**SEXUALIDADE, DSTS E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

Fabricia Vieira da Silva 1

Fátima Cristina Marques Nogueira Ramos de Carvalho¹

Janicio da Mata Silva 1

Nilzete Miranda de Souza1

Raquel de Amarante Fontana¹

Welveton Reis Santos Damaceno¹

**RESUMO**

O desenvolvimento da sexualidade é uma etapa fundamental na vida do ser humano. A disseminação da informação sobre o assunto é um dos elementos contribuintes para que alguns tabus sejam revistos, e consequentemente seu exercício seja possível, saudável e seguro. Para isto, este debate precisa ser implementado mais amplamente na sociedade, em especial nas famílias, que encontram dificuldades para a discussão do tema com seus filhos adolescentes. Fornecer conhecimentos sobre o corpo, a sexualidade, comportamento sexual e saúde sexual são também cuidados de enfermagem. Portanto, a pesquisa ora desenvolvida pode ser de significativa validade. Isso propicia maior reflexão sobre o tema e pode nos fornecer novas pistas sobre a educação sexual de adolescentes. Melhorar o entendimento do assunto é a contribuição pretendida por nosso estudo.

Palavras-Chaves: Adolescência, Sexualidade, Desenvolvimento.

**ABSTRACT**

The development of sexuality is a fundamental step in human life. The dissemination of information on the subject is one of the contributors to that taboos are reviewed, and hence its exercise is possible, safe and healthy. Therefore, this debate needs to be implemented more widely in society, especially in families who find it difficult to discuss the subject with their teens. Provide knowledge about the body, sexuality, sexual behavior and sexual health are also nursing. Therefore, the search can now be developed significant duration. It provides greater reflection on the subject and can provide us with new clues about the sexual education of teenagers. Improve understanding of the subject is the contribution required by our study.

Key Words: Adolescent, Sexuality, Development.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1 Acadêmicos de Graduação em Enfermagem, da Faculdade São Francisco de Barreiras. FASB-BA.

**INTRODUÇÃO**

Jornais, revistas e programas de televisão vêm destacando cada vez mais a gravidez na adolescência e questionando o porquê das adolescentes estarem tão vulneráveis a uma gravidez. Num primeiro momento, a gravidez poderia ser fruto da falta de informação sobre sexualidade e métodos contraceptivos, sobre as funções biológicas do corpo, entre outras coisas. Mas, vale a pergunta: estaríamos realmente diante de uma falta de informação? O que se observa é que muitas informações sobre sexo e doenças sexualmente transmissíveis são divulgadas diariamente por múltiplos meios de comunicação, incluindo aí os meios de comunicação chamados de massa. A despeito disso, ainda há dificuldade em se discutir o assunto e muitas são as instâncias aonde o assunto carece de melhor elucidação, entre elas a família, a escola, a Igreja e muitos segmentos ligados à saúde pública, como se verá ao longo deste trabalho.

Para alguns, a falta de informação sobre sexo, sexualidade e seus congêneres, como também a falta de acesso às unidades de saúde agravam o problema da gravidez precoce e – geralmente – indesejada de adolescentes. Isso no plano efetivo das ações de cidadania, porque – no plano cultural – ainda temos as questões dogmáticas ou de tabus. Os adolescentes ainda têm o tabu de se expressarem livremente sobre sexo, notadamente no seio familiar. Em comunidades pequenas, temem ser conhecidos como praticantes de qualquer ato sexual. À luz dos depoimentos de profissionais da saúde ao longo deste trabalho se verá que, na comunidade onde vivem, os adolescentes não buscam a informação por medo de serem identificados ou serem motivos de comentários maldosos. Existe ainda a falta de diálogo na família, pois os pais, muitas vezes, preferem falar sobre outros assuntos a falar de sexualidade.

Ainda que este trabalho não se proponha a falar das questões antropológico-culturais desses tabus, não se pode deixar de ver nesses processos de desinformação sobre sexualidade marcas da cultura. Portanto, para além dos tabus, faz-se necessário a introdução desse diálogo, seguido de informação, nas conversas familiares. É de extrema importância conhecer mais de perto a realidade da gravidez na adolescência. Não apenas pelos problemas de saúde que podem desencadear, mas, também pela oportunidade de esclarecimentos e conhecimentos que essas informações certamente provocarão.

Há questões muito complexas que merecem atenção especial para serem compreendidas. Torna-se essencial saber de que informação e de que atenção à sexualidade reprodutiva dispõe as meninas que engravidam.

Falta de informação? Desconhecimento de métodos contraceptivos? Crença de que com os envolvidos não aconteceria tal aborrecimento? Ausência de uma educação sexual, de compromisso da família e da escola? Dificuldade dos pais em aceitar a existência da sexualidade dos filhos? Iniciação sexual em idades cada vez mais tenras? Ausência de dialogo, ou diálogos empobrecidos? Ou a razão seria um conjunto de todas as questões anteriores? (BRUNS, 2001, p. 11).

Pesquisas realizadas através de Universidades ou do Ministério da Saúde brasileiro revelam que grande parte da população tem acesso básico sobre uso de anticoncepcionais, mas acabam por manter um relacionamento sexual sem que tome os cuidados necessários. É estranho esse comportamento, visto que, mesmo com todas as informações disponíveis acabem engravidando de forma indesejada. Esse despreparo se deve também ao fato de que a vida sexual se inicia cada vez mais cedo e, na maioria das vezes, sem quaisquer informações sobre os problemas que uma gravidez precoce e indesejada possa provocar.

Um fato interessante a ser ressaltado é que, apesar do declínio das taxas de fecundidade no Brasil desde o início dos anos 70, é cada vez maior a proporção de partos entre as adolescentes em comparação com o total de partos realizados no país. Os dados do IBGE entre 1981 e 1990 contam que o total de filhos de mães adolescentes quase dobrou, de 4.500 para 8.300. (DADOORIAN, 2000, p. 27).

O desenvolvimento humano ao longo da vida é influenciado pelo aspecto social e cultural de suas vidas. O desaparecimento de alguns valores tradicionais – como a observância de algumas regras rígidas que controlavam as relações sexuais – mas também os seus antípodes, o desconhecimento total de informações sobre sexo e casamentos precoce de meninas, são marcas culturais desse fenômeno chamado gravidez na adolescência.

Para outros especialistas consultados na literatura sobre o assunto, as atrações do mundo consumista urbano e as condições econômicas reais nas cidades favorecem para a precocidade da iniciação sexual adolescente. Aumentam as consequências negativas como, por exemplo, a gravidez não desejada. Ocorreram também mudanças nas normas familiares. Tradicionalmente a vida familiar e a educação sexual ocorriam no contexto das relações familiares. A família e as estruturas comunitárias asseguravam a transmissão de normas e valores. Existia um consenso social acerca dos papéis dos adolescentes masculinos e femininos. Hoje em dia, as crianças recebem suas informações sobre sexo de muitos lados: dos pais, irmãos, colegas da mesma idade, do rádio, televisão, revistas, conversas ou observando outros.

Hoje, sabe-se que existem muitos métodos para evitar uma gravidez. E que muitos costumam ser acessíveis, baratos e podem ser facilmente utilizados pelos jovens. Mas isso sozinho não funciona em nada. Faz-se necessário entender não apenas fisiologicamente a gravidez, mas também os fenômenos culturais que a circundam. Nesse sentido, uma educação sexual deveria ser ensejada juntamente com ações de esclarecimento sobre os fenômenos culturais ligados ao sexo, à sexualidade e seus fenômenos, como a gravidez precoce e indesejada.

