

Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde

Vulnerabilities in the use of contraceptive methods among youth: intersections between public policies and healthcare

Camila Aloisio Alves ¹
Elaine Reis Brandão ²

Abstract *This article discusses the moments of vulnerability in the utilization of contraceptive methods in the affective-sexual relations in adolescence and youth. The analyzed material consists of 17 semi-structured interviews with young people between 18 and 24 years (9 females and 8 males) of the middle-class of the city of Rio de Janeiro that had passed through at least one episode of pregnancy during adolescence. We also discuss the recent implementation of public policies focused on the sexuality and reproductive health of adolescents and the position of health professionals with respect to this subject within the scope of the Program of Integrated Healthcare for Women, Children and Adolescents (PAISMCA/SES-RJ). The results of the study show discontinuities in the use of contraceptive methods due to the strong gender hierarchy in the relationships between adolescents and the absence of appropriate sexual education in the family and school environments. There is little space for dealing with the sexual questions of the young in health services and schools. There are also cultural barriers that make it difficult for the society to approach the subject in a less prejudicial way, thus turning sexual initiation into a process full of silence and moral disapproval.*
Key words *Sexuality, Contraception, Gender, Adolescence, Youth*

Resumo *O artigo discute situações de vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos nas relações afetivo-sexuais na adolescência e juventude. O material analisado reúne dezessete entrevistas, semi-estruturadas, com jovens de 18 a 24 anos (nove moças e oito rapazes), de classes populares do município do Rio de Janeiro, que haviam tido ao menos um episódio de gravidez na adolescência. Também foram discutidos a recente implementação de políticas públicas voltadas à sexualidade e à saúde reprodutiva dos adolescentes e o posicionamento de profissionais de saúde sobre o tema, no âmbito do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA/SES-RJ). Os resultados mostram que existem discontinuidades no uso dos métodos contraceptivos, tendo em vista que os relacionamentos entre adolescentes são marcados por forte hierarquia de gênero e pela ausência de uma formação adequada sobre sexualidade no contexto familiar e escolar. Há pouco espaço para o acolhimento dos jovens nos serviços de saúde e escolas, impedindo que as questões sobre sexualidade sejam tratadas de maneira a sensibilizá-los. Há também barreiras culturais que dificultam uma abertura maior da sociedade para que o tema seja abordado de maneira menos preconceituosa, tornando a iniciação sexual um processo repleto de silêncios e reprovação moral.*
Palavras-chave *Sexualidade, Contraceção, Gênero, Adolescência, Juventude*

¹ Instituto Fernandes Figueiras, Fiocruz. Av. Rui Barbosa 716, Flamengo. 22250-020 Rio de Janeiro RJ. camila.aloisioalves@gmail.com

² Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução

A construção da identidade social na adolescência está relacionada ao estabelecimento de relações afetivo-sexuais com o grupo de pares¹⁻³. A menor influência do discurso religioso na regulação das práticas sexuais, as mudanças sociais no âmbito da família, das relações intergeracionais e de gênero⁴ permitem, hoje, aos adolescentes, o exercício da sexualidade fora dos marcos de uma relação conjugal estruturada. A sexualidade torna-se domínio privilegiado para o exercício da autonomia nessa fase de vida, mesmo sob dependência financeira dos pais^{2,4}. O desafio na regulação da sexualidade juvenil é o aprendizado e interiorização relativos aos métodos contraceptivos, além da capacidade de negociação com o/a parceiro/a.

As questões ligadas à sexualidade e fecundidade de adolescentes têm despertado crescente atenção. Há um caloroso debate no país sobre a necessidade de regulação da sexualidade juvenil. O suposto desregramento das práticas sexuais juvenis tem sido um argumento forte comumente invocado para justificar a reprodução nessa fase da vida e seus desdobramentos perversos nas trajetórias juvenis. Identificar representações e práticas de jovens de diferentes segmentos no que tange à gestão da vida íntima e de suas conexões com as instituições da família, escola, serviços de saúde, grupo de pares, se coloca hoje como via importante para a reflexão sociológica no campo da saúde coletiva.

O processo de transição à vida adulta alterou-se muito nas sociedades ocidentais modernas. A construção social da adolescência na atualidade se faz sob o aprofundamento do processo de individualização, com dinâmicas peculiares conforme o segmento social considerado. Novos comportamentos e valores sexuais convivem com antigas prescrições de gênero. Embora dependentes dos pais ou familiares, em razão do alongamento do processo de escolarização e dificuldades de inserção no mercado de trabalho, os jovens hoje começam a adquirir autonomia cada vez mais cedo, sendo a esfera da sexualidade um domínio privilegiado para esse aprendizado^{1-3,5}.

Mesmo com a crescente difusão de informações sobre sexualidade, a interiorização das normas contraceptivas entre nós é frágil. A manutenção de uma prática espontaneísta e pouco reflexiva da sexualidade entre os jovens – característica da cultura sexual brasileira – reforça os estereótipos de gênero e dificulta a adoção de medidas preventivas à gravidez e às DSTs/aids³.

