

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO BRASILEIRA

*SEXUALIDADE E CONTRACEPÇÃO: CONCEPÇÕES E  
OPINIÕES DAS ADOLESCENTES QUE FREQUENTAM OS  
AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UFG*

**Edith Teresa Pizarro Zacariotti**

GOLÂNIA

1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO BRASILEIRA

***SEXUALIDADE E CONTRACEPÇÃO: CONCEPÇÕES E  
OPINIÕES DAS ADOLESCENTES QUE FREQUENTAM OS  
AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UFG***

Candidata: **Edith Teresa Pizarro Zacariotti**

Orientadora: Professora Doutora Anita Cristina de Azevedo Resende

Dissertação apresentada à comissão julgadora da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM EDUCAÇÃO BRASILEIRA.

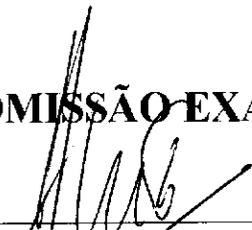
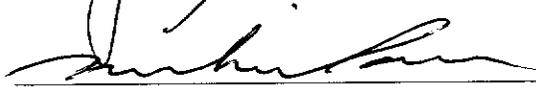
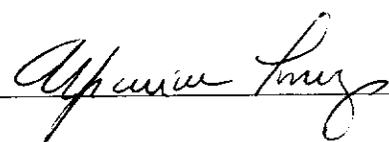
GOIÂNIA

1998

**Catálogo na fonte preparada pela SPT/BC/UFG**

- Z13s Zacariotti, Edith Teresa Pizarro**  
**Sexualidade e contracepção : concepções e opiniões das adolescentes que frequentam os ambulatórios de adolescência do Hospital das Clínicas da UFG / Edith Teresa Pizarro Zacariotti. – 1999.**  
**141f. : tabs. ; enc.**  
**Bibliografia: f.119-129**  
**Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, 1999.**
- 1. Adolescentes (meninas) - Comportamento sexual**  
**2. Sexo na adolescência 3. Anticoncepção I.Título.**
- CDU: 613.88-053.6**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_

## FAREWELL Y LOS SOLLOZOS

“Desde el fondo de ti y arrodillado,  
un niño triste, como yo, nos mira.  
Por esa vida que arderá en tus venas  
tendrían que amarrarse nuestras vidas.  
Por esas manos, hijas de tus manos,  
tendrían que matar las manos mías.  
Por sus ojos abiertos en la tierra  
veré en los tuyos lágrimas un día.

Yo no lo quiero, Amada.

Para que nada nos amarre  
que no nos una nada.

Ni la palabra que aromó tu boca,  
ni lo que no dijeron las palabras.

Ni la fieta de amor que no tuvimos,  
ni tus sollozos junto a la ventana.

Pablo Neruda, Obras Completas.

## **DEDICATÓRIA**

Para Leonidas e Argelia, meus pais, e Carmen, minha irmã, presenças constantes em todos os momentos de minha vida. Para João, que sabe conjugar o verbo amar em todos seus tempos, e nossos filhos Krumaré, Iberê e Amaury, noras e netos.

## AGRADECIMENTOS

Cursar o mestrado em Educação Brasileira foi para mim uma enriquecedora “aventura intelectual”, agradavelmente vivida com meus colegas de turma, aos quais devo muito pela consideração, apoio e amizade. Nesse percurso, numerosas pessoas me auxiliaram. A todas elas agradeço:

Anita C. Azevedo Resende, minha orientadora, que, com sabedoria, inteligência, determinação e profissionalismo inigualáveis, acompanhou-me, com paciência e carinho, na efetivação desse trabalho, com o qual consegui realizar o sonho de saber ser possível que a saúde e a educação trabalhem juntas na formação do cidadão consciente, crítico e saudável;

Coordenação e professores do MEEB que me proporcionaram a oportunidade de trilhar caminhos que me abriram novos horizontes;

Maria Hermínia S. Domingues e Marília Gouvea de Miranda, pelas valiosas sugestões apresentadas por ocasião da banca de qualificação;

Albertina Vicentini Assumpção, de quem, com competência e delicadeza, recebi singular e solidária ajuda nos momentos difíceis da correção deste trabalho;

Célia Maria Ferreira, que enriqueceu esta pesquisa com sugestões oportunas, sempre propostas de maneira generosa e amiga;

Eleuse Machado de Britto Guimarães, que com sua capacidade, soube despertar em mim o interesse pelo estudo da adolescência;

Mariluzza Terra Silveira e Marta Curado Carvalho F. Finotti, professoras, ginecologistas/obstetras, minhas ex-alunas, que me auxiliaram com seus sólidos conhecimentos;

Maria de Jesus Pereira da Silva, amiga de todos os momentos, com ajuda e sugestões inteligentes e constantes que foram fundamentais nas diversas etapas desta pesquisa;

Madalena Carvalho de Melo, pela disponibilidade e eficiência com que me assessorou na caminhada;

Deise, Goretti, Graça, Haroldo, Ida, João Batista, Margarida, Marilene, Maria José Nilce, Rosani, Rosolino, Simei e Silvana, colegas do MEEB, pelo companheirismo, estímulo, compreensão e, sobretudo, pela amizade;

colegas do Departamento de pediatria da Faculdade de Medicina da UFG, na pessoa de sua chefe, Dra Fátima Lindoso Lima, que, como ninguém, é capaz de compreender a importância da Educação na promoção da Saúde;

adolescentes que frequentam os ambulatórios de adolescência do HC da UFG, pela sua colaboração com esta pesquisa.

## SUMÁRIO

|   | pág. |
|---|------|
| <b>RESUMO</b> .....   | xii  |
| <b>ABSTRACT</b> .....   | xiii |
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 14   |
| <b>1 OBJETO E OBJETIVOS DO ESTUDO</b> .....   | 15   |
| 1.1 METODOLOGIA DA PESQUISA .....   | 29   |
| 1.1.1 Seleção das adolescentes pesquisadas.....   | 31   |
| 1.1.2 Construção do instrumento de pesquisa.....  | 33   |
| 1.1.3 Aplicação do instrumento de pesquisa .....  | 33   |
| 1.1.4 Análise do instrumento de pesquisa.....   | 34   |
| <b>2 EXPOSIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....  | 35   |
| 2.1 Identificação das adolescentes .....  | 35   |
| 2.2 Informações sobre a Sexualidade.....  | 55   |
| 2.3 Vida Sexual.....  | 62   |
| 2.4 Avaliação dos Conhecimentos acerca da Prevenção da<br>Gravidez e de DST.....                    | 80   |
| 2.5 Concepções, valores e opiniões das adolescentes acerca<br>da sexualidade e da contracepção..... | 83   |
| 2.5.1 Opinião das adolescentes sobre a prática da masturbação.....                                  | 84   |
| 2.5.2 Concepções acerca da saúde sexual e reprodutiva.....  | 85   |
| 2.5.3 Adesão a valores e conservadorismo.....   | 90   |
| 2.5.4 Adesão a valores, preconceitos e liberalismo.....   | 92   |
| 2.6 Caracterização das adolescentes de acordo com o grupo.....                                      | 97   |
| <b>3 FORMAÇÃO E INFORMAÇÃO: DESAFIOS PARA A EDUCAÇÃO<br/>SEXUAL</b> .....                           | 102  |
| <b>4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....   | 119  |
| <b>5 ANEXOS</b> .....   | 130  |

## TABELAS

| Nº  | pág. |
|---|------|
| 01. atendimentos realizados nos ambulatórios de adolescência do Hospital das Clínicas da UFG entre março de 1995 e Fevereiro de 1996..... | 31   |
| 02. Idade cronológica das adolescentes.....   | 36   |
| 03. Idade da primeira menstruação.....  | 37   |
| 04. Raça.....   | 39   |
| 05. Estado civil.....   | 40   |
| 06. Religião.....   | 43   |
| 07. Comparecimento à igreja.....  | 43   |
| 08. Lugar de moradia.....   | 44   |
| 09. Tempo de moradia no lugar.....  | 44   |
| 10. Pessoas com quem moram.....   | 46   |
| 11. Estado civil dos pais das adolescentes.....   | 47   |
| 12. Número de irmãos.....   | 47   |
| 13. Fatores familiares que favorecem o início da atividade sexual e a gravidez das adolescentes.....                                      | 47   |
| 14. Atividades.....   | 49   |
| 15. Escolaridade.....   | 49   |
| 16. Tipo de trabalho.....   | 49   |
| 17. Utilização do tempo livre.....  | 52   |
| 18. Uso de álcool, cigarro e outras drogas.....   | 54   |
| 19. Orientação das adolescentes sobre assuntos relacionados à sexualidade.....  | 55   |
| 20. Pessoas que ofereceram orientação sexual.....   | 56   |
| 21. Meios de comunicação que contribuíram no conhecimento da sexualidade.....   | 58   |
| 22. Assuntos referentes à sexualidade passados às adolescentes.....   | 59   |
| 23. Esclarecimentos sobre métodos anticoncepcionais recebidos na escola.....  | 60   |
| 24. Métodos anticoncepcionais ensinados na escola.....  | 60   |
| 25. Opinião das adolescentes quanto ao sexo como tema de conversação.....   | 61   |
| 26. Pessoas com quem as adolescentes conversam sobre sexo.....  | 62   |

|  | pág. |
|--|------|
| 27. Comportamento de masturbação das adolescentes.....   | 63   |
| 28. Idade da primeira relação sexual.....  | 64   |
| 29. Parceiro da primeira relação sexual.....   | 64   |
| 30. Uso de método anticoncepcional na primeira relação sexual.....   | 66   |
| 31. Motivo pelo qual nenhum método anticoncepcional foi utilizado durante a primeira relação sexual.....   | 66   |
| 32. Método anticoncepcional utilizado na primeira relação sexual.....  | 69   |
| 33. Pessoas que indicaram o método anticoncepcional utilizado na primeira relação sexual.....  | 71   |
| 34. Sentimentos das adolescentes após a primeira relação sexual.....   | 73   |
| 35. Número de parceiros sexuais que as adolescentes já tiveram.....  | 74   |
| 36. Frequência das relações sexuais.....   | 75   |
| 37. Existência de controle regular da gravidez.....  | 76   |
| 38. Método anticoncepcional que é utilizado regularmente.....  | 77   |
| 39. Pessoas que indicaram o método anticoncepcional utilizado regularmente.....  | 78   |
| 40. Opinião das adolescentes sobre se a camisinha além de evitar a gravidez ajuda na prevenção das DST.....  | 81   |
| 41. Opinião sobre os métodos mais adequados de prevenção da gravidez.....  | 81   |
| 42. Opinião sobre a data mais provável de engravidar.....  | 81   |
| 43. Opinião sobre se as pílulas anticoncepcionais podem provocar algumas “moléstias”.....  | 82   |
| 44. Opinião sobre se a masturbação faz mal à saúde.....  | 84   |
| 45. Opinião sobre: “a adolescente não fica grávida na primeira relação sexual por isso não necessita usar nenhum método anticoncepcional nessa ocasião”..... | 85   |
| 46. Opinião sobre: “a adolescente, quando não sente orgasmo durante a relação sexual, não fica grávida”.....   | 85   |
| 47. Opinião sobre: “só é necessário tomar pílula anticoncepcional no dia da relação sexual”.....   | 86   |
| 48. Opinião sobre: “o homem que usa camisinha não sente prazer durante a relação sexual”.....  | 86   |
| 49. Opinião sobre: “quando a adolescente faz aborto nunca mais fica grávida”.....  | 86   |

|   | pág. |
|---|------|
| 50. Opinião sobre: “só se deve ter relações sexuais depois do casamento”.....   | 90   |
| 51. Opinião sobre: “não se deve provocar aborto porque é um pecado grave”.....  | 90   |
| 52. Opinião sobre: “é normal ter relações sexuais com amigos ou conhecidos”.....  | 92   |
| 53. Opinião sobre: “a mulher não virgem tem mais dificuldade para casar-se”.....  | 93   |
| 54. Opinião sobre: “a responsabilidade de evitar a gravidez deve ser assumida só pela mulher”.....  | 93   |
| 55. Opinião sobre: “o parceiro pode pensar que a adolescente não é “direita” se partir dela a idéia de usar algum método anticoncepcional”..... | 94   |
| 56. Opinião sobre: “uma adolescente que exige o uso da camisinha pode perder seu namorado”.....   | 94   |

## RESUMO

A pesquisa, de caráter exploratório, foi realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, com 50 adolescentes que compareceram aos ambulatórios de adolescência dessa instituição, nos meses de março, abril, maio e junho de 1996. O objetivo do trabalho foi estudar a possível influência de concepções de saúde sexual e reprodutiva arraigadas na sociedade nos comportamentos sexual e de uso dos anticoncepcionais da amostra. O interesse pelo assunto partiu da limitada abordagem desses aspectos pela literatura especializada e da nossa prática como médica de adolescentes. A rigor, pretende-se, numa perspectiva mais abrangente da sexualidade nesse período, considerar dimensões até agora pouco valorizadas e obter subsídios para repensar as políticas educativas e preventivas no campo da contracepção.

Na coleta dos dados, foi aplicado um questionário com 66 questões elaboradas para apreender dados pessoais e familiares que permitissem: caracterizar as adolescentes; aferir suas informações sobre assuntos de sexualidade e contracepção; a sua conduta quanto à vida sexual e ao uso dos métodos contraceptivos; e as suas opiniões sobre saúde sexual e reprodutiva, se mais conservadoras ou mais liberais, expressando concepções da sociedade em relação à sexualidade e à contracepção.

Nas diversas apreciações e nos comportamentos revelados através das respostas, evidenciam-se: a ambivalência própria do processo da adolescência; a importância do envolvimento afetivo como pré-requisito para a prática sexual; a rejeição do aborto provocado; e a aceitação da própria vida sexual à medida em que minoram o tabu da virgindade e a concordância com concepções conservadoras e machistas sobre o comportamento sexual e de uso dos anticoncepcionais.

Os resultados da pesquisa evidenciam também a importância da escolaridade e da informação sobre a sexualidade e a contracepção. As adolescentes com os melhores níveis nesses aspectos são as que apresentam os índices mais elevados e coerentes de rejeição das concepções que encerram falsos conceitos acerca da saúde sexual e reprodutiva e das concepções com valores conservadores e machistas da sociedade. Essas mesmas adolescentes são as que mais usam métodos anticoncepcionais e as que, em maior escala, reconhecem que o controle da natalidade deve ser uma conduta compartilhada entre os parceiros.

De qualquer maneira, é evidente a dissociação entre o conhecimento teórico e a prática, mesmo entre as adolescentes com mais estudo e informação. Apesar de elas fazerem uso mais adequado dos métodos contraceptivos, não os utilizam na proporção correspondente aos seus conhecimentos, demonstrando a dificuldade em transformar as informações que possuem em condutas sexuais saudáveis. Esses dados indicam a importância de programas de educação sexual que não somente "informem" mas permitam acessar níveis formativos, concepções, opiniões e padrões dos adolescentes.

## ABSTRACT

This is an explanatory research project developed in the Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Fifty adolescents who visited the Adolescent Ward in this Institution during the months of March, April, May and June of 1996 were observed. The aim was to study usual conceptions of the society about sexual and reproductive health and their influence on sexual behavior and use of contraceptives by the sample. It is a relevant study for it can add information to the limited literature available and, thus, contribute to a more effective practice of doctors treating young patients. In a wider perspective, this study aims at considering these aspects of the matter in recent modern times, as a means of contributing to a better thinking and practicing related to educational and preventive policies of contraception.

In order to collect the data, a sixty-six item questionnaire about these adolescents' personal and family life was applied. The main purposes were to characterize these adolescents; to gather the information they had about sexuality and contraception matters; their sexual life practices and use of contraceptive methods; and their opinions about sexual health and healthy reproduction. By analysing their answers it was possible to conclude if they had a conservative or a more liberal attitude towards sexual matters, thus expressing the conceptions of sexuality and contraception embracing the society in which they live.

