

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA / NESCON

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA  
FAMÍLIA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: o papel da equipe de Saúde  
da Família na prevenção**

**MARIA LUÍSA CARVALHO RIBEIRO**

BELO HORIZONTE – MG

2010

MARIA LUÍSA CARVALHO RIBEIRO

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: o papel da equipe de Saúde  
da Família na prevenção**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família (NESCON/UFMG) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Maria José Moraes Antunes

BELO HORIZONTE – MG

2010

MARIA LUÍSA CARVALHO RIBEIRO

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: o papel da equipe de Saúde  
da Família na prevenção**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família (NESCON/UFMG) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Maria José Moraes Antunes

Banca Examinadora

---

---

---

Aprovado em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que é a razão de tudo.

À minha família, que soube entender a minha ausência em alguns momentos preciosos.

À Dra. Maria José Moraes Antunes pela confiança depositada em meu compromisso e valiosa orientação desta monografia.

Aos professores, em especial Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes, e aos colegas de curso, os quais não me deixaram desistir.

Meus sinceros agradecimentos a todos.

"O sábio não se senta para lamenta-se, mas se põe alegremente  
em sua tarefa de consertar o dano feito"

Willian Shakespeare

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>SEXUALIDADE.....</b>	<b>6</b>
<b>4.1</b>	<b>Sexualidade Humana: breves conceitos .....</b>	<b>6</b>
<b>4.2</b>	<b>A Sexualidade na Adolescência.....</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>ADOLESCENTES X GRAVIDEZ.....</b>	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>ATUAÇÃO DA EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À SEXUALIDADE PRECOCE .....</b>	<b>19</b>
<b>6.1</b>	<b>Planejamento Familiar .....</b>	<b>19</b>
<b>6.2</b>	<b>Métodos Contraceptivos .....</b>	<b>22</b>
<i>6.2.1</i>	<i>Pílula Anticoncepcional .....</i>	<i>23</i>
<i>6.2.2</i>	<i>Injeções.....</i>	<i>24</i>
<i>6.2.3</i>	<i>Dispositivo Intra Uterino (DIU).....</i>	<i>24</i>
<i>6.2.4</i>	<i>Anticoncepção de Emergência (Pílula Pós-Coito).....</i>	<i>25</i>
<i>6.2.5</i>	<i>Outros Métodos .....</i>	<i>25</i>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>28</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>30</b>
	<b>ANEXO 1 – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – PARECER DE 11/12/1992 ....</b>	<b>33</b>

## RESUMO

Este estudo de revisão bibliográfica sistemática, teve por objetivo aprofundar o entendimento cultural e do quadro biopsicossocial relacionados à gravidez na adolescência, seus determinantes históricos e métodos contraceptivos adequados para esta faixa etária. Nesta fase da vida, em um contexto de competição de necessidades, vêm ganhando destaque para o setor saúde a incidência de gravidez. A prevenção da gestação não planejada é fundamental para adolescentes e jovens sexualmente ativos. O ideal é que os adolescentes recebam a maior quantidade possível de informação, em vista que podem se tornar vítimas do uso inadequado de métodos contraceptivos. Torna-se, portanto, imprescindível esse tipo de orientação antes mesmo que se tornem sexualmente ativos. A Atenção à Saúde do Adolescente pela equipe de saúde da família, integrada às escolas de ensino fundamental e médio constitui um desafio que deve orientar-se, principalmente, na prevenção de agravos, utilizando todos os recursos necessários para atender os grupos mais vulneráveis, seja por agravos biológicos, psicológicos ou sociais. Quando se trata de prestar assistência ao adolescente, deve-se ter em mente a importância do envolvimento multidisciplinar e intersetorial com estes jovens, frente à apresentação de necessidades que estão relacionadas a aspectos biológicos, psicológicos, sociais, jurídicos entre outros, bem como a peculiaridades de cada um.

Palavras-chave: Sexualidade. Adolescência. Métodos contraceptivos. Gravidez.

## **ABSTRACT**

This study of a systematic literature review, aims to deepen understanding of cultural and biopsychosocial framework related to teenage pregnancy, its historical determinants and contraceptive methods suitable for this age group. Defined by reference to the age range that covers 10-19 years to adolescence, and 15-24 years for youth, intertwine between 15 and 19 years, giving rise to so-called young adolescents. At this stage of life, in a context of competing needs, have been gaining prominences for the health sector the incidence of pregnancy. Studies conducted over the last thirty years point to increased fertility of adolescents, both in the range of 10 to 14 years and in 15-19 years when compared with women and more than 20 years of age. It is recalled that event as a serious public health problem, with the fact of its occurrence is associated with negative aspects of life and health of mothers and their children. With regard to social life, it is noted that young mothers are more likely to be poor than those who were mothers in higher age, divorce and school dropout are more frequent, their salaries are considerably lower and the high proportion of illegality limits access to legal rights and health care. The prevention of unplanned pregnancy is critical for adolescents and young sexually active. The ideal is that adolescents receive the greatest possible amount of information, a view that may become victims of inappropriate use of contraceptive methods It is therefore imperative that kind of advice even before they become sexually actives' Health Care Adolescents by the team of family health, integrated the schools of elementary and secondary education is a challenge that must be guided primarily on disease prevention, using all the resources necessary to meet the most vulnerable groups, whether by organic diseases, psychological or social. When it comes to assist adolescents, one must bear in mind the importance of multidisciplinary and intersectoral involvement with these young people, against the presentation of needs that are related to biological, psychological, social, legal and others as well as the peculiarities of each.

**Keywords:** Sexuality. Adolescence. Contraceptive methods. Pregnancy.



## LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DIU	Dispositivo Intra Uterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e Adolescência
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
GRAVAD	Entrevistas de Amostra Probabilística
HPV	Vírus do Papiloma Humano
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEAS	Programa de Educação Afetivo Sexual
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde

# 1 INTRODUÇÃO

Adolescência deriva do latim *adolescere*, que significa “crescer”. Adolescência é o período da vida humana entre a puberdade e a virilidade; mocidade; juventude. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência como uma etapa que vai dos 10 aos 19 anos, e o Estatuto da Criança e Adolescência (ECA) a conceitua como a faixa etária de 12 a 18 anos. É uma transição entre a fase de criança e a adulta, sendo um período de transformação profunda no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo (GURGEL et al., 2008).

A puberdade marca o início biológico da adolescência, mas a sua conclusão é pouco definida. A definição mais aceitável parece ser a de uma pessoa que não é mais considerada uma criança, mas nem tão pouco é considerada um adulto (BRASIL, 2010).

Durante a adolescência, adultos jovens passam por incertezas, medos, frustrações, descobrimentos, busca de realizações. E muitos passam por momentos críticos e definitivos em sua vida: primeiro ato sexual, primeiro casamento e paternidade (BRUNO, 2002).

Os jovens mesmo estando entre os membros mais saudáveis da comunidade enfrentam riscos contra sua saúde reprodutiva e psicológica tais como: doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS, violência, estupro, abuso sexual e comércio do sexo, gravidez e partos demasiado precoces, com grande risco de lesões, doenças e morte tanto da mãe quanto do bebê, gravidez involuntária, conduzindo geralmente a um aborto perigoso e complicações posteriores, desestruturação familiar, jovens que se tornam pais muito precocemente, enfrentam as conseqüências econômicas e sociais da interrupção dos estudos e trabalham recebendo salários mais baixos e abandono de menores.

A ocorrência de gravidez na adolescência embora não se constitua um fato novo, traz consigo riscos biopsicossociais importantes. O crescimento de sua incidência é reflexo das mudanças culturais, das influências sociais, das condições sócias econômicas que a sociedade vive. Esse grupo etário merece cuidados especiais e devem ser realizados por uma equipe multidisciplinar.

Dados mais recentes do Ministério da Saúde mostram que a quantidade desses procedimentos em adolescentes de 10 a 19 anos caiu 22,4% de 2005 a 2009. Na primeira metade da década passada, a redução foi de 15,6%. De 2000 a 2009, a maior taxa de queda

anual ocorreu no ano passado, quando foram realizados 444.056 partos em todo o País – 8,9% a menos que em 2008. Em 2005, foram registrados 572.541. Ao longo da década, a redução total foi de 34,6% (BRASIL, 2010b).

O Ministério da Saúde atribui essa tendência às campanhas destinadas aos adolescentes e à ampliação do acesso ao planejamento familiar através de ações de educação sexual e reforço na oferta de preservativos aos jovens brasileiros.

Nessa perspectiva acredita-se que, ao se trabalhar com os adolescentes quanto à gravidez precoce, priorizando reflexões sobre a sexualidade e o processo de adolecer, poder-se-ia estar contribuindo para que a vivessem com prazer e sem culpa, com responsabilidade e carinho, respeitando a si mesmo e aos parceiros, fazendo do momento vivido um encontro intersubjetivo, empático e feliz.

Isto foi considerado pertinente aprofundar e apresentar estudos relativos à sexualidade, principalmente de autores brasileiros em cujo contexto situam os adolescentes.

No que tange à equipe de saúde da família, ainda é pequena sua atuação na prevenção da gravidez na adolescência e nas orientações quando do início das atividades sexuais.

Normalmente as equipes aguardam os adolescentes virem até o serviço de saúde em busca de informações, o que não acontece na maioria dos casos. Seria interessante se estas equipes levassem estas informações até os domicílios.

A parceria saúde/educação facilita o contato com os grupos de adolescentes das escolas com a intervenção dos professores já treinados no PEAS (Programa de Educação Afetivo Sexual). A abertura de grupos de discussão sobre o assunto sexualidade facilita a abordagem de temas, dentre outros, como prevenção da gravidez e suas conseqüências.

A escola significa um lugar importante para se trabalhar conhecimentos, habilidades e mudanças de comportamento, pois é local em que o adolescente permanece o maior tempo do seu dia. Portanto, torna-se um local propício e adequado para o desenvolvimento de ações educativas, atuando nas diferentes áreas dos saberes humanos.