Entender os desafios que cercam as práticas contraceptivas na adolescência e juventude é esta-

belecer nexos entre o aprendizado da sexualidade e da contracepção com a conquista gradativa da autonomia individual (entendida como autodeterminação pessoal), considerando que ambos os percursos estão relacionados e fazem parte de um processo de amadurecimento e construção de uma identidade social e de gênero^{2,4}.

Analisando as falhas, esquecimentos ou não uso de métodos contraceptivos pelas mulheres, que tiveram gravidezes imprevistas, Bajos *et al.*⁶ argumentam que tais injunções só podem ser compreendidas como “momentos de vulnerabilidade” em um contexto social e relacional específico. Tais situações podem ser determinadas pela frágil internalização das normas contraceptivas; dificuldades de negociação entre gêneros, em razão da vulnerabilidade à dominação masculina; relação médico-paciente que condiciona a prescrição e uso do método; compatibilidade do método indicado com o contexto da vida afetivo-sexual feminina; representações sobre sexualidade (sexo como algo espontâneo, lógica emocional feminina, primado do prazer masculino); ambivalência do desejo de ter filhos.

Assim, em vez da perspectiva de risco, adota-se o conceito de vulnerabilidade tal como autores nacionais⁷ e internacionais⁶ vêm discutindo, na medida em que não se trata de analisar unicamente comportamentos individuais, mas contextos sociais que engendram atitudes de exposição a determinados agravos. No tema aqui tratado, trata-se de compreender os processos sociais que condicionam tal fase de vida, suas marcas de gênero e de classe, os valores e expectativas nelas imbricados, para situar determinadas representações e práticas sociais juvenis relativas à sexualidade.

Metodologia

Este trabalho integra uma pesquisa socioantropológica, “Os desafios da contracepção na juventude: interseções entre gênero, sexualidade e saúde”, apoiada pelo CNPq, com objetivo de abordar os “momentos de vulnerabilidade” na utilização de métodos contraceptivos nas relações afetivo-sexuais na adolescência e juventude. O material analisado reúne dezessete entrevistas em profundidade, semi-estruturadas, com jovens de 18 a 24 anos (nove moças e oito rapazes), de classes populares do município do Rio de Janeiro, que haviam tido ao menos um episódio de gravidez na adolescência (até os vinte anos incompletos, segundo OMS), realizadas no ano de 2000. Tal material advém da pesquisa Gravad³, cuja perspectiva metodológica

buscou reconstruir retrospectivamente a trajetória afetivo-sexual dos sujeitos entrevistados.

Para elaboração do artigo, priorizou-se a discussão das condutas contraceptivas juvenis. Também foram abordados a recente implementação pelo Ministério da Saúde (MS) de políticas públicas voltadas à sexualidade e à saúde reprodutiva dos adolescentes, bem como o posicionamento de profissionais de saúde sobre o tema, durante processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens no estado do Rio de Janeiro. A inserção de uma das autoras, como residente em saúde coletiva no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (PAISMCA/SES-RJ), permitiu tomar tal processo como objeto de reflexão. Para tanto, foram analisados documentos oficiais que norteiam a referida política⁸⁻¹⁰, além

dos questionários enviados pelos municípios participantes do levantamento realizado pelo PAISMCA/SES-RJ, contendo iniciativas municipais e regionais no âmbito da atenção à saúde do adolescente. O projeto de pesquisa citado cumpriu os princípios éticos requeridos.

Caracterização dos entrevistados

A Tabela 1 apresenta os dados de identificação social dos dezessete entrevistados, cujos nomes são fictícios.

Algumas desigualdades entre homens e mulheres podem ser observadas, já que os rapazes recebem renda maior que as moças. As mulheres apresentam uma formação educacional um pouco mais elevada do que os homens. Além disso, a iniciação sexual entre os homens se deu em idades mais ten-

Tabela 1. Identificação dos entrevistados.

Jovens	Idade e raça/cor	Escolaridade	Ocupação	Moradores domicílio	Renda SM=180	Renda familiar	Idade inic. sexual	Idade do/a parceiro/a	Idade 1ª gravidez	Núm. filhos
Mulheres										
Joana	22, branca	Médio incomp.	Sela sacos plásticos em casa	8	100	750	15	17	17	2
Isabel	21, branca	Fund. incomp.	Agente comunitária	4	200	600	17	22	17	1
Maria	22, branca	Médio comp.	Não possui	6	-	350	17	22	17/18	2
Lucia	20, negra	Médio em conclusão	Auxiliar de escritório	3	200	380	12	14	14	1
Claudia	21, negra	Médio comp.	Desempregada (auxílio desemprego)	6	203	1500	15	16	19	1
Márcia	22, negra	Fund incomp.	Babá	4	100	230	15	20	17	1
Carla	19, negra	Médio em conclusão	Atendente	5	150	800	15	18	16	1
Ana	19, negra	Fund incomp.	Não possui, estuda	4	-	186	15	15	16	2
Marina	19, branca	Médio incomp.	Balconista	3	180	630	17	23	18	1
Homens										
João	21, negro	Médio incomp.	Camelô	10	600	1640	12	15	16	4
José	22, negro	Fund incomp.	Office-boy	5	136	400	7	12	21	2
Pedro	22, negro	Médio incomp.	Jogador de futebol	4	350	2000	14	17	18	1
Arthur	20, negro	Fund comp.	Soldado do exército	3	136	136	11	12	19	1
Miguel	22, branco	Fund comp.	Operador de máq. xerox	3	250	500	12	18	19	1
				3	120	800	14	15	16	1
Luis	22, negro	Médio incomp.	Camelô	7	250	900	13	14	20	1
Francisco	20, negro	Fund comp.	Instalador de TV a cabo	3	-	750	12	12	20	1
Joaquim	20, negro	Médio incomp.	Não possui, estuda							