The various valuations and behaviors noticed in the talk of these adolescents raised some evidences: the natural state of ambivalence currently present in the process of becoming adolescents, the need to be affectively involved before deciding to have sexual relations; the rejection to cause non-natural abortion; and, as taboos concerning virginity and some prejudiced conceptions against sexual behavior and the use of contraceptive methods become no longer imperative, the approbation for engaging in an active sexual life.

The results of this research project also elucidate the importance of education and information about sexuality and contraception. The adolescents who are more concerned about these aspects are the ones who present to have higher and more coherent rejections against conceptions which engage false views about sexual health and healthy reproduction and against conservative and chauvinist values embracing society. These adolescents are the ones who use contraceptive methods more appropriately and the ones who, in a greater amount, recognize that birth control must be a conduct shared by the couple.

Nevertheless, the dissociation between theoretical knowledge and practice is evident even among adolescents who are more educated and better informed. In fact, they demonstrated to have been applying just part of the information they receive when using adequate contraceptive methods. There is difficulty in turning what they know into healthy sexual conduct. This fact indicates, therefore, how relevant it is to offer sexual educational programs that are not only concerned with "informing the adolescent". Moreover, educators responsible for these programs have to be concerned about accessing the formative levels, conceptions, opinions and behavior of the adolescents.

## INTRODUÇÃO

As investigações acerca da sexualidade na adolescência têm revelado que as adolescentes estão se tornando sexualmente ativas cada vez mais precocemente, sem que isso venha, na maioria dos casos, acompanhado da utilização de algum método contraceptivo apropriado, o que muitas vezes acarreta conseqüências graves, tais como gravidez indesejada ou aborto provocado, que trazem consigo sérias repercussões psicossociais. E vêm acontecendo mesmo entre as jovens que possuem conhecimentos adequados em relação à contracepção e aos métodos contraceptivos (Herold et al., 1988; Morris et al., 1988; Agyei e Epema, 1992; Monroy, 1992; Fuentes e Lobos Gaete, 1994; Silber, 1996).

A conduta sexual das adolescentes e o uso incorreto que fazem dos anticoncepcionais, conforme relata a literatura afim, são também constatados em nossa experiência profissional como médica e como professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás - UFG.

Pelo exposto, é possível supor que a utilização de métodos contraceptivos esteja relacionada não só aos conhecimentos objetivos, às informações e ao acesso a tais métodos, mas que também esteja relacionada a dimensões diferenciadas, objetivas e subjetivas, que interferem nos equacionamentos a serem realizados pelas adolescentes no vasto campo da sexualidade.

Seria correto, portanto, afirmar que elas elaboram valores, opiniões, conceitos e preconceitos que podem condicioná-las a usarem ou não os métodos contraceptivos ou a fazê-lo de forma correta ou incorreta ao se tornarem sexualmente ativas.

## 1 OBJETO E OBJETIVOS DO ESTUDO

São inerentes ao ser humano aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais que evoluem e interagem desde o nascimento, constituindo um processo progressivo e não sincrônico de modificações, aquisições e aprendizados. Esse processo de crescimento e desenvolvimento específico da vida humana envolve e desenvolve-se em fases com características típicas, que fundamentam e oferecem as bases sobre as quais serão assentados os desenvolvimentos futuros.

A adolescência é uma etapa peculiar do processo de crescimento e desenvolvimento. Compreendida entre a infância e a vida adulta, é nessa etapa que será atingida a maturação bio-psico-sócio-cultural do ser humano. Por esse motivo, a compreensão do fenômeno da adolescência exige uma abordagem que considere indissociáveis os componentes biológicos, psicológicos, sociais e culturais de cada indivíduo.

As modificações biológicas ocorridas nessa fase constituem a puberdade e caracterizam-se, fundamentalmente, pelo estirão (grande crescimento físico) e pela maturação sexual (que conduz à capacidade reprodutora). A biogênese da puberdade, mesmo sendo relevante, mostra só uma parte do que verdadeiramente acontece, porque estão em causa também transformações psico-sócio-culturais que norteiam a conquista da própria identidade, cuja estruturação compreende a identidade sexual.

Em condições de normalidade física, o início cronológico do desenvolvimento dos componentes biológicos típicos da adolescência, que são universais, pode ser determinado com certa segurança. O que poderá definir maneiras especiais de manifestação ou de expressão comportamental serão as contingências sociais, econômicas e culturais do meio em que o fenômeno se desenvolve. Tais contingências dificultam estabelecer com exatidão o começo da parte não-biológica do processo. Daí a importância de se considerar o adolescente não como um ser abstrato, mas como um ser que faz parte de uma estrutura sócio-econômico-cultural determinada. (Aberastury e Knobel, 1981; Osório, 1989; MacKenzie, 1990)

A cultura e as tradições da sociedade estabelecem critérios e requisitos prévios para se alcançar a condição de adulto, determinando, de alguma forma, a maneira como o processo da adolescência é protagonizado. Certas sociedades realizam “rituais de passagem” da infância para a vida adulta, procurando facilitar e abreviar a integração desses indivíduos à

comunidade adulta. Nas culturas em que esses rituais não existem, os adolescentes, com seus próprios recursos, têm de realizar essa integração de uma maneira pessoal e original, o que aumenta sua instabilidade psicológica, levando-os a vivenciarem problemas emocionais de variadas intensidades. Quanto mais complexa for a sociedade, maior será o período de maturação social da adolescência. Nas sociedades com acentuado antagonismo social, como é o caso do Brasil, definem-se modos de vida diferentes para os indivíduos nas etapas de transição para a vida adulta. Por essa razão, é inadequado trabalhar a adolescência de maneira uniforme e padronizada. (Osório, 1989; Levisky, 1995)

O conceito de adolescência é recente, apesar de o fenômeno ser tão antigo quanto a vida humana. A juventude e a adolescência são categorias biológicas e também categorias fundamentalmente históricas e sociológicas surgidas no século XX. O fenômeno da adolescência, da maneira como é vivenciado na cultura ocidental, surgiu junto com a industrialização e a emergência da burguesia. O seu conceito é, pois, uma elaboração mais ou menos nova e própria das sociedades urbanas ocidentais industriais e pós-industriais. (Florenzano, 1988; Levisky, 1995)

Ariès explica que a preocupação com a adolescência como objeto de reflexão e de estudo científico surgiu no início deste século. Até então, não existia a idéia do que hoje é assim denominado, mas uma situação de ambigüidade entre a infância e a adolescência e entre a adolescência e a juventude.

*A consciência da juventude tornou-se um fenômeno geral e banal após a guerra de 1914 (...). Começou-se a desejar saber seriamente o que pensava a juventude, e surgiram pesquisas sobre ela (...). A juventude apareceu como depositária de valores novos capazes de reavivar uma sociedade velha e esclerosada (...). Dai em diante, a adolescência se expandiria, empurrando a infância para trás e a maturidade para a frente (...) assim, passamos de uma época sem adolescência a uma época em que a adolescência é a idade favorita. Deseja-se chegar a ela cedo e nela permanecer por muito tempo. (Ariès, 1981, p. 46-47)*

O interesse científico por esse período da vida tem sido progressivo. Os primeiros estudos sistematizados a esse respeito, realizados por G. Stanley Hall, remontam a 1911. A preocupação universal e crescente com o problema tem-se acentuado nas últimas décadas. Várias são as causas que justificam essa preocupação, em grande parte sustentadas por um representativo crescimento mundial da população jovem, decorrente da explosão demográfica ocorrida no pós-guerra, e da ampliação da faixa etária portadora de

características próprias dessa fase. A diferenciação das sociedades modernas, com organizações sociais cada vez mais complexas e avanços científico-tecnológicos significativos, aumentou as exigências de capacitação para o ingresso no mercado de trabalho e para a garantia do exercício pleno da cidadania (Rama, 1988), acentuou a dissociação entre o amadurecimento biológico do indivíduo e o seu amadurecimento psicosocial e prolongou o período da adolescência.

Os graves problemas que surgiram, como o aumento do uso de drogas, das doenças sexualmente transmissíveis, da gravidez e do aborto provocado, explicam, também, a preocupação mundial com essa etapa da vida. Tais aspectos são válidos tanto para os países do primeiro mundo como para aqueles em desenvolvimento. Na medicina, as modificações em relação à expectativa de vida do recém-nascido, assim como a diminuição da mortalidade de crianças menores de um ano e das doenças contagiosas - que constituíam sérios problemas da pediatria no passado - trouxeram mudanças nos objetivos da Saúde Pública, abrindo espaço para a preocupação com estudos nessa área. (Florenzano, 1988; Kaempffer, 1988; Solari, 1988; Trucco, 1988)

Conceituar a adolescência é uma tarefa difícil. Aberastury (1983, p.15) afirma que

*a adolescência é um momento crucial na vida do homem e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento. Este processo atravessa três momentos fundamentais: o primeiro é o nascimento, o segundo surge ao final do primeiro ano, com a eclosão da genitalidade, a dentição, a linguagem, a posição de pé e a marcha; o terceiro momento aparece na adolescência.*

Para Levisky (1995, p.15), “a adolescência é um processo que ocorre durante o desenvolvimento evolutivo do indivíduo, caracterizado por uma revolução bio-psico-social”.

Estabelecer o início e o fim da adolescência não é uma tarefa tranquila. Há critérios diversos para definir o seu começo, mas, mesmo assim, a literatura é unânime em aceitar que essa fase se inicia com as modificações orgânicas e funcionais relacionadas à maturação sexual. Determinar o fim da adolescência na sociedade contemporânea é cada vez mais difícil, pois não se dispõe de um referencial biológico objetivo para fazê-lo e também porque seria necessário estabelecer critérios sociais e critérios psicológicos para definir a maturidade. É aceito, consensualmente, pela literatura, que existe maturidade quando se estabelece a identidade pessoal, completando-se, assim, o que Erikson (1973) definiu como tarefa primordial da adolescência: a *procura da identidade*. Na prática, o critério

cronológico da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1965) é o mais utilizado. Ele estabelece os limites desse momento na segunda década da vida, o que permite definir grupos etários com o fim de facilitar a programação dos serviços de saúde e das investigações na área epidemiológica e tem a vantagem de poder ser utilizado nos diferentes meios sócio-culturais. (Florenzano, 1988; Zegers, 1988; Colli, 1994)

Entre os eventos que lhe são peculiares estão as transformações psico-sócio-culturais que conduzem à conquista da identidade sexual, fator integrante e fundamental da identidade total do indivíduo. A conduta sexual é, assim, um componente indissociável da vida do ser humano e deve, por isso, ser avaliada no contexto das modificações que estão sendo vivenciadas. No caso específico da adolescência, essa conduta deve ser apreciada como uma experiência particular de cada adolescente em determinado momento histórico. A sexualidade, entretanto, deve ser compreendida no conjunto das transformações globais da sociedade.

Durante as três últimas décadas, as atitudes a ela relacionadas têm sofrido extraordinárias mudanças nos diversos grupos sociais, étnicos e culturais em função da progressiva transformação dos padrões culturais e dos valores, favorecendo uma maior liberdade sexual entre os jovens. As modificações em relação ao comportamento sexual estão relacionadas à reformulação do papel social da mulher, que levou sua atividade sexual a ser mais precoce e freqüente. As adolescentes estão, desse modo, tornando-se sexualmente ativas cada vez mais cedo, sem, necessariamente, terem o amadurecimento psicossocial e as informações apropriadas sobre a saúde reprodutiva e a anticoncepção. Tais motivos as expõem aos riscos de uma atividade sexual prematura e não planejada.

Várias pesquisas sobre a conduta sexual das adolescentes dos países desenvolvidos e em desenvolvimento registram um início precoce da vida sexual em relacionamentos pré-maritais. A idade em que uma mulher se torna sexualmente ativa tem muita relação com os riscos de gravidez pré-conjugal. As mais jovens têm menos probabilidade de utilizar algum método para evitar a gestação e, quando o fazem, fazem-no com muitas falhas ou optando por métodos pouco seguros. As conseqüências desse comportamento são os elevados índices de gravidez indesejada, de aborto provocado, de doenças sexualmente transmissíveis - DST - e de câncer no colo uterino. (Kreutner, 1981; Rickert et al., 1990; Gonçalves, 1991; Maakaroum, 1991; Millstein et al., 1992; Silber, 1996)

A problemática envolvida no desenvolvimento da sexualidade e seus riscos na experiência das adolescentes é comum em diferentes contextos e países. Nos EUA, Kantner

e Zelnick estudaram, em 1971, um numeroso contingente de adolescentes solteiras, detectando 14% de moças sexualmente ativas na idade de 15 anos e 46% na de 19 anos. No mesmo país, de acordo com Davis (1989), em 1971, 31,7% das adolescentes de 15 a 19 anos já se tinham iniciado sexualmente de forma pré-marital, percentagem que aumentou para 45,2% em 1982. Kreutner (1981) relata em seu estudo que 22% das adolescentes que iniciaram suas relações sexuais até os 15 anos de idade engravidaram nos três primeiros meses de atividade sexual. Em contrapartida, somente 11% das moças que se iniciaram sexualmente aos 18 ou 19 anos ficaram grávidas. Segundo esse autor, o principal determinante para essa diferença encontra-se no fato de que as adolescentes mais jovens têm menos probabilidades de usarem um método anticoncepcional. As adolescentes que utilizaram anticoncepção efetiva, como a aconselhada por médicos, tiveram um risco seis vezes menor do que as jovens que nunca utilizaram algum método adequado.

Na Jamaica, em 1987, uma pesquisa sobre fecundidade entre mulheres de 15 a 24 anos registrou que 66% delas tiveram relações sexuais ainda adolescentes. A idade média da primeira relação foi de 17 anos. A maior parte das adolescentes teve como primeiro parceiro sexual o namorado (Warren et al., 1988). O mesmo tipo de pesquisa, em Uganda, revelou que a idade média da primeira relação foi de 15,5 anos (Agyei e Epema, 1992). Na Guatemala, capital, pesquisa de saúde reprodutiva demonstrou que 22% das mulheres entre 15 e 24 anos tiveram relações sexuais pré-matrimoniais, 17% delas efetivadas antes dos 15 anos de idade e geralmente tendo como primeiro parceiro sexual o namorado ou o noivo. Ainda, a idade média da primeira relação foi de 16,7 anos. (Herold et al., 1988)

Na Cidade do México, um estudo realizado com 1539 homens e 1735 mulheres de 15 a 19 anos demonstrou que 10% dos homens e 27% das mulheres estavam casados ou em união consensual, sendo que 4,5% dos varões e 49% das mulheres tiveram sua primeira relação sexual com seu cônjuge ou companheiro antes do casamento, comprovando a prevalência da atividade sexual pré-marital e demonstrando que apenas 5% dos homens haviam se iniciado sexualmente com prostitutas. Resultados similares têm sido verificados em vários países da América Latina. (Monroy, 1992)

Pesquisa realizada em Santiago do Chile entre adolescentes que foram mães com menos de 16 anos detectou a idade média de 14 anos para o início das relações sexuais. Desse universo, 80% reconheceram não terem utilizado nenhum método para evitar a gravidez (Dois Castellon e Ribes Langevin, 1993). Outro estudo, feito na mesma capital,

entre adolescentes grávidas, demonstrou o início da atividade sexual na idade média de 15,6 anos. (Fuentes e Lobos Gaete, 1994)

No Brasil, Henriques et al. (1989), pesquisando sobre a atividade sexual durante a adolescência em mulheres de 20 a 24 anos, constataram que mais de 13% das mulheres brasileiras tiveram relações sexuais até o 16º aniversário; até o 17º aniversário, 29% das mulheres da área rural e 21% da área urbana; até os 20 anos de idade, a probabilidade de uma mulher da área rural ter tido relações sexuais foi de 6 em cada 10 e, na área urbana, de 5 em cada 10. Em todo o país, 50% das jovens tiveram experiência sexual antes do seu 20º aniversário. Do total das adolescentes entre 15 e 19 anos que tiveram relações sexuais antes de completarem 20 anos, 60% eram solteiras e o parceiro, na grande maioria dos casos, foi o namorado.

