, acessível a qualquer um nas prateleiras de um qualquer estabelecimento comercial – a *pílula do dia seguinte*, que, segundo a OMS, é uma estratégia de promoção da saúde, numa segunda oportunidade, que permite evitar o recurso a uma interrupção voluntária de gravidez. Com a COE, mesmo que tudo o mais tenha falhado, não há qualquer consequência palpável da relação sexual não protegida ou mal protegida.

Regressemos à comparação com os animais que padecem de cio. E retomemos a ideia de que, embora o *marketing* farmacêutico vá noutro sentido, a espécie humana é diferente dos animais: nem todas as relações sexuais são potencialmente férteis! Com conhecimentos simples de fisiologia, a auto-regulação da fertilidade humana pode ser facilmente conseguida: através da identificação dos dias férteis e inférteis do ciclo da mulher, por métodos de auto-observação de fácil aprendizagem, bastará ao casal ter relações sexuais nos dias férteis, se pretender ter filhos (cerca de uma semana antes até 1-2 dias após a ovulação), ou abster-se delas nesse período, se quiser evitar uma gravidez. Tão simples e fisiológico quanto isto!

Não sei com exactidão o que se ensina actualmente, no âmbito da educação sexual, às nossas crianças, adolescentes e jovens. Sei apenas que quase todas as raparigas chegam à universidade a tomar a pílula. E sei as perguntas que elas me colocam. Sei também que há livros para crianças que, ao explicarem “como se fazem os bebés”, mostram a mamã a tomar um comprimidinho todas as noites para não ter mais filhos, e a deixar de o tomar apenas quando quer dar um mano à menina ou ao menino que, assim, se vai instruindo. Sei ainda que, hoje em dia, se começa a utilizar a *pílula do dia seguinte* como quem usa o preservativo.

Todos sabemos que não existem medicamentos banais, mas o que quase ninguém sabe é que a pílula convencional – e, por maioria de razão, a COE –, ao ser administrada a uma mulher saudável, a pode tornar doente e que, se esta já tiver alguma patologia, as consequências nefastas

podem ser irreversíveis (doenças cardiovasculares, perturbações ginecológicas, doenças hepáticas, aumento do risco de certos carcinomas, entre outras). Todos sabemos que “o que é natural é bom”, mas o que quase ninguém conhece são as regras do jogo para a manutenção de um bioritmo feminino saudável, a par de uma vida sexual plena de sentido, numa relação de amor equilibrada.

Que mundo queremos para os nossos filhos? Que esperam eles de nós? Que lhes atiremos “pílulas” para resolver o problema das gravidezes indesejadas e dos abortos? Que educação sexual estamos a implementar em Portugal?

### 5. Contraceção oral de emergência: em jeito de conclusão

Voltemos ao ponto de partida da nossa reflexão: a *pílula do dia seguinte*, para além de já estar facilmente disponível nas farmácias e para-farmácias, irá agora para as escolas? Recordemos o exposto:

- a) A COE é um medicamento não sujeito a receita médica com indicação para evitar uma gravidez indesejada. Logo, poderá fazer parte dos “meios contraceptivos adequados” a que os alunos terão acesso ao abrigo do n.º 8 do artigo 10.º da Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto.
- b) A COE, de acordo com o novo estatuto do medicamento, deveria ser um medicamento sujeito a receita médica, dado que “a sua utilização sem vigilância médica constitui um risco para a saúde da mulher” e tendo em consideração que “contém uma substância cuja actividade ou reacções adversas é indispensável aprofundar”.
- c) Os efeitos resultantes da toma repetida da COE são ainda desconhecidos.
- d) Os efeitos da COE em mulheres adolescentes e jovens não se encontram estudados.
- e) Até ao presente, ainda não se conseguiu demonstrar que um aumento da utilização da COE resulte numa diminuição significa-

f)

O

C

brilhan  
ração e  
acredita

sete no

Ex

e como  
cer-nos  
no resp  
veis, ca  
a verda  
respons

### Referêr

Arowojolu  
regi

66:

Chrousos,

(ed.)

Con

Churchill,

prac

Decreto-L

Decreto-L

Durand, M

cont

the l

Fontes, En

CEF

grup

tiva de gravidezes indesejadas e de abortos (que é o que se pretende com a educação sexual dos adolescentes e jovens).

- f) A facilidade de obtenção da COE nos ditos “gabinetes de informação e apoio” provavelmente aumentará a sua utilização por parte das adolescentes e jovens.

O que esperamos da Escola?

Contamos os segredos da natureza aos nossos filhos e os seus olhos brilham, radiantes com as descobertas; ensinamos-lhes a fazerem a separação e a reciclagem dos lixos e eles aderem com a simplicidade de quem acredita que o planeta ficará mais limpo e mais azul; ensinamos-lhes as sete notas de música e eles compõem lindas canções.