ras, com uma parceira mais velha, sendo que, entre as mulheres, a iniciação ocorre alguns anos mais tarde, também com parceiro mais velho.

Quanto à religiosidade declarada pelas mulheres, seis são católicas e três sem religião. Entre os homens, três são pentecostais, um é católico e quatro não possuem religião. Dentre os dezessete jovens entrevistados, onze deles residem na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, quatro, na zona sul e dois, na zona oeste.

Resultados e discussão

Uso dos métodos contraceptivos

Entre os oito rapazes, o uso da camisinha está associado às relações esporádicas e/ou com mulheres sem um conhecimento prévio. Quando se trata da namorada ou esposa, a camisinha é substituída pela “confiança”, recorrendo-se à pílula para se evitar a gravidez; adquirir alguma doença não está em pauta. A manutenção de relações sem qualquer prevenção e em qualquer situação foi observada em metade dos oito rapazes entrevistados.

O depoimento de João, 19 anos, com quatro filhos é ilustrativo: ***Com a minha mulher eu não uso*** [preservativo]. ***Agora, com as mulheres da rua, a maioria das vezes, eu não uso. Porque a maioria das vezes é contato antigo. Agora, quando é recente, eu uso.*** Ele acredita que as mulheres com quem sai só mantêm relações sexuais com ele, procurando “criar um laço de fidelidade” entre ele e suas parceiras eventuais para poder continuar a não usar o preservativo. Essa entrevista mostra claramente a forte associação entre adoção do preservativo e “confiança” entre os parceiros.

O uso da camisinha nas relações com a esposa ou namorada está associado em duas entrevistas ao fato das parceiras estarem grávidas ou amamentando. Assim, o preservativo as protegeria de qualquer doença, já que as relações extraconjugais se mantêm.

Outro rapaz diz conhecer os riscos que corre ao não usar o preservativo em relação às DSTs/HIV, mas opta por não usá-lo pelo incômodo. Há outro rapaz que contraiu uma DST, estando então mais atento ao uso da camisinha, principalmente nas relações extraconjugais. Com a esposa, ele só usa o preservativo quando ela não toma pílula. O coito interrompido é freqüentemente utilizado pelos rapazes.

Porém, um entrevistado relata ter recusado uma parceira com a justificativa de que “o passado dela não era confiável”; como não havia camisinha no

momento do encontro, a relação não foi consumada. Isso contribui para ressaltar a estreita relação entre prevenção (camisinha) e “confiança” e a existência de uma estratificação na qualificação do tipo de mulher para cada relacionamento que se deseja estabelecer. Contudo, as regras subjacentes ao uso de métodos contraceptivos não são tão rígidas, eles têm uma certa flexibilidade na avaliação dos riscos, ou seja, se o tempo da relação se elevar, a camisinha não entra em jogo, mesmo com uma mulher rotulada a princípio de “não confiável”.

Não foram observados diálogos com as parceiras sobre contracepção. Em apenas uma entrevista, o rapaz disse ter conversado sobre o método que a esposa usava, receitado pelo médico da unidade de saúde. Pôde-se observar que os homens estão muito pouco voltados para a contracepção, sendo a “confiança” e o contato prévio os principais balizadores da relação para a introdução de certos cuidados.

A regulação da sexualidade não passa pelo conhecimento dos riscos e dos problemas de saúde que tal prática envolve, mas pelo contato anterior e pelo desejo masculino, sobrepondo-se à prevenção. Dados semelhantes foram apresentados em estudo coordenado pelo Instituto Papi¹¹, em que os rapazes de Florianópolis mostraram pouco conhecimento sobre prevenção de DSTs/HIV, acrescentando que cabe às meninas a preocupação com a contracepção, por serem elas as principais atingidas pela gravidez inesperada.

Salem¹² esclarece que os rapazes de classes populares, em geral, justificam sua negligência com o assunto remetendo a uma incompatibilidade entre seus impulsos sexuais e o planejamento ou controle previstos na contracepção. Por isso, tendem a delegar essas preocupações à mulher, já que esta se caracteriza por ser mais controlada e por manter a “cabeça fria” no que diz respeito à sexualidade. Essa visão dos homens sobre as mulheres demonstra concepções distintas de sexualidade entre gêneros.