Em relação às conseqüências do intercuro sexual precoce, os EUA ocupam uma posição de destaque entre as nações desenvolvidas (Kreutner, 1981; Resnick e Blum, 1994), exibindo os maiores índices de DST em adolescentes de 13 a 19 anos. A freqüência dessas patologias é de tal monta nos EUA que supera o sarampo, a rubéola e a varicela (Silber e Woodward, 1985; Rickert et al., 1990). De acordo com Kreutner (1981), e Braverman e Strasburger (1989), entre os países industrializados, os EUA ostentam as taxas mais elevadas de gravidez na adolescência com uma em cada 10 adolescentes grávida anualmente, o que equivale aproximadamente a um milhão de gestações entre jovens de 15 a 19 anos e mais 30.000 em menores de 15 anos. 80% delas não são planejadas e 45% termina em aborto. Do total de 1.200.000 abortos anuais do país, um terço é executado em adolescentes. Em 1981, o índice de gravidez entre jovens de 15 a 19 anos de idade foi de 95 por 1000, contrastando com o índice de 45,5 por 1000 da Inglaterra e do País de Gales que, nesse ano, ocuparam o segundo lugar em gravidez precoce entre os países do primeiro mundo. A diferença fica mais marcante quando comparada com a Holanda que, no mesmo ano, teve o menor índice de gestações na adolescência - 14,3 por 1000. Nos EUA, em 1984, houve 1.005.000 gestações em adolescentes, das quais 470.000 terminaram em nascimento, 400.000 em abortos provocados e 134.000 em abortos espontâneos. Strasburger (1989) explica que o relatório Guttmacher de 1985 constatou que, entre 37 países desenvolvidos, os EUA exibiam o maior índice de adolescentes grávidas, apesar de os adolescentes americanos não serem mais ativos sexualmente do que os de outros países. Na Suécia, onde a taxa de fecundidade entre as mulheres menores de 20 anos diminuiu em 50% entre os anos 1971 e 1989, houve uma redução de 30% da taxa de abortos nessa

mesma faixa etária. Em 1991, o relatório sobre cuidados em saúde reprodutiva da Sociedade de Medicina do Adolescente (Society for Adolescent Medicine Position Paper on Reproductive Health Care for Adolescent) novamente concluiu que os EUA detêm a mais alta taxa de gravidez na adolescência, duas vezes maior do que as taxas da Inglaterra, do País de Gales e do Canadá; três vezes maior do que a da Suécia e sete vezes maior do que a da Holanda. Munitz e Silber (1992) apontam que a diminuição da taxa de fecundidade registrada nos EUA é explicada pelo incremento de 90% da taxa de abortos. Na Suécia, o índice de abortos em 1974 era igual ao dos EUA. Em 1981, a percentagem caiu 27% apesar da liberação do aborto para as mulheres de todas as idades. Nos EUA, essa taxa subiu 59%. Nesse país, as adolescentes representam 10% da população feminina de 15 a 44 anos e respondem por 26% do total de abortos, o que reflete as altas taxas de gravidez indesejada observadas nesse grupo etário.

A disparidade, pois, entre os EUA e os outros países analisados, deve-se mais a uma prática contraceptiva diferente do que a uma diminuição da atividade sexual (Gonçalves, 1991). Os governos dos quatro países europeus mencionados oferecem anticoncepcionais às adolescentes sexualmente ativas, como proposta de sua política social que identifica como um problema social a gravidez na adolescência e não a atividade sexual das jovens entre 11 e 19 anos. Em vários países da Europa, a liberação do aborto ocorre paralela às campanhas especiais sobre contracepção, cuja finalidade é a prevenção da gravidez entre as adolescentes com vida sexual ativa. (Davis, 1989; Friedman, 1992; Forrest, 1994)

Na América Latina, nascem anualmente 3.312.000 filhos de mães adolescentes. Em Cuba, apesar da diminuição da taxa total de fecundidade (número de nascidos vivos por cada 1000 mulheres numa determinada faixa etária), isso não tem repercutido nas adolescentes. A proporção relativa de nascimentos de filhos de mães com menos de 20 anos tem aumentado, atingindo 30% do total de nascimentos. Na Colômbia, onde se verifica uma maior diminuição nas taxas de fecundidade entre adolescentes, devido ao aumento da população de menores de 20 anos, o número total de recém-nascidos vivos de mães adolescentes é maior (Munitz e Silber, 1992). Também no Chile, no ano 1983, a taxa de fecundidade geral diminuiu 26%, mas, no grupo das adolescentes, o decréscimo foi só de 10% (Dois Castellon e Ribes Langevin, 1993). Nesse país, nascem anualmente de 36.000 a 40.000 filhos de mães menores de 19 anos, representando 15,2% do total anual de recém-nascidos. (Molina, 1991)

No Brasil, observa-se uma queda na taxa total de fecundidade a partir da década de 1960. Mesmo assim, entre as adolescentes, essa taxa tem se elevado. Em 1970, 75 de cada 1000 mulheres entre 15 e 19 anos davam à luz anualmente; e em 1986, essa taxa cresceu para 81 por 1000. Na área urbana, a diferença foi evidente: de 64 por 1000 em 1970 para 78 por 1000 em 1986. Na área rural, a fecundidade elevou-se mais ainda: de 81 por 1000 em 1970 para 103 por 1000 em 1986. Em 1970, haviam dado à luz 5% das adolescentes da área urbana e 10% das da área rural. Em 1986, essas percentagens aumentaram para 9,6% e 13%, respectivamente, em cada área. Em 1970, nasceram 395.000 filhos de mães entre 15 e 19 anos, número que, em 1985, aumentou 42%, indo para 559.000, significando que, em 1985, um em cada sete recém-nascidos era filho de mãe adolescente. Não foram contabilizadas aí as estimativas que indicavam, para 1985, 8.000 recém-nascidos filhos de adolescentes com menos de 14 anos. Enquanto a queda na taxa de fecundidade na década de 1970 atingiu, em todas as faixas etárias, as regiões mais prósperas do país e os estratos sociais médios e altos, na década de 1980, a redução da fecundidade foi mais significativa nas regiões menos desenvolvidas e nos grupos mais carentes. Entretanto, o decréscimo da fecundidade foi menos evidente na faixa etária de 15 a 19 anos.

As classes mais pobres da população são as que mostram os índices mais elevados de fecundidade. No Brasil como um todo, 26% das jovens entre 15 e 19 anos pertencentes a famílias com renda inferior a um salário mínimo tiveram filhos. Nas classes mais favorecidas, isso aconteceu em 2,3% dos casos. Em 1970, 8,4% dos nascidos vivos eram filhos de mães entre 15 e 19 anos; em 1980, esse valor aumentou para 12,5%. (Henriques et al., 1989)

O censo demográfico do IBGE realizado em 1980 mostra que, nesse ano, nasceram, no Brasil, 2.769.502 crianças, 4158 (0,15%) filhos de adolescentes menores de 15 anos e 351.436 (12,68%) filhos de adolescentes de 15 a 19 anos. Em Goiás, no mesmo ano, nasceram 78.172 crianças, das quais 122 (0,15%) eram filhos de adolescentes menores de 15 anos e 12.485 (15,97%) filhos de adolescentes de 15 a 19 anos. Em Goiânia, no mesmo ano, o total de recém-nascidos foi de 21.835, dos quais 33 (0,15%) eram filhos de adolescentes menores de 15 anos e 3.008 (13,77%) filhos de adolescentes maiores de 15 anos. O censo demográfico do IBGE de 1994 registra, no Brasil, um total de 2.472.325 recém-nascidos, 11.457 (0,46%) filhos de adolescentes menores de 15 anos e 434.335 (17,56%) filhos de jovens entre 15 e 19 anos. Em Goiás, no mesmo ano, o total de recém-nascidos foi de 64.904, dos quais 379 (0,58%) filhos de adolescentes menores de 15 anos e

15.689 (24,17%) entre 15 e 19 anos. Em Goiânia, no mesmo ano, nasceram 19.422 crianças, das quais 72 (0,37%) filhos de adolescentes menores de 15 anos e 3.825 (19,69%) filhos de adolescentes entre 15 e 19 anos.

Nos países da América Latina, exceto em Cuba e Porto Rico o aborto provocado é ilegal. Portanto, neles não existem estatísticas que permitam determinar a verdadeira magnitude de tal procedimento.

É motivo de preocupação a falta de proteção contraceptiva das adolescentes não só na primeira relação sexual mas também nas relações subseqüentes. Nos USA, Settlege et al. (1973) estudaram 502 adolescentes entre 13 e 17 anos de idade que procuraram ajuda profissional para orientação sobre o uso de anticoncepcionais pela primeira vez e verificaram que praticamente todas eram sexualmente ativas, a maioria por mais de um ano. 61% do universo investigado não tinham utilizado sequer os métodos contraceptivos que podem ser empregados sem assistência profissional, como a camisinha, o ritmo ou calendário e o coito interrompido, entre outros, deixando claro que a decisão de ter atividade sexual não estava vinculada ao uso de contraceptivos. Vários pesquisadores confirmam esse comportamento: Zelnick e Katner (1979) destacam que, entre as adolescentes sexualmente ativas, um grande número nunca havia utilizado anticoncepcionais ou só o havia feito ocasionalmente e muitas delas tornaram-se sexualmente ativas pelo período de aproximadamente um ano antes de iniciar o uso de algum método contraceptivo.

Kreutner (1981) enfatiza que a maioria das adolescentes aguarda que as relações sexuais aconteçam e, por várias vezes, espera uma gravidez para só depois solicitar algum método anticoncepcional. Segundo esse autor, cerca de metade das adolescentes mantém contatos sexuais sem proteção durante um ano ou mais antes de procurar orientação para o uso de anticoncepcionais. Quanto mais jovem é a adolescente, menos possibilidades há de que se proteja adequadamente, para não engravidar no seu primeiro contato sexual e nos posteriores. Vincent et al. (1981), analisando as pesquisas de Zelnick et al., comentam que aproximadamente a metade de todas as gestações em adolescentes ocorre nos primeiros seis meses de atividade sexual, sendo que as moças com 15 anos ou menos têm duas vezes mais probabilidade de engravidar nesse período quando comparadas com as que esperam até os 18 ou 19 anos para o começo da vida sexual. Essas adolescentes tomam medidas para se prevenirem contra a gravidez no primeiro ato sexual menos freqüentemente e usam métodos indicados por médicos numa percentagem inferior.

Um dos requisitos importantes para se assumir uma prática contraceptiva segura é aceitar a própria sexualidade, o que é tanto mais difícil quanto mais jovem for a adolescente. Na pesquisa de Zabin et al. (1991) sobre as razões para postergar a busca de orientação profissional para o uso de contraceptivos, o tempo médio entre o primeiro intercurso sexual e a procura foi de 15,7 meses. Nos grupos-controles estudados, esse intervalo foi além de 18 meses. Tal intervalo diminuiu para 6,4 meses nos grupos que receberam esclarecimentos através de um exaustivo programa de prevenção da gravidez, o que ainda representa, sem dúvida, um prazo bastante amplo, considerando as repercussões bio-psico-sociais de uma gravidez não planejada. Entre as adolescentes solteiras, que respondem por metade das gestações acontecidas nos primeiros seis meses após o início da prática sexual, 20% dos casos ocorrem no primeiro mês, sendo que a probabilidade de gestação com um único ato sexual é de 2% a 4% (Zelnick e Kantner, 1979; Kreutner, 1981; Munitz e Silber, 1992; Ruzicki, 1993). Esses dados reforçam a necessidade de uma educação sexual que prepare as adolescentes para discutirem sobre métodos anticoncepcionais antes da primeira relação sexual.

Sociologicamente, a gravidez na adolescência tem sido associada a questões inerentes a famílias desarmônicas, que predominam nas regiões mais pobres, onde existe maior promiscuidade, criminalidade, tensão emocional e dificuldade de acesso às fontes seguras de orientação sexual e anticoncepcional. Durante os últimos 20 anos, contudo, tem aumentado bastante a percentagem de adolescentes das classes média e alta que começam prematuramente sua atividade sexual, implementando, por conseguinte, a gravidez entre as adolescentes dessas classes sociais (Munitz e Silber, 1992). Hoje, a gravidez na adolescência é reconhecida como o principal problema social dos EUA (Ruch-Ross et al., 1992). Também em outros países, a gestação nessa faixa etária deve ser considerada parte de um conjunto de doenças causadas por estilos de vida e condições sociais. É uma *nova morbidez*, que representa uma crise significativa da saúde pública e que não deve e nem pode ser encarada do mesmo modo que as intervenções biomédicas tradicionais. (Davis, 1989)

A gravidez na adolescência implica riscos biológicos para a mãe e para o filho, especialmente quando a jovem possui menos de 16 anos, pois as adolescentes têm mais probabilidades de receberem cuidados pré-natais inadequados, o que favorece várias complicações médicas, além do risco de dar à luz a recém-nascidos com pouco peso, problemas que estão mais relacionados com o baixo nível sócio-econômico das jovens do

que com sua idade. Eliminando-se o estigma social e conduzindo-se o pré-natal de forma eficiente, as complicações biológicas nas jovens que estão na última etapa da adolescência não se apresentam em maior proporção do que na gravidez de mulheres com mais de 20 anos. (Rickert et al., 1990; Munitz e Silber, 1992; Ruch-Ross et al. 1992)

Os riscos psicossociais de uma gestação na adolescência são mais complexos, duradouros e difíceis de serem contornados, atingindo tanto as mães quanto os pais adolescentes, seus filhos, suas famílias e a comunidade em que vivem. Eles podem ser sintetizados, de acordo com Klein (1978), na *Síndrome de Fracasso*. A situação merece esse nome por representar fracassos psicossociais importantes em vários aspectos, como o fracasso em elaborar as tarefas da adolescência, em continuar os estudos e realizar-se vocacionalmente, em constituir uma família estável e limitar o tamanho dela, e em ter filhos saudáveis, que consigam alcançar o potencial de vida almejado. Assim, as desvantagens para os genitores adolescentes são numerosas. As adolescentes grávidas são freqüentemente marginalizadas da educação regular e de seu grupo de pares, o que, em muitos casos, as obriga a abandonar os estudos ou a buscar alternativas acadêmicas menos eficientes. Essa situação contribui para que as mães adolescentes atinjam menores níveis de educação quando comparadas com as adolescentes que não deram à luz prematuramente, o que tem sido demonstrado em estudos controlados de acordo com a raça, a classe sócio-econômica, o rendimento acadêmico e as perspectivas educacionais antes da gestação. As mães adolescentes também são mais limitadas profissionalmente, obtendo menos êxito no trabalho e mais baixa remuneração. Sem dúvida, como explicitam Munitz e Silber (1992), todos esses agravos contribuem para perpetuar o *ciclo da pobreza* e da *feminização da pobreza*.

As conseqüências da gravidez na adolescência atingem também os filhos dessas jovens mães que, segundo várias pesquisas, têm maiores possibilidades de apresentarem deficiências cognitivas e psicológicas. A responsabilidade por essas conseqüências negativas parece não estar relacionada com fatores biológicos intrínsecos e sim com as circunstâncias que envolvem o nascimento e sua etapa posterior. Dos pontos de vista individual e social, estes representam só uma parte dos custos da procriação precoce e da gravidez na adolescência. (Davis, 1989; Ruch-Ross et al., 1992; Fuentes e Lobos Gaete, 1994)

Apesar de o incremento do risco de gravidez indesejada resultante de contracepção incorreta estar bem documentado, cientistas sociais e médicos não conseguem identificar, de maneira uniforme, os fatores psicológicos e sócio-culturais associados a essa perigosa forma

de atuar (Jay et al., 1989). A falta de identificação dos determinantes da conduta paradoxal das adolescentes em relação ao controle da natalidade impede uma prevenção eficiente, já que isso implica um conhecimento adequado do problema. Tal situação ajuda a compreender o que Cavalcanti (1990) assinala quando diz que oferecer informações sobre anticoncepcionais e estimular o seu uso enfatizando só aspectos médicos como sua eficácia, sua iniquidade e sua facilidade de administração não são suficientes. Colocar contraceptivos à disposição e distribuí-los indiscriminadamente têm acontecido sem, contudo, obter bons resultados. Não resolve, portanto, ter o contraceptivo ideal se, na prática, ele não é utilizado.