Em contrapartida, há uma lacuna de informações pela falta da educação sexual nas principais instituições em que os adolescentes convivem; entre elas, destacam-se a escola e a família. A conseqüência disso são os sentimentos de culpa e de medo que atingem essa faixa etária, fazendo com que estes passem a buscar informações em fontes pouco seguras ou incapazes de ajudá-los (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Considerando que a gravidez na adolescência e a sua recorrência podem ser prevenidas, é necessário considerar a inclusão da população de adolescentes nos programas de assistência à saúde da mulher com ênfase em anticoncepção e orientações sexuais, e

considerar a assistência a esta faixa etária como uma das prioridades na atenção primária à saúde. Estes programas devem focar, além dos aspectos citados, também motivação para estudo e trabalho e aspectos relacionados a comportamento, relação familiar, entre outros (YAZILLE; FRANCO; MICHELAZZO, 2009).

Pelo exposto, considera-se que os ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia nas Unidades Básicas de Saúde deverão estar preparados para o atendimento da população de adolescentes, contando com o apoio de outros profissionais que atuam na área da saúde, e buscando entrosamento com os profissionais da área da Educação, serviço social e psicologia, além do apoio de entidades governamentais e não governamentais presentes na comunidade e que possam contribuir com um programa de prevenção da gravidez na adolescência e sua repetição.

Portanto, a escolha do tema do trabalho baseado na saúde da mulher, enfocando a gravidez na adolescência se deu devido ao alto índice de gravidez precoce que apesar do ritmo de queda no número de partos da adolescência ter acelerado nos últimos cinco anos na rede pública, ainda é preocupante o número de adolescentes grávidas na área de abrangência do Centro de Saúde Lagoa em Belo Horizonte – MG, surgindo então, a necessidade de abordagem deste tema, sendo relevante para intervenção na comunidade.

Acredita-se que nesta comunidade haja um *déficit* no que se refere à orientação sexual na população adolescente e conseqüente aumento nos números de gravidez na adolescência e de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Este trabalho buscou atualizar conhecimentos que permitam ampliar a colaboração da equipe de saúde com as famílias, fazendo-as entender melhor o assunto em questão, visando à promoção da saúde da comunidade. Há cada vez mais adolescentes tornando-se mães e pais. Para diminuir a incidência destes casos, não basta falar sobre os métodos contraceptivos, é necessário desvendar essa questão analisando diversos pontos para compreendê-la. Nem sempre a falta de informação é o motivo principal e sim a falta de um projeto de vida.

## **2 OBJETIVOS**

Os objetivos foram, por meio de revisão bibliográfica sistemática, ter um maior entendimento do quadro biopsicossocial no que tange os temas da gravidez na adolescência seus determinantes e métodos contraceptivos adequados para esta faixa etária.

### 3 METODOLOGIA

O percurso metodológico escolhido foi delineado pela revisão sistemática. A revisão sistemática consiste na atividade de localização e consulta de fontes diversas de informação escrita, orientada pelo objetivo explícito de coletar materiais genéricos ou mais específicos a respeito de um tema.

O levantamento bibliográfico será efetuado junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo). Ao fazer a busca na base de dados LILACS e SCIELO, foram utilizados os unitermos: Adolescência; DST e Gravidez. Foi realizada ainda a busca de livros e manuais do Ministério da Saúde do Brasil.

Todo esse levantamento foi pautado no referencial proposto por Gil (2002), tal seja: a) leitura exploratória, lendo atenciosamente cada título dos artigos que surgiam em tela; b) leitura seletiva, através do título e respectivo resumo para identificação dos artigos que respondiam ao objetivo do estudo; c) leitura analítica, para ordenar as informações detectadas nos artigos encontrados; d) leitura interpretativa, visando à compreensão do material selecionado e construção do arcabouço teórico.

## 4 SEXUALIDADE

### 4.1 Sexualidade Humana: breves conceitos

Quase todos os aspectos da vida humana são condicionados historicamente a comportamentos da época; assim ocorreu com a transição da vida rural para a vida urbana, a questão da mulher na sociedade, as relações de trabalho e o que está sucedendo com a sexualidade, dentre outros importantes aspectos.

No que diz respeito à sexualidade, Chauí (1998) coloca que o sexo é meramente biológico e natural, por modificações da Sociedade, da Cultura e da História passou a ser reprimido. A mesma autora define repressão sexual como um "*sistema de normas, regras, leis e valores explícitos que uma sociedade estabelece no tocante à permissão e proibições nas práticas sexuais genitais*". Este sistema é definido "*pela religião, pela moral, pelo direito e, no caso de nossa sociedade, pela ciência também*".

O termo sexualidade envolve toda a vida, não se refere somente à esfera da genitalidade, pois qualquer parte do corpo é susceptível de prazer; Chauí (1998) assinala que envolve as relações com os outros, com o próprio corpo e o alheio, com os objetos e situações que agradam ou desagradam, esperanças, medos, sonhos reais e imaginários, conscientes e inconscientes; envolve uma dimensão simbólica que articula corpo e psique; envolve a história pessoal de cada um.

A sexualidade humana, embora seja um bem natural, implica hábitos, comportamentos, atitudes, sobretudo, significados aprendidos, relacionados à história pessoal de cada indivíduo.

A sexualidade se sobrepõe aos limites do impulso genital, que não é mais que um dos muitos elementos de uma relação sexual em que intervêm, sobretudo a afetividade, a fantasia, a emoção e a comunicação.

Para Vitiello (2000) dentro de um contexto mais amplo, pode-se considerar que a influência da sexualidade permeia todas as manifestações humanas, do nascimento até a morte.

Quanto ao termo sexo, este é natural, porém, reprimido pela sociedade; Chauí (1998) refere que o sexo deixou de ser natural e biológico e passou a ser cultural, porque os

estudiosos o distinguiram em necessidade, prazer e desejo. O aspecto cultural sempre influenciou a sexualidade, conduzindo a comportamentos da sociedade, ao longo dos anos.

Dominicano (2005) defende a idéia de que os primórdios da cultura ocorreram, a partir do momento em que o homem foi capaz de desenvolver um esforço muito grande de vida intelectual, pensamentos críticos e reflexivos dele próprio. Posteriormente, estes pensamentos levaram ao surgimento de uma série de concepções, teorias, conhecimentos e reflexões que estão presentes ao longo dos anos em todas as manifestações do ser humano: ciência, religião, arte, técnica e assim por diante.

Toda esta tradição de aprendizagem, entretanto, esta gama de conhecimentos existentes, este conjunto de estilos, métodos, valores materiais e morais de um povo numa determinada época da história, que permanecem dentro de cada um, denominam-se cultura. Sob o ponto de vista antropológico, a cultura é uma visão de mundo, é uma visão de pessoa humana. Logo, Dominicano (2005) admite que se o homem é criador da cultura, ele acaba sofrendo suas influências.

Logo, a sexualidade humana, sendo de natureza social e com dimensões tipicamente pessoais e humanas, sempre foi e será influenciada pela cultura, conduzindo a comportamentos considerados "normais", ou seja, dentro dos padrões da sociedade.

Em toda história, o sexo foi se transformando, conforme o interesse da sociedade. Na Antigüidade Clássica, com o modo de produção escravagista, os gregos cultuavam a dominação das mulheres, tinham suas esposas para procriação, através de um casamento arranjado e outras mulheres como objeto de prazer; o conhecimento da sexualidade era passado dos homens mais velhos, considerados ativos, para os mais jovens considerados passivos; a função social desta pederastia grega era ensinar os rapazes a tomarem-se cidadãos sexualmente ativos através da passividade. As mulheres escravas eram comercializadas e as livres eram "arranjadas" para o casamento, a nudez, as carícias e a prostituição eram valorizadas, pois, o apetite sexual se satisfazia, indistintamente, com os dois sexos (CABRAL, 2005).

Os romanos já viam o casamento como um contrato de interesses políticos ou econômicos entre as partes, as mulheres só pensavam em lucro e, geralmente, tinham os seus amantes; se o amante fosse solteiro, a mulher era punida; logo se cultivavam a riqueza e a fartura e fazia-se de tudo para esquecer a miséria e a fome como, nas orgias; portanto, como se pode ver o poder, a religião e o sexo se misturavam em Roma (CANTONNÊ, 2004).

Em seguida, teve-se a civilização judaico-cristã que, gradativamente, no processo de ocidentalização, "vai incorporando a dualidade corpo - alma e o único prazer permitido é o



espiritual. A matéria e o prazer físico são encarados como intrinsecamente maus” (CABRAL, 2005).

Segundo Cantonné (2004), preconizou-se, nessa época, a extinção do desejo; enxertando o pecado no sexo e inserindo a culpa naquilo que se qualificava de carne.

Este mesmo autor discorre que o pecado original de Adão e Eva foi caracterizado como uma revolta contra Deus, fruto do sexo e da luxúria, acreditava-se que se não houvesse ocorrido este pecado original, o coito praticado pelos humanos seria isento de desejo sexual e gerariam filhos dignos de amor, assim, ele era considerado sujo e mau.

Ainda, acreditava-se que o celibato seria o ideal para que os homens pudessem retomar ao "paraíso", além de que era condição para subir na carreira religiosa. Esta era a concepção Agostiniana que defendia o efeito de diabolizar o sexo e forjar um ódio à mulher, símbolo da tentação. Os homens podiam casar-se uma vez só e depois serem padres, mas o sexo não era parte integral do casamento, admitia-se que fossem companheiros e tivessem filhos, não era conferido o direito de praticá-lo sem a intenção de procriar. A homossexualidade era considerada "contra a natureza". A vida íntima era vasculhada, denunciada e punida; os castigos divinos da vergonha e culpa eram os meios para "civilizar" o Ocidente. Somente no final do século XII, o casamento foi elevado à condição de sacramento.

Neste contexto surge a sociedade medieval, cujo controle exercido pela Igreja sobre a sexualidade continuou o mesmo e "*tanto o ato sexual quanto o desejo sexual são colocados sob a mesma pecaminosidade*" (CABRAL, 2005).

O casamento estava ligado aos interesses pessoais de herança e poder. O sentimento de amor era reconhecido como fraqueza, principalmente, para o homem considerado corajoso e a função da mulher era gerar filhos, porém, se ela ousasse buscar o prazer sexual, era identificada como feiticeira, logo, era queimada pelos inquisidores. O desejo e o prazer sexual eram reprimidos e impedidos (CANTONNÉ, 2004).

Além de valorizar o casamento exclusivo para procriação, havia as proibições do calendário, determinadas pela Igreja, dos 365 dias do ano restavam apenas 92 dias para as relações conjugais; estas restrições eram vigiadas e as omissões à regra eram punidas com os penitenciais, que se caracterizavam por livros com penitência e tarifações. Esta tradição medieval foi rompida pelo amor cortês, onde os senhorios serviam sexualmente as damas (CANTONNÉ, 2004).