A caracterização impulsiva dos desejos sexuais, atributo da masculinidade, mensurável através do desempenho sexual, não comporta um momento de interrupção ou mesmo negociação do preservativo. Isso pode representar uma situação de vulnerabilidade, pois algo pode sair do controle e o desempenho durante a relação ser ameaçado, comprometendo a própria masculinidade.

Trabalhando com os dados quantitativos da pesquisa Gravad, Teixeira *et al.*¹³ constataram maior probabilidade de uso da contracepção entre homens que têm as mães com maior nível de escolaridade e que dialogam com suas parceiras. Tal realidade não se aplica aos jovens de classes popu-

lares que possuem pais com pouca instrução e que compreendem a sexualidade dissociada do exercício do controle e do planejamento.

Contudo, Heilborn *et al.*³ salientam que a prática da conversa com a parceira sobre contracepção e a tomada efetiva de precauções não estão ligadas de maneira tão estreitas, uma vez que este fato não muda duas idéias principais para o universo masculino. A primeira é pressupor que a parceira proceda de maneira a tomar as precauções necessárias e a segunda é estar predisposto a utilizar a camisinha nas relações que julgam ser pertinentes.

Entre as nove mulheres, a prática da contracepção é mais internalizada no cotidiano das relações depois da primeira relação ou da gravidez, não tendo sido observado qualquer conhecimento prévio sobre o tema, nem a utilização de algum método na primeira relação.

A progressão no conhecimento e uso dos métodos aparece claramente no relato da entrevistada que disse não ter usado nenhum método contraceptivo no início da relação por esperar do namorado as explicações necessárias. Após as primeiras experiências, ela passou a tomar pílula, recusando-se, inclusive, a ter relações sem uma proteção adequada. Entre as demais entrevistadas, percebem-se casos em que, mesmo depois da primeira relação, a moça continuou sem o método contraceptivo e, nesses casos, o seu uso foi introduzido após a gravidez ou aborto (em um dos casos). Há situações em que o uso foi introduzido após a primeira relação, mas foi descontinuado, acarretando em gravidez posterior.

Dentre os métodos utilizados pelas entrevistadas, o coito interrompido apareceu algumas vezes como forma de prevenção à gravidez. O uso de injeção, escondido do marido, para que ele continue usando a camisinha, foi também mencionado. Outra moça expressava informação distorcida sobre o DIU, afirmando não o escolher por medo dele “se perder dentro do seu útero”.

O uso da camisinha ainda está muito subordinado ao desejo e aval do marido; às vezes, elas querem usar, mas eles não permitem. Como exemplos, uma entrevistada disse que reivindicou o uso da camisinha para o marido e o mesmo afirmou não haver necessidade entre o casal e outra disse não gostar do preservativo. O aborto foi cogitado em alguns casos como solução para uma gravidez imprevista e foi provocado em dois casos.

Uma entrevistada frequentou grupos de planejamento familiar desde os doze anos de idade. Contudo, depois da primeira relação, aos quinze anos, teve medo de engravidar e, por isso, ao fim da rela-

ção “tomou água com açúcar e apertou bem a barriga” como forma de impedir a concepção. Ela relata ter aprendido isso com sua mãe e acredita que deu certo, pois só engravidou aos dezessete anos. Além disso, admite que hoje toma a pílula, mas se recusa a ter relações com camisinha, pois acha que o uso desta está relacionado a alguém que não se conhece, sem intimidade. Como ela mantém um parceiro fixo “limpinho”, não vê necessidade do preservativo. Esse relato aponta situações de vulnerabilidades imbricadas a concepções morais impregnadas no imaginário social sobre sexualidade.

Há um caso de uma jovem que não se preveniu, pois achou que não viria a engravidar, já que todas as amigas mantinham relações sexuais, não usavam nenhum método contraceptivo e não engravidaram.

Em meio a tantos aspectos que ajudam a explicar as falhas no manejo da contracepção, Longo¹⁴ ressalta que o comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes precisa ser explicado considerando aspectos importantes, como forças familiares e sociais, raça/etnia, classe social e religião, os quais juntos conformam um *status*, que tem como produto o comportamento sexual.

Dados apresentados por Longo¹⁴ ajudam a entender aspectos que auxiliam ou dificultam a prática da contracepção entre as mulheres. Neste estudo com 1.715 mulheres entre 15 a 24 anos, de classes sociais distintas, iniciadas sexualmente, que nunca engravidaram e não tinham o desejo de engravidar, foram encontradas as seguintes associações: mulheres com maior escolaridade têm uma probabilidade maior de se iniciarem sexualmente mais tarde; mulheres que usaram métodos contraceptivos na primeira relação sexual têm cerca de duas vezes mais chance de terem usado na última relação do que as que não utilizaram; ter tido um filho aumenta em 70% a chance de ter usado métodos contraceptivos na última relação sexual do que as que não tiveram filho; quanto mais velha a mulher tiver tido a primeira relação maior é a chance de usar métodos contraceptivos; mulheres com parceiro fixo têm mais de seis vezes a chance de usar métodos contraceptivos e aquelas que usaram na primeira relação têm duas vezes mais chance de usarem na última relação; quanto menor o nível de escolaridade, menores são as chances de usar métodos contraceptivos na relação sexual corrente.