Na conduta reprodutiva, estão implícitas representações culturais relacionadas, entre outras, com o corpo, a mulher, o homem, o casal, os filhos, a família, o trabalho, a sociedade. As atitudes e os valores manifestados em tal conduta originam-se e relacionam-se com as vivências e as mensagens recebidas durante todo o processo de socialização, o que ocorre antes mesmo de o indivíduo atingir sua capacidade reprodutora (Arango e Palacio-Garcia, 1992). Por esse motivo, a adolescência implica também um processo de elaboração de experiências e concepções que conduzem à formação de valores, opiniões, e representações que subsidiarão a construção de novos conhecimentos e procedimentos.

Ao entender, pois, que a objetivação da conduta humana não se dá exclusivamente por reflexo ou abstratamente por impulso e que, ao contrário, sustenta-se nas concepções, nos valores, nas identificações, nas opiniões, enfim, nas experiências anteriormente vivenciadas e elaboradas, torna-se fundamental ir em busca dessa base para a análise do comportamento das adolescentes e para entender as representações relacionadas com a sexualidade e a contracepção que influenciam e se manifestam nos seus comportamentos sexual e contraceptivo. Nesse processo, as jovens recebem forte influência do seu grupo de referência, do seu modo de agir e de sua maneira de manifestar, seus valores, saberes e normas. As jovens desejam ser aceitas e apoiadas por seus pares sociais para se sentirem estimadas e seguras. Por isso, acatam facilmente as pressões exercidas para que tenham ou não relações sexuais, usem ou não anticoncepcionais. (Levisky, 1979; Cavalcanti, 1990)

As adolescentes partilham muitos mitos e percepções equivocados, o que pode dificultar a aceitação da possibilidade de engravidar, ainda que pratiquem o sexo sem medidas preventivas da concepção. Algumas pensam que são muito jovens e que sua pouca idade agiria como um fator protetor contra a gravidez, ou acreditam que tanto elas como seus parceiros são estéreis ou que na primeira relação sexual a mulher não engravida.

Outras pensam que ter relações em determinadas posições - de pé, por exemplo - evita a gravidez. Há as que sustentam que a mulher que tem relação sexual sem sentir orgasmo ou a que tem relações só raramente não fica gestante. Por outro lado, os mitos e as crenças que acompanham o uso da pílula anticoncepcional são variados, entre eles o de que só é necessária no dia do contato sexual, pois a pílula se torna eficaz na hora em que é ingerida ou quando é tomada imediatamente antes do intercursos sexual. Quanto aos efeitos colaterais, a maioria deles já superados com as pílulas de última geração, ventilam-se os mais diversos: provocar depressão, varizes, diminuir o prazer sexual, levar à esterilidade e até induzir ao câncer. Esse conjunto de crenças é parcialmente sustentado pela ignorância sobre a fisiologia reprodutora e anticoncepcional. (Katchadourian, 1980; Kreutner, 1981; Braverman e Strasburger, 1989; Jay et al. 1989; Society for Adolescent Medicine Position Paper on Reproductive Health Care for Adolescents, 1991; Zabin et al., 1991; Munitz e Silber, 1992)

De acordo com Arango e Palacio-Garcia (1992), a tarefa educativa deve levar em consideração que a representação social tem um significado particular para o grupo que a acata, fazendo parte de seu modo de compreender a realidade, de elaborar suas relações sociais e de determinar sua maneira de comportar-se. Portanto, a concepção e a anticoncepção devem ser discutidas com uma visão global da sexualidade e contextualizadas na etapa de vida que a jovem está vivendo, no seu momento histórico e nas suas condições sócio-econômico-culturais específicas.

O especial interesse pelo tema da contracepção com um enfoque que considere também a opinião, os conceitos, os preconceitos e os valores das próprias adolescentes justifica-se devido à inexistência de pesquisas sobre essa temática específica no município de Goiânia (GO) e às ainda restritas pesquisas sobre a matéria no Brasil. Nesse enfoque amplo, em que a sexualidade é um componente fundamental do processo da adolescência, é necessário apreender o comportamento sexual conflitivo e contraditório e compreender, dessa maneira, a necessidade de alcançar o mundo interno, subjetivo das adolescentes, buscar as idéias e as opiniões que construíram socialmente e que exteriorizam através de condutas sexuais concretas, tentando, ainda, constatar, pelos seus posicionamentos, como compreendem o mundo real. Com essa finalidade, deve-se ainda investigar como atuam, apoiadas em suas experiências e nas mensagens recebidas, e como constróem seus conhecimentos em relação à contracepção. De uma maneira direta, o resultado da pesquisa trará subsídios para a ação

no atendimento das adolescentes que comparecem ao Hospital das Clínicas - HC - da UFG e na formação dos profissionais da área da saúde.

Uma análise que certamente auxilia no enfrentamento dessa problemática está relacionada com o universo das discussões das representações sociais. Ainda que não se busque acessar especificamente esse nível, é importante reconhecer as contribuições de um debate que está colocando em pauta a consideração de elementos subjetivos nos processos de objetivação social. É possível e necessário, portanto, apropriar-se e beneficiar-se das múltiplas e relevantes contribuições de autores fundamentais como Moscovici (1978, p. 26), para quem, em poucas palavras, a representação social é “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”. Compartilhada socialmente, a geração desse conhecimento resulta numa produção concomitantemente individual e social.

Segundo esse autor (ver capítulos: I e II), as representações sociais são próprias de nossa sociedade e de nossa cultura, sendo, portanto, fenômenos ativos, produtos de comportamentos e de relações com o meio ambiente, num processo que provoca mudanças recíprocas entre sujeito e ambiente. As representações sociais são elaboradas perante situações concretas do cotidiano e expressam as contradições e os conflitos dos diferentes grupos num determinado contexto histórico-social. Não são meras reproduções de comportamentos ou de relações com o meio, nem simples reações a estímulos externos. O que é recebido do exterior, ao ser representado, é remanejado, reconstruído de acordo com noções, valores e regras absorvidas que servirão de guias de comportamento.

A função principal das representações é transformar o que é estranho em familiar, ou, como expressa Moscovici *domar o desconhecido*. Quando um objeto externo penetra no campo de ação das adolescentes provoca instabilidade e apreensão. Para diminuir a intensidade desses sentimentos, o conteúdo estranho deve ser transferido para um conteúdo corrente, fazendo com que o que não pertence ao seu universo nele penetre. Ainda segundo Moscovici, o familiar deve transformar-se em inusitado e o inusitado em familiar, o externo em interno e o extraordinário em freqüente. Assim, as adolescentes, ao tornarem familiar a realidade estranha vivida coletivamente, constroem um conhecimento que transforma a realidade representada. Isso é esclarecido por Moscovici quando explica que as representações modificam o mundo, deixando-o como se pensa que ele é ou como deveria ser. Para tal, acrescentam-se elementos não existentes, eliminam-se ou alteram-se os já presentes, reunindo-se os elementos mais díspares, sem muita prudência. É o que as

adolescentes fazem quando constróem suas representações em relação aos métodos contraceptivos. De acordo com esse autor, isso revela que elas são criativas, que têm imaginação e vontade e que não são máquinas passivas que respondem a estímulos externos, registrando mensagens e obedecendo a aparelhos. Elas contêm em si o potencial de modificar o seu mundo.

As representações são excelentes fontes de matéria-prima se avaliadas criticamente, pois são apenas um retrato da realidade, um momento da verdade. Devido ao seu enorme potencial na maneira de conceber a realidade, as representações oferecem a oportunidade de tornar o indivíduo consciente, permitindo-lhe captar e refletir criticamente as contradições de sua vida na sociedade de classes e as representações que nela existem e que a sustentam. Resgatar o saber popular dando-lhe status de conhecimento válido e integrando-o, criticamente, ao saber científico, possibilitará atuar melhor na orientação de condutas preventivas relacionadas com o comportamento sexual das adolescentes.

Nesse sentido, objetiva-se, com o presente trabalho, analisar a temática da contracepção na perspectiva das adolescentes que freqüentam o HC da UFG, buscando as raízes interiorizadas do seu comportamento frente à sua própria sexualidade e ao uso da contracepção. Com esse estudo exploratório, pretende-se oferecer subsídios para repensar programas de educação sexual e planejamento familiar que apontem para a importância de acessar o universo valorativo mais amplo das adolescentes.

## 1.1 METODOLOGIA

A fim de obter as informações necessárias a essa pesquisa, considerou-se inicialmente a possibilidade de buscar as adolescentes em escolas da rede pública de Goiânia ou em entidades que realizassem trabalhos com jovens. Posteriormente, em razão do conhecimento e da inserção do nosso trabalho no HC da UFG, optou-se por realizar a pesquisa com adolescentes que freqüentam os ambulatórios de adolescência dessa instituição.

O HC representa somente um espaço estruturado onde foi buscada a amostra, não se pretendendo aqui realizar um estudo do funcionamento desse hospital. O HC foi considerado um espaço pertinente por possibilitar o acesso a uma demanda significativa e constante de adolescentes e porque oferece, entre outros serviços, atendimento e acompanhamento a adolescentes em ambulatórios específicos.

Ao prestar serviços gratuitos, o HC atende prioritariamente a uma população de baixo poder aquisitivo, o que seleciona a classe social da maioria das jovens que são atendidas nos ambulatórios.

Os ambulatórios desse hospital destinados às adolescentes são três: Ambulatório de Clínica Geral para adolescentes de ambos sexos, Ambulatório de Ginecologia e Ambulatório de Obstetrícia.

O Ambulatório de Clínica Geral está vinculado ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFG e faz parte do programa de ações assistenciais do Núcleo de Estudos e Coordenação de Ações para a Saúde do Adolescente - NECASA - Funciona às terças e quintas feiras, no período da manhã, nas dependências do Ambulatório de Pediatria. Nele comparecem adolescentes que procuram o hospital em função de problemas físicos de saúde e/ou de relacionamento familiar, dificuldades de aprendizado escolar, alterações de comportamento ou busca de orientações.

As adolescentes chegam ao ambulatório por iniciativa própria ou são encaminhadas por familiares, por outras jovens que já conhecem o local, por profissionais dos postos de saúde, de escolas, de igrejas e de outras instituições. A triagem também é feita a partir do atendimento realizado no Pronto Socorro ou por profissionais de outros setores do HC onde as adolescentes já foram assistidas alguma vez ou compareceram para marcar consulta.

O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional de assistentes sociais, enfermeiros, preceptores pediatras, residentes da Pediatria (médicos especializando-se em Pediatria), internos da Pediatria (alunos do 6º ano do curso de Medicina da UFG), nutricionistas, psicólogos, psicopedagogos, terapeutas de família e estagiários dos cursos de Serviço Social e Psicologia da Universidade Católica de Goiás.

No ambulatório de Clínica Geral, a dinâmica do atendimento começa com uma reunião dos adolescentes com assistentes sociais e/ou estagiários do curso de Psicologia. Os pais ou responsáveis participam de uma outra reunião e de uma entrevista posterior com assistentes sociais. Depois da reunião inicial, os adolescentes fazem a consulta médica. Ao final, são encaminhados, de acordo com a necessidade, para as diversas especialidades existentes no Ambulatório, tais como Nutrição, Psicologia, Psicopedagogia e Terapia Familiar.

Os Ambulatórios de Ginecologia e de Obstetrícia para adolescentes estão vinculados ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFG e também fazem parte do programa de ações assistenciais do NECASA, funcionando nas dependência

do Ambulatório Geral de Ginecologia e Obstetrícia às terças-feiras, no período da tarde, com atendimento exclusivo para adolescentes. A ele comparecem adolescentes para tratamentos preventivos ou já com problemas relacionados às suas especialidades. A triagem dessa clientela é feita pelo Ambulatório de Clínica Geral ou por outros setores de atendimento do HC da UFG, bem como pelos postos de saúde ou por orientação de outras pessoas que conhecem o serviço.

O atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar, constituída por assistentes sociais, enfermeiros, preceptores ginecologistas e obstetras, residentes da Ginecologia e Obstetrícia (médicos especializando-se em Ginecologia e Obstetrícia), nutricionistas, estagiários do curso de Nutrição da UFG e estagiários do curso de Psicologia da Universidade Católica de Goiás.

A dinâmica de atendimento desses ambulatórios é a seguinte: a primeira atividade, tanto das adolescentes que comparecem à Ginecologia como à Obstetrícia, consiste numa palestra com enfermeiros e assistentes sociais. Após, as jovens são entrevistadas de forma individual pelos assistentes sociais. A seguir, procede-se a uma consulta com o médico e o enfermeiro. Posteriormente, de acordo com a necessidade do caso, as adolescentes são encaminhadas para a Psicologia, sendo atendidas pelos estagiários dessa área, o que pode ocorrer no próprio NECASA.

Todas as pacientes da Obstetrícia são orientadas pelo nutricionista e as que se encontram no terceiro trimestre de gravidez são atendidas pelos estagiários de Psicologia.

### 1.1.1 SELEÇÃO DAS ADOLESCENTES PESQUISADAS

A pesquisa foi iniciada em março de 1996. Para determinar a quantidade da amostra, investigou-se o número de atendimentos realizados no ano anterior, que apresentou uma média quadrimestral de 111 casos.

TABELA 1. ATENDIMENTOS REALIZADOS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG 03/1995 a 02/1996

| QUADRIMESTRE | AMBULATÓRIOS |             |             | TOTAL |
|--------------|--------------|-------------|-------------|-------|
|              | GERAL        | GINECOLOGIA | OBSTETRÍCIA |       |
| 03/95-06/95  | 80-72%       | 18-16%      | 13-12%      | 111   |
| 07/95-10/95  | 78-65%       | 28-23%      | 14-13%      | 120   |
| 11/95-02/96  | 53-51%       | 28-27%      | 21-20%      | 102   |

Fonte: Serviço Social NECASA.

Após, foi determinado que o estudo seria realizado com 60 adolescentes, número que representava 54% da média quadrimestral de adolescentes atendidas no ano anterior ao da pesquisa.

Optou-se por trabalhar, em cada ambulatório, com grupos de adolescentes maiores e menores de 15 anos, com base na idade de início da atividade sexual das mulheres brasileiras que, de acordo com Souza (1991), ocorre por volta de dois anos após a primeira menstruação, cuja idade média, no Brasil, é de 12,6 anos (Colli, 1979). Essa estratificação por idade encontrou padronização em Brooks e Paikoff (1991), que definem como intercurso sexual precoce aquele que ocorre antes ou até os 15 anos de idade, o que facilita estudos comparativos e a avaliação dos fatores de risco associados à atividade sexual prematura.

A partir daí, considerando a idade, escolheram-se para a amostra, aleatoriamente, durante os meses de março, abril, maio e junho de 1996, 20 adolescentes (10 menores e 10 maiores de 15 anos) de cada um dos ambulatórios. Dessa forma, buscou-se contemplar as especificidades do trabalho oferecido no hospital.

No período investigado, consultaram-se, nos três ambulatórios em questão, 157 adolescentes do sexo feminino:

- 98 no Ambulatório Geral de Adolescência, 74 menores de 15 anos e 24 maiores de 15 anos;
- 34 adolescentes no Ambulatório de Ginecologia, 08 menores de 15 anos e 26 maiores de 15 anos;
- 25 adolescentes no Ambulatório de Obstetrícia, três menores de 15 anos e 22 maiores de 15 anos.

É habitual, no Ambulatório de Obstetrícia, o escasso fluxo de adolescentes menores de 15 anos, o que condiz com a média de 14,6 anos de idade para o início da atividade sexual das brasileiras (Souza, 1991). Como no período investigado só procuraram o ambulatório três adolescentes grávidas menores de 15 anos e não foi possível entrevistá-las, essa amostra não participa desse trabalho. Assim, a pesquisa foi realizada com 50 adolescentes, o que representa 45% da média quadrimestral de jovens atendidas no ano anterior ao da pesquisa e 31,8% do total das 157 jovens atendidas nos quatro meses da pesquisa.