Para o mesmo autor, através desta doutrina sexual cristã caracterizada principalmente pela vinculação de sexo ao conceito de pecado e pela manipulação do sentimento de culpa, a Igreja controlou e reprimiu a sexualidade da sociedade da época.

No final do século XIII com a queda do sistema feudal, a Igreja desmembrada em católica e protestante e o início do Renascimento, o amor tornou-se um tema inspirador para todas as partes, o corpo feminino começou a ser admirado pela sua beleza, logo a mulher passa a ter mais dignidade e atenção e o ato sexual torna-se uma necessidade vital. Com a Contra-Reforma tudo regride novamente, o nu volta a ser condenado, os órgãos genitais tornam-se vergonhosos, desonestos e proibidos e acabam-se os banhos públicos e coletivos existentes nessa época (CABRAL, 2005).

A idade moderna foi marcada pelo surgimento da burguesia que vem com a sociedade privada, a pequena família, a concorrência e o lucro. O trabalho para o burguês era tudo, desde um dever até o sentido da vida; a sexualidade passa a ser privada, porque o burguês não mostrava o que desejava, sentia ou pensava.

Chauí (1998) defende que o trabalho diminui a libido, acaba com as horas de prazer e racionaliza o tempo e o espaço; "o trabalho é um dos meios mais eficazes para fugir da tentação e evitar os caminhos do mal". Para ela a família nuclear ganha espaço na sociedade, como conservadora, repressora e distribuidora de bons costumes; o marido considera sua esposa como propriedade, um bom exemplo disso, é que a mulher só poderia trabalhar fora de casa com o consentimento por escrito do marido, além de tudo, o amor ainda não prevalecia no casamento.

Por outro lado, a mulher passa a se casar com mais idade, com isso reúne melhores condições de se auto-afirmar, podendo opinar e participar de um casamento e não apenas submeter-se a ele (CANTONNÉ, 2004).

Este mesmo autor descreveu que no final deste século e início do século XIX, a área médica começou a estudar o sexo e descobriu-se que a mulher era fértil e participava na fecundação, então, o homem passou a correr o risco de ser desvitalizado.

Após outros avanços científicos, descobriu-se que o gozo da mulher não era necessário à fecundação, logo foram proibidas de tal ato, porém, aquelas que tinham prazer sexual eram consideradas doentes, histéricas e prostitutas, além de que não eram mais queimadas, mas mutiladas pelas práticas sexuais. A mulher honesta tinha que ser frígida por natureza, além de terem de continuar no lar, para exercerem o papel de esposa e mãe e conterem seus desejos e prazeres que pertenciam às prostitutas. Observa-se o controle do exercício da sexualidade das pessoas, tanto pela Medicina, quanto pela Igreja, sobre a instituição familiar.

Foucault (1998), em seu primeiro livro sobre a História da Sexualidade (1977), defende que a introdução da área médica no âmbito da sexualidade, resultou na classificação das disfunções e anomalias, passando "os vieses sexuais" a serem encarados como doença.

Cantonné (2004) define o século XIX com a seguinte frase: "o homem tem a função de acabar com o fogo das mulheres e torná-las frígidas. As crianças são ameaçadas de despertar sua sexualidade precocemente e inicia-se uma luta contra a masturbação". Neste século a masturbação foi considerada pela Igreja como pecado e pela ciência como doença e, ainda, lançou-se um catálogo médico incluindo o coito interrompido, o sexo oral e anal e a masturbação com todas as suas conseqüências patológicas.

Ainda hoje, vê-se que as normas da Igreja relacionadas às questões da sexualidade não estão sendo seguidas por muitos adeptos devido a desatualização com a realidade cotidiana atual. Já os profissionais da saúde diferentemente do século XIX, estão tentando implantar cada vez mais programas que englobem a sexualidade, para visar à saúde sexual da população (FIGUEIRÓ, 2002).

No final do século XIX, indícios de um mundo novo começam a surgir.

No século XX, ocorreu a modernização da vida sexual, o casamento vem com a higienização do sexo e novamente referendado como legitimação da procriação. No livro História da Sexualidade, Foucault (1998), descreve que o casamento passa a ter um estilo particular, não só no que se refere ao "domínio de si mesmo e ao princípio de que é preciso governar-se a si próprio para poder dirigir os outros", mas também pela reciprocidade entre os sexos, ou seja, tratar o outro como "um ser idêntico a si e' como um elemento o qual se forma uma unidade substancial". Com isso, a figura da mulher passa a ser valorizada, formando uma unidade com o outro e não sendo propriedade do outro, como ocorreu nas formas tradicionais das relações matrimoniais.

Na década de 60, no Brasil, iniciou a realização de trabalhos científicos sobre sexualidade, tornando o assunto público.

Figueiró (2002) discorre que estes trabalhos surgiram no sentido de valorizar a "informação objetiva em contraposição às superstições e à ignorância.

Revela-se, ainda, a participação dos profissionais da área da saúde em programas voltados para a sexualidade e Educação Sexual (FIGUEIRÓ, 2002).

Hoje é permitida a masturbação, inclusive com recomendação médica; o prazer é direito de cidadania; há reciprocidade entre os sexos; os penitenciais foram substituídos por manuais de como se obter o orgasmo; as mulheres conquistaram o domínio do seu próprio corpo, através dos vários métodos contraceptivos, a possibilidade de ascensão social e a valorização de sua figura pelos homens, além de permitir sexo sem procriação e procriação sem sexo (CABRAL, 2005; CANTONNÉ, 2004).

Por outro lado, os homossexuais lutam pelos direitos como cidadãos e busca-se falar

com crianças e adolescentes sobre sexualidade como parte da existência e educação global.

Cantonné (2004) argumenta que dentro da crise do mundo atual, fala-se mais sobre sexo. Afinal, o casamento é uma opção e não um fim último, a prática sexual é mais tolerada fora do casamento, filhas grávidas não são mais colocadas fora de casa e os casamentos são por escolha pessoal e não por imposição de condição social, econômica, política ou religiosa.

Ademais, há a questão da liberdade sexual confundida com promiscuidade e a informação com instrução sobre movimentos físicos e mecânicos. Há, ainda, a presença de preconceitos que impedem a utilização de informações, a adoção de comportamentos preventivos e o exercício da liberdade (SUPLICY et al., 2000).

Como se pode observar, cada época apresenta seus padrões de regulamentação das práticas sexuais. Costumes e comportamentos tidos no início da cultura judaico-cristã como relativamente normais e naturais chegam à Idade Média enquadrados na condição de pecado; beijos, toques e carícias que são naturais já foram considerados pecados. Impulsos sexuais e formas de relacionamento amoroso sempre encontraram restrições de algum modo em cada período.

Entretanto, os comportamentos estabelecidos pela sociedade caminham com o tempo, ou seja, vê-se que a sexualidade é parte do comportamento humano que ultrapassa o biológico, sendo predominantemente cultural.

## **4.2 A Sexualidade na Adolescência**

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta. É um período caracterizado por transformações biológicas e pela busca de uma identidade social (VITIELLO, 2000).

Afirma o autor que, em países em que o padrão de vida é melhor como nos Estados Unidos, o Comitê de Adolescência da Academia Norte-Americana de Pediatria considera o fim da adolescência a idade de 25 anos; no Brasil, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a adolescência até os 20 anos.

Vasconcelos (2000) relata que o período da adolescência é o momento de transformações físicas e emocionais e que nesse momento o jovem se sente estranho em relação à criança que conhecia. Diz: *"É um tempo de buscas, uma busca interior para descobrir quem ele é; uma busca externa para encontrar o próprio lugar na vida; um anseio por alguém com quem satisfazer os desejos de e de plenitude"*.

Na puberdade, que se inicia por volta dos 10 anos, os órgãos genitais e tornam-se funcionais. Os caracteres sexuais secundários se desenvolvem e transformam as crianças em homens e mulheres; o interesse sexual cresce e os jovens já são capazes de se apaixonar.

Magalhães e Andrade (1998) dizem que na adolescência os jovens têm a capacidade de apaixonar-se e que esta paixão pode durar horas, meses ou anos.

Sabe-se que o corpo é inundado de hormônios sexuais. O estrógeno e a testosterona afetam todas as células dos órgãos genitais. E assim, no processo de adolecer, na mulher, os ovários iniciam o ciclo mensal de produção dos óvulos e a jovem começa a menstruar. No homem, os hormônios sexuais afetam o comportamento, principalmente pela ação da testosterona sobre os centros e circuitos sexuais do cérebro, provocando no jovem o interesse pelo sexo e o desejo das práticas sexuais denominado *libido*.

Essas transformações vivenciadas pelos adolescentes, sem domínio do próprio corpo, as experiências das paixões, sonhos e fantasias, somadas ao surgimento e a aceleração dos hormônios sexuais, os levam a explorar sua sexualidade (SANT'ANNA et al., 2007).

Sabe-se que até cerca de cinquenta anos atrás, a sexualidade era vista como pecado, algo proibido e até sujo, circunscrita a espaços fechados. Nos últimos anos tem sido vista com mais naturalidade, externalizada, transcendendo o espaço interno e tornando-se pública.

Dias (2003) comenta que a vivência da sexualidade pode ser uma experiência carregada de muito prazer e de expressão de sentimentos profundos; porém deve haver cuidados para que esta vivência não traga transtornos na vida pessoal e social dos indivíduos.

Enquanto Cavalcanti (2000) observa que a sexualidade é um conjunto de comportamentos voltados à busca do prazer ou a serviço do amor, Vitiello (2000) relata que a iniciação sexual é quase sempre feita entre adolescentes do mesmo grupo e que os jovens criaram a expressão "ficar", o que pode ocorrer na idade de 12 e 13 anos. O "ficar" tem sido considerado um contrato informal, sem compromisso, que deixe acontecer por volta dos 17 anos, quando a maturidade emocional e afetiva são desenvolvidas.

Muitas vezes essa relação sem compromisso gerada pelos impulsos sexuais desencadeia experiências íntimas, sem levar em conta os riscos de um sexo inseguro.

Na sexualidade mostrada através da mídia, o homossexualismo é estereotipado. A televisão usa o apelo apenas para vender seus produtos.