A autora salienta que o comportamento sexual na primeira experiência sexual prediz e delinea o comportamento sexual e reprodutivo no futuro, sendo pouco provável que haja mudanças significativas no comportamento contraceptivo de uma jovem. A decisão mais importante em relação as

suas práticas contraceptivas é tomada no início de sua vida sexual. Portanto, o esclarecimento e a conscientização anterior ao início da atividade sexual são cruciais para evitar a gravidez imprevista e práticas sexuais desprotegidas.

Comparando as experiências dos jovens de classes populares com os universitários, Pirotta e Schor¹⁵ sinalizam que, para os últimos, a utilização de métodos contraceptivos está relacionada ao nível de instrução e seu uso se justifica para postergar a união, preferir famílias menores e tender a planejar a gestação. Contudo, apesar das diferenças econômicas e sociais, algumas semelhanças foram encontradas, uma vez que ambos os grupos conhecem os métodos, mas não usam devido à esporadicidade e falta de planejamento das relações sexuais, mitos em relação à *performance* sexual, etc.

As constatações acima sinalizam que há entre as diferentes classes sociais defasagens na socialização da sexualidade, que vão sendo ou não reparadas ao longo do processo de descoberta e exercício sexual, modulando um percurso. Para Brandão^{2,4}, *o controle da contracepção é uma experiência subjetiva que se aprende e se adquire com o tempo no decurso dos relacionamentos amorosos e/ou sexuais permeados pelas assimetrias de gênero*, existindo uma gradual incorporação do constrangimento sociocultural que obriga o jovem a racionalizar o exercício sexual, o que se reflete na introdução da proteção à gravidez e às DSTs.

Contracepção na primeira relação sexual

Entre os homens, apenas um entrevistado relatou ter pensado que poderia engravidar a parceira na primeira relação, mas isso não o levou a se prevenir. Comparando com os jovens entrevistados em Manaus¹¹, eles também não estabelecem um nexo entre sua capacidade reprodutiva e o ato sexual, uma vez que a gravidez acontece no corpo da mulher, cabendo a ela se preocupar com a prevenção.

Entre as mulheres, a grande maioria das entrevistadas pensou que poderia engravidar na primeira relação, mas nenhuma delas usou qualquer método contraceptivo.

Os casos de gravidez relatados tanto pelos rapazes, quanto pelas moças, estiveram associados às falhas na administração do método, como parar de usar pílula por um tempo devido ao término do namoro e ter, nesse intervalo, uma relação esporádica sem proteção; a crença de que não engravidaria e a falta de informação em meio a uma relação sexualmente ativa.

Comparando com os dados quantitativos da pesquisa Gravad³, 37% das mulheres de segmen-

tos populares do Rio de Janeiro, que tiveram sua primeira relação aos quinze anos, usaram alguma proteção, enquanto as moças gaúchas totalizam 60%, corroborando o fato de no município do Rio haver uma baixa utilização do preservativo na primeira relação.

Importante notar que, ao contrário do que é “previsto” para os homens, ou seja, que eles percam a virgindade o quanto antes, o mesmo não é recomendável para as mulheres. As entrevistadas relatam que todas as suas primeiras relações aconteceram sem um preparo, uma conversa prévia ou um esclarecimento, mesmo que já existisse uma relação anterior de namoro. Tal fato contribuiu enormemente para que essas relações aconteçam sem o mínimo de proteção, colocando tais adolescentes em situações de vulnerabilidade frente às DSTs e à possibilidade de engravidar.

Os dados quantitativos da pesquisa Gravad³ são conclusivos ao afirmar que 70% das mulheres e 74% dos homens justificaram a não utilização de métodos contraceptivos durante a primeira relação por falta de atenção, eles “não pensaram muito no assunto”. Tal fato demonstra que, durante o sexo na adolescência, muitas questões passam sem a devida problematização, apontando para uma atitude espontaneísta a respeito da sexualidade que não favorece a conversa e a preparação prévia. Esses fatores, aliados ao conservadorismo social e cultural, contribuem para aumentar as distinções de gênero, através das quais as mulheres não devem pensar na sexualidade e os homens não podem prever, nem controlar seus desejos sexuais¹⁶.

O diálogo com os pais, as unidades de saúde e escolas sobre sexualidade e prevenção das DSTs/HIV

Observou-se que, entre os jovens entrevistados, há um conhecimento internalizado sobre a relação entre o sexo e os riscos de contrair alguma DSTs/HIV, mas a incorporação de medidas contraceptivas e de proteção às DSTs não acontece, há um descompasso entre informação e o exercício sexual.

A mesma situação foi encontrada nas capitais estudadas pelo Instituto Papai¹¹, o que sinaliza para as políticas públicas a existência de uma lacuna nas possíveis esferas de diálogo e de formação dos adolescentes, como família, escolas e unidades de saúde. Contudo, é preciso entender que as mudanças de comportamento sexual são mais lentas e enfrentam obstáculos e constrangimentos cristalizados ao longo dos anos: condenação moral, vergonha, dificuldades de se impor na relação frente ao parceiro, etc.