### 1.1.2 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário fechado, elaborado entre o final de 1995 e o início de 1996. Esse instrumento, composto de 66 questões, foi elaborado a partir de bibliografia levantada, referência de trabalhos que pesquisaram adolescentes em situações diversas, nossa própria experiência profissional e discussão com profissionais envolvidos no trabalho com adolescentes. As 66 questões pretenderam apreender dimensões fundamentais da vivência das adolescentes, tais como idade cronológica, idade da primeira menstruação, raça, estado civil, religião, lugar de moradia, família, escolaridade, trabalho, utilização do tempo livre, uso de drogas lícitas e ilícitas, informação acerca de assuntos relacionados com sexualidade e contracepção, aspectos da vida sexual, conhecimentos acerca da prevenção da gravidez e das DST e opiniões a respeito de virgindade, comportamento sexual, uso de anticoncepcionais no sexo masculino e feminino e aborto. (ver questionário no Anexo)

A primeira versão do instrumento foi testada pela pesquisadora em 12 adolescentes atendidas nos ambulatórios do HC da UFG, procedendo-se às modificações relacionadas à inclusão, explicitação e detalhamento de questões.

### 1.1.3 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

As adolescentes foram abordadas enquanto aguardavam atendimento nos ambulatórios. Seguida à apresentação da pesquisadora a cada adolescente, como médica e professora da Faculdade de Medicina, e do objetivo da pesquisa a realizar-se, explicava-se a importância de a jovem colaborar de forma anônima e voluntária. A receptividade foi muito grande, e por isso, constituir a amostra não ofereceu dificuldade.

As adolescentes que concordaram em participar do estudo foram acomodadas em ambientes privativos separados, e receberam esclarecimentos mais detalhados sobre o objetivo da pesquisa e sobre os assuntos a serem investigados. A seguir, foram-lhes entregues os questionários, explicadas as possíveis dúvidas, e estipulada a inexistência de tempo predeterminado para cada resposta. As adolescentes demoraram em média, 40 minutos para responder o questionário completo.

#### 1.1.4 ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

A codificação inicial do material coletado foi feita manualmente, o que permitiu, inclusive, a avaliação da coerência interna do questionário. Depois da pré-análise, foi possível, consoante os objetivos propostos na pesquisa, identificar adolescentes sem experiência sexual, adolescentes com experiência sexual e ainda adolescentes com experiência de gravidez. Ao considerar a importância da experiência sexual como uma mediação significativa na opinião, na valoração e na atitude frente à contracepção, procedeu-se à análise dos dados a partir dessa experiência. É interessante observar que esse recorte somente poderia ser feito após a aplicação dos questionários, uma vez que só o ambulatório de Obstetria seleciona, por si, a experiência sexual. A partir daí, dividiram-se, as adolescentes em grupos: sem experiência sexual, com experiência sexual e com experiência de gravidez. A composição desses grupos foi, portanto, realizada *a posteriori* para efeito de análise dos dados e indica internamente uma coerência que é confirmada na realidade.

A exposição do percurso da pesquisa e de seus resultados apresenta e analisa, na primeira parte, as características pessoais e familiares das adolescentes, suas informações sobre sexualidade e contracepção, as fontes dessas informações e os comportamentos dessas jovens quanto à vida sexual e ao uso dos métodos anticoncepcionais. Na segunda parte, é feita uma avaliação dos conhecimentos das adolescentes sobre os principais métodos anticoncepcionais e de prevenção das DST. A seguir, são expostos e analisados seus posicionamentos acerca de concepções que expressam opiniões e valores referentes à sexualidade e contracepção. Na conclusão, considerando as características dos três grupos de adolescentes pesquisadas, é discutida a importância de uma educação sexual realmente formadora.

Durante as análises, tecem-se ainda comentários acerca de pesquisas nacionais e estrangeiras, com o propósito de enfatizar a universalidade dos componentes biológicos e as diversas formas de expressão do processo da adolescência, segundo as variadas contingências sócio-econômico-culturais

## 2 EXPOSIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

### 2.1 IDENTIFICAÇÃO DAS ADOLESCENTES PESQUISADAS

A partir dos questionários, foram caracterizadas as adolescentes de acordo com: idade cronológica, idade da primeira menstruação, raça, estado civil, religião, lugar de moradia, pessoas com quem moram, estado civil dos pais, número de irmãos, escolaridade, trabalho, utilização do tempo livre, uso de álcool, cigarro e outras drogas. A seguir, foram investigadas as informações recebidas pelas adolescentes sobre a sexualidade e os principais métodos anticoncepcionais, os assuntos referentes às informações e suas fontes (pessoas, escola e meios de comunicação de massa) e a opinião dessas adolescentes sobre o sexo como tema de conversação. Foi estudada também a vida sexual das adolescentes, seu comportamento quanto à masturbação, a primeira relação sexual, idade, parceiro, possível uso de contracepção, pessoa(s) que indicou(aram) o método anticoncepcional usado, ou o motivo pelo qual não foi utilizada contracepção, os sentimentos após a primeira relação sexual, as relações sexuais subseqüentes, o número de parceiros, a freqüência, o possível uso regular de métodos anticoncepcionais e a(s) pessoa(s) que indicaram o(s) método(s). Finalmente, foram avaliadas a(s) gravidez(es) e os prováveis abortos. A apresentação e a análise separada desses dados permitem recuperar a significação dos grupos investigados na sua singularidade e na sua universalidade.

#### Idade Cronológica

As adolescentes estão se tornando sexualmente ativas em idade cada vez mais precoce nos diferentes países, assim como no Brasil. O início sexual antes dos 16 anos de idade foi constatado em 31,6% das moças da Cidade de Guatemala (Herold et al., 1988) e em 23,6% das moças da Cidade de México (Morris et al., 1988). A idade média da primeira relação sexual no sexo feminino foi 16,6 anos na Costa Rica e 17 anos na Cidade de México (Morris, 1988). Em Uganda, esta idade média foi de 15,5 anos (Agyei e Epema, 1992) e no Chile de 15,6 anos (Fuentes e Lobos Gaete, 1994). No Brasil, 15% das adolescentes do Rio de Janeiro e Recife e 10% das de Curitiba tiveram sua primeira relação sexual com

menos de 15 anos de idade. Antes dos 18 anos, 62% das adolescentes do Rio e Recife e 55% das de Curitiba já tinham experiência sexual. (BENFAM, 1992)

TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO POR IDADE DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO. 1996

| IDADE<br>CRONOLÓGICA | Sem experiência<br>sexual |       | Com experiência<br>sexual sem gravidez |       | Com experiência<br>de gravidez |       | TOTAL<br>Nº |
|----------------------|---------------------------|-------|--|-------|--------------------------------|-------|-------------|
|                      | Nº                        | %     | Nº                                     | %     | Nº                             | %     |             |
| 10 - 14 ANOS         | 18                        | 64,3  | 02                                     | 25,0  | ---                            | ---   | 20          |
| 15 - 18 ANOS         | 10                        | 35,7  | 06                                     | 75,0  | 14                             | 100,0 | 30          |
| TOTAL                | 28                        | 100,0 | 08                                     | 100,0 | 14                             | 100,0 | 50          |

A configuração apontada na tabela 2 está de acordo com o início prematuro da atividade sexual que, segundo Souza (1991), acontece aproximadamente dois anos após a primeira menstruação e cuja idade média no Brasil é de 12,6 anos (Colli, 1979). Os riscos da gravidez pré-conjugal estão relacionados, entre outros fatores, com a idade na qual a mulher se torna ativa sexualmente. Quanto mais jovem é uma adolescente menos probabilidade terá de fazer uso de uma contracepção adequada, o que conduz, com frequência, a uma gravidez indesejada. (Rickert et al., 1990; Gonçalves, 1991; Silber, 1996)

Durante o período da pesquisa, no ambulatório de Obstetria só se consultaram três adolescentes menores de 15 anos. O baixo comparecimento de adolescentes dessa idade naquele lugar está coerente com a época do início sexual.

### Idade da Primeira Menstruação (menarca)

A maturação sexual que conduz à capacidade reprodutora acontece durante a puberdade, denominação que recebe o conjunto de modificações biológicas que fazem parte do processo da adolescência. A menarca é um dos primeiros e mais importantes componentes da puberdade feminina. É sabido que a mulher está em condições de procriar após apresentar a menarca. O adolescente moderno caracteriza-se por um amadurecimento sexual em idades mais precoces do que acontecia há algumas décadas atrás. Nas adolescentes, isto é fácil de comprovar através do aparecimento da primeira menstruação, que constitui um excelente sinal para avaliar a maturidade sexual feminina. (Jara e Molina, 1993)

TABELA 3. IDADE DA PRIMEIRA MENSTRUÇÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG, GOIÂNIA / GO, 1996

| IDADE DA 1ª MENSTRUÇÃO | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL N° |
|------------------------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|----------|
|                        | N°                     | %    | N°                                  | %     | N°                          | %     |          |
| 11 ANOS                | 03                     | 10,7 | 03                                  | 37,5  | 02                          | 14,3  | 08       |
| 12 ANOS                | 11                     | 39,3 | 03                                  | 37,5  | 05                          | 35,7  | 19       |
| 13 ANOS                | 05                     | 17,8 | 01                                  | 12,5  | 05                          | 35,7  | 11       |
| 14 ANOS                | 03                     | 10,7 | 01                                  | 12,5  | 02                          | 14,3  | 06       |
| 15 ANOS                | 01                     | 3,6  | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | 01       |
| NÃO SE APLICA          | 05                     | 17,8 | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | 05       |
| TOTAL                  | 28                     | 99,9 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50       |

Só no grupo sem experiência sexual vão ser encontradas adolescentes que ainda não menstruaram. Isso é compreensível pelo fato de a maioria das adolescentes desse grupo ter menos de 15 anos. A idade média da menarca é de 12,5 anos nos grupos sem experiência sexual e com experiência de gravidez e de 12 anos no grupo com experiência sexual e sem gravidez. No total das adolescentes estudadas, a idade média da menarca é de 12,3 anos.<sup>1</sup>

A idade média da menarca na população de Santo André (SP) foi de 12,6 anos, segundo Colli (1979). Essa é a referência que se utiliza no Brasil por ser a única disponível, resultado de uma pesquisa feita com metodologia apropriada. Pesquisas com adolescentes grávidas revelaram para a menarca em Franca (S P), uma idade média de 12 anos (Taquete, 1992); em Belém (PA), de 12,5 anos (Costa; Pinho, 1993) e em Goiânia (GO) de 12,5 anos. (Guimarães, 1993)

A evolução do desenvolvimento bio-psico-sexual tem se dissociado de forma progressiva. O amadurecimento sexual precoce, evidenciado pelo adiantamento da menarca, implica o aumento do impulso que condiciona condutas de procura de prazer sexual, levando à possibilidade de ser mãe muito cedo. Em contrapartida, o amadurecimento psicossocial é cada vez mais difícil de ser atingido nas últimas décadas. A urbanização crescente da sociedade industrial e tecnológica exige, nos países desenvolvidos e também naqueles em desenvolvimento, maior preparo para a capacitação profissional, o que significa

<sup>1</sup> Nos últimos 150 anos, nos países industrializados da Europa, a idade da menarca decresceu de dois a três meses a cada 10 anos. Uma tendência parecida é observada nos EUA, nos últimos 100 anos (Bobadilla e Burgos, 1988). A tendência a menarca mais precoce parece universal, embora atualmente, em alguns países, a época desse acontecimento esteja estabilizada. Nos EUA, em torno dos 12,1 anos (Kreutner, 1981; Solari, 1988; Davis, 1989; Souza, 1991). No Chile, entre 1940 e 1971, o adiantamento da primeira menstruação foi de 3,5 meses por decênio. Na capital desse país, num estudo com adolescentes que deram à luz com menos de 16 anos, a idade média da menarca foi de 12,2 anos, inferior a 12,7 anos de idade, média geral do país para esse processo fisiológico. (Dois Castellon e Ribes Langevin, 1993)

uma educação formal prolongada que posterga ainda mais a emancipação necessária para entrar na vida adulta. (Solari, 1988)

A adolescente dos dias de hoje depara-se com uma realidade caracterizada por um amadurecimento biológico precoce associado a uma prorrogação nas possibilidades de uma vida sexual socialmente aceita. Porém é bombardeada por estímulos psico-sexuais através dos meios de comunicação de massa. Os modelos familiares nem sempre são adequados e a educação sexual é precária, pois, na sociedade contraditória em que se vive, predomina o tabu sobre tudo o que se relaciona com o sexo.

Nessas circunstâncias, é facilmente compreensível que um amadurecimento biológico não coincidente com o amadurecimento cognitivo e emocional represente um fator de risco para uma iniciação sexual prematura e sem proteção anticoncepcional correta. As jovens que apresentam a puberdade mais cedo em relação à média têm maior tendência a relacionamentos sexuais precoces, explica Molina (1988). Essa probabilidade envolve também o perigo de engajamento no uso de álcool, de fumo e de drogas, comportamentos de risco que tendem a manifestar-se associados. (Orr et al., 1991; Millstein et al., 1992)

## Raça

Diversos autores têm estudado a influência da raça no comportamento sexual das adolescentes. Nos EUA, segundo Katchadourian (1980), estudos comparativos em 1971 e em 1976 demonstraram, para a faixa dos 15 aos 19 anos, um aumento de 31% da prática sexual pré-marital entre as adolescentes brancas e de 63% entre as negras. Aos 19 anos, o aumento para as brancas foi de 49% e para as negras de 84%. Davis (1989) afirma que os estudos dos fatores de risco para a atividade sexual precoce associados ao indivíduo revelam que os meninos negros de ambos os sexos iniciam-se sexualmente, em média, dois anos antes que os brancos. Por outro lado, a tendência a praticar sexo antes do casamento é duas vezes maior nas adolescentes negras em relação às brancas. O mesmo autor acrescenta que, nos EUA, entre 1959 e 1983, o número de famílias chefiadas por mães solteiras dobrou e que essa modificação foi mais acentuada entre as americanas negras. Na década de 1980, 14% da população feminina adolescente estava constituída por negras, responsáveis por 46% de todos os nascimentos de filhos de mulheres de 15 a 19 anos de idade. Em 1986, mais da metade das crianças negras vivia em lares de mães solteiras. Em 1987, a taxa de gravidez na adolescência entre as negras era duas vezes maior que entre as brancas.

(Society for Adolescent Medicine Position Paper on Reproductive Health Care for Adolescent, 1991)

Os fatores de risco raciais e sócio-econômicos para a atividade sexual precoce estão intimamente relacionados, sendo difícil estabelecer qual é o mais importante. É aceito quase unanimemente que a dificuldade econômica duradoura e a falta de projeto de vida associam-se à gravidez precoce. A pesquisa de Farber (1994), que avaliou a percepção do risco de gravidez de acordo com a classe social e a raça, indicou diferença só em relação à primeira.

TABELA 4. DISTRIBUIÇÃO POR RAÇA DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO. 1996

| RAÇA    | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL<br>Nº |
|---------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------|
|         | Nº                     | %    | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |             |
| BRANCA  | 16                     | 57,1 | 04                                  | 50,0  | 09                          | 64,3  | 29          |
| MULATA  | 08                     | 28,6 | 04                                  | 50,0  | 04                          | 28,6  | 16          |
| NEGRA   | 02                     | 7,1  | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | 02          |
| AMARELA | 02                     | 7,1  | ---                                 | ---   | 01                          | 7,1   | 03          |
| TOTAL   | 28                     | 99,9 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50          |

Nos três grupos, predominam as adolescentes brancas e, como as adolescentes estudadas pertencem às classes sociais menos favorecidas, não é viável estabelecer alguma relação entre a raça, o início sexual prematuro e a gravidez na adolescência; é possível que seja a classe social, mais do que a raça, que fundamente a diferença.