O apelo sexual, o sexo explícito está infiltrado em toda situação de vida e nos anúncios de produtos, estão ainda abertamente nas telas de cinema, na TV e no teatro.

Também as letras das músicas exploram um conteúdo sexual explícito, e geralmente, apresentam mulheres provocantes e admiradas como objeto sexual. É importante ressaltar

que, para o adolescente, o sexo acontece e não há tempo para se preparar. VITIELLO (2000)

Vitiello e Conceição (2001) relatam que os jovens não são promíscuos, e a iniciação sexual, nas últimas décadas, é de fidelidade, sendo os jovens fiéis aos seus pares.

Cavalcanti (2000) relata serem as DST's seqüelas do ato sexual, e que ninguém procura uma gravidez que não deseja, nem anseia por uma doença sexualmente transmissível. Quando se fala em atividade, conduta, preferências, hábitos e costumes sexuais alguns adolescentes se referem a esses assuntos com a convicção simplista de quem não sabe nada. A profilaxia é sugerida, então, como a melhor terapêutica nas DSTs.

O sexo ainda hoje, no início do século XXI, é por muitos como um tabu e um segredo. Afirma que em pesquisas na área de educação sexual constatou-se que grande parte dos pais tem dificuldade de falar de sexo com os filhos, independentemente do seu nível e cultural, delegando essa orientação à escola.

Corrobando, Duarte (2002) comenta que as famílias estão delegando à escola, desde o período pré-escolar, tarefas de orientação sexual que seriam de sua competência.

A orientação sexual se propõe a informar sobre a sexualidade e a refletir e sobre postura, tabus, crenças e valores a respeito de relacionamentos nesta área. Ela abrange o desenvolvimento sexual como saúde reprodutiva, relações interpessoais, afetividade, auto-estima e relações de gênero. Enfoca a sexualidade nas fisiológicas, sociológicas, psicológicas e espirituais, através das áreas afetiva e comportamental, incluindo habilidades para comunicação eficaz e a tomada responsável de decisões.

O trabalho de orientação sexual procura ajudar crianças e adolescentes ter uma visão positiva da sexualidade, a elaborar seus próprios valores a partir de um pensamento crítico, a compreender seu comportamento e o do outro, e tomar decisões responsáveis a respeito de sua vida sexual (MONTEIRO, 2010).

Vitiello e Conceição (2001) dizem que a visão de liberdade sexual dos anos 60 deixou como marca o culto ao corpo e a sensualidade, que até hoje os meios de comunicação usam.

Recentemente, os meios de comunicação têm procurado se dedicar um pouco à educação sexual; contudo, as matérias sobre sexo são exploradas de maneira sensacionalista, visando mais ao ibope do que aos resultados educativos.

Tal fato me permite dizer que os veículos de comunicação de massa poderiam ser de grande utilidade na informação, formação e educação dos jovens, desde que exercessem tal atividade de maneira dirigida não somente aos interesses próprios, mostrando principalmente os problemas acarretados a partir de determinados comportamentos.

Bruns, Grassi e França (2005) comentam que nos últimos trinta anos os valores e as posturas sexuais sofreram modificações: as mulheres adolescentes se tornaram mais ativas sexualmente, e no Brasil as relações sexuais pré-conjugais foram constatadas em 82% dos rapazes e 39% moças. A idade da primeira relação sexual é 15 anos para os rapazes e 16,9 moças. Diz, ainda, que somente a informação não muda a postura; tem-se de trabalhar a vivência correlacionada com a informação.

Suplicy et al. (2000) atestam a necessidade de se educar os jovens para o diálogo bem como se precisa manter os canais de comunicação abertos, Gauderer (2000) relata que as mensagens que os adolescentes recebem são conflituosas: de um lado, a família estimula o namoro; de outro, a sociedade não o educa e não lhe dá acesso aos meios anticoncepcionais.

O dizer desses autores estudados vem confirmar as observações feitas por profissionais da saúde que atuam no setor de doenças infecciosas: a maioria dos pacientes que contraíram a doença possuía poucas informações a respeito de sexo. Alguns relatavam que os pais não conversavam sobre esse assunto com eles, mantinham tabus e preconceitos relativos à sexualidade, preservavam valores e conceitos errôneos e referia-se à educação sexual na escola voltada apenas para o ensino de transformações físicas, focalizadas na disciplina de ciências.

Cavalcanti (2000) afirma que a informação é importante para promover mudanças de atitudes, e a informação deve envolver a razão e a emoção. *"É importante ressaltar que a orientação poderá não resolver e responder todas as inquietações dos adolescentes."*

A referência à aprendizagem na escola é pelo fato de que nesse local os jovens recebem informações mais completas, podem pensar, questionar, raciocinar e estabelecer juízos de valor. Distorções trazidas desde a infância poderão, então, ser corrigidas. O trabalho de orientação sexual deverá ser a busca da desmistificação dos estereótipos sexuais.

Vitiello (2000), procurando explicitar a definição que acredita ser na sua acepção mais global, parte de outros conceitos. Para ele, é uma atividade de ensino, de instrução e não de educação, ao menos enquanto a informação for passada isoladamente, o que difere de orientação, em que "o orientador ajuda o orientado a analisar as diferentes opções, tornando-o para descobrir novos caminhos."

Aconselhar é auxiliar o aconselhado a decidir por um ou outro caminho que ele já conhece; aconselhar significa: ajudar a decidir. Educar, em sua concepção, passa por "informar, orientar, e aconselhar. Educar significa formar, o educador dá ao educando condições e meios para crescer interiormente (VITIELLO, 2000).

Complementando, o autor diz que educação sexual não é feita por intermédio de

palestras, pois isso é apenas informação; educação sexual significa preparar professores interessados em ministrá-la. Reportando ainda a Vitiello (2000), ele afirma que o que falta para os adolescentes não é a informação nem o acesso ao uso dos métodos; o que falta é atitude, um comportamento coerente com a informação recebida. A educação sexual é a preparação do indivíduo para a vida sexual. De modo geral, se se consegue mantê-la num aspecto socializado, provavelmente estará se evitando gestações indesejadas ou as DSTs.

Bruns, Grassi e França (2005) relatam que é na escola que o jovem entra em contato com outros valores, daí a necessidade de falar em sexualidade nas escolas, pois é através de outros valores confrontados que o homem elabora sua própria conduta.

O fato é que a atividade sexual antes dos 15 anos é outra questão polêmica. Apesar de os estudos epidemiológicos evidenciarem uma diminuição da idade de início de intercursos com envolvimento genital entre os jovens, além de um maior número de gravidezes na adolescência, temos um código penal que descreve essa prática sexual como fruto de violência, em razão da baixa idade da vítima. Os médicos, procurados por adolescentes no intuito de obter aconselhamento sobre planejamento familiar e receitas de pílulas anticoncepcionais, sentem-se amedrontados com as possíveis repercussões legais desse ato. (BRANDÃO, 2009).

Problematizar as dificuldades entre adolescentes e jovens para a interiorização das normas contraceptivas e para a adoção de práticas contraceptivas regulares pode iluminar novas abordagens do fenômeno da gravidez na adolescência, distintas dos argumentos tradicionalmente aventados na literatura científica correlata ao tema, tais como falta de conhecimento ou informação, dificuldades de acesso aos métodos, baixa auto-estima, promiscuidade sexual, escolarização precária (BRANDÃO, 2009).



## 5 ADOLESCENTES X GRAVIDEZ

A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade da adolescência, com sérias conseqüências para a vida dos adolescentes envolvidos, de seus filhos e de seus familiares (BRANDÃO, 2009).

Para Ballone (2003) a utilização de métodos anticoncepcionais não ocorre de modo eficaz na adolescência, inclusive devido a fatores psicológicos inerentes ao período da adolescência.

A adolescente nega a possibilidade de engravidar e essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária.

Para Kirby, Laris e Rolleri (2007), a análise de três grupos de puérperas, um composto por adolescentes menores de 20 anos e os demais por mulheres de 14-34 anos categorizadas segundo experiência (ou não) de gravidez na adolescência, um total de 3.508 mulheres no pós-parto, em maternidades municipais e federais do Município do Rio de Janeiro, apresentou uma situação mais desfavorável entre as mães de 20-34 anos com história de gravidez na adolescência. Elas têm pior nível de instrução, mostrando com maior freqüência hábitos de fumo e uso de drogas ilícitas durante a gestação e menor número de consultas de atendimento pré-natal.

Ballone (2003) diz que a atividade sexual da adolescente é geralmente eventual, justificando para muitas a falta de uso rotineiro de anticoncepcionais. A grande maioria delas também não assume diante da família a sua sexualidade, nem a posse do anticoncepcional, que denuncia uma vida sexual ativa. Assim sendo, além da falta ou má utilização de meios anticoncepcionais, a gravidez e o risco de engravidar na adolescência, podem estar associados a uma menor auto-estima, a um funcionamento familiar inadequado, à grande permissividade falsamente apregoada como desejável a uma família moderna ou à baixa qualidade de seu tempo livre.

Dentre os fatores que têm contribuído para o aumento da gravidez na adolescência, destacam-se o início precoce da vida sexual associado à ausência do uso de métodos contraceptivos, além da dificuldade de acesso a programas de planejamento familiar. Outro fator de risco é a idade da primeira gravidez da mãe da adolescente, uma vez que as adolescentes gestantes, geralmente, vêm de famílias cujas mães também iniciaram a vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência (AMORIM et al., 2009).

Oliveira et al. (2009) realizaram um estudo com o objetivo de compreender o contexto social que tem favorecido o aumento nos índices de gestação na adolescência. Foram entrevistadas 34 adolescentes entre 14 e 18 anos de idade atendidas no Centro Social Dona Gercina Teixeira em Goiás, durante o mês de outubro de 2008. Das gestantes entrevistadas 38,2% estavam com 18 anos, 58,8% estão amasiadas com o pai da criança, 91,2% se encontram na primeira gestação, 38,2% residem em área urbana, 47,1% iniciaram a vida sexual entre 12-14 anos, 58,8% relataram possuir um bom relacionamento com os pais. O estudo demonstrou que a gravidez precoce acontece em um contexto social onde fatores como escolaridade, aspectos familiares e nível socioeconômico são menos favorecidos, revelando um problema que deve ser revisto por todos: família, escola, profissionais da área da saúde e os gestores públicos.