Conhecer o estado da arte da reflexão sobre a sexualidade do adolescente pode contribuir para o entendimento destas questões. Ao mesmo tempo, o maior conhecimento da temática pelos profissionais da saúde pode se refletir em melhor abordagem, tanto com os familiares quanto com os adolescentes, favorecendo o cumprimento dos seus direitos, incluídos os sexuais.

Fornecer conhecimentos sobre o corpo, a sexualidade, comportamento sexual e saúde sexual são também cuidados de enfermagem. Portanto, a pesquisa ora desenvolvida pode ser de significativa validade.

Isso propicia maior reflexão sobre o tema e pode nos fornecer novas pistas sobre a educação sexual de adolescentes. Melhorar o entendimento do assunto é a contribuição pretendida por nosso estudo.

# 

# A ADOLESCÊNCIA

Nos últimos tempos, a adolescência tem despertado crescente interesse por parte das políticas públicas e da mídia e tem sido objeto de estudo de disciplinas das mais diversas áreas do conhecimento. Desta forma, de acordo com a literatura, há uma diversidade de conceitos para caracterizar este período da vida. Contudo, diante da complexidade do tema, não há uma definição clara, objetiva e única.

Cada conceito traz particularidades e diversidades de expressão de uma fase da vida conforme as diversas culturas e sociedades. O ponto de partida, entretanto, é abordar esta fase específica do desenvolvimento humano, caracterizada por mudanças fundamentais para que o indivíduo possa atingir a maturidade e se inserir na sociedade no papel de adulto (UNICEF, 2002).

A Organização Mundial da Saúde – OMS (World Health Organization - WHO, 1998-2003), por sua vez, introduz um conceito de adolescência, amplamente aceito na área da saúde, e reconhece como adolescência o período da vida situado entre 10 e 19 anos, caracterizado pelo amadurecimento físico, psicológico e social, transição da infância para a idade adulta. Esta é subdividida em dois períodos: 10 a 14 anos, fase em que há o aparecimento de caracteres sexuais secundários, e 15 a 19 anos, finalização do crescimento e desenvolvimento morfológicos.

Essa definição é importante porque concentra a atenção em dois extremos, os quais mostram as necessidades tanto daqueles que estão saindo da infância como dos que estão entrando na vida adulta (UNICEF, 1997). No entanto, a demarcação de limites etários para caracterizar a adolescência sofre variações, pois, no referente aos aspectos biopsicossociais, não é possível dizer que o período se inicia aos 10 anos de idade e termina aos 19 para todas as pessoas. Para caracterizar quer seu início quer seu término as definições não se aplicam universalmente. Elas variam entre países, num mesmo país e entre culturas diferentes.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define como criança o indivíduo com até 12 anos de idade incompletos e como adolescente, dos 12 aos 18 anos. Assim, enquanto em termos legais o indivíduo já é considerado adulto, para a OMS, ele se insere ainda no período compreendido pela adolescência (CURY, 2000).

Embora haja diversidade de conceitos e marcos etários, consensualmente sabe-se que o período é um dos mais importantes da vida do indivíduo, pois nele sucedem-se eventos sociais, econômicos, biológicos e demográficos que constroem as bases para a vida adulta (CORRÊA, 2004).

Em termos biológicos, a adolescência é um período de mudanças iniciado aos 10 ou 11 anos de idade em média, a denominada puberdade. O termo originou-se do latim, pubertas – idade fértil, e se caracteriza pelo amadurecimento dos caracteres sexuais secundários, marcando o início da capacidade reprodutiva. É na adolescência, portanto, que o indivíduo torna-se pronto para a reprodução e a sexualidade passa a ter posição de destaque na vida do homem e da mulher (PIROTTA, 2002).

Paralelas às mudanças físicas e biológicas, significativas transformações também ocorrem no âmbito psicológico, como a busca da identidade, o desenvolvimento do pensamento abstrato e a estruturação da identidade sexual, sendo esta considerada parte essencial desse processo (ABERASTURY; KNOBELL, 1986). O então mundo infantil, vivenciado no conhecido e seguro mundo familiar, cede lugar ao desconhecido e incerto mundo da sociedade adulta e o adolescente começa a buscar e conquistar espaço dentro de si mesmo e da sociedade (CAVALCANTI, 1988).

Mais que uma etapa cronologicamente definida, a adolescência é um fenômeno histórico e social muito variável. Segundo referem Heilborn et al. (2000) o contexto social onde se encontra inserido o adolescente define o universo de possibilidades e de significações, mas é diferente para jovens oriundos de classes sociais distintas.

Conforme se observa no país, o fenômeno da adolescência prolongada é comum nos níveis socioeconômicos mais altos, nos quais, a condição de ser adolescente tende a se prolongar, adiando a inserção no mercado de trabalho, formação acadêmica e vínculo matrimonial (UNICEF 1997; MEDINA, 1999). Por sua vez, de modo geral, os adolescentes de menor renda são inseridos precocemente no mercado de trabalho e muitas vezes vivenciam a maternidade nesta fase da vida. Jovens que possuem condição socioeconômica desfavorável apresentam um amadurecimento psicossocial diferenciado quando comparados àqueles com melhores recursos.

Dessa forma, a idade ou grau de amadurecimento biológico, psicológico e social não acontece de maneira sincronizada. Diante das diferenças, como afirma Corrêa (2004), é preciso compreender as influências externas no desenvolvimento psicossocial do indivíduo, com vistas a facilitar o reconhecimento da necessidade de um período de transição da infância para a idade adulta, bem como os eventos que se associam a esse período da vida.

Como consta em UNICEF (2002), um ponto importante a ser considerado é a percepção da adolescência como uma realidade que não pode ser abordada de forma homogênea em todas as regiões e camadas sociais. Assim, deve-se levar em conta o universo de diversidades e desigualdades do País, em seus aspectos sociais, culturais e naturais.

Consoante exposto, a transição para a idade adulta é influenciada pelo contexto onde o indivíduo se inscreve. Portanto, os esforços em estabelecer limites etários não devem perder de vista as especificidades desses contextos nos quais a adolescência e a juventude são experimentadas (PIROTTA, 2002).

Dessa forma, ser adolescente ou ser jovem é mais do que uma delimitação etária. A OMS, assim como estabeleceu marcos etários que delimitam a adolescência, definiu também a categoria jovem, que compreende o período da vida entre os 15 e 24 anos de idade. Corrêa (2004) refere a fragmentação de algo contínuo, que é o desenvolvimento humano, quando se tenta esclarecer termos como pré-adolescência, adolescência e juventude. Contudo, as diversas conceituações existentes para designar a adolescência resultam apenas da necessidade das várias disciplinas de representar melhor seu universo de estudo. Assim, julga pertinente considerar a existência não de uma adolescência, mas de “adolescências”.

Diante do exposto, é importante não restringir esta complexa fase da vida à um limite etário. No entendimento da adolescência é, pois, fundamental considerar os outros aspectos deste processo.

# GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência ganhou destaque no cenário brasileiro em virtude da transição demográfica ocorrida ao longo da segunda metade do século XX, caracterizada principalmente pela queda nas taxas de fecundidade total e declínio da mortalidade. Este processo, diretamente relacionado ao desenvolvimento da sociedade industrial e urbana, trouxe muitas mudanças na estrutura etária da população, com implicações na organização social, cultural e econômica, gerando novas demandas sociais (PIROTTA, 2002).

Contrariamente ao declínio da fecundidade total observado a partir da década de 1960, a taxa específica de fecundidade das adolescentes aumentou para as mulheres de 15 a 19 anos de idade, sobretudo nas áreas urbanas e estados mais carentes. De acordo com o perfil etário da fecundidade, o grupo de 20 a 24 anos concentra 30% do total da fecundidade na área urbana, enquanto na área rural este percentual é de 27%. Além disso, a fecundidade tem registrado queda mais acentuada nas faixas etárias centrais, com aumento na participação do grupo etário de 15 a 19 anos na fecundidade total (BEMFAM, 1997).