### Estado Civil

Dados demográficos brasileiros revelaram, no censo de 1970, que a percentagem de mulheres entre 15 e 19 anos que alguma vez esteve em união foi de 12,7%, subindo para 15% no censo de 1980, tanto em áreas urbanas como em rurais. Na região metropolitana de São Paulo, esse aumento, na mesma faixa etária, foi mais evidente, passando de 9,5 % em 1970 para 15,7 % em 1980. Em 1986, as uniões, tanto sob a forma de casamento como sob a de uniões consensuais, permaneceram constantes, num nível de 14,8%. (Henriques et al., 1989)

O percentual e o tipo de união entre adolescentes variam de acordo com a região do país. Em 1984, uma em cada quatro adolescentes do sul (15%) e uma em cada três da região Central (17,4%) estavam em união do tipo consensual. Na região Norte, 13,6%

estavam em união, sendo a metade do tipo consensual.<sup>2</sup> Em Goiânia, a idade média dos casamentos civis em 1980 era de 22 anos, não existindo dados sobre as uniões consensuais. (IBGE, 1980)

TABELA 5. ESTADO CIVIL DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| ESTADO CIVIL     | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL N° |
|------------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|----------|
|                  | N°                     | %     | N°                                  | %     | N°                          | %    |          |
| SOLTEIRAS        | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 06                          | 42,8 | 42       |
| CASADAS          | ---                    | ---   | ---                                 | ---   | 05                          | 35,7 | 05       |
| UNIÃO CONSENSUAL | ---                    | ---   | ---                                 | ---   | 03                          | 21,4 | 03       |
| TOTAL            | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50       |

As adolescentes sem experiência de gravidez são todas solteiras. A maioria das adolescentes com experiência de gravidez está em união com o marido ou com o companheiro. Nenhuma das adolescentes estudadas está separada.

Todas as adolescentes do grupo com experiência de gravidez tinham mais de 15 anos, já que no período pesquisado, no ambulatório de Obstetrícia, não foi possível constituir o grupo com menos de 15 anos. A idade, somada à ocorrência de gravidez entre as adolescentes desse grupo, contribui para o seu estado civil. 57,1% estavam em algum tipo de união, comprovando o que a literatura afim relata: a maioria dos filhos de adolescentes nascem dentro de algum tipo de união.

A gravidez precoce é, com frequência, responsável pela precipitação da co-habitação ou do casamento com os seus parceiros.<sup>3</sup>

No estudo de Guimarães (1993), também há diferenças quanto ao estado civil: 89,3% das adolescentes que nunca haviam engravidado eram solteiras e só 30% das que engravidaram permaneceram nesse estado civil na época do parto.

<sup>2</sup> A idade média para o casamento difere em vários países, sendo muito prematura em alguns: na República Árabe do Yemem, 16,9 anos (1979); na Jamaica, 16,8 anos (1983) e, no Senegal, 17,7 anos (1978-1979), segundo Senderowitz e Paxman (1985), Who (1986), Population Reports (1987). Entre os países da África, Mali é o que apresentou os casamentos mais precoces, com uma idade média de 15,7 anos (Traoré et al. 1989). A idade média de casamento na América Latina é de 20,5 anos (Maddaleno e Suárez Ojeda, 1995). No Brasil, a idade média para o casamento em 1980, era de 22,2 anos na região Nordeste e, em 1981, de 21,7 anos na região Sul (Population Reports, 1987). Em 1985, dos casamentos registrados envolvendo adolescentes do sexo feminino, 6839 ocorreram com menores de 15 anos e 314.611 com moças de 15 a 19 anos. (Takuiti, 1991)

<sup>3</sup> Na Venezuela, González de Arteaga; Szczedrin (1987) estudaram 90 adolescentes grávidas. Entre elas, 43,3% deram como razão para estarem em união com seu parceiro o fato de a gestação não ter sido planejada.

Teoricamente, como consequência das conquistas sociais do mundo moderno, que oferece melhores oportunidades de estudo e de realização pessoal, poder-se-ia esperar uma postergação da idade do matrimônio ou de outro tipo de união. Os dados das pesquisas estrangeiras e nacionais mencionadas e os da presente pesquisa mostram o contrário, o que induz à idéia de que, atualmente, grande parte da população adolescente feminina, tanto brasileira quanto de outros países em desenvolvimento, em geral possui expectativas de vida limitadas, não vislumbrando outras alternativas além do casamento e da maternidade. O meio social e o padrão cultural ao qual pertencem só lhes apresenta, como papéis relevantes, ser mãe e dona-de-casa. Por esse motivo, as adolescentes não consideram vantajoso adiar a vivência de tais papéis.

Assim, é possível que grande parte das adolescentes dos países em desenvolvimento perceba a maternidade como o único meio de construir sua identidade feminina, e a gravidez aparece como modo de afirmação de sua condição de mulher, pois essas jovens não dispõem de benefícios que possibilitem dar continuidade aos seus estudos e à sua capacitação profissional, condição fundamental para a sua inserção no mercado de trabalho e para a elaboração de um projeto de vida que lhes permita uma maior independência e autonomia.

A constatação das altas percentagens de adolescentes casadas ou em união consensual, tal como no caso da presente pesquisa, merece atenção. Estudos registram que o destino dos relacionamentos formalizados prematuramente, com freqüência forçados por uma gravidez intempestiva, é pior do que o das uniões concretizadas em uma idade de maior amadurecimento. Conforme Correa e Coates (1993), as uniões realizadas antes dos 20 anos de idade têm três ou quatro vezes mais possibilidades de acabarem em separação do que aquelas que acontecem após os 20 anos de idade. Há uma relação direta entre casamento prematuro, instabilidade na relação e uma posterior separação.

Para compreender melhor essa situação, é necessário ter em mente as consequências sociais negativas que, geralmente, se associam ao casamento precoce, dentre elas a interrupção da educação formal e profissional, as responsabilidades familiares e econômicas e a restrição das diversões próprias dessa fase da vida, tudo isso numa idade em que a maturidade psicossocial ainda não se completou. Verifica-se também que, com freqüência, as mulheres que começam a constituir suas famílias na adolescência têm proles maiores se comparadas às que iniciam a formação de suas famílias após os 20 anos de idade, fato agravante das dificuldades psicológicas e sócio-econômicas que geralmente acompanham os

integrantes dos lares das adolescentes, principalmente se esses lares forem desfeitos. Várias pesquisas atestam que os filhos desses casais estão expostos a sérias conseqüências bio-psico-sociais imediatas e futuras. (Florenzano, 1988; Davis, 1989; Stephenson, 1989; Molina, 1991; Takuiti, 1991; Monroy, 1992; Fuentes e Lobos Gaete, 1994)

Pelas razões expostas, o estado civil - casada ou união consensual - deve ser incluído entre os fatores de risco ao se estudarem a sexualidade e a gravidez na adolescência, especialmente em nossa cultura, que considera a maternidade fundamentalmente marital.

## Religião

A vinculação religiosa tem sido investigada como um dos fatores que influenciam o comportamento sexual e o uso de anticoncepcionais por parte das jovens. Há estudos que assinalam a religiosidade como um facilitador do comportamento tradicional, que se ajusta às normas sociais (Cole et al., 1975). Freqüentar a igreja seria um indicador da exposição das jovens a influências que desaprovam a atividade sexual pré-conjugal, agindo como um mecanismo que ajuda a adiar o início de tal atividade. Ao estudar os comportamentos de risco das adolescentes, Jay et al. (1989) comprovaram que o início precoce da atividade sexual estava relacionado, entre outros fatores, a uma menor prática religiosa.

O estudo realizado por Cole et al. (1975) sobre a conduta sexual das estudantes universitárias australianas constatou que a educação rigorosa e a prática religiosa ajudavam a postergar o início da atividade sexual. Entretanto, quando as estudantes já tinham vida sexual e utilizavam anticoncepcionais, não sofriam interferências de fatores religiosos. Essa mesma pesquisa conclui que há uma relação inversa entre atividade sexual pré-conjugal e afinidade religiosa.

DuRant e Sanders (1989) confirmaram essa relação inversa de forma mais evidente entre as adolescentes brancas, quando comparadas com as negras. Estudos posteriores realizados por DuRant et al. (1990), que investigaram a prática de métodos anticoncepcionais entre adolescentes hispânicas, demonstraram que a freqüência à igreja influenciava positivamente na adesão a esses métodos.

TABELA 6. RELIGIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| RELIGIÃO   | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|            | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
| CATÓLICA   | 22                     | 78,5  | 05                                  | 62,5  | 10                          | 71,4 | 37          |
| EVANGÉLICA | 04                     | 14,3  | 01                                  | 12,5  | 02                          | 14,3 | 07          |
| ESPÍRITA   | 01                     | 3,6   | ---                                 | ---   | 01                          | 7,1  | 02          |
| NENHUMA    | 01                     | 3,6   | 02                                  | 25,0  | 01                          | 7,1  | 04          |
| TOTAL      | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50          |

TABELA 7. COMPARECIMENTO À IGREJA DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| COMPARECIMENTO À IGREJA | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|-------------------------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|                         | Nº                     | %    | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
| DIARIAMENTE             | 08                     | 28,6 | 02                                  | 25,0  | 03                          | 21,4 | 13          |
| 1 VEZ / SEMANA          | 12                     | 42,8 | 03                                  | 37,5  | 07                          | 50,0 | 22          |
| 1-2 VEZES / MÊS         | 06                     | 21,4 | 02                                  | 25,0  | 01                          | 7,1  | 09          |
| RARAMENTE               | 02                     | 7,1  | 01                                  | 12,5  | 02                          | 14,3 | 05          |
| NUNCA                   | ---                    | ---  | ---                                 | ---   | 01                          | 7,1  | 01          |
| TOTAL                   | 28                     | 99,9 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50          |

Nas tabelas 6 e 7, verifica-se que a maioria das adolescentes dos três grupos pesquisados adota alguma religião e comparece à igreja com frequência. Portanto, não existe diferença relevante, quanto à religiosidade, entre as adolescentes com e sem experiência sexual. A única disparidade aparece no grupo de jovens com experiência sexual e sem gravidez, no qual 25% declaram não pertencer a nenhuma religião. Mesmo assim, todas afirmaram que freqüentavam a igreja, o que não permite a essa pesquisa relacionar a prática religiosa à iniciação sexual ou à ocorrência de gravidez entre as adolescentes.<sup>4</sup>

### Lugar de Moradia

Segundo Monroy (1995), estudos antropológicos têm demonstrado que ocorre uma significativa diferenciação entre os indivíduos a partir da cultura em que são socializados, principalmente, entre outros aspectos, em relação aos limites impostos aos jovens e aos condicionamentos sociais em geral, o que justifica a importância de se conhecer a procedência urbana ou rural das adolescentes.

Nas grandes cidades, os adolescentes têm inúmeras e variadas alternativas para escolher o seu modo de vida, havendo também mais oportunidades para uma vida social informal.

<sup>4</sup> Na pesquisa realizada por Kantner e Zelnik (1972) nos Estados Unidos, também não foi possível constatar diferenças no comportamento sexual de jovens de diversas religiões, com exceção das pertencentes ao protestantismo fundamentalista, que apresentaram a menor incidência de experiência sexual.

Além disso, os meios de comunicação de massa são mais acessíveis e têm maior penetração nos lares, estimulando continuamente condutas e atitudes sexuais mais liberais, o que leva os mecanismos tradicionais de repressão da sexualidade dos adolescentes a exercerem menos impacto, permitindo a esses jovens gozarem de mais liberdade, sofrerem menos pressões familiares e sociais e facilitando as possibilidades de encontros sem a supervisão tradicional.

Nas cidades, existe também mais informação e, portanto, de um lado, mais acesso aos métodos de controle da natalidade e de outro, uma falsa segurança, que muitas vezes se traduz no mal uso dessas medidas preventivas. Outros fatores das zonas urbanas que, contribuem para as condutas de risco na área sexual são o consumo de álcool e o uso de drogas.<sup>5</sup>

No meio rural, as possibilidades de exposição aos fatores de risco mencionados são bem mais restritas. A cultura é mais homogênea, o que condiciona comportamentos mais ajustados às normas sociais tradicionais. Isso somado a uma menor exposição às influências de fora, além de expectativas e oportunidades de escolha mais limitadas, que favorecem atitudes mais previsíveis entre os adolescentes. (Luengo, 1991)

TABELA 8. MORADIA EM GOIÂNIA DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| MORADIA EM GOIÂNIA | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL N° |
|--------------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|----------|
|                    | N°                     | %     | N°                                  | %     | N°                          | %     |          |
| SIM                | 25                     | 89,3  | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 47       |
| NÃO                | 03                     | 10,7  | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | 03       |
| TOTAL              | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50       |

TABELA 9. TEMPO DE MORADIA EM GOIÂNIA DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996.

| TEMPO DE MORADIA | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL N° |
|------------------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|----------|
|                  | N°                     | %    | N°                                  | %     | N°                          | %    |          |
| MENOS DE 1 ANO   | 01                     | 3,6  | 01                                  | 12,5  | 02                          | 14,3 | 04       |
| 1- 4 ANOS        | 03                     | 10,7 | 01                                  | 12,5  | 01                          | 7,1  | 05       |
| MAIS DE 5 ANOS   | 05                     | 17,8 | 01                                  | 12,5  | 03                          | 21,4 | 09       |
| DESDE NASCIMENTO | 16                     | 57,1 | 05                                  | 62,5  | 08                          | 57,1 | 29       |
| NÃO SE APLICA    | 03                     | 10,7 | ---                                 | ---   | ---                         | ---  | 03       |
| TOTAL            | 28                     | 99,9 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50       |

<sup>5</sup> Vários estudos demonstram que existe uma relação entre o início sexual prematuro e sem anticoncepção correta com outros comportamentos de risco como o de fazer uso dessas substâncias. (Orr et al., 1991; Millstein et al., 1992)

A maioria das adolescentes dos três grupos mora em Goiânia há mais de cinco anos, o que caracteriza uma população sujeita a estímulos eminentemente urbanos.

### Pessoas com quem Moram as Adolescentes

O contexto familiar tem um papel relevante em relação à época de início da atividade sexual das adolescentes. As moças pertencentes a lares chefiados pela mãe tendem a praticar sexo prematuramente. Por sua vez, as mulheres que começaram sua vida sexual muito jovens ou aquelas que engravidaram ainda adolescentes têm mais probabilidades de terem filhas que se tornarão sexualmente ativas mais precocemente e que poderão ficar grávidas no período da adolescência. (Davis, 1989; Molina et al., 1991; Jara e Molina, 1993)

Várias publicações comentam sobre o aumento da atividade sexual prematura e os riscos concomitantes de uma gravidez em adolescentes que vivem fora do lar, que pertencem a famílias desarmônicas e com pais separados ou em relacionamento conflitante. Nesses casos, freqüentemente, as oportunidades de contato e comunicação com os pais são poucas e de má qualidade, interferindo na apresentação de um modelo parental adequado, dificultando a transmissão de conhecimentos, conceitos e valores e gerando carência afetiva. (Casper, 1990; Jara e Molina, 1993)<sup>6</sup>

Os motivos mencionados foram encontrados entre as adolescentes grávidas estudadas em Franca (SP) por Taquete (1992).

A gravidez na adolescência pode ser um mecanismo de compensação perante a perda real ou simbólica de um dos pais, uma maneira de substituir o genitor ausente. A gravidez pode, às vezes, ser buscada conscientemente como resposta à falta de carinho, de afeto e de comunicação, uma forma de afastar o sofrimento e a solidão. (Osofsky e Osofsky, 1978)<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Os conflitos familiares aparecem como fatores que facilitam a gravidez na adolescência em vários estudos. Em Santiago do Chile, pesquisa para investigar os fatores familiares associados à prática sexual precoce revelou, entre 259 estudantes do sexo feminino, a relação familiar instável como um fator importante (Mena et al., 1993). Em outras pesquisas, também em Santiago do Chile, 104 adolescentes foram inquiridas sobre os motivos que as conduziram à gravidez e 36,6% apontaram como causa falta de afeto e problemas familiares. (Fuentes e Lobos Gaete, 1994)

<sup>7</sup> No Centro de Medicina Reprodutiva do Adolescente do HC da Universidade do Chile, foi realizado um estudo com 300 adolescentes grávidas solteiras. A maioria pertencia a famílias pouco estáveis em que a mãe tinha de trabalhar fora do lar para sustentar os filhos, não tendo condições de cuidar deles adequadamente. Das jovens que faziam parte de famílias com esses problemas, 75% não moravam com ambos os pais, mesmo considerando que apenas 1,3% eram casadas. (González, 1991)

Steimberg (1989) assinala que mudanças na estrutura familiar, decorrentes do aumento do número de divórcios, favorecem maior permissividade, com menor supervisão dos pais, facilitando a permanência das jovens fora do lar e contribuindo para a iniciação sexual precoce das adolescentes. Marques e Ebrahim (1991) também concluem que o controle familiar exerce um papel protetor importante na prevenção da gravidez entre as adolescentes.