Nogueira et al. (2009) destacam a correlação, estatisticamente significativa, entre vulnerabilidade social e taxa de nascidos vivos para mulheres com idade entre 12 e 19 anos e entre 20 e 29 anos. Constatam também a presença de conglomerados com altas proporções de mães adolescentes em associação com as piores condições socioeconômicas e uma menor proporção de mães adolescentes em setores de melhores condições.

De qualquer forma, o que parece ser quase consensual entre os pesquisadores, é que as facilidades de acesso à informação sexual não tem garantido maior proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e nem contra a gravidez na fase adolescente.

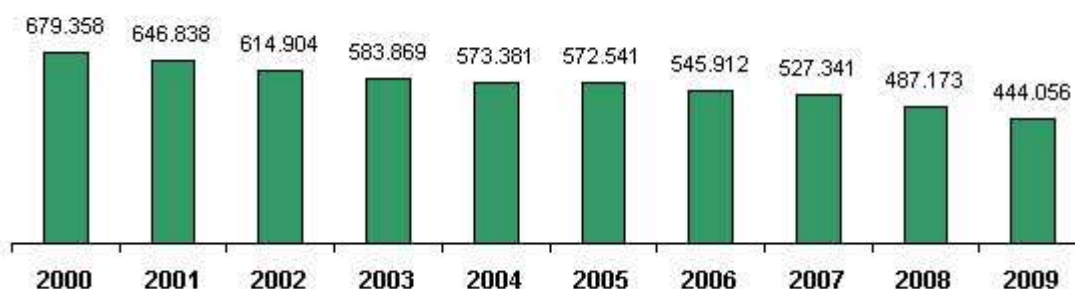
Uma vez constatada a gravidez, se a família da adolescente for capaz de acolher o novo fato com harmonia, respeito e colaboração, esta gravidez tem maior probabilidade de ser levada a termo normalmente e sem grandes transtornos. Porém, havendo rejeição, conflitos traumáticos de relacionamento, punições atroz e incompreensão, a adolescente poderá sentir-se profundamente só nesta experiência difícil e desconhecida, poderá correr o risco de procurar abortar, sair de casa, submeter-se a toda sorte de atitudes que, acredita, “resolverão” seu problema.

O bem-estar afetivo da adolescente grávida é muito importante para si própria, para o desenvolvimento da gravidez e para a vida do bebê. A adolescente grávida, principalmente a solteira e não planejada, precisa encarar sua gravidez a partir do valor da vida que nela habita, precisa sentir segurança e apoio necessários para seu conforto afetivo, precisa dispor bastante de um diálogo esclarecedor e, finalmente, da presença constante de amor e solidariedade que a ajude nos altos e baixos emocionais, comuns na gravidez, até o nascimento de seu bebê.

Outro ponto reforça a estatística sobre gravidez na adolescência que são os dados da Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde, de 2010, que mostrou um dado alarmante; 14%

das adolescentes já tinham pelo menos um filho e as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior. Entre as garotas grávidas atendidas pelo SUS no período de 1993 a 1999, houve aumento de 31% dos casos de meninas grávidas entre 10 e 14 anos. Nesses cinco anos, 50 mil adolescentes foram parar nos hospitais públicos devido a complicações de abortos clandestinos. Quase três mil na faixa dos 10 a 14 anos (BRASIL, 2010).

**Gráfico 1:**  
**Número de partos de adolescentes na década passada**



A gravidez na adolescência tem sido um tema polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva deste segmento. Em geral, a gravidez na adolescência tem sido considerada uma situação de risco e um elemento desestruturador da vida de adolescentes e, em última instância, como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes.

## **6 ATUAÇÃO DA EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À SEXUALIDADE PRECOCE**

### **6.1 Planejamento Familiar**

No Brasil, apesar do aumento da cobertura do Programa de Saúde da Família, principalmente em regiões menos favorecidas, observa-se a ausência de políticas públicas voltadas para esta população, com lacunas tanto nos programas educativos como nos preventivos, com estímulo do uso de preservativos e contraceptivos. Programas que objetivem reduzir a prevalência de gravidez na adolescência devem levar em consideração não apenas o início precoce da vida sexual, mas também a dificuldade do acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, aos métodos contraceptivos (AMORIM et al., 2009).

Apesar da evolução e desenvolvimento dos programas de saúde pública, principalmente aqueles de ações voltadas para a saúde reprodutiva necessitam de uma abordagem especial.

A abordagem educativa na prevenção da gravidez na adolescência tem intensa relação com as cartas da promoção da saúde, principalmente com a de Ottawa, pela correlação com os cinco campos de ação da promoção da saúde propostos, destacando-se três de maior atuação: a criação de ambientes favoráveis à saúde, os temas de saúde ambiente e desenvolvimento humano, os quais não podem estar separados (MARINHO; AQUINO; ALMEIDA, 2009).

O desenvolvimento implica a melhoria da qualidade de vida e saúde. Promover um ambiente saudável é compreender o adolescente como sujeito no seu ambiente físico, social, econômico ou político, suas relações com as redes de suporte social. Trata-se de nova perspectiva acerca da prevenção da gravidez na adolescência dentro das quatro dimensões social, política, econômica e do potencial humano. Cumpre identificar as desigualdades sociais em que se encontram esses adolescentes e o acesso à educação, esporte e lazer, às redes de suporte social e a ações promotoras de saúde (GURGEL et al., 2008).

O desenvolvimento de habilidades pessoais faz aumentar o poder de decisão e negociação do adolescente para não ceder às pressões, praticando o autocuidado, e as atitudes positivas para lidar com a sexualidade e prática de sexo seguro.

As orientações sobre métodos contraceptivos e oferta de insumos para aplicação dos mesmos são as principais atividades de Planejamento Familiar desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde. Esta atividade se caracteriza como uma das importantes atividades a serem

desenvolvidas pelos profissionais de saúde para prevenção da gravidez indesejada da clientela atendida.

O principal objetivo do Planejamento Familiar desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde é proporcionar aos casais informações e os meios necessários para que possam decidir o número de filhos que desejam e quanto querem tê-los, de forma consciente. Planejar o tamanho da família, o número de filhos desejados e o espaçamento entre eles são direitos de cada indivíduo (ROCHA et al., 2007).

Almeida (1998) considera o Planejamento Familiar uma ação de caráter preventivo e resultante de uma ação multiprofissional. Deve estar inserido em programas de Atenção Primária à Saúde, ou seja, fazer parte dos serviços oferecidos à população na área de saúde materno-infantil, permitindo, a escolha e acesso aos métodos contraceptivos adequados a esta população.

O Planejamento Familiar não busca somente a prática de anticoncepção, mas a plenitude da vida humana, e muitos o utilizam para a concepção (SCHAFFER et al., 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) consiste numa estratégia implantada pelo Ministério da Saúde, visando a reorganizar a atenção básica através da vigilância à saúde, de modo a proporcionar qualidade de vida à população necessitada. A meta proposta objetiva garantir e facilitar o acesso aos serviços oferecidos, nos diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária).

A atenção à criança/adolescente na ESF está voltada para as necessidades e cuidados durante as várias fases do crescimento e desenvolvimento (desde o recém-nascido, lactente, passando pelo pré-escolar, escolar até o adolescente), por meio de ações e intervenções direcionadas à criança/adolescente, a sua família e ao meio onde vive (ROCHA et al., 2007).

Em relação ao adolescente, entende-se que os profissionais devem oferecer atenção e apoio não só quanto ao desenvolvimento emocional e afetivo, como também aos fatores de risco a que ele pode estar sujeito, como as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez indesejada e o uso de drogas.

No entanto, a grande estratégia é atrair estes jovens para o trabalho de aconselhamento. Eles devem ser convidados a participarem de oficinas próprias para a idade onde são inseridas as atividades de educação sexual.

Através de trabalhos com grupos operativos, a primeira coisa que um educador ou um profissional de saúde deve fazer é fornecer aos jovens informações claras e honestas sobre sexualidade e saúde reprodutiva (SAITO; LEAL, 2007).

Alguns programas de educação sexual realizados na comunidade vem obtendo êxito ajudam os jovens a desenvolver habilidades para lidar com sua sexualidade, tais como poder de decisão, assertividade, capacidade de negociação, etc. O desenvolvimento destas habilidades pode ser trabalhado, observando-se os seguintes itens:

- a) garantir que o aprendizado e a discussão sobre sexualidade, contracepção e prevenção das DST/AIDS ocorra antes de os adolescentes ou jovens iniciarem a vida sexual ativa;
- b) incluir e garantir a participação dos adolescentes em todos os estágios do processo educacional;
- c) levantar os temas de interesse sobre sexualidade, discuti-los por ordem de prioridade e levá-los a refletir sobre a necessidade de usar contraceptivos para evitar a gravidez e prevenir as DST/AIDS;
- d) refletir e discutir as relações de gênero, valores, sentimentos e emoções;
- e) responsabilizar também os meninos quanto à anticoncepção e conscientizá-los da importância do uso do preservativo;
- f) estimular os meninos e as meninas a adquirirem novas habilidades e atitudes desenvolvendo atividades como dramatizações e exercícios de dinâmica de grupo.

Além disso, uma abordagem com um caráter menos coercitivo, possibilita formular programas mais adequados às necessidades enfrentadas pelos adolescentes, sem “pré-conceituar” a paternidade e a maternidade nessa fase como pura e simplesmente negativa. Muitas vezes, mesmo quando um rapaz quer assumir um papel ativo como pai de seu filho, a maioria das instituições sociais ainda parece recusar-lhe essa possibilidade.

Além das ações educativas, é preciso constituir políticas de saúde reprodutiva para os jovens de forma mais ampla, com caráter intersetorial levando em conta a participação dos jovens, considerando a heterogeneidade existente, inclusive dentro da faixa etária (10 a 19 anos, na definição da OMS), e de jovens (15-24 anos, idem), e propor estratégias diferenciadas que privilegiem os grupos de maior vulnerabilidade.

Implementar políticas que aumentem o acesso a serviços de promoção geral da saúde reprodutiva e a métodos que promovam o sexo seguro e a dupla proteção. E, além disso, programar políticas que abram oportunidades para atividades produtivas, educativas e recreativas visando a ocupação do tempo livre e mudanças de estilo de vida, decorrentes da maternidade e da paternidade.