A fecundidade na adolescência tornou-se mais evidente, pois o crescimento demográfico, resultante da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade, favoreceu a formação do contingente populacional jovem (CORRÊA, 2004).

Segundo Souza (1998, p.74), dois conceitos têm sido utilizados para se referir a fatos relacionados ao aumento da fecundidade: maternidade precoce e gravidez na adolescência. Por maternidade precoce, entende-se:

Maternidade abaixo dos 20 anos (quase sempre se tratando das idades entre 15 e 19 anos) assumindo que a maternidade nessa idade antecipa a maturidade biológica ou os momentos socialmente institucionalizados para a reprodução e suas implicações em termos de constituir família.

Já o termo gravidez na adolescência, segundo o autor, é mais amplo que maternidade precoce e envolve outras questões, inclusive os processos de interrupção da gravidez, principalmente os casos de aborto provocado entre jovens.

Tanto a “maternidade precoce” quanto a “gravidez na adolescência” emergem como um problema ao interferir no curso de vida considerado “normal”, pois a sociedade atual padronizou condutas e comportamentos reprodutivos e transformou a fecundidade na adolescência em um problema (VIEIRA, 2003). Atualmente, o percurso considerado como natural para um jovem, numa sequência linear, é a obtenção da educação formal, inserção no mercado de trabalho com consequente autonomia financeira, estabelecimento de um núcleo familiar e, por fim, a reprodução (STERN; MEDINA, 1999).

Para Heilborn (1998), deve-se considerar que as “expectativas sociais” diante da idade se alteram no decorrer do tempo. O que num dado período histórico é tido como normal em outro pode não ser tão aceitável assim, ou seja, o que se denomina hoje de gravidez na adolescência (10 aos 19 anos) durante muito tempo foi considerado a época ideal para a mulher ter filhos. Ainda durante o século XIX, por exemplo, a média de idade para o casamento era de 12 a 16 anos, época em que as meninas já haviam terminado os estudos e estavam aptas para iniciar uniões e ter filhos.

Diferentemente da época atual, nas décadas passadas vigoravam outros padrões familiares e as meninas engravidavam com o respaldo de uma situação mais protetora do que hoje. A maioria engravidava dentro de um casamento, que, embora precoce, respondia às expectativas da época (REIS, 2002).

De acordo com Vieira (1998), os adolescentes estão iniciando cada vez mais cedo sua vida sexual e a porcentagem de adolescentes grávidas está aumentando. De acordo com dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 (PNDS-1996) no Brasil, a mediana da idade das mulheres na primeira relação foi de

19, 5 anos, com diferenças entre as regiões. As mulheres nordestinas foram as que iniciaram mais cedo sua vida sexual (18,6 anos) e as do centro-oeste as que começaram mais tarde (20,3 anos). Ao se comparar com indivíduos do sexo masculino, a mediana da idade na primeira relação foi de 16,7 anos. Isso demonstra que os homens iniciam aproximadamente 2,8 anos mais cedo que as mulheres, em contraposição ao que acontece com o casamento, quando o homem se casaria três anos mais tarde.

Também conforme dados da PNDS-1996 no Brasil, 18% das adolescentes de 15 a 19 anos de idade já tinham tido pelo menos um filho ou estavam grávidas.

Considerando o número de crianças nascidas vivas e excluindo as mulheres grávidas, aproximadamente 11% das mulheres já tinham pelo menos um filho e 3% delas tinham dois. Esta proporção aumenta com a idade, bem como o número médio de filhos nascidos vivos (BEMFAM, 1997).

Entretanto, tem-se verificado uma diminuição na idade das mulheres no momento do nascimento do primeiro filho (HEILBORN, 1998). Dados apresentados pela BEMFAM (1997), de acordo com resultados da PNDS-1996, confirmam essa diminuição da mediana de idade ao nascimento do primeiro filho. Este resultado é relacionado ao fato de que as mulheres estão tendo filhos antes dos 17 anos (16% das mulheres de 20 a 24 anos) enquanto pouco mais que 10% das mulheres com idade entre 40 e 44 anos tiveram o primeiro filho antes dos 17 anos de idade. Os diferenciais quanto à idade no nascimento do primeiro filho são bastante evidentes entre as regiões: comparando o Sudeste, especificamente o Rio de Janeiro, local onde as mulheres têm filhos mais tarde, com a região Norte, onde iniciam mais cedo, o diferencial foi de 3,4 anos. Diferenças significativas também são verificadas em relação à escolarização: comparando mulheres sem nenhuma escolaridade com aquelas que possuem de nove a onze anos de estudo, a diferença de idade no nascimento do primeiro filho é de 4,9 anos, ou seja, as mulheres com mais escolaridade têm o primeiro filho quase cinco anos mais tarde do que aquelas sem nenhuma escolaridade.

Entre adolescentes o aumento da fecundidade tem sido relacionado ao aumento da atividade sexual, como consequência da difusão de valores culturais e sociais (MELO, 1993). Esta tendência pode estar relacionada ao próprio desejo das mulheres de iniciar mais cedo sua vida sexual. Todavia, apenas a análise de situações específicas permitirá definir a gravidez nessa fase como vantagem ou desvantagem em determinados aspectos (SOUZA, 1998).

Inegavelmente a gravidez na adolescência desencadeia fatores que representam comprometimentos de diferentes ordens. As repercussões médicas mais citadas na literatura são a elevada incidência de mortalidade materna e infantil. Como referem Silva e Chinaglia (2000), embora seja possível reduzir as taxas de mortalidade resultantes de complicações obstétricas, controlando-se fatores socioeconômicos, nutrição e cuidados pré-natais, o fator idade continua influindo sobre o risco de forma isolada e independente. A literatura aponta outras consequências médicas referentes à morbidade, como doença hipertensiva específica da gravidez, infecções urinárias, anemia e outras, especialmente nas faixas etárias mais jovens.

Entre outros aspectos, o risco para o aborto também pode ser considerado como uma possibilidade diante de uma gravidez indesejada. Segundo Pirotta (2002), muitas gestações não desejadas são interrompidas mediante aborto clandestino. Por ser um procedimento desprovido de respaldo legal, muitas mulheres o realizam em condições precárias, acarretando consequências diversas para sua vida. Entre elas, enfoque para os riscos biológicos e psicológicos do procedimento, sobretudo, quando realizado em condições inadequadas.

De acordo com dados do Ministério da Saúde foram registrados 181 óbitos por aborto entre mulheres de 10 a 20 anos no período de 1998 a 2003 (BRASIL, 2005). Mas a condição de clandestinidade em que muitas vezes é realizado o aborto dificulta o reconhecimento preciso de quem são essas mulheres que praticam o procedimento, quais as consequências para suas vidas e o número exato de abortos no País.

Villela e Doreto (2005) ressaltam também a relação direta entre gravidez na adolescência, abuso e trabalho sexual de menores como fatores passíveis de levar à realização do aborto, mesmo que estes problemas não tenham adquirido ainda a devida visibilidade.

Em relação às consequências não médicas da gravidez, estas têm se igualado, em proporção, aos riscos médicos, e a gravidez já vem sendo considerada por muitos como um problema de ordem social. Diversos estudos abordam o tema enfocando como um dos principais aspectos negativos a interrupção do processo de escolaridade. Souza (1998) afirma a relação direta entre educação e maternidade citando resultados da PNDS-1996. Conforme tais resultados, 51% das mulheres de 15 a 19 anos sem escolarização já eram mães e 4% estavam grávidas do primeiro filho. Estas proporções correspondiam a 4% e 2% respectivamente para mulheres com 9 e 11 anos de estudo. Silva e Chinaglia (2000) apontam, no entanto, que a maioria das adolescentes pobres abandona o sistema formal de ensino antes mesmo de a gravidez acontecer.