É considerado, ainda, como fator de risco para o início sexual prematuro e a gravidez na adolescência fazer parte de famílias numerosas, com mais de cinco filhos, principalmente nos níveis sócio-econômicos inferiores. Esse tipo de situação contribui para que os filhos não sejam supridos e atendidos adequadamente em suas necessidades físicas e emocionais, o que gera condições que propiciam a procura de compensações materiais e afetivas fora do lar. Essa procura, em muitas oportunidades, pode culminar num comportamento sexual arriscado que, não raras vezes, resulta em gravidez, e pode se caracterizar como uma maneira inconsciente ou consciente de buscar e garantir carinho. (Taquete, 1992; Jara e Molina, 1993; Fuentes e Lobos Gaete, 1994)

Os dados das tabelas 10, 11 e 12 mostram a composição do grupo familiar, o estado civil dos pais e o número de irmãos das adolescentes pesquisadas.

TABELA 10. PESSOAS COM QUEM MORAM AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO. 1996

| PESSOAS COM QUEM MORAM               | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL |     |
|--------------------------------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------|-----|
|                                      | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %    | Nº    | %   |
| Mãe / pai / irmãos e / outros        | 20                     | 71,4  | 03                                  | 37,5  | 03                          | 21,4 | 26    | 52  |
| Mãe / padrasto / irmãos e /ou outros | 01                     | 3,6   | 02                                  | 25,0  | 01                          | 7,1  | 04    | 08  |
| Mãe / irmãos / outros                | 01                     | 3,6   | 01                                  | 12,5  | 01                          | 7,1  | 03    | 06  |
| Pai / irmãos / outros                | 03                     | 10,7  | ---                                 | ---   | ---                         | ---  | 03    | 06  |
| Só mãe                               | 02                     | 7,1   | ---                                 | ---   | ---                         | ---  | 02    | 04  |
| Só irmãos                            | ---                    | ---   | 02                                  | 25,0  | ---                         | ---  | 02    | 04  |
| Marido ou companheiro                | ---                    | ---   | ---                                 | ---   | 09                          | 64,3 | 09    | 18  |
| Outros                               | 01                     | 3,6   | ---                                 | ---   | ---                         | ---  | 01    | 02  |
| TOTAL                                | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50    | 100 |

TABELA 11. ESTADO CIVIL DOS PAIS DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| ESTADO CIVIL DOS PAIS | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL N° |
|-----------------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|----------|
|                       | N°                     | %     | N°                                  | %     | N°                          | %     |          |
| CASADOS               | 20                     | 71,4  | 04                                  | 50,0  | 08                          | 57,1  | 32       |
| SEPARADOS/DIVORCIADOS | 06                     | 21,4  | 01                                  | 12,5  | 04                          | 28,6  | 11       |
| UNIÃO CONSENSUAL      | ---                    | ---   | ---                                 | ---   | 02                          | 14,3  | 02       |
| MÃE VIÚVA             | ---                    | ---   | 03                                  | 37,5  | ---                         | ---   | 03       |
| PAI VIÚVO             | 01                     | 3,6   | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | 01       |
| PAIS MORTOS           | 01                     | 3,6   | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | 01       |
| TOTAL                 | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50       |

TABELA 12. NÚMERO DE IRMÃOS DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIO DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| NÚMERO DE IRMÃOS | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL N° |
|------------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|----------|
|                  | N°                     | %     | N°                                  | %     | N°                          | %    |          |
| 1 - 3            | 20                     | 71,4  | 05                                  | 62,5  | 08                          | 57,1 | 33       |
| 4 - 5            | 03                     | 10,7  | ---                                 | ---   | 01                          | 7,1  | 04       |
| MAIS DE 5        | 01                     | 3,6   | 02                                  | 25,0  | 04                          | 28,6 | 07       |
| NENHUM           | 03                     | 10,7  | 01                                  | 12,5  | ---                         | ---  | 04       |
| NÃO RESPONDEU    | 01                     | 3,6   | ---                                 | ---   | 01                          | 7,1  | 02       |
| TOTAL            | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50       |

Com a finalidade de avaliar, nos três grupos pesquisados, os fatores familiares que, de acordo com a literatura e com os resultados do presente trabalho, interferem no início precoce da atividade sexual e a gravidez na adolescência, foi elaborada a tabela 13.

TABELA 13. FATORES FAMILIARES QUE INTERFEREM NO INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL E NA GRAVIDEZ DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| FATORES FAMILIARES         | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |      | Com experiência de gravidez |      | TOTAL N° |
|----------------------------|------------------------|------|-------------------------------------|------|-----------------------------|------|----------|
|                            | N°                     | %    | N°                                  | %    | N°                          | %    |          |
| Morar com os pais          | 20                     | 71,4 | 03                                  | 37,5 | 03                          | 21,4 | 26       |
| Morar sem o pai verdadeiro | 05                     | 17,8 | 05                                  | 62,5 | 10                          | 71,3 | 20       |
| Pais casados               | 20                     | 71,4 | 04                                  | 50,0 | 08                          | 57,1 | 32       |
| Pais separados/divorciados | 06                     | 21,4 | 01                                  | 12,5 | 04                          | 28,8 | 11       |
| Pais em união consensual   | ---                    | ---  | ---                                 | ---  | 02                          | 14,3 | 02       |
| Mãe viúva                  | ---                    | ---  | 03                                  | 37,6 | ---                         | ---  | 03       |
| Família com > de 5 irmãos  | 01                     | 3,6  | 02                                  | 25,0 | 04                          | 28,6 | 07       |
| TOTAL                      | 52                     |      | 18                                  |      | 31                          |      | 101      |

Os dados da tabela 13 apontam para a importante influência da estrutura e da composição familiar no comportamento sexual das adolescentes. Os fatores familiares de risco aparecem em menor escala entre as adolescentes sem experiência sexual. Dos três grupos, estas adolescentes são as que fazem parte de famílias mais estruturadas e com menor número de irmãos.

Os grupos com experiência sexual apresentam esses fatores de forma mais manifesta. Comparativamente, têm famílias menos estruturadas e maior número de irmãos. O grupo das adolescentes com experiência de gravidez é o que apresenta os fatores familiares de risco na sua máxima expressão. Ainda que 57,1% das adolescentes com experiência de gravidez morem com seus maridos ou companheiros, o fator de risco “não morar com os pais”, em muitos casos, não perdeu completamente seu valor, pois a gravidez precoce é, com frequência, a causa da co-habitação ou do casamento da adolescente com o pai de seu filho.

Entretanto, mesmo sendo a idade um fator de interferência importante no comportamento sexual das adolescentes - o grupo sem experiência sexual é composto por 64,3% de adolescentes com menos de 15 anos e o grupo com experiência de gravidez por 100% de adolescentes com mais de 15 anos - a análise dos dados, em seu conjunto, e a comparação dos resultados dos três grupos ajudam a sustentar as conclusões anteriores, estando os resultados expostos de acordo com os achados dos trabalhos estrangeiros e nacionais já comentados.

### Atividades das Adolescentes: Escolaridade e Trabalho

A escolaridade e o trabalho têm sido colocados entre as variáveis individuais que interferem na prática sexual das adolescentes. O melhor nível escolar teria certa eficácia na postergação da idade do casamento.<sup>8</sup>

No Brasil, o aumento global do número de uniões dos últimos anos tem sido menos acentuado entre as adolescentes com mais anos de estudo (Henriques et al., 1989). Ao investigarem a aptidão acadêmica e as expectativas de estudo, Davis (1989) e Marques e Ebraim (1991) constataram que as adolescentes, quando se tornam mães, têm menos possibilidades de atingir níveis educacionais melhores, se comparadas com as adolescentes

---

<sup>8</sup>Pesquisa realizada junto a uma população de estudantes em Santiago do Chile demonstrou que uma maior educação formal é um condicionante na postergação da vida sexual ativa. (Molina, 1991)

que não procriam. No estudo de Taquete (1992), só 25% das adolescentes ainda estudavam quando se engravidaram.

TABELA 14. ATIVIDADES DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| ATIVIDADE               | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL<br>Nº |
|-------------------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------|
|                         | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |             |
| SÓ ESTUDA               | 21                     | 75,0  | 07                                  | 87,5  | 04                          | 28,6  | 32          |
| SÓ TRABALHA             | 02                     | 7,1   | ---                                 | ---   | 02                          | 14,3  | 04          |
| ESTUDA E TRABALHA       | 04                     | 14,3  | 01                                  | 12,5  | 03                          | 21,4  | 08          |
| NÃO ESTUDA NEM TRABALHA | ---                    | ---   | ---                                 | ---   | 05                          | 35,7  | 05          |
| NÃO RESPONDEU           | 01                     | 3,6   | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | 01          |
| TOTAL                   | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50          |

TABELA 15. ESCOLARIDADE DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| ESCOLARIDADE | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | Total<br>Nº |
|--------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|              | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
| 1º GRAU      | 24                     | 85,7  | 02                                  | 25,0  | 13                          | 92,8 | 39          |
| 2º GRAU      | 04                     | 14,3  | 05                                  | 62,5  | 01                          | 7,1  | 10          |
| "CURSINHO"   | ---                    | ---   | 01                                  | 12,5  | ---                         | ---  | 01          |
| TOTAL        | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50          |

TABELA 16. TIPO DE TRABALHO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| TIPO DE TRABALHO | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL<br>Nº |
|------------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------|
|                  | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |             |
| DOMÉSTICO        | 02                     | 33,3  | ---                                 | ---   | 02                          | 40,0  | 04          |
| COMÉRCIO         | 01                     | 16,7  | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | 01          |
| SERVIÇO PÚBLICO  | ---                    | ---   | ---                                 | ---   | 02                          | 40,0  | 02          |
| SECRETARIADO     | ---                    | ---   | ---                                 | ---   | 01                          | 20,0  | 01          |
| COSTURA/BORDADO  | 02                     | 33,3  | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | 02          |
| OUTRO            | 01                     | 16,7  | 01                                  | 100,0 | ---                         | ---   | 02          |
| TOTAL            | 06                     | 100,0 | 01                                  | 100,0 | 05                          | 100,0 | 12          |

Os resultados das tabelas 14, 15 e 16 indicam que é clara a diferença quanto às atividades desempenhadas pelas jovens dos três grupos. Nos grupos sem experiência de gravidez, a grande maioria das adolescentes estuda e seu nível de escolaridade é mais avançado. No grupo com experiência de gravidez, só a metade das adolescentes estuda e a escolaridade atingida por elas é inferior. A diferença de escolaridade é mais marcante, ainda, ao se considerar que estas adolescentes são as mais velhas dos três grupos. Os menores níveis de escolaridade favoreceriam a gravidez e esta, por sua vez, seria uma das causas do abandono escolar. Guimarães (1993)

também identificou a baixa escolaridade como fator de risco para a gravidez na adolescência e a gravidez como fator contribuinte na manutenção da baixa escolaridade.

A menor escolaridade do grupo com experiência de gravidez e o fato de este ser o único grupo do qual participam adolescentes casadas ou em união consensual condizem com a literatura pertinente ao assunto. A Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar de 1986 revelou que 23% das jovens entre 15 e 17 anos com nível escolar deficitário haviam-se casado, ao contrário das jovens com sete ou mais anos de escolaridade, que só o haviam feito em 5% dos casos (Henriques et al., 1989). Nos três grupos, as adolescentes que trabalham o fazem em serviços não especializados e supostamente mal-remunerados. Conclui-se que isso ocorra devido à pouca capacitação que elas possuem. Davis (1989) aponta que as mães adolescentes alcançam menor sucesso no trabalho e percebem rendas inferiores, além de sentirem-se menos satisfeitas com suas aquisições vocacionais.

A relação entre trabalho e comportamento sexual tem sido motivo de poucos estudos.<sup>9</sup> Na pesquisa de Taquete (1992), 59% das adolescentes que acabavam de dar à luz não trabalhavam fora e todas que o faziam realizavam serviços sem qualificação. A pesquisa de Guimarães (1993) revelou que 80% das adolescentes que foram mães não trabalhavam.

Os resultados obtidos em relação à escolaridade e ao trabalho são significativos. As adolescentes grávidas têm menor nível de escolaridade e a gravidez contribui para agravar essa desvantagem. As mesmas adolescentes trabalhavam em atividades sem qualificação nem retorno financeiro.

O subemprego pode favorecer o abandono da escola, pois a jovem, por receber um pequeno salário, pode deixar os estudos, diminuindo ainda mais suas possibilidades de capacitação para atuar numa sociedade que exige recursos humanos cada vez mais qualificados. A situação é especialmente crítica quando afeta jovens dos níveis sócio-econômicos inferiores dos países em desenvolvimento, que têm de enfrentar a sociedade contemporânea com escassa bagagem intelectual, pois receberam uma educação de baixa qualidade, que não responde às exigências impostas pela revolução científico-tecnológica. Para agravar o problema, muitas delas abandonam precocemente esse já precário sistema educacional.

Essas adolescentes estão, assim, em péssimas condições para disputar um lugar no mercado de trabalho, reforçando o círculo vicioso despreparo intelectual/desemprego. Além do mais, a

---

<sup>9</sup>Pesquisas feitas no Centro de Medicina Reprodutiva del Adolescente do HC da Universidade do Chile mostram que só 5,4% das adolescentes grávidas lá atendidas têm trabalho estável ou ocasional. Um alto contingente dessas adolescentes não estuda nem trabalha. (Guarda, 1991)

robotização do processo produtivo provoca uma menor necessidade de mão-de-obra pouco qualificada, acentuando ainda mais o desemprego. A redução do mercado de trabalho, associada aos problemas da recessão econômica, as dívidas interna e externa e a transnacionalização do capital atingem, preferencialmente, os jovens das classes menos favorecidas. Esse conflito provoca graves conseqüências sociais: aumenta a delinqüência juvenil, facilita o início sexual precoce e a gravidez na adolescência e interfere na adaptação social e na saúde mental dos adolescentes. É preciso alertar para tais fatos, pois eles atingem os adolescentes que representam um elevado contingente da população dos países em desenvolvimento, especialmente o Brasil, onde constituem 25% de seus habitantes. Ademais, a adolescência é a fase adequada para prevenir o desenvolvimento de condutas de risco físico, mental e sócio-econômico para o indivíduo e para a sociedade.

### Utilização do Tempo Livre

As tendências e preferências dos jovens na utilização do tempo livre nas diferentes etapas da adolescência são complexas e raramente têm sido analisadas com a seriedade que o assunto merece. Não se tem levado em consideração, também, que muitas das experiências afetivas e sexuais dos jovens acontecem no período de tempo livre. Por esse motivo, os poucos programas de entretenimentos específicos para adolescentes tendem a ser gerais, desconsiderando a variedade de interesses que existe entre eles. Valorizar os gostos e as inclinações dos jovens de acordo com as diversas etapas da adolescência é importante para a implementação de programas apropriados e oportunos para uma fase tão complexa da vida humana.

A utilização adequada do tempo livre é primordial para o desenvolvimento dos adolescentes. A participação deles em atividades recreativas, sociais, culturais e artísticas contribuem com sua saúde e sua melhor qualidade de vida.

Quando o tempo livre não é bem utilizado pode propiciar condutas de risco como delinqüência, uso de drogas e atividade sexual precoce. Cabe ao Estado considerar o tempo livre e a recreação como parte da educação integral do indivíduo.