É importante também considerar uma articulação intersetorial, através dos setores de saúde, educação e familiar garantindo as seguintes ações:

- a) inclusão de temáticas relativas à saúde e sexualidade na adolescência em todos os projetos voltados para adolescentes;
- b) articular projetos de educação sexual nas escolas com retaguarda nos serviços de saúde;
- c) garantir acesso e disponibilizar métodos contraceptivos para os e as jovens, inclusive a contracepção de emergência;
- d) garantir orientação sobre sexualidade e saúde reprodutiva para o pai e a mãe adolescente após o parto;
- e) criar abrigos para gestantes adolescentes favorecendo seu acesso a projetos de reforço escolar, profissionalização, etc.;
- f) garantir os cuidados da criança (creches, parentes, etc.) para que as mães possam continuar na escola; e
- g) implementar projetos comunitários que ofereçam atenção integrada aos adolescentes (saúde, reforço escolar, esportes, profissionalização, etc.).

## **6.2 Métodos Contraceptivos**

Na questão delicada da prescrição de anticoncepcionais para adolescentes, o Conselho Federal de Medicina, em Parecer de 11/12/1992 (Anexo1), recomenda que somente se prescreva pílulas anticoncepcionais para menores, porque estas as solicitam para evitar gravidez, não contribui de forma alguma para que esta adolescente adquira conhecimento sobre si mesma e possa usufruir sua sexualidade com segurança, sem riscos de agravos à sua saúde (BRASIL, 2010a).

Entende-se que as práticas contraceptivas e de proteção são práticas sociais inscritas em relações hierárquicas e assimétricas de gênero, bem como de classe e raça/etnia, as quais são modeladas por normas sexuais e contraceptivas prescritas a partir de vários discursos: o da medicina, o da religião, o da demografia, o da educação, entre outros (MARINHO; AQUINO; ALMEIDA, 2009).

Para Chipkevitch (1999) a prescrição de anticoncepção hormonal é considerado um procedimento que deve estar acessível aos adolescentes amadurecidos, sem a necessidade de consentimentos dos responsáveis.

Os principais métodos anticoncepcionais que podem ser usados na adolescência são:

### 6.2.1 *Pílula Anticoncepcional*

Pode ser usada a partir dos seis meses de menarca (primeira menstruação). Caracteriza-se por possuir um ou dois hormônios que atuam através da inibição da ovulação e também pela modificação do endométrio (camada interna que reveste o útero) e do muco cervical. As pílulas combinadas (que contêm dois hormônios) são as mais utilizadas e são muito eficazes se tomadas corretamente (MICHELAZZO et al., 2004).

Deve-se iniciar seu uso no primeiro dia da menstruação e tomar um comprimido diariamente aproximadamente no mesmo horário durante vinte e um dias. A seguir ficar sete dias sem ingerir a pílula. Neste período deve ocorrer sangramento semelhante ao menstrual. Após esta pausa de sete dias, iniciar uma nova cartela independentemente de ter cessado ou não o sangramento. Em caso de esquecimento de tomar uma pílula, deve-se tomá-la o mais rápido possível, de preferência até no máximo doze horas do horário habitual. Caso passe desse prazo, tomar assim mesmo a pílula atrasada, continuar a cartela, passar a usar um método anticoncepcional adicional (preservativo, por exemplo) e procurar um médico para orientações (MARINHO; AQUINO; ALMEIDA, 2009).

Às vezes, a pílula pode causar uma série de efeitos colaterais desagradáveis, tais como: dores de cabeça, dores nos seios, enjôos, perdas de sangue fora da época e aumento de peso. Isso vai depender da pílula e de cada organismo e deve ser avaliado pelo médico, mas a maioria dos sintomas desagradáveis desaparece com o tempo. A motivação também ajuda. Em relação às contra-indicações, a adolescente se beneficia do seu fator idade e raramente apresenta alguma doença em que os riscos superem as vantagens do seu uso. Os riscos de complicações também são baixos. De qualquer modo, deve-se fazer sempre uma avaliação médica prévia ao seu uso, seguidas de avaliações anuais.

Além de evitar a gravidez com uma grande eficácia, a pílula anticoncepcional pode trazer também benefícios para a saúde da usuária com a diminuição do fluxo menstrual: reduz os dias de incômodo e também a incidência de anemia e o ciclo costuma ficar mais regular. A usuária pode também adiantar ou atrasar uma menstruação por motivos diversos (viagens, competição esportiva, casamento) e as cólicas menstruais – incômodos tão comuns entre as adolescentes – melhoram acentuadamente em grande parte das usuárias (DUARTE, 2002).

A pílula tem outras vantagens sobre outros contraceptivos como: protege contra alguns tipos de infecções das trompas; a usuária de pílula tem a metade do risco de ter câncer



endométrico; o câncer do ovário também diminui em cerca de 40% a incidência; e a incidência de cistos ovarianos funcionantes reduz em cerca de 90%.

### 6.2.2 *Injeções*

Consistem em hormônios parecidos com os da pílula anticoncepcional, só que em forma de injeção de depósito, que podem ser tomadas em doses mensais. No Brasil, existe uma marca de injeção que é tomada sempre no oitavo dia do ciclo e outra que é tomada no primeiro dia do ciclo e depois a cada trinta dias. A grande vantagem das injeções é a praticidade (uma dose ao mês) e a eficácia dificilmente falham. Os efeitos colaterais mais comuns são a irregularidade menstrual, a dor nas mamas e o aumento de peso. Os riscos de complicações importantes são baixos, mas, assim como no caso da pílula, exige-se um acompanhamento médico para seu uso (FIGUEIRÓ, 2002).

### 6.2.3 *Dispositivo Intra Uterino (DIU)*

É um método que difere fundamentalmente dos dois anteriores (pílula e injetável) porque só age no local em que se situa: cavidade uterina. Não tem nenhuma ação sistêmica. Consiste num pequeno objeto de plástico com cerca de 3 cm, em forma de um T ou de uma ferradura, envolvidos parcialmente com fios de cobre. O seu mecanismo de ação é por ação espermaticida, destruindo os espermatozóides dentro da cavidade uterina (MARINHO; AQUINO; ALMEIDA, 2009).

Dependendo do modelo, o DIU pode durar de cinco até dez anos dentro da cavidade. Pode ser colocado um mês após o parto ou durante o período menstrual, num procedimento simples e rápido. Devem ser efetuadas revisões periódicas, para se avaliar o seu correto posicionamento. O DIU tem como vantagens não causar nenhum efeito sistêmico (dores de cabeça, aumento de peso, nervosismo, enjôos, etc). É também altamente eficaz e muito prático porque não exige nenhuma manipulação por parte da usuária. Tem como desvantagens um aumento variável do fluxo menstrual e exige que o casal tenha um comportamento sexual monogâmico, sob pena de um aumento do risco de infecções pélvicas. Não é um bom método para quem não tenha tido ainda um filho.

#### 6.2.4 Anticoncepção de Emergência (Pílula Pós-Coito)

É um método que pode ser usado após uma relação potencialmente fecundante, para se evitar uma gravidez indesejada. Geralmente são utilizados hormônios e/ou pílulas existentes no mercado, ingeridos em dose maior que o usual (SAITO; LEAL, 2007).

A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomenda seu uso em situações de emergência, como em casos de violência sexual, relação sexual desprotegida e nos casos de possível falha de outro método (por exemplo, ruptura do preservativo). Não podem ser utilizados rotineiramente. O médico deve ser procurado no máximo até setenta e duas horas do fato ocorrido, após o qual não há mais possibilidade de prescrição (BRASIL, 2010).

#### 6.2.5 Outros Métodos

No Brasil, os preservativos são considerados como métodos de barreira e sua grande vantagem é que protege também quanto às doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive a AIDS (NOGUEIRA, 2009). Na adolescência a *camisinha*, como é conhecida, é um dos métodos que merecem maior disseminação para seu uso, devido à freqüente situação de instabilidade sexual-afetiva dos parceiros. Além da AIDS, a grande vilã, existem diversas outras DSTs que vêm grassando por entre os adolescentes: gonorréia, clamídia, tricomoníase, sífilis e HPV são alguns exemplos.

Outro método anticoncepcional utilizado é o diafragma, mas que não tem boa aceitação entre os adolescentes.

A tabela também é utilizada. Ela baseia-se na abstinência sexual nos períodos férteis. Não é muito segura, mas deve ser sempre ensinada para que a adolescente e a mulher possam ter uma plena consciência do seu ciclo menstrual e possa ser utilizada em caráter eventual.

A tabela é feita da seguinte maneira:

- a) anotar cerca de 6 ciclos menstruais;
- b) subtrair 18 do número de dias do ciclo mais curto;
- c) subtrair 11 do número de dias do ciclo mais longo;
- d) o resultado das subtrações dará o período de fertilidade da mulher.

A esterilização não é um método recomendado para os adolescentes, pois pode trazer conseqüências mais sérias para o futuro, caso haja mudança de idéia ao longo dos anos gerando aí uma frustração emocional grave (PAIVA et al., 2008).

Marinho, Aquino e Almeida (2009) realizaram estudo em três capitais brasileiras, com entrevistas de amostra probabilística (GRAVAD) com o objetivo de estimar o uso de contraceptivos na iniciação sexual de mulheres e homens jovens, além de identificar fatores associados à sua adoção, considerando-se desde os determinantes macrossociais até os microssociais, com especial contribuição relativamente às variáveis contextuais e relacionais.

A prevalência de uso de contraceptivos foi de 68,3% para as mulheres e de 65,3% para os homens. Entre elas, a contracepção associou-se à: renda familiar per capita, cor/raça e revistas femininas como fontes de informação sobre gravidez e contracepção. Para ambos os sexos, o uso foi mais freqüente quando houve conversa prévia sobre o tema entre parceiros, a iniciação sexual foi mais tardia e em motel, e o/a parceiro/a paciente. O tempo entre o início do relacionamento e a iniciação sexual mostrou-se associado ao uso na iniciação sexual dos rapazes. Fatores macrossociais parecem determinar a contracepção mais freqüente na iniciação sexual das mulheres, enquanto para os homens o contexto relacional é mais importante.