A maternidade dos 15 aos 19 anos constitui desvantagem social em muitos aspectos, sobretudo em virtude de ser a fecundidade fortemente diferenciada por renda, o que vai trazer um impacto ainda maior para as mulheres pobres. Em termos de idade, também como apontam os autores, as mulheres mais jovens são as mais afetadas no referente à sua participação no mercado de trabalho e nupcialidade. Já em relação à educação e constituição da família, a desvantagem é semelhante para todas as idades da faixa etária.

Na opinião de Corrêa (2004), o contexto que envolve a adolescente grávida pode trazer repercussões mais importantes que a própria idade materna. Assim, a gravidez na adolescência pode ter repercussões e significados diversos, variáveis conforme a inserção econômica, social e cultural da adolescente. A realidade vivenciada por uma adolescente de melhor condição socioeconômica difere daquela de menor renda e cultura, inclusive concernente ao acesso à saúde e a uma gravidez devidamente assistida, o que a tornará mais ou menos suscetível a problemas relacionados a esse evento.

Vitiello (1988) concorda com essa ideia e, segundo menciona, nas classes menos favorecidas, o “amadurecimento psicossocial” acaba acontecendo num ritmo mais acelerado e a sexualidade, gravidez e maternidade serão reflexos do contexto no qual se desenvolvem.

Neste sentido, nem sempre a gravidez na adolescência tem conotação negativa ou indesejada para a adolescente. Muitas vezes, a gravidez está coerente com um planejamento que inclui o abandono da vida escolar e outros possíveis projetos (CAVASIN; ARRUDA, 1998). Conforme estes autores concluem, muitas adolescentes engravidam, porque isto está coerente com seu projeto de vida, pois ainda faz parte da socialização de algumas meninas a ideia de que seu valor está associado à maternidade.

Dados da PNDS – 1996 comprovam que nem sempre a gravidez na adolescência é não planejada ou indesejada. Como a pesquisa mostrou, entre mulheres de 15 a 19 anos de idade a proporção de nascimentos planejados foi de 50% (BEMFAM, 1997).

Quanto ao planejamento da gravidez, em termos quantitativos, não há razão aparente para considerar as adolescentes na faixa etária dos 15 aos 19 anos como um grupo que não planejava ter filhos, pois o índice de gravidez não planejada/desejada é elevado para as mulheres em todas as faixas etárias. À medida que aumenta a idade da mãe e o número de filhos existentes, aumenta também o percentual de filhos não desejados (SOUZA, 1998). Para as mulheres acima de 35 anos ou com uma ordem de quatro ou mais nascimentos, mais da metade dos nascimentos não foram desejados (BEMFAM, 1997).

Todavia, para adolescentes carentes, convivendo com diversos tipos de necessidades de consumo e afastadas de todos eles, a gravidez talvez não se apresente obrigatoriamente como um problema, mas como uma possibilidade de adquirir uma identidade e uma função social. O problema começa quando não existem ações concretas que interrompam o círculo entre a pobreza e exclusão para estas adolescentes e seus filhos (VILLELA; DORETO, 2005).

Como afirma Heilborn (1998), a maternidade pode significar a transição para outro status (conjugal, maioridade social), o que contempla a ideia de uma possível aquisição de autonomia pessoal no domicílio de origem ou formação de novos arranjos residenciais.

Para as mulheres de 15 a 19 anos, a gravidez não é apenas resultante da ingenuidade biológica ou da dificuldade no acesso a contraceptivos. A ideia de que a gravidez é resultante da falta de informação sobre os métodos contraceptivos é ainda bastante corrente (CABRAL, 2003). Em estudo realizado com puérperas adolescentes em Ribeirão Preto no ano de 2003, constatou-se que as adolescentes possuem um bom nível de conhecimento sobre os métodos contraceptivos e que o não-uso não se relaciona apenas com a desinformação, mas com outras questões, inclusive com o desejo de engravidar (GERA, 2004).

É referido também que quanto menor a idade do adolescente ao iniciar a vida sexual, menor a chance de usar contraceptivo e, consequentemente, maior a probabilidade da ocorrência de uma gravidez nas primeiras relações (CABRAL, 2003). Isto pode ser observado mediante análise dos resultados da PNDS-1996. Segundo tais resultados, 53,6% das adolescentes com até 19 anos de idade não usaram nenhum método anticoncepcional na primeira relação (BEMFAM, 1997).

As dificuldades que marcam a esfera da fecundidade e contracepção são bastante evidentes entre adolescentes. Gera (2004) cita alguns fatores que impedem a realização de uma contracepção adequada na adolescência: desinformação sobre os métodos disponíveis, dificuldade de acesso ao planejamento familiar, custo dos métodos e não cooperação do parceiro. O “pensamento mágico” de que a gravidez não pudesse ocorrer, o aprendizado inadequado sobre o uso dos métodos também são importantes no rol das dificuldades mencionadas.

Embora as dificuldades para o uso de algum método existam na população em geral, são maiores e de difícil superação para as adolescentes. A própria condição social que cerca a vida sexual do adolescente favorece a ocorrência de uma gravidez não planejada e os expõe aos riscos de contrair doenças transmitidas sexualmente diante da inexistência de práticas preventivas.

# A ADOLESCÊNCIA EM TEMPOS DE DSTS/AIDS

As mudanças ocorridas nas últimas décadas têm alterado o perfil das doenças sexualmente transmissíveis – DSTs, transformando seu controle em um problema de saúde pública, pela sua alta incidência e prevalência e pelas complicações psicossociais e econômicas (FERNANDES et al., 2000).

Atualmente as DSTs estão entre as cinco principais causas da demanda por serviços de saúde e podem provocar, em curto prazo, dor e sofrimento, além de consequências secundárias severas que prejudicam a saúde reprodutiva e o bem- estar da mulher (LOWNDES, 1999).

Caso não sejam adequadamente tratadas, tais complicações podem acarretar disfunção sexual, infertilidade, abortamento espontâneo, malformação congênita, nascimento de bebês prematuros e a morte. São doenças de difícil detecção, principalmente entre as mulheres, pois algumas apresentam poucos sintomas e, muitas vezes, são assintomáticas (CARRET et al., 2004). Também são consideradas doenças de alta transcendência, ou seja, têm alta morbimortalidade, impacto psicológico e trazem perdas do ponto de vista econômico. Entretanto, são doenças passíveis de ter na atenção primária sua prevenção, tratamento e controle, armas poderosas na luta contra a epidemia (SAITO, 2001).

No Brasil, ocorrem aproximadamente 12 milhões de casos de DSTs ao ano e como a notificação dos casos não é compulsória (exceto para a AIDS e a sífilis), o número de notificações (cerca de 200.000 casos/ano) fica abaixo da estimativa da OMS (BRASIL, 2005). Em relação à sífilis, foram notificados no período de 1998 a 2004, 24.448 casos, com média de 1,2 caso por 1.000 nascidos vivos por ano.

De acordo com dados do Boletim Epidemiológico de 2004, neste mesmo ano foram notificados 884 casos de DST entre adolescentes de 13 a 18 anos de idade. Destes, 544 eram do sexo feminino e 63,4% tinham estudado até a 4ª série.

O grande número de casos de DST pode ser justificado pela mudança no comportamento sexual, com maior liberdade conquistada pelas mulheres e a eficácia dos métodos anticoncepcionais (CANELLA, 1988). No entanto, outros fatores influenciam, como: ausência de educação em saúde, tabus sociais e o não reconhecimento de que a maioria dessas doenças são tratáveis (LOWNDES, 1999).