Entre as mulheres, as informações sobre sexo

foram obtidas, em sua maioria, através de amigas, revistas e algumas palestras nas escolas. Há o caso de uma entrevistada que tinha uma “relação aberta” com a mãe e que assume sua responsabilidade frente à gravidez, pois ao brigar com o namorado parou de tomar a pílula e, nesse intervalo, eles tiveram uma relação, o que gerou sua gravidez. A entrevistada relata que sua mãe brigou com ela não por ter tido relação, mas por não ter contado a ela, o que a ajudaria a se prevenir. O diálogo com a mãe revela-se central em estudos da área. Heilborn *et al.*³ destacam que, quando as mulheres trocam informações com suas mães durante a fase de socialização da sexualidade, o nível de comunicação com o parceiro tende a ser mais elevado, contribuindo para um exercício da sexualidade mais responsável.

A realidade não se modifica entre os homens e os mesmos obtêm informações sobre sexo com amigos, revistas e TV. Há poucos relatos sobre conversas com a mãe e apenas um deles explicita este canal de diálogo com a família.

Este mesmo distanciamento também foi notado na relação com as unidades de saúde. Entre os rapazes entrevistados, a frequência de idas às unidades de saúde é mínima, quase nula, lembrada apenas pelo rapaz que já teve DST. Entre as mulheres, de maneira geral, também há baixa frequência às unidades de saúde.

Destaca-se o caso de Lúcia, que foi moradora de rua, levada pela instituição que freqüentava ao médico, quando ela teve relações sexuais aos doze anos. O médico, por sua vez, recusou-se a receitar a pílula, alegando que ela era muito nova e a ensinou a utilizar a tabelinha. O resultado foi a gravidez. Na opinião desta entrevistada, esse método não serve para as adolescentes. Evidencia-se aqui uma situação de vulnerabilidade, relacionada à má prescrição médica e ao preconceito do profissional em relação ao exercício da sexualidade na adolescência.

Outra entrevistada relata que prefere procurar o posto de saúde no centro da cidade por medo de ficar exposta na comunidade em que mora, chamando atenção para o elevado constrangimento dos adolescentes frente a situações delicadas de saúde.

Em geral, os jovens não encontram espaços preparados para recebê-los nas unidades de saúde¹¹. Os profissionais de saúde nem sempre estão habilitados para atender as demandas desse público, criando uma situação de distanciamento que dificulta a difusão do conhecimento, a troca de experiências e a realização de uma assistência pausada pelo diálogo e acolhimento.

Considerando tais aspectos, aborda-se a posição dos profissionais que atendem esses adoles-

centes e as proposições políticas apresentadas recentemente pelo MS⁸⁻¹⁰, no sentido de mobilizar os serviços para uma efetiva atenção à saúde sexual e reprodutiva desta população. Acredita-se que, tão importante quanto discutir as trajetórias afetivo-sexuais juvenis, seja também a reflexão sobre a proposição de políticas públicas, a sensibilização e qualificação dos profissionais de saúde em prol da construção de caminhos possíveis que levem à mudança desse quadro de vulnerabilidades no exercício sexual adolescente.

Os desafios enfrentados pelos serviços de saúde na atenção aos adolescentes e jovens: limites e possibilidades

Diante da constatação de que os jovens entrevistados encontram-se desassistidos nas unidades de saúde, no âmbito escolar e na família, alguns aspectos precisam ser discutidos no tocante à assistência e à construção de políticas públicas voltadas para as suas necessidades.

Tanto quanto ouvir os jovens, torna-se necessário compreender também a posição dos profissionais de saúde que com eles se relacionam. Nessa direção, o trabalho desenvolvido por Branco¹⁷ é esclarecedor, na medida em que aborda 117 profissionais de saúde que atendem adolescentes nas unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro.

Segundo a autora, os profissionais se valorizam por serem possuidores de informações de saúde importantes para os adolescentes, acreditando que a facilitação no contato com essa população possa se dar através do diálogo no apoio e cuidados aos adolescentes e na promoção de saúde e qualidade de vida. Contudo, os profissionais concordam que existem limites em suas próprias atuações, o que os impossibilita dar respostas às demandas juvenis. Por isso, reivindicam capacitação para lidar melhor com a imagem idealizada que têm do adolescente e com a complexidade das questões desse grupo, exigindo mais tempo para desenvolverem um atendimento mais integrado. Além disso, citaram a gravidez como tema relevante para um trabalho direcionado aos adolescentes, já que é a questão que mais absorve os atendimentos, representando, para 63% destes entrevistados, uma questão socioeconômica que reflete a falta de oportunidades de desenvolvimento pessoal. No entanto, uma das barreiras para a própria capacitação é a tendência ainda persistente nestes profissionais de julgar o comportamento dos adolescentes, sendo que 56% admitem ser difícil falar sobre sexo e 16% acreditam que distri-

buir preservativo é um incentivo ao sexo. Ambos os fatores foram considerados importantes no afastamento dessa população dos serviços¹⁷.