Eles concluíram que o estudo forneceu evidências de que a idade à época da iniciação sexual permanece sendo um preditor importante para a utilização de métodos contraceptivos. Entretanto, a utilização em outros estudos de diferentes grupamentos etários, com adoção de pontos de corte equivalentes para homens e mulheres, dificultou a comparação. Assumir a idade da iniciação sexual como principal marcador do início da exposição ao risco é desconsiderar a tendência crescente de relações protegidas entre jovens e a necessidade de ampliar a discussão sobre suas trajetórias afetivo-sexuais.

Há necessidade de novas investigações que possam ampliar o potencial explicativo das práticas contraceptivas na iniciação sexual, sendo fundamental incluir jovens de ambos os sexos, residentes em cidades de porte médio e na zona rural, para aprofundar o entendimento das mudanças ocorridas no comportamento dos/as adolescentes. Assim, será possível desenhar propostas de intervenção efetivas no campo da saúde pública que considerem os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens jovens (MARINHO; AQUINO; ALMEIDA, 2009).

Sousa e Gomes (2009) devido a elevada freqüência de gestação precoce no Brasil realizaram estudo para identificar os níveis de conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais, bem como variáveis reprodutivas e sócio-demográficas preditoras de elevado conhecimento. Realizaram um estudo transversal com 278 adolescentes com idade de 15 a 19 anos de idade, com antecedentes reprodutivos, internadas em quatro maternidades de Teresina, em 2006.

As autoras perceberam os baixos níveis de conhecimento das adolescentes sobre o uso de anticoncepcionais orais revelam a suscetibilidade das jovens ao comportamento sexual de risco. Elas sugeriram a utilização de abordagem mais interativa com os adolescentes para elevar o nível de conhecimento e assim reduzir a incidência e reincidência da gravidez indesejada na adolescência e suas conseqüências negativas na vida destas jovens e de sua prole.

## 7 CONCLUSÃO

O Brasil nunca teve um número tão grande de jovens como atualmente. A maior parte de seus adolescentes e jovens vivem em regiões empobrecidas, com altos índices de violência, ausências de propostas inclusivas e sob um grande poder de ação da mídia.

No que tange à sexualidade, as dificuldades na aceitação do exercício da sexualidade de adolescentes como uma realidade tem sido um dos principais obstáculos para a implantação de programas de educação sexual e de serviços de saúde sexual e reprodutiva voltados para este público. A cultura e a organização social e política brasileira acabam funcionando como uma barreira à prevenção e ao auto-cuidado de adolescentes e jovens, na medida em que nem todos têm acesso à informação e aos serviços de saúde específicos.

As mulheres, principalmente adolescentes e jovens, continuam compondo um segmento altamente vulnerável na nossa população: nos diferentes estratos sociais, as mulheres têm muita dificuldade de obter e negociar o uso do preservativo com seus parceiros, visto o aumento da AIDS entre este público e a distribuição de preservativos e outros métodos contraceptivos insuficiente.

A família é o primeiro centro de formação educacional do indivíduo e constitui-se na mais importante referência na vida de todos os seres humanos, como célula básica da sociedade, a família tem influência primordial na aprendizagem social e no desenvolvimento da personalidade.

No entanto, percebeu-se nesta revisão que a família está desestruturada e muitos jovens não tem o alicerce familiar em casa para se orientar.

O certo é que esses adolescentes e jovens estão vivendo uma fase de mudanças em relação à sexualidade e não estão recebendo as orientações necessárias.

Percebeu-se também, que o grau de informação sexual existente entre os jovens é insuficiente, frente às suas reais necessidades, entretanto, ressaltam também que mesmo os adolescentes que possuem informações, ou que dizem possuí-las, têm dificuldades para usá-las na vida cotidiana, dessa forma estes estudos evidenciam que é necessário mais do que uma aula de anatomia ou fisiologia, sendo essencial aliar informações com discussão, orientação para os jovens colocarem suas dúvidas, medos, preocupações e também para que possam relacionar as informações com suas experiências afetivas e sexuais.

Quanto menos tempo a mulher fica na escola, mais filhos terá no futuro, as que estudam mais têm menos filhos; a gravidez precoce aumenta, sobretudo, nas classes mais pobres, a menina que fica grávida muito cedo tem dificuldades de continuar na escola e deixa a escola para cuidar do seu filho, não adquire qualificações mínimas para engrenar no mercado de trabalho, o que aumenta o risco desta cair na prostituição, tornando-se transmissora de doenças sexualmente transmissíveis, e o filho dificilmente escapa de virar criança de rua.

São várias as conseqüências advindas de uma gravidez precoce, entre os problemas físicos, psicológicos e sociais. A falta de acesso à informação adequada sobre como prevenir a gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis (DST) contribui de forma importante para este problema. As informações são em sua maioria adquiridas através de colegas, cujas opiniões são em parte das vezes distorcidas e etárias de mitos e preconceitos.

Importante notar as adolescentes, mesmo conhecendo métodos como a pílula, não os usam. Além da dificuldade de acesso, têm receio dos efeitos colaterais, e acreditam ser imune à gravidez, não conhecem o próprio corpo, não conseguem colocar o assunto em discussão na família.

A prevenção da gestação não planejada é fundamental para adolescentes e jovens sexualmente ativos. O ideal é que os adolescentes sejam aceitos precocemente quanto aos métodos anticoncepcionais e que lhes seja dada a maior quantidade possível de informação, em vista que esses jovens podem se tornar vítimas do uso inadequado de métodos contraceptivos. Torna-se, portanto, imprescindível esse tipo de orientação antes mesmo que se tornem sexualmente ativos.

A Atenção à Saúde do Adolescente pela equipe de saúde da família, integrada às escolas de ensino fundamental e médio constitui um desafio que deve orientar-se, principalmente, na prevenção de agravos, utilizando todos os recursos necessários para atender os grupos mais vulneráveis, seja por agravos biológicos, psicológicos ou sociais.

Quando se trata de prestar assistência ao adolescente, deve-se ter em mente a importância do envolvimento multidisciplinar e intersetorial com estes jovens, frente à apresentação de necessidades que estão relacionadas a aspectos biológicos, psicológicos, sociais, jurídicos entre outros, bem como a peculiaridades de cada um.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.L. **Psicologia do adolescente**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

AMORIM, M.M.R. et al. Risk factors for pregnancy in adolescence in a teaching maternity in Paraíba: a case-control study. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 31, n. 8, p. 404-410, 2009.

BALLONE G. J. Gravidez na adolescência. **Psiquiatria Geral**, v. 3, n. 2, p. 15-18, 2003.

BRANDÃO, E.R. Challenges of youth contraception: intersections between gender, sexuality and health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1063-1071, 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Parecer de 11/12/1992. Disponível em: <<[http://www.portalmédico.org.br/pareceres/cfm/1992/35\\_1992.htm](http://www.portalmédico.org.br/pareceres/cfm/1992/35_1992.htm)>>. Acesso em: 8 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de educação popular em saúde da mulher**. Belo Horizonte: MUSA, 2010.

BRUNO, Z.V.H. et al. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 31, n. 10, p. 480-484, 2009.

BRUNO, Z.V.H. **Transformação social e adolescência**. Ceará: Interlivros, 2002.

BRUNS, M.A.T.; GRASSI, M.V.F.C.; FRANÇA, C. Educação sexual numa visão mais abrangente. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 6, n. 1, p. 60-66, 2005.

CABRAL, J. T. **A sexualidade no mundo ocidental**. Campinas: Papirus, 2005.

CANTONNÉ, J. P. **A sexualidade, ontem e hoje**. São Paulo: Cortez, 2004.

CAMARGO, E.A.I.; FERRARI, R.A.P. Adolescents: knowledge about sexuality before and after participating in prevention workshops. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 937-946, 2009.

CAVALCANTI, S.M.O.C. **Fatores associados ao uso de anticoncepcionais na adolescência**. Recife [tese de mestrado]. Pernambuco: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, 2000.

CHAUÍ, M. **Repressão sexual - essa nossa (des)conhecida**. São Paulo: Círculo do Livro, 1998.

CHIPKEVITCH, E. **Puberdade e adolescência: aspectos biológicos, clínicos e psicossociais**. São Paulo: Roca, 1999.

DIAS, J. **Contraceção na adolescência**. Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde, 2003.

DOMINICANO, F. **A saúde dos adolescentes jovens**. São Paulo: Atlas, 2005.

DUARTE, A. **Gravidez na adolescência: ai como eu sofri por te amar**. Rio de Janeiro: Arte e Contos, 2002.

FERREIRA, A.L. et al. **Adolescência: implicações terapêuticas**. Belo Horizonte: Health, 2004.

FIGUEIRÓ, M.N.D. Repensando a educação sexual enquanto tema transversal. **Cadernos de Educação**, FaE/UFPel, p. 65-82, 2002.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

GARCÍA, H. et al. Neonatal and maternal morbidity among adolescent and adult women. A comparative study. **Rev Invest Clin.**, v. 60, n. 2, p. 94-100, 2008.

GAUDERER, E.C. **Adolescência, os jovens e nós: uma visão pessoal**. **J. Pediatr.**, v. 61, n. 2, p. 132-50, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002

GURGEL, M.G.I. et al. Embarazo en la adolescencia: tendencia en la producción científica de enfermería. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 4, p. 799-805, 2008.

KIRBY, D.; LARIS, B.A.; ROLLERI, L.A. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. **J Adolesc Health.**, v. 40, n. 3, p. 206-217, 2007.

MAGALHÃES, M. L.; ANDRADE, H. H. **Ginecologia Infante-Juvenil**. Rio de Janeiro: MEDISI, 1998.

MARINHO, L.F.B.; AQUINO, E.M.L.; ALMEIDA, M.C.C. Contraceptive practices and sexual initiation among young people in three Brazilian State capitals. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 227-239, 2009.

MICHELAZZO, D. et al. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 26, n. 8, p. 633-639, 2004.

MONTEIRO, R. **Gravidez precoce: um problema de saúde pública**. Disponível em: [www.bireme.br/bus/adolesc/homepage.htm](http://www.bireme.br/bus/adolesc/homepage.htm). Acesso em: 22 mai. 2010.

NOGUEIRA, M.J. Analysis of the spatial distribution of adolescent pregnancy in the city of Belo Horizonte. **Rev Bras Epidemiol**, v. 12, n. 3, p. 297-312, 2009.