Conforme sabemos, os casos de DST/Aids ainda são subnotificados, pois dependem da procura do usuário pelo serviço de saúde e fatores como a elevada incidência de DSTs assintomáticas na mulher, a prática da automedicação e o próprio sistema de notificação contribuem para a baixa notificação dos casos (GIR, 1997). Além disso, as DSTs são associadas à promiscuidade sexual e, desse modo, provocam estigma social e moral para aquelas que a contraem, levando à desvalorização social e deterioração de seus relacionamentos. Diante disso, muitas mulheres deixam de procurar o serviço de saúde (JIMENÉZ et al., 2001).

O problema se agrava em decorrência do elevado número de indivíduos que buscam alternativas nas quais não se exponham tanto, encontrando a solução em balcões de farmácia, onde, muitas vezes, os medicamentos são vendidos de forma inadequada e sem a abordagem necessária para o tratamento dessas doenças (SAITO, 2001). De acordo com dados do Ministério da Saúde, em certas regiões do País, aproximadamente 70% dos casos de DSTs, sobretudo no sexo masculino, são atendidos por balconistas de farmácias. Outro aspecto importante é que frequentemente as orientações dadas aos pacientes não atingem os parceiros nem contemplam atitudes capazes de prevenir a reincidência da doença (FERNANDES et al., 2000).

Ante o advento da Aids, o controle das DSTs tornou-se prioritário, pois a presença dessas doenças favorece o risco de transmissão e infecção pelo HIV, e atua como fator de risco, aumentando a capacidade do portador do HIV infectar outros indivíduos.

Nos últimos anos têm se observado mudanças no padrão da epidemia da Aids no País. Inicialmente, a maioria dos casos notificados tinha nas relações homossexuais a principal categoria de exposição, seguida das transfusões de sangue e hemoderivados. No final dos anos 1980, foram aumentando os casos provenientes do uso de drogas injetáveis e, nos últimos anos, sobressai a transmissão heterossexual, com o crescimento dos casos entre mulheres (GIFFIN; LOWNDES, 1999; BRASIL, 2005).

Em estudo desenvolvido com mulheres HIV positivas atendidas em um serviço de saúde da cidade de São Paulo constatou-se que a maior parte das mulheres pesquisadas (68%) adquiriu a infecção do próprio parceiro fixo, destacando a relação com parceiros usuários de drogas injetáveis como principal categoria de exposição dessas mulheres (SANTOS et al., 2002).

Aproximadamente um terço dos adultos jovens adquiriram a Aids ainda na adolescência, embora o número de indivíduos que a manifestam nessa faixa etária seja menor se comparado à idade adulta ou infância (PIROTTA, 2002). Como o portador do HIV pode viver em média dez anos sem apresentar sintomas da doença, acredita-se que o número de indivíduos infectados ainda na adolescência pode ser elevado (JIMENÉZ et al., 2001).

Segundo se estima, a cada ano 4 milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos no Brasil. O início precoce da vida sexual pode ser um agravante do comportamento de risco para as DSTs/Aids (BRASIL, 1999). Este início coloca os adolescentes em contato com uma nova dimensão de sua vida, que traz desafios e situações novas diante do próprio corpo, ao parceiro, grupo familiar e social (PIROTTA, 2002). Ao mesmo tempo, o pensamento abstrato, característico dessa fase, faz com que se sintam invulneráveis, e eles acabam se expondo aos riscos sem pensar ou prever suas consequências (ABERASTURY & KNOBEL, 1988).

A adolescência é um período de definições e descobertas, inclusive da identidade sexual. Inclui desde a experimentação até a variabilidade de parceiros.

Entre os principais agravos possíveis de comprometer a saúde dos adolescentes, as DSTs estão entre as mais importantes. Por conseguinte, a incidência desse tipo de doença é preocupante, pois a atividade sexual dos adolescentes é mais intensa e frequente e nem sempre vem acompanhada de práticas preventivas (CANELLA, 1988).

Que os adolescentes encontram-se expostos aos riscos de contrair uma DST/Aids, os números já provaram sem deixar qualquer dúvida (AYRES;CALAZANS; FRANÇA JR., 1998). De acordo com pesquisa realizada na região oeste da cidade de São Paulo, três aspectos favorecem esta situação: o primeiro é que há informação, mas pouca comunicação sobre o assunto, ou seja, o que os jovens sabem sobre a Aids, por exemplo, pouco tem relação com o que sentem ou vivem no seu cotidiano. Outra questão significativa são as barreiras que limitam o acesso dos jovens aos meios de proteção e quanto mais pobres e mais jovens, menos condições para comprar o preservativo e maior dificuldade no acesso à distribuição do método pela rede pública de saúde.

O terceiro aspecto levantado na pesquisa é uma consequência dos dois aspectos anteriores e refere-se ao estreitamento da margem que separa a felicidade (satisfação das necessidades) e o risco. Como mencionado, a carência de suporte de toda ordem (social, financeiro e psicológico) acaba dificultando o encontro de melhores alternativas e correr o risco muitas vezes se torna a única possibilidade que resta (AYRES; CALAZANS; FRANÇA JR., 1998).

Entre os problemas que impedem o adolescente de realizar práticas efetivas de proteção estão o ponto de vista do adolescente, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, o custo dos métodos, o desconhecimento do uso pelos pais, o preconceito e a desinformação (VITIELLO, 1988).

Saito (2001) também aponta o mito da indestrutibilidade, comportamento sexual exploratório, desejo de experimentar o novo, violência e uso de drogas como fatores diretamente vinculados ao risco aumentado de adquirir uma DST na adolescência.

Ademais, o novo tipo de relacionamento instituído, o “ficar” tem introduzido também novas formas de contato específico como etapa de interação afetiva e sexual entre jovens (HEILBORN, 1998). Este tipo de relacionamento é orientado pelo não compromisso, pela eventualidade e atração física, onde a autonomia individual se sobrepõe ao pacto de compromisso entre o casal. Isso permite, na prática, a diversificação de parcerias casuais e maior frequência de relações sexuais, aumentando a possibilidade de relações desprotegidas (LIMA et al., 2004).

Todas essas características que representam o “ser jovem” nos tempos atuais, onde o risco é valorizado, mesmo de forma ambivalente (esportes radicais, velocidade, paixão e a forma de viver o presente) trazem consequências para a percepção do risco das DSTs/Aids entre os jovens. Para indivíduos de menor renda e escolaridade, expostos à falta de perspectivas de um mundo melhor, o risco da Aids vai ser avaliado de forma comparativa aos outros riscos a que está exposto em sua vida (JELOÁS, 1999).

Outro aspecto a ser considerado na transmissão do HIV/Aids entre os jovens é a exposição às drogas. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) os usuários de drogas injetáveis representam 41,7% dos casos de Aids em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária dos 13 aos 19 anos. Para as mulheres, na mesma faixa etária e segundo a mesma categoria de exposição, o número de casos representa 27% e parte delas pode ter sido infectada em relações sexuais desprotegidas, com parceiros usuários de drogas. De forma geral, o uso de drogas lícitas ou ilícitas aumenta o risco do indivíduo, tanto pelo compartilhamento de seringas ou agulhas quanto pelo uso abusivo de álcool ou outras drogas que facilitam a adoção de práticas sexuais desprotegidas e com vários parceiros.

Outros fatores como o abuso, a violência e a exploração comercial sexual praticados contra os adolescentes caracterizam-se também como fatores que predispõem os jovens aos riscos de uma DST/Aids (VILLELA; DORETO, 2005).