Expliquemos-lhes, com verdade, como funciona o nosso corpo e como ocorre a regulação natural da fertilidade humana, e eles agradecer-nos-ão. E estou certa de que, a seu tempo, eles nos farão perceber que, no respeito pela natureza humana, se tornaram homens e mulheres saudáveis, capazes de construir famílias felizes. Sim, porque terão percebido que a verdadeira felicidade não provém do prazer imediato e hedonista, sem responsabilidades, mas do respeito pela pessoa do outro, no Amor.

### Referências

- Arowojolu, A.O. *et al.* (2002). Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception* 66: 269-273.
- Chrousos, George P. (2004). The Gonadal Hormones & Inhibitors. In: Bertram G. Katzung (ed.), *Basic & Clinical Pharmacology*, 661-692, 9<sup>th</sup> edition. Singapore: The McGraw-Hill Companies Inc.
- Churchill, Dick *et al.* (2000). Consultation patterns and provision of contraception in general practice before teenage pregnancy: case-control study. *British Medical Journal* 321: 486-489.
- Decreto-Lei n.º 134/2005 (2005-08-16). *Diário da República*, 1.ª Série-A, 156: 4762-4765.
- Decreto-Lei n.º 176/2006 (2006-08-30). *Diário da República*, 1.ª Série, 167: 6297-6383.
- Durand, Marta *et al.* (2005). Late follicular phase administration of levonorgestrel as an emergency contraceptive changes the secretory pattern of glycodeilin in serum and endometrium during the luteal phase of the menstrual cycle. *Contraception*, 71: 451-457.
- Fontes, Ermelindo *et al.* (2006). *Estudo do padrão de utilização dos contraceptivos orais de emergência*. CEFAR (Centro de Estudos e Avaliação em Saúde da Associação Nacional das Farmácias) e grupo TECNIFAR.

- Ghosh, Bhaswati *et al.* (2009). Ectopic pregnancy following levonorgestrel emergency contraception: a case report. *Contraception* 79: 155-157.
- Glasier, Anna *et al.* (2004). Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates. *Contraception* 69: 361-366.
- Grant, Ellen C.G. (2001). Adverse reactions and emergency contraception. *The Lancet* 357: 1203
- Hapangama, Dharani *et al.* (2001). The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 63: 123-129.
- Kahlenborn, Chris *et al.* (2002). Postfertilization effect of hormonal emergency contraception. *Annals of Pharmacotherapy* 36: 465-470.
- Last, Allen R. & Stephen A. Wilson (2005). Direct access to Emergency Contraception. *JAMA* 293: 1856.
- Lei n.º 60/2009 (2009-08-06). *Diário da República*, 1.ª Série, 151: 5097-5098.
- Nadaís, Inês (2000). Professor Serafim Guimarães demitiu-se da Presidência da Comissão Técnica dos Medicamentos do Infarmed. *Nortemédico*, 5: 28-29.
- Norlevo® 0,750 mg comprimido (2000). *Resumo das Características do Medicamento*. Fargin Produtos Farmacêuticos, Lda.
- Norlevo® 1,5 mg comprimido (2005). *Folheto Informativo*. Fargin Produtos Farmacêuticos, Lda.
- Okewole, Idris A. *et al.* (2007). Effect of single administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 75: 372-377.
- Poulter, N. R. *et al.* (1999). Risk of cardiovascular diseases associated with oral progestagen preparations with therapeutic indications. *The Lancet* 354: 1610.
- Raymond, Elizabeth G. *et al.* (2007). Population effect of increased access to emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology* 109: 181-188.
- Roizen, Judith *et al.* (2001). Repeat use of emergency contraception: how frequent is it? *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 27: 197-202.
- Rowlands, Sam (2003). Commentary on repeat emergency contraception. *Contraception*, 67: 421-422.
- Sheffer-Mimouni, Galit *et al.* (2003). Ectopic pregnancies following emergency levonorgestrel contraception. *Contraception* 67: 267-269.
- Shelton, James D. (2002). Repeat emergency contraception: facing our fears. *Contraception* 66: 15-17.
- Trussell, James *et al.* (2008). No such thing as an easy (or EC) fix. *Contraception* 78: 351-354.
- United Nations Development Programme *et al.* (2000). Efficacy and Side Effects of Immediate Postcoital Levonorgestrel Used Repeatedly for Contraception. *Contraception* 61: 303-308.
- Van Rooijen, Marianne *et al.* (2007). Rapid activation of haemostasis after hormonal emergency contraception. *Thrombosis & Haemostasis* 97: 15-20.
- Vasilakis, Catherine *et al.* (1999). Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestagens alone. *The Lancet* 354: 1610-1611.
- Von Hertzen, Helena *et al.* (2002). Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *The Lancet* 360: 1803-1810.
- Wynn, Lisa & Trussell, James (2005). The morning after on the internet: usage and questions to the emergency contraception website. *Contraception*, 72: 5-13.

## Abstract

This paper not only but an ed students, t can learn f unforeseen. Educating on the Sel conscientic with serio

## Keywords:

Este mente na disciplina mas tam da vontade tambem a agi ou atitude sexualidade, derações importân carácter, e dade, con