- OLIVEIRA, T.P. et al. Shining Girls – a nursing's approach about adolescent pregnancy. *Rev Inst Ciênc Saúde*, v. 27, n. 2, p. 122-127, 2009.
- PAIVA, V.; CALAZANS, G.; VENTURI, G.; DIAS, R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública*, v. 42, n. 1, p. 45-53, 2008.
- ROCHA, C.L.A. et al. Use of contraceptive methods by sexually active teenagers in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saúde Pública*, v. 23, p. 62-68, 2007.
- SAITO, M.I.; LEAL, M.M. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. *Rev Paulista de Pediatria*, v. 25, n. 2, p. 180-186, 2007.
- SANT'ANNA, M.J. et al. Teenage pregnancy: impact of the integral attention given to the pregnant teenager and adolescent mother as a protective factor for repeat pregnancy. *Scientific World Journal*, v. 7, p. 187-194, 2007.
- SCHAFFER, M.A.; JOST, R.; PEDERSON, B.J.; LAIR, M. Pregnancy-free club: a strategy to prevent repeat adolescent pregnancy. *Public Health Nurs.*, v. 25, n. 4, p. 304-311, 2008.
- SOUZA, M.C.R.; GOMES, K.R.O. Objective and perceived knowledge of oral contraceptive methods among adolescent mothers. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 3, p. 645-654, 2009.
- SUPLICY, M. et al. **Conversando sobre sexo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
- TAKIUT, A.D. **Contracepção na adolescência**. São Paulo: Chavier, 2010.
- VARELLA, D. **Gravidez na adolescência**. São Paulo: Folha de São Paulo, 2005.
- VASCONCELOS, N. de. **Amor e sexo na adolescência**. São Paulo: 2000.
- VITIELLO, N. **Sexualidade**: manual para jovens, pais e educadores. São Paulo: Iglú, 2000.
- VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I.S.C. Manifestações da sexualidade nas diferentes fases da vida. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 4, n. 1, p. 47-60, 2001.
- YAZLLE, M.E.H.D.; FRANCO, R.C.; MICHELAZZO, D. Teenage pregnancy: a proposition to prevention. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, v. 31, n. 10, p. 477-479, 2009.
- ZECK, W. et al. Adolescent primiparas: changes in obstetrical risk between 1983-1987 and 1999-2005. *J Obstet 10. Gynaecol Res.*, v. 34, n.2, p. 195-198, 2008.

## ANEXO 1 – Conselho Federal de Medicina – Parecer de 11/12/1992



**PROCESSO-CONSULTA CFM N.º2224/91  
PC/CFM/Nº 35/1992**

**INTERESSADO:** CLÍNICA GINECOLÓGICA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DR. JOSÉ A. CALDEIRA

**ASSUNTO:** - Contraceptivos hormonais para menores. Adolescente excepcional e sexo.

**RELATOR:** Dr. Tarcísio de Almeida Pimentel

O presente Parecer Consulta originou-se de expediente do Dr. José A. Caldeira dirigido a este Conselho com os seguintes questionamentos:

- 1 - Qual a posição do CFM com relação a prescrição de contraceptivos hormonais para menores, objetivando a evitar a gravidez ?
- 2 - Posso fazer uma salpingotripsia em menor excepcional, a pedido de sua mãe?

Anexo à consulta o Dr. José A. Caldeira encaminha as posições oficiais do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, da Corregedoria Geral de Polícia daquele Estado e do Centro de Estudos de Drogas da Universidade Santa Úrsula do Rio de Janeiro de quem solicitou parecer sobre o assunto. Encaminha, também, uma cópia de trabalho da autoria do consulente, intitulado: Contraceção para Adolescentes - Aspectos: Médicos, éticos Jurídicos.

Inicialmente, registraremos os tópicos principais dos pareceres acima citados, enfocando as posições daquelas entidades, para finalmente tecer alguns comentários sobre o tema e emitir opinião.

### **Corregedoria Geral de Polícia de Minas Gerais.**

"A preocupação do consulente é plausível, reveladora de responsabilidade e consciência no exercício da medicina. Todavia, do ponto de vista legal, a meu ver, não há maiores implicações por ser um fato simplesmente atípico dentro da Ética da legislação pertinente e do princípio da reserva legal.

Poderá, talvez, ocorrer transgressão aos princípios da ética profissional, o que me abstendo de tecer considerações em face de ter o consulente solicitado, implicitamente, informações ao Órgão competente (CRM).

Saliente-se que relação sexual em si, não é crime, e independe, para sua prática do uso de qualquer preservativo relativo a evitar a gravidez.

O ato sexual, para ser considerado crime, requer o concurso de outros requisitos, tais como: Violência ou grave ameaça no estupro e atentado violento ao pudor; fraude na posse sexual, mediante fraude etc. Se a vítima é menor de 14 anos, alienada ou débil mental e o agente conhecia essa circunstância, mesmo com aquiescência da vítima, ou até com a iniciativa partindo dela, o legislador, por ficção jurídica, considerou a existência de violência, que nesse caso, é presumida e conseqüentemente caracterizadora do crime de estupro.

Ora, o fato é considerado crime, não porque a menor fez uso de anticoncepcional mediante aquisição com receita médica, mas porque a lei considera o ato sexual praticado naquelas circunstâncias como crime, e este ocorreria independente de ter a menor usado ou não o anticoncepcional.

Entretanto, como o ato sexual, sendo a mulher menor é crime, e sendo menor de 14 anos um crime mais grave, que a lei atualmente considera hediondo, deverá o consulente, quando se deparar com um caso semelhante,

comunicá-lo ao representante legal da menor como dever legal e profilaxia do crime e abster-se de fornecer a receita pleiteada, sendo que esta última observação ficará a seu livre arbítrio.

Após esta breve digressão, concluo pela inexistência absoluta de crime por ausência de previsão legal, o fornecimento de receita médica nas circunstância em análise".

### **Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais.**

"O Código de Ética Médica é omissivo quanto ao assunto, objeto da consulta formulada.

Entretanto, o consulente poderá orientar no referido Código nos seus artigos 56, 57 e 103, que estabelecem:

É vedado ao médico:

**Art. 56** - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

**Art. 57** - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

**Art. 103** - Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Quanto a possibilidade do consulente vir a ser processado criminalmente a resposta é encontrada na 2ª parte do artigo 103, acima transcrito".

### **Centro de Estudos de Drogas da Universidade Santa Úrsula do Rio de Janeiro - CEDUSU.**

"Se a menor diz ao médico, expressamente, que deseja a pílula porque quer ter relações sexuais, e Óbvio que, se este aceder ao seu pedido estará contribuindo de algum modo, para o futuro delito, porque o simples congresso sexual da menor com qualquer homem constituirá crime e este haverá de responder como sujeito ativo porque, como já vimos, a violência é presumida pela lei. Nesse caso, o médico que prescrever o medicamento sabendo que ele propiciaria à menor ser vítima de um delito, responderá como partícipe da infração penal que o parceiro da menor praticar. Só na hipótese de o médico prescrever o uso da pílula anticoncepcional para outro fim, como por exemplo, regular menstruação, etc., então, sim, não haveria de se falar em participação, se a menor tivesse relação sexual posteriormente pois aquele não teria prescrito o remédio com a finalidade sexual solicitada por esta".

Esse parecerista conclui recomendando que o médico se abstenha de prescrever pílulas anticoncepcionais a menores de quatorze anos que os solicitem com vistas a desempenharem mais livremente a sua vida sexual.

### **CONCLUSÕES:**

A aptidão sexual, precede, até muitos anos, algumas vezes, a maturidade emocional. A luz dos conhecimentos atuais são diversas as razões pelas quais o adolescente não deveria ter relações sexuais antes de compreender a si mesmo e à situação. Além de se sentir usado, subjugado ou chateado de uma maneira que pode vir a interferir nas futuras relações íntimas, as possibilidades de gravidez e de doenças venéreas continuam a ser problemas reais.

Esconder de um adolescente as verdades quanto às funções sexuais, inclusive concepção, medidas anticoncepcionais, doenças venéreas, aborto, gravidez, nascimento e cuidados com um filho reduz as possibilidades de que ele possa fazer uma escolha responsável quanto às relações sexuais. É pouco provável que falar para o adolescente sobre estes fatos aumentem a vontade de ter relações sexuais. Na verdade, é possível que as pessoas façam escolhas mais razoáveis para suas vidas quando podem pesar essas escolhas tanto numa base intelectual quanto emocional.

Por outro lado, o simples fornecimento de receituário de anticoncepcionais à adolescentes não vai resolver ou diminuir os problemas de aborto, gravidez doença venérea nas jovens, pois isto dificilmente seria um procedimento extensivo a todas as adolescentes e pouco contribuiria para alterar o conhecimento das adolescentes quanto a sua própria sexualidade.

Acreditamos que com educação sanitária dirigida para a questão da sexualidade humana e com a concretização do princípio de que Saúde é direito de todos e dever do Estado e que poderemos pelo menos minimizar os problemas de aborto, gravidez e doença venérea na adolescência.

A experiência sexual é importante para consolidar a identidade sexual do adolescente, porém a experiência sozinha não é suficiente. É preciso conhecer o seu corpo e saber como ele funciona. Qualquer pratica só e útil quando feita de maneira tal que alguma coisa de útil se aprenda. O sexo pelo sexo não leva a uma boa aprendizagem.

Somente prescrever pílulas anticoncepcionais para menores porque estas solicitam para evitar gravidez, não contribui de forma alguma para que esta adolescente adquira conhecimento sobre si mesma e possa usufruir de sua sexualidade com segurança, sem riscos de agravos à sua saúde. Além disso, vale ressaltar que grande maioria da população de menores não têm acesso a esse tipo de atendimento.

Finalmente, sou pelo entendimento de que compete ao médico analisar se a menor tem capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, e, a partir dessa análise deve o médico fornecer orientação técnico-científica a menor no que diz respeito à sua sexualidade, aos métodos contraceptivos adequados à cada situação e prescrevê-los quando indicado.

Com relação ao segundo questionamento formulado deixo de tecer comentários, por entender que o parecer em Processo Consulta CFM n.º 1042/88, já aprovado, responde integralmente a questão e, por isto, adoto-o como parte integrante deste.

Este é o parecer s.m.j.

Brasília-DF, 31 de agosto de 1992.

**TARCÍSIO DE ALMEIDA PIMENTEL**

Conselheiro Relator

Aprovado em Sessão Plenária

Dia 11/12/92

TAP/LSS.