De acordo com o exposto pela PNDS – 1996, o conhecimento dos adolescentes sobre a Aids no País é de 99%, enquanto 26% de homens e mulheres na mesma faixa etária já tinham ouvido falar sobre a sífilis. Em relação à forma de proteção, os adolescentes identificam o uso do preservativo como a mais importante via de prevenção. Entretanto, apenas 3,6% das mulheres e 22,2% dos homens entre 15 e 19 anos utilizavam o preservativo com a finalidade de evitar uma DST/Aids (BEMFAM, 1997; FERNANDES, 1998).

Diversas pesquisas nacionais mostram que apesar da informação ainda persistem algumas falsas crenças e dúvidas quanto às formas de transmissão mais frequentes e apenas um reduzido número de jovens apresentam mudanças em seu comportamento. Com vistas à prevenção da Aids, sobretudo no referente ao uso do preservativo (JELOÁS, 1999).

Para a prevenção do HIV algumas estratégias são adotadas. Entre elas, destaca-se a importância da testagem, procedimento antecedido por uma atividade de aconselhamento, na qual é possível abordar dúvidas e dificuldades em relação ao sexo seguro. Aqueles que se descobrem portadores têm a chance de tomar os cuidados necessários para preservar a sua saúde e não disseminar o vírus, enquanto os não portadores são estimulados a manter práticas seguras e continuar soronegativos (VILLELA; DORETO, 2005).

Dados da Política Nacional de DST/Aids (PN DST/Aids) mostraram que houve uma queda na porcentagem da população jovem que já fez o teste para o HIV. Entre os indivíduos do sexo masculino 16,9% realizaram a testagem em 1998 enquanto em 2005 14,5% dos jovens submeteram-se a este procedimento. Isto poderia ser explicado pelo fato dos homens jovens estarem se prevenindo mais e se considerarem menos expostos aos riscos de infecção pelo HIV. Para as mulheres, cresceu o número daquelas que já fizeram a testagem (17,1% para 33,2%), resultado parcialmente explicado pelo aumento na realização de testes durante o pré-natal (BRASIL, 2005).

Conforme referem Villela e Doreto (2005), existe a preocupação de que as ações para prevenção do HIV/Aids atingissem a população adolescente, como aconteceu por meio de atividades educativas nas escolas. No entanto, acrescentam o ”esgotamento” dessas ações, pois outros temas foram aos poucos sendo incorporados na agenda escolar (drogas, violência em geral e suas expressões). Atualmente quase 70% das escolas do País desenvolvem algum tipo de trabalho de prevenção do HIV, mas ainda há necessidade de mais escolas incorporarem este tipo de atividade e que programas voltados para jovens fora do sistema de ensino sejam aprimorados. Segundo as autoras concluem, embora essas ações venham obtendo êxito no decorrer do tempo, não se traduzem num controle completo da epidemia.

Conforme evidenciado, os adolescentes constituem um contingente populacional prioritário para as ações de prevenção das DSTs/Aids. Ante a precariedade como é vivenciada a anticoncepção, a contaminação por essas doenças é preocupante, já que estes e outros agravos são preveníveis e demandam políticas públicas específicas para as necessidades desse grupo. Portanto, urge mobilizar essas políticas para suprir referidas necessidades.

# SOBRE A DUPLA PROTEÇÃO

Como visto anteriormente, a gravidez e as DSTs apresentam-se como realidades possíveis diante da ausência de práticas preventivas.

De acordo com Vieira (2003), a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo, em 1994, recomendou que os serviços de planejamento familiar fossem expandidos e abordassem questões relativas à prevenção e tratamento de DSTs, incluindo o HIV, já que a maioria dos métodos particularmente efetivos para a prevenção da gravidez proporciona pouca ou nenhuma proteção contra as DSTs.

Em meio a uma realidade global de elevados índices de gravidez e DST, a opção mais adequada é a que proporciona a proteção de ambas (CATES JR.; STEINER, 2001).

A prevenção simultânea da gravidez e DST foi definida pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001) como dupla proteção, que pode ser obtida usando- se apenas o preservativo ou combinando seu uso com outro método. Métodos que oferecem proteção contra gravidez (anticoncepcionais orais, esterilização, implantes, injetáveis ou dispositivos intrauterinos) podem ser adotados em conjunto com o preservativo para proporcionar um efeito adicional de proteção. Embora usar simultaneamente os dois métodos possa aumentar o grau de proteção contra gravidez e DSTs, este comportamento requer uma motivação individual maior.

Todavia, proporcionar a dupla proteção mediante o uso de dois métodos simultaneamente encontra barreiras como o fato de que muitas pessoas não utilizam método anticoncepcional frequentemente e o uso de um segundo método pode prejudicar o uso do primeiro (WHO, 2001).

Um único método pode ter efeito protetor contra as DSTs e a prevenção de gravidez. O preservativo masculino, além do efeito contraceptivo, é o método que comprovadamente oferece maior índice de proteção contra as DSTs. Segundo Gir (1997), o uso do preservativo como método preventivo contra DSTs está se elevando, pois é indicado em qualquer prática sexual e sua eficácia enquanto método de barreira é verificado mediante uso correto e sistemático e desde que seja de qualidade comprovada. No entanto, esbarra na questão de gênero, pois depende da aceitabilidade masculina para a sua prática. Alguns aspectos influenciam negativamente seu uso sistemático. Entre outros, sobressaem a crença na redução da sensibilidade; a recusa do uso pelo parceiro; indisponibilidade do método no momento da relação e a percepção inequívoca sobre o risco de contrair infecções ou doenças sexualmente transmissíveis.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, na faixa etária dos 16 aos 19 anos, 51% dos homens e 33% das mulheres referem o uso do preservativo em todas as relações sexuais (BRASIL, 2005). Como este resultado indica, por ser o preservativo um método masculino e ante uma possível dificuldade das meninas em negociar seu uso, é mais fácil para o menino usá-lo se assim o desejar (VILLELA; DORETO, 2005). Ainda conforme apontam, muitas vezes, os meninos não usam o preservativo porque não gostam, não possuem habilidade para manipulá-lo ou pela própria dificuldade em falar sobre o assunto com a parceira. É importante ressaltar também que o uso do método está vinculado, ainda, ao tipo de parceira e ao contexto da relação (CABRAL, 2003). Dados da PN DST/Aids mostram que o uso do preservativo é mais frequente nas relações eventuais que nas estáveis. Segundo registrado, aproximadamente 87% dos homens de 16 a 19 anos utilizam preservativo nas relações casuais (BRASIL, 2005).

Entre adolescentes, porém, o uso de preservativos não é tão simples, já que embora as relações ocorram num contexto de erotismo, também são influenciadas pela questão do poder (gênero, classe social e diferenças na idade) e quem detém o poder terá mais possibilidade de garantir o uso ou não do método. O preservativo representa o posto da espontaneidade normalmente atribuída ao sexo e à juventude e, neste sentido, deve-se estimular seu uso com base não apenas no medo de uma gravidez ou DST, mas no erotismo e na praticidade (VILLELA; DORETO, 2005).

Conforme observado, as dificuldades que marcam a esfera da fecundidade e contracepção são bastante evidentes entre adolescentes. O uso de métodos relaciona-se a estas questões e influencia diretamente na escolha do método a ser utilizado. Em qualquer relacionamento, a prevenção da gravidez é função tradicionalmente feminina, enquanto a prevenção das DSTs se constitui em um papel a ser desempenhado pelo homem.

Para Pirotta (2002), a participação masculina na vida reprodutiva é vivenciada mediante apoio do parceiro no processo de regulação da fecundidade. Não se traduz, no entanto, em práticas efetivas de contracepção ou prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Sobre o assunto, Reis (2002) refere a dificuldade das mulheres em manter relações sexuais protegidas, mesmo quando têm ciência do risco.