Na perspectiva de mudança desse quadro, o MS formulou a Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens⁸⁻¹⁰, conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, incluindo os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

O objetivo dessa política é se desdobrar em planos de ação, programas e projetos em níveis nacional, estadual e municipal, levando em consideração as respectivas responsabilidades institucionais, situações epidemiológicas e demandas sociais com o intuito de promover mudanças na assistência, prevenção e promoção da saúde dos adolescentes e jovens. A implementação desta política iniciou-se em 2005, articulada em torno de três temas centrais: violência; reprodução e sexualidade; crescimento e desenvolvimento.

No estado do Rio de Janeiro, tal processo começou a ser implantado em 2006, através da articulação entre MS e PAISMCA/SES-RJ. A coordenação da saúde do adolescente iniciou um levantamento das ações desenvolvidas pelos municípios, voltadas à saúde do adolescente. Um instrumento diagnóstico foi enviado aos 92 municípios do estado, para a descrição das ações desenvolvidas, seus objetivos e os profissionais que a realizam. Ao final, 28 municípios retornaram-no preenchido.

As informações coletadas identificaram 58 ações voltadas para o tema da reprodução e sexualidade (abrangendo assistência, educação em saúde e formação em saúde para os jovens), 54 ações voltadas para o tema do crescimento e desenvolvimento (abrangendo assistência, educação em saúde, educação/profissionalização, esporte/lazer e formação em saúde para pais e profissionais) e apenas três voltadas para o tema da violência (assistência clínica e jurídica). Percebe-se o quanto o tema da violência ainda é pouco trabalhado na área da saúde, expressando uma dificuldade dos profissionais, além da pouca articulação com as demais áreas do direito e da assistência social.

Após esse breve diagnóstico entre os 28 municípios respondentes, dezenove deles foram definidos como capazes de se transformar em pólos de atenção à saúde do adolescente, estando capacitados como espaços multiplicadores da política na região por estarem mais estruturados em sua rede básica de saúde. Em seguida, foi realizado um seminário de sensibilização para a implementação da política reunindo secretários de saúde, profissionais destes dezenove municípios, integrantes do

MS e da assistência. O resultado desse seminário gerou a elaboração de projetos que contemplassem as três esferas da política (crescimento e desenvolvimento; reprodução e sexualidade; violência). Com isso, busca-se ampliar o alcance das ações desenvolvidas e a estruturação de uma rede de assistência à saúde articulada nos municípios às instituições educacionais, parceiras fundamentais para a melhoria da atenção aos jovens.

No final de 2006, houve ainda um curso de capacitação em saúde do adolescente promovido pelo PAISMCA/SES-RJ, voltado para os profissionais da atenção básica e da educação. O objetivo do curso foi estreitar o diálogo, capacitar para a assistência e responder aos anseios desses profissionais.

Acredita-se que todas essas iniciativas já estejam funcionando como forças propulsoras da mudança, contribuindo para estreitar laços entre jovens e profissionais de saúde em busca de uma melhoria no atendimento, no acolhimento e nas respostas às demandas dessa população.

Por fim, cabe destacar algumas proposições possíveis e necessárias para a intervenção nessa realidade. Cursos e capacitações para os profissionais podem servir de apoio, propiciando momentos de troca de experiências a fim de romper com os preconceitos e ampliando conhecimentos. As unidades de saúde deveriam reservar um horário e espaços adequados para os jovens, trabalhando com dinâmicas que procurem estreitar os vínculos entre as partes, aumentando o diálogo na perspectiva de construir um conhecimento sobre os assuntos tratados, que considere tanto as experiências dos jovens, quanto os saberes trazidos pelos profissionais. Além disso, é preciso considerar o adolescente como sujeito de direitos, tendo sua intimidade preservada em espaços em que a relação com o profissional de saúde não sofra a interferência de terceiros.

Quanto ao diagnóstico situacional realizado pelo PAISMCA/SES-RJ, além de ampliar as ações voltadas para os adolescentes, é imprescindível a articulação dos eixos prioritários, ressaltando a necessária atenção que o tema da violência merece, o qual pode estar presente nas relações sexuais com os pares e entre familiares. A mesma reflexão se aplica às escolas que, muitas vezes, vêm-se tolhidas pelos princípios religiosos e/ou por posições conservadoras de pais e professores. A desmistificação da sexualidade é tarefa urgente e precípua para esses atores.

Para Heilborn *et al.*³, a educação sexual não deve se limitar a fornecer informações sobre o funcionamento do aparelho reprodutor e/ou sobre os métodos disponíveis de prevenção às DSTs e à gravidez. Deve-se preparar mais amplamente os

jovens para o ingresso na vida sexual adulta, aumentando as possibilidades de reflexão sobre os diferentes eventos e situações que poderão experimentar, a fim de torná-los mais habilitados para enfrentar os desafios próprios das relações afetivo-sexuais.