Outras considerações sobre o assunto são feitas por Figueredo e Peña (2000). As autoras mencionam maior preocupação das mulheres com a gravidez e demonstram a necessidade da associação direta entre gravidez e DST, pois entre os motivos para o não uso do preservativo está a falta de confiança contraceptiva. Como suporte deste método, em caso de falha, a contracepção de emergência é uma opção que, segundo pesquisa realizada pelas autoras, tem tido boa adesão pela maioria das entrevistadas.

Como sabemos, os anticoncepcionais orais, outros anticoncepcionais hormonais e os dispositivos intrauterinos (DIU) não conferem proteção alguma contra o HIV ou outras DSTs. Portanto, as mulheres devem ser estimuladas a usar o preservativo junto com esses métodos para proporcionar a proteção contra as DSTs/Aids.

A associação do preservativo com a pílula (anticoncepcional oral) também é uma opção que viabiliza a dupla proteção. No entanto, seu uso conjunto é registrado até abandonar o uso do preservativo e este processo é tido como “natural” pelos usuários (PIROTTA, 2002). Segundo a PNDS – 1996 (BEMFAM, 1997), o principal motivo referido pelos entrevistados para a descontinuidade no uso do preservativo é o desejo de um método mais seguro, como mencionado por 21,7% dos entrevistados, seguido de “sexo pouco frequente” (13,6%) e “falha do método” (11,7%).

Pirotta (2002), em pesquisa realizada com jovens universitários da Universidade de São Paulo, USP, constatou que 80% dos homens e mulheres afirmaram usar o preservativo na primeira relação sexual, porém, conforme o relacionamento vai se tornando estável, esta opção passa a ser negligenciada, seja por descuido, esquecimento ou substituição do preservativo pela pílula. A responsabilidade pela contracepção passa, então, a ser da mulher em detrimento da participação masculina, mesmo nos indivíduos com maior grau de instrução.

Ante a dificuldade de muitas mulheres em negociar o uso do preservativo masculino, surgiu a necessidade do desenvolvimento de um método que lhes oferecesse mais autonomia. A ideia do preservativo feminino encontrou respaldo na situação vivenciada pela mulher, tanto em lugares onde ela tem mais poder e liberdade, quanto naqueles onde ela ainda encontra resistência em relação aos homens. A negociação com o parceiro no caso deste método seria mais fácil, pois ela é quem o usaria (BUCHALLA et al., 1998).

Embora o preservativo feminino seja uma opção controlada pela mulher, ela ainda precisa do consentimento ou concordância do parceiro para adotá-lo. As opiniões sobre o método ainda são bastante diversificadas, mas, de forma geral, há boas taxas de aceitabilidade, pois cada vez mais as mulheres estão buscando novas formas de prevenção e cuidado em saúde, sobretudo métodos que lhes proporcionem mais autonomia (BRASIL, 2003).

Os preservativos masculinos e femininos são os métodos que oferecem proteção mais eficaz tanto contra a gravidez quanto contra as DSTs/AIDS. Lowndes (1999) refere a necessidade do desenvolvimento de métodos passíveis de ser utilizados pela mulher sem colaboração nem conhecimento do parceiro para a prevenção da gravidez e DST. Apesar de indicados, outros métodos como o diafragma e o capuz cervical oferecem pouca proteção contra infecções, como a gonorreia e clamídia. Além disso, sua eficácia contra HIV ainda é incerta (HATCHER et al., 2001).

Atualmente, embora estudos demonstrem que os espermicidas oferecem proteção contra algumas DSTs também não é evidente sua proteção contra o HIV. De modo geral, produtos desenvolvidos à base de nonoxinol-9 (N-9) são amplamente utilizados no Brasil e no mundo. No entanto, conforme diversos estudos já mostraram, o uso de alguns métodos contendo o N-9 pode favorecer o risco de transmissão sexual do HIV e outras DSTs. Este risco pode ser explicado pelo fato de provocar lesões na mucosa vaginal e retal, dependendo da frequência do uso e do volume aplicado (BRASIL, 2002).

Enquanto avança a epidemia da Aids em todo o mundo, os pesquisadores estão trabalhando no desenvolvimento de medidas mais efetivas de proteção. Além da mudança de comportamento, as medidas adicionais de prevenção estudadas incluem as vacinas contra o HIV e os microbicidas (PROGRAMA..., 2001).

As vacinas representam um avanço significativo nos esforços de prevenção, mas enfrentam uma dificuldade, principalmente em virtude tanto da existência de numerosos subtipos de HIV, bem como da sua larga distribuição geográfica. Várias organizações estão trabalhando e tentando superar os desafios técnicos para o desenvolvimento dessas vacinas e para incentivar a participação industrial no seu desenvolvimento (PROGRAMA..., 2001).

Atualmente as pesquisas mais promissoras vêm sendo realizadas e baseadas principalmente no desenvolvimento de produtos que inibem a entrada do vírus no epitélio (VIEIRA, 2003), a exemplo dos microbicidas. Estes são produtos de aplicação intravaginal e podem destruir o HIV e outros microrganismos responsáveis por causar as DSTs. Eles representam uma possibilidade das mulheres se protegerem e protegerem seus parceiros, pois exigem pouco ou nenhum envolvimento ou negociação com um parceiro (PROGRAMA..., 2001). Se usado em conjunto com o preservativo, este método pode aumentar ainda mais a proteção. O uso por via retal poderá eventualmente reduzir o risco de transmissão das DSTs/Aids nas práticas sexuais com penetração anal.

Sobre o desenvolvimento dos microbicidas, observa-se consenso com progressos significativos na área. Existe um número elevado de novos produtos em fase relativamente avançada de investigação. As pesquisas também são necessárias em relação à segurança e eficácia, utilização em longo prazo e efeitos na utilização dos preservativos (PROGRAMA..., 2001).

Ainda de acordo com a mesma fonte, os adolescentes frequentemente carecem de informações confiáveis sobre questões básicas de saúde reprodutiva, de habilidade de negociar relacionamentos sexuais seguros e saudáveis, e de acesso a serviços de saúde reprodutiva, confidenciais e disponíveis.

A saúde e os direitos reprodutivos dos jovens também receberam destaque na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em 1994, em especial, na abordagem de temas como gravidez indesejada, DSTs/AIDS e aborto. De forma geral, conforme se recomendou, as necessidades dos jovens devem ser pesquisadas para o melhor desenvolvimento de programas direcionados a um comportamento reprodutivo e sexual responsável e saudável. Propôs-se também que os governos não limitassem o acesso dos adolescentes aos serviços e informações que necessárias, respeitando seu direito à privacidade e confidencialidade, bem como direitos, deveres e responsabilidades dos pais (PIROTTA, 2002).

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso ressaltar a importância da prevenção da gravidez precoce em adolescentes. E essa só se faz com orientação, conhecimento e diálogo, não basta somente informação. E a partir daí iniciar um trabalho lento de orientações e esclarecimentos no seio do PSF, não só com o adolescente, mas um movimento envolvendo toda a família, para assim, contribuir com uma vida mais saudável. Entre outros aspectos, com estratégias desenvolvidas através do PSF vislumbrando a necessidade de se quebrarem a impessoalidade e a indiferentes, a participação do usuário no seu cotidiano.

Portanto, a questão em evidência não é a falta de informação, mas a deficiência na formação do adolescente nesta fase da vida. Os serviços de saúde não fazem um trabalho preventivo e ficam à espera de que os adolescentes procurem seus serviços, não trabalham de maneira dinâmica, possibilitando conscientizar (e não somente informar) o adolescente a cerca das consequências que podem advir da iniciação da vida sexual.

Um importante passo no sentido de uma maternidade melhor planejada seja o desenvolvimento de atividades no acompanhamento das adolescentes nos PSFs. É necessário a abertura de um canal permanente de comunicação de forma que estejam preparados para as consequências ao iniciarem uma vida sexualmente ativa.

As instituições, tais como a família e a escola, precisam participar mais ativamente da vida da adolescente com vistas a instrumentalizá-la para a vida sexual.

# REFERENCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal.** 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BEMFAM. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. **Brasil:** pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Rio de Janeiro, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS:** diretrizes e procedimentos básicos, Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisas em DST/Aids.** 2002. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 15 nov . 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Políticas e diretrizes para prevenção de DST/Aids entre mulheres.** Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações em saúde.** 2005. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br> Acesso em: 15 nov . 2012

BRUNS, M. A. T. Relação afetivo-sexual de pessoas videntes com pessoas portadoras de defiência visual. **Revista Benjamin Constant**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 10-20, 2001.

BUCHALLA, C. M.; CARVALHO, M. H. M.; FERNANDES, M. E. L.; VIEIRA, E. M.; ÂNGELO, A. V. D.; PINOTTI, J. A. Aceitabilidade do preservativo feminino entre mulheres atendidas no Centro de Referência da Saúde da mulher e de nutrição, alimentação e desenvolvimento infantil, São Paulo, 1996. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia,** São Paulo, v.9, n.1, p. 12-18, 1998.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 19, p. 283-92, 2003. Suplemento 2.

CANELLA, P. R. B. Adolescência e doenças sexualmente transmissíveis. In: VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C.; CANELLA, P. R. B.; CAVALCANTI, R. C. (Org.). **Adolescência hoje.** São Paulo: Roca, 1988. p 123-134.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; SILVEIRA, D.S.; BERTOLDI, A. D.; HALLAL, P. C. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 38, n.1, p 76-84, 2004.

CATES JR., W.; STEINER, M. J. **Dual protection against unintended pregnancy and sexually transmitted infections.** Research Triangle Park: Family Health International, 2001.

CAVALCANTI, R. C. Adolescência. In: VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C.; CANELLA, P. R. B.; CAVALCANTI, R. C. (org). **Adolescência hoje.** São Paulo, Roca, 1988. p. 5-27.

CAVASIN, S.; ARRUDA, S. Educação sexual e comunicação para adolescentes. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência.** São Paulo: Associação Saúde da Família/ Family Health International, 1998. p. 110-118.

CORRÊA, H. **A fecundidade na adolescência:** a interpretação de um problema ou um problema de interpretação? 2004. 146f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2004.

CURY, Munir. Estatuto da Criança e do Adolescente. 2. ed. São Paulo : **Revista dos Tribunais**, 2000. 552p. ISBN 85-203-1812-6.

FERNANDES, A. M.S.; ANTONIO, D. G.; BAHAMONDES, L.G.; CUPERTINO, C. V. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde em relação às doenças de transmissão sexual. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.16, p.103-112, 2000. Suplemento 1.

FERNANDES, M. E. L. Comentários sobre o painel III: vulnerabilidade, momentos e vias de prevenção. In: VIEIRA, E. M; FERNANDES, M. E.L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência.** São Paulo: Associação Saúde da Família/ Family Health International, 1998. p. 127-130.

FIGUEREDO, R.; PEÑA, M. **Contracepção de emergência:** opção contraceptiva em tempos de DST/Aids. NEPAIDS, São Paulo: 2000. 46p.

GERA, N. F. **Gravidez na adolescência:** conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de baixa renda. 2004. 154f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GIFFIN, K.; LOWNDES, C. M. Gender, sexuallity and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice. **Social Science & Medicine.** New York, v. 48, p. 283-292, 1999.

GIR, E. **A sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência humana tipo I.** 1997. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

HEILBORN, M. L. Palestra inaugural – gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência.** São Paulo: Associação Saúde da Família/Family Health International, 1998. p. 23-31.

HEILBORN, M. L.; BOZON, M.; AQUINO, E.; KNAUTH, D. **Por uma abordagem sócio antropológica dos comportamentos sexuais e reprodutivo da juventude na Brasil:** a construção da pesquisa. Rio de Janeiro, 2000.

JELOÁS, L. S. Os jovens e o imaginário da Aids: entre o risco e a prevenção. **Serviço social em revista.** Londrina, v.2, n.1, p. 54-62, jul. dez. 1999.

JIMENÉZ, A. L.; GOTLIEB, S. L. D.; HARDY, E.; ZANEVELD, L. J. D. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio- econômicas e demográficas. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.17, p. 55-62, 2001.

LIMA, C. T. B.; FELICIANO, F. V. O.; CARVALHO, M. F. S.; SOUZA, A. P. P.; MENABÓ, J. B. C.; RAMOS, L. S.; CASSUNDÉ, L. F.; KOVACS, M. H. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** Recife, v.4, n.1, p. 71-83, jan. mar. 2004.

LOWNDES, C. M. Doenças sexualmente transmissíveis na mulher. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Orgs.). **Questões de saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p 253-279.

MEDINA, G. Adolescência y salud en México 1985-1997: un estado del arte. In: DOCUMENTOS, investigaciones y ensayos: desarrollo humano adolescente. 1999. Disponível em: <http://www.sexulidadjoven.cl/estudios/est_Medina> adolescenciaysaludenme\_xico.htm. Acesso em: 15 nov . 2012.

MELO, A. V. **A gravidez na adolescência:** uma abordagem multidisciplinar. 1993. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1993.

PIROTTA, K. C. M. **Não há guarda-chuva contra o amor – estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP.** 2002. 294f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PROGRAMA PARA TECNOLOGIA APROPRIADA EM SAÚDE (PATH). **Prevenção do HIV/Aids em locais com poucos recursos.** Tradução Olga Costa Lopes. São Paulo. V. 19, n.1, maio 2001. Disponível em: [http://www.path.org/resources/puboutloo](http://www.path.org/resources/puboutlook)k. Acesso em: 15 nov . 2012

REIS, L. F. **Mulher:** produto com data de validade. São Paulo: O Nome da Rosa, 2002.

SAITO, F. J. A. DST, saúde reprodutiva e adolescência. **Pediatria Moderna,** São Paulo, v. 37, maio 2001. Edição especial.

SILVA, J. L. P.; CHINAGLIA, M. L. M. Aspectos médicos sociais da gravidez na adolescência. In: NEME, B. **Obstetrícia básica.** 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 1196-1201.

SOUZA, M. M. C. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência.** São Paulo: Associação Saúde da Família/ Family Health International, p. 74-91, 1998.

STERN, C.; MEDINA, G. Adolescência y salud em México. In: OLIVEIRA, M. C. (Org.). **Cultura, adolescência e saúde:** Argentina, Brasil e México. Campinas: CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP, 1999.

UNICEF. **Relatório da situação da adolescência brasileira.** Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.unicef.org.br> Acesso em: 15 nov . 2012.

UNICEF. **Um marco conceitual para a saúde e desenvolvimento dos jovens.** Tradução Rita Brosar. New York, 1997.

VIEIRA, E. M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida:** panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 151 – 196.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. **Conversando sobre a experiência sexual dos jovens.** Brasília: CNPD/IPEA/Ministério Planejamento e Ação Social, 2005.

VITIELLO, N. Caracterização biológica da adolescência. In: VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C.; CANELLA, P. R. B.; CAVALCANTI, R. C. (Orgs.). **Adolescência hoje.** São Paulo: Roca, 1988. p. 1-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Exploring common ground.** Geneva: Department of Reproductive Health and Research/Family and Community Health, 2001.