Conclusão

Foi observado que o contexto do relacionamento é um elemento determinante no uso ou não de preservativo pelos adolescentes, agravado pelas imposições que os papéis de gênero determinam aos jovens em suas performances afetivo-sexuais. Foi encontrada também forte associação entre o uso do preservativo e o sentimento de confiança na/o parceira/o, ou o tempo de duração da relação.

A iniciação sexual em nenhum dos casos foi pautada por conhecimentos prévios e preparo do casal, destacando o não uso de qualquer método por todos os entrevistados na primeira relação. A contracepção iniciou-se a partir da primeira relação sexual ou depois da primeira gravidez. A não utilização do método contraceptivo na primeira relação sexual e a esporadicidade das relações subsequentes pressupõem um uso descontinuado do método, aumentando a vulnerabilidade destes jovens para a gravidez ou DST.

Além disso, observou-se falta de diálogo com os pais, precárias iniciativas de formação em sexualidade, gênero e saúde reprodutiva nas escolas e falta de espaço nas unidades de saúde para o acolhimento dos jovens. Esta lacuna acaba sendo compensada através de revistas, televisão e troca de informações com amigos.

Em estudo comparativo sobre adolescência e sexualidade nos Estados Unidos e Holanda, Scha-

let¹⁸ destaca resultados importantes. Na Holanda, que possui as menores taxas do mundo de gravidez na adolescência, aborto e fecundidade, existe uma política que promove a aceitação da sexualidade dos adolescentes, facilitando o acesso aos contraceptivos. Além disso, os pais são amparados pelos provedores de cuidados de saúde, educadores e políticos quanto ao tema da sexualidade e seu exercício pelos adolescentes. Nos Estados Unidos, ao contrário, promove-se a abstinência sexual e o medo dos perigos que o exercício sexual pode comportar, estratégias pouco exitosas frente aos altos índices de gravidez e aborto.

Tais resultados apontam a importância em desmistificar a sexualidade dos adolescentes e jovens como problema a ser solucionado a partir da proibição e do controle. O exercício da sexualidade pautado por conhecimentos e contando com a interlocução entre os jovens, seus pais, profissionais da saúde e da educação, resulta em práticas sexuais mais responsáveis, refletindo positivamente no uso de métodos contraceptivos, nas taxas de fecundidade e na proteção às DSTs/HIV.

É possível concluir que existem situações de vulnerabilidade no uso dos métodos contraceptivos pelos adolescentes, uma vez que não se alteram as desigualdades de gênero e os obstáculos sociais para uma regulação da sexualidade que leve em conta o aprendizado da autonomia e da responsabilidade no exercício sexual.

É preciso romper, através dos esforços políticos, assistenciais e educacionais, com as barreiras culturais que dificultam uma abertura maior da sociedade, nos serviços de saúde, nas escolas e no âmbito familiar, para que o tema seja trabalhado de maneira menos preconceituosa, para que a iniciação sexual não seja mais um processo repleto de silêncios, não-ditos e reprovação moral.

Colaboradores

CA Alves analisou os dados e redigiu o texto; ER Brandão concebeu o projeto, orientou a pesquisa e fez a revisão final do texto.

Agradecimentos

A pesquisa “Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil” (Gravad) foi elaborada por ML Heilborn (IMS/UERJ), M Bozon (INED, Paris), EML Aquino (MUSA/UFBA), D Knauth (NUPACS/UFRGS). O estudo foi realizado por três centros de pesquisa: Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde do IMS/UERJ, Programa de Estudos em Gênero e Saúde do ISC/UFBA e Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da UFRGS.

Referências

1. Bozon M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
2. Brandão ER. Iniciação sexual e afetiva: exercício da autonomia juvenil. In: Heilborn ML, organizadora. *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV; 2004. p. 63-86.
3. Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. *O aprendizado da sexualidade. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond; 2006.
4. Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(7):1421-1430.
5. Traverso-Yépez MA, Pinheiro VS. Socialização de gênero e adolescência. *Rev Estud Fem* 2005; 13(1):147-162.
6. Bajos N, Ferrand M, l'équipe GINÉ, editeurs. *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*. Paris: INSERM; 2002. p. 33-78.
7. Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Marco legal. Saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde integral de adolescentes e jovens. Orientações para a organização de serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Marco teórico e referencial. Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Instituto Papai. *Exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Caminhos para a construção de outros olhares sobre a adolescência* [relatório final]. Recife: Instituto Papai; 2005.
12. Salem T. Homem... Já viu, né? Representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe populares. In: Heilborn ML, organizadora. *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV; 2004. p.15-61.
13. Teixeira AMFB, Knauth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(7):1385-1396.
14. Longo LAFB. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. In: *XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*; 2002; Ouro Preto, MG.
15. Pirotta KMC, Schor N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(4):495-502.
16. Bozon M. Novas normas de entrada na sexualidade no Brasil e na América Latina. In: Heilborn ML, Duarte LFD, Peixoto C, Barros ML, organizadores. *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 301-314.
17. Branco VMC. *Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
18. Schalet A. Must we fear adolescent sexuality? *Medscape General Medicine* 2004; 6(4):44.

Artigo apresentado em 21/06/2007

Aprovado em 20/12/2007

Versão final apresentada em 14/01/2008