TABELA 17. UTILIZAÇÃO DO TEMPO LIVRE DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| UTILIZAÇÃO DO TEMPO LIVRE *      | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |      | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|----------------------------------|------------------------|------|-------------------------------------|------|-----------------------------|------|-------------|
|                                  | Nº                     | %    | Nº                                  | %    | Nº                          | %    |             |
| Brincando com amigos na rua      | 06                     | 21,4 | 01                                  | 12,5 | ---                         | ---  | 07          |
| Assistindo TV                    | 15                     | 53,6 | 04                                  | 50,0 | 04                          | 28,6 | 23          |
| Conversando com amigos           | 13                     | 46,4 | 04                                  | 50,0 | 05                          | 35,7 | 22          |
| Escutando música                 | 20                     | 71,4 | 04                                  | 50,0 | 01                          | 7,1  | 25          |
| Lendo gibi, revistas e/ou livros | 10                     | 35,7 | 02                                  | 25,0 | 02                          | 14,3 | 14          |
| Praticando esportes              | 03                     | 10,7 | 03                                  | 37,5 | ---                         | ---  | 06          |
| Namorando                        | 07                     | 25,0 | 01                                  | 12,5 | 03                          | 21,4 | 11          |
| Trabalhando na comunidade        | 01                     | 3,6  | 01                                  | 12,5 | ---                         | ---  | 02          |
| Atuando na igreja                | 06                     | 21,4 | 02                                  | 25,0 | 02                          | 14,3 | 10          |
| Realizando recreação na escola   | 05                     | 17,8 | ---                                 | ---  | ---                         | ---  | 05          |
| TOTAL                            | 86                     |      | 22                                  |      | 17                          |      | 125         |

\* Perguntas com várias alternativas de resposta.

Ao comparar os três grupos, fica claro que as adolescentes mais jovens (grupos sem experiência sexual) preferem ouvir música. Todos os grupos, especialmente os sem experiência de gravidez, valorizam assistir TV e conversar com amigos.

As adolescentes sem experiência sexual manifestam amplamente seu gosto por escutar música. Elas estão, cronologicamente, numa etapa mais precoce da adolescência (64,3% com menos de 15 anos), encontrando-se, portanto, numa fase apropriada para estimular o desenvolvimento de condutas preventivas de comportamentos de risco. Tal preferência pode, assim, ser aproveitada para veicular mensagens que desestimulem condutas perigosas.<sup>10</sup>

Assistir televisão é um passatempo para todas as adolescentes, especialmente para as sem experiência sexual. Ler gibis, revistas e/ou livros é apontado com menos frequência nos três grupos. A televisão e os outros meios de comunicação de massa, além de entreterem e informarem, exercem, de forma latente, efeitos sem intenção explícita. Por sua ampla difusão, a

<sup>10</sup> Um projeto elaborado nas Filipinas com a finalidade de promover a sexualidade responsável na juventude utilizou duas canções cujas mensagens atendiam a esse propósito e eram interpretadas por artistas de renome e com boa aceitação entre os jovens. As músicas foram transmitidas pelo rádio e pela televisão com um intervalo de cinco meses entre o lançamento de uma e de outra. Junto com o lançamento da segunda canção, foi instalada uma linha telefônica para esclarecimento de dúvidas e aconselhamento em relação a condutas sexuais responsáveis. A avaliação desse projeto foi feita através de 600 entrevistas que revelaram a aceitação das canções num percentual de 90%. Para 70% dos entrevistados (79% das mulheres e 58% dos homens), a interpretação das mensagens foi adequada; 51% deles admitiram ter sido influenciados pelas músicas; 44% disseram ter conversado com seus pais e amigos sobre as mensagens e 25% afirmaram ter solicitado informações a respeito de anticoncepcionais. (International Family Planning Perspectives. 1992)

TV influencia os adolescentes lenta e imperceptivelmente, motivo pelo qual os jovens, muitas vezes, não tomam consciência do fato. A estimulação psicosexual veiculada através dos meios de comunicação de massa tem sido progressiva e com mensagens dirigidas, preferencialmente, à juventude. Os jovens são facilmente suscetíveis à erotização, pois, geralmente, possuem uma formação deficiente quanto à sexualidade e à reprodução, razão pela qual suas barreiras racionais de discernimento em relação às mensagens eróticas são débeis, o que contribui ainda mais para o início precoce da atividade sexual. (Strasburger, 1989; Pinto, 1995)

Constata-se, assim, a importância dos meios de comunicação de massa e da TV em especial como fontes alternativas de educação sexual e, portanto, com uma responsabilidade social relevante que deveria, urgentemente, ser assumida.

A conversação com amigos adquire grande significado durante a adolescência. Na presente pesquisa, ela foi mencionada nos três grupos, especialmente nos mais jovens (sem experiência de gravidez). O adolescente, ao se identificar com o grupo de amigos, tem seu comportamento fortemente influenciado por ele, o que acontece mais na adolescência média (15-17anos), época em que se separa progressivamente dos pais e o grupo de amigos é cada vez mais importante, tornando-se modelo de ação. (Marks, 1980; Smith, 1990; Davis, 1994; Saito, 1996)

A maturação que ocorre durante o processo da adolescência é um fenômeno biopsicossocial. Na sociedade atual, os indicadores de maturação dos jovens são especialmente sociais ou educacionais. No grupo de companheiros, esses indicadores muitas vezes são bastante preocupantes, por representarem condutas de risco como o consumo de drogas e/ou de álcool e o engajamento numa atividade sexual precoce quase sempre sem uso de métodos anticoncepcionais adequados (MacKenzie, 1990). No aspecto da sexualidade, essa atuação adquire relevância, pois numerosas vezes a vida sexual do adolescente espelha as práticas e valores dos pares. Relações sexuais sem proteção, na maioria das vezes, imitam e/ou cedem a influências exercidas pelos companheiros. As atitudes que o grupo de pares impõe são significativas para os adolescentes pois é dele que recebem aprovação e apoio emocional. O comportamento do grupo pode constituir um incentivo ao início sexual prematuro e uma barreira adicional no impedimento do uso efetivo de anticoncepcionais, mas pode, também, ser aproveitado como reforço social para o exercício de uma sexualidade responsável.

Desse modo, toda vez que se orienta um adolescente para evitar comportamentos de risco, deve-se ponderar que qualquer informação contrária ao pensamento do grupo será recebida com resistência. A ascendência do grupo tem, por isso, que ser bem trabalhada, a fim de reverter suas

possíveis influências negativas nas condutas adolescentes. (Levisky, 1979; Duke, 1980; Katchadourian, 1980; MacKenzie, 1990; Peláez e Luengo, 1991; Saito, 1996)

### Uso de Álcool, Cigarro e outras Drogas

Os adolescentes são considerados grupo de alto risco para comportamentos perigosos relacionados com a saúde física, mental e social. Com frequência, para o grupo de pares dos adolescentes, os indicadores de amadurecimento muitas vezes são o uso de álcool, tabaco e/ou outras drogas, como assinala Mac Kenzie (1990). Cada vez em maior número, os estudos demonstram a associação entre esses comportamentos de risco e o início precoce da atividade sexual sem proteção anticoncepcional eficiente. Os adolescentes que participam de uma atividade perigosa têm muito mais probabilidade de participar de outra atividade considerada também perigosa (Millstein et al., 1992; Munitz e Silber, 1992). Zabin (1984) estudou a associação entre o fumo e o comportamento sexual das adolescentes, concluindo que as jovens fumantes de tabaco e iniciadas sexualmente cedo usavam métodos anticoncepcionais menos seguros.

TABELA 18. USO DE ÁLCOOL, CIGARRO E OUTRAS DROGAS PELAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG, GOIÂNIA / GO, 1996

| USO DE ÁLCOOL,<br>CIGARRO OU DROGAS | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|-------------------------------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|                                     | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
| BEBIDA ALCOOLICA RARAMENTE          | 04                     | 14,3  | 05                                  | 62,5  | 01                          | 7,1  | 10          |
| CIGARRO RARAMENTE                   | 01                     | 3,6   | ---                                 | ---   | 02                          | 14,3 | 03          |
| CIGARRO SEMPRE                      | ---                    | ---   | ---                                 | ---   | 01                          | 7,1  | 01          |
| DROGAS                              | ---                    | ---   | ---                                 | ---   | ---                         | ---  | ---         |
| NÃO RESPONDEU                       | 01                     | 3,6   | ---                                 | ---   | ---                         | ---  | 01          |
| NÃO SE APLICA                       | 22                     | 78,5  | 03                                  | 37,5  | 10                          | 71,4 | 35          |
| TOTAL                               | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50          |

Os resultados do presente estudo não permitem demonstrar uma associação nítida entre a experiência sexual prematura e o consumo de álcool, fumo e/ou outras drogas. Nos três grupos pesquisados, o uso de álcool e/ou de fumo foi pouco significativo e nenhuma das adolescente reconheceu fazer uso de drogas ilícitas. Só no grupo das adolescentes com experiência sexual e sem experiência de gravidez, há uma percentagem maior de adolescentes que faz uso de álcool, mesmo assim de forma ocasional.

Em relação ao fumo, 14,3% das adolescentes grávidas usaram-no raramente e 7,1%, sempre. Neste caso, as implicações são mais sérias porque o uso do fumo durante a gravidez

pode estar associado ao baixo peso do recém-nascido e acarretar conseqüências neurológicas e maior mortalidade neonatal e perinatal. (Babson; Clarke, 1983; Parada; Meneses, 1993)

## 2.2 INFORMAÇÕES DAS ADOLESCENTES SOBRE A SEXUALIDADE

As fontes através das quais as adolescentes adquirem informações relativas à sexualidade são variadas: pais e familiares em geral, escola, amigos, profissionais da área da saúde e meios de comunicação de massa. O papel dos últimos, especialmente da TV, nem sempre é reconhecido por exercer seus efeitos, muitas vezes, de forma imperceptível. A penetração da TV nos lares é constante, estando diuturnamente presente na vida das pessoas, influenciando, por conseguinte, também as outras fontes de informação das jovens. Às adolescentes costumam faltar informação a respeito dos assuntos da sexualidade e da saúde reprodutiva. Elas ignoram seu potencial de fertilidade, pouco conhecem de sua ovulação ou de seu período de maior fecundidade, não aceitam que o risco de gravidez existe desde a primeira relação sexual e têm tendência a acreditar que são muito jovens para engravidar.

Quanto aos métodos anticoncepcionais, na maioria das vezes essas jovens têm idéias preconcebidas e conhecimentos deficientes. Pensam, ainda, que eles interferem no prazer, que tiram a naturalidade do ato sexual, que não são necessários nos relacionamentos ocasionais e que a responsabilidade pelo seu uso é individual. Tais crenças mostram a importância das representações no comportamento sexual das adolescentes.

Nessas circunstâncias, fica fácil compreender porque o uso adequado de algum método contraceptivo se torna muito difícil, o que é válido tanto para os países desenvolvidos como para os em desenvolvimento, onde a gravidez na adolescência ocorre mesmo entre adolescentes com inteligência normal, porém num contexto de carência e deturpação de informações indispensáveis. (Kramarosky e Iglesias, 1988; Shearin e Boehlke, 1989; Molina, 1991; Boruchovitch, 1992; Monroy, 1992; Vargas et al., 1993)

TABELA 19. ORIENTAÇÕES RECEBIDAS SOBRE ASSUNTOS RELACIONADOS COM A SEXUALIDADE PELAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| ORIENTAÇÃO SOBRE A SEXUALIDADE | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL Nº |
|--------------------------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|----------|
|                                | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |          |
| SIM                            | 25                     | 89,3  | 08                                  | 100,0 | 12                          | 85,7  | 45       |
| NÃO                            | 03                     | 10,7  | —                                   | —     | 02                          | 14,3  | 05       |
| TOTAL                          | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50       |

TABELA 20. PESSOAS QUE OFERECERAM ORIENTAÇÃO SEXUAL ÀS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG GOIÂNIA / GO. 1996

| PESSOAS *          | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |      | Com experiência de gravidez |      | TOTAL |
|--------------------|------------------------|------|-------------------------------------|------|-----------------------------|------|-------|
|                    | Nº                     | %    | Nº                                  | %    | Nº                          | %    |       |
| MÃE                | 18                     | 64,3 | 03                                  | 37,5 | 11                          | 78,6 | 32    |
| PAI                | 04                     | 14,3 | —                                   | —    | —                           | —    | 04    |
| IRMÃO / IRMÃ       | 02                     | 7,1  | 01                                  | 12,5 | —                           | —    | 03    |
| NAMORADO / NOIVO   | —                      | —    | 01                                  | 12,5 | 01                          | 7,1  | 02    |
| AMIGOS / AMIGAS    | 09                     | 32,1 | 02                                  | 25,0 | 01                          | 7,1  | 12    |
| PROFESSOR          | 16                     | 57,1 | 05                                  | 62,5 | 01                          | 7,1  | 22    |
| PESSOA DA IGREJA   | 01                     | 3,6  | —                                   | —    | —                           | —    | 01    |
| PROFISSIONAL SAÚDE | 06                     | 21,4 | 01                                  | 12,5 | 01                          | 7,1  | 08    |
| OUTROS             | 02                     | 7,1  | 01                                  | 12,5 | —                           | —    | 03    |
| NÃO SE APLICA      | 03                     | 10,7 | —                                   | —    | 02                          | 14,2 | 05    |
| TOTAL              | 61                     |      | 14                                  |      | 17                          |      | 92    |

\* Perguntas com várias alternativas de resposta.

Na tabela 19, pode-se observar que a maior parte das adolescentes dos três grupos reconhece ter recebido orientação sobre assuntos relacionados com a sexualidade. As adolescentes com experiência de gravidez são as que menos a receberam.

Quanto às pessoas que ofereceram orientação sexual (tabela 20), a mãe ocupa um lugar de destaque entre as adolescentes do grupo sem experiência sexual e do grupo com experiência de gravidez. Isso registra a sua importância nesse tipo de comunicação, especialmente para o sexo feminino, no modelo ocidental de família. Comparativamente, a escassa citação da mãe pelo grupo com experiência sexual e sem gravidez mostra que o papel materno como fonte de informação sobre assuntos relacionados com a sexualidade diminui quando as adolescentes se tornam sexualmente ativas e volta a ser valorizado uma vez que elas engravidam.<sup>11</sup>

Entre as adolescentes pesquisadas por Guimarães (1993) em Goiânia, referiram-se à mãe como a principal fonte de informação quanto aos assuntos da sexualidade 38,1% das que nunca engravidaram e 31,3% das que tiveram filhos.

Na presente pesquisa, chama a atenção o papel pouco significativo que tem o pai como referência de informações sobre a sexualidade. As adolescentes sem experiência sexual indicam-no numa baixa percentagem e as com experiência sexual não o mencionam. Na pesquisa de Vargas et al. (1993) ocorre esse mesmo fato. O pai foi sistematicamente excluído na informação

<sup>11</sup> Constatações similares são verificadas em diversos estudos. Pesquisa feita em Santiago do Chile com 252 estudantes do sexo feminino revelou também o papel fundamental da mãe como fonte de consulta entre as adolescentes. Lá, 52,7% das moças disseram consultar a mãe sobre assuntos da sexualidade. A mesma pesquisa mostrou que esta percentagem diminuiu para 29% quando as adolescentes se tornaram sexualmente ativas (Vargas et al., 1993). Na Argentina, o trabalho de Climent e Arias (1995) sobre representações sociais e comportamento reprodutivo das mulheres de setores populares detectou a mãe e a escola como as fontes de informação mais relevantes para as adolescentes entre 15 e 19 anos.

e no esclarecimento de dúvidas sobre a sexualidade, sobretudo entre as adolescentes do sexo feminino com vida sexual ativa. Só 2,8% mencionaram-no antes de ter experiência sexual e nenhuma depois de adquiri-la. Os irmãos também têm pouco valor neste tipo de orientação. A fraca participação do pai e dos irmãos indica uma deficiente comunicação no contexto familiar, fato que, sem dúvida, tem seus reflexos negativos no comportamento sexual das adolescentes e, caso fosse revertido, melhorando a comunicação, seria um apoio positivo nessa fase de conflitos que as adolescentes estão vivendo.

Os profissionais da área da saúde, que teoricamente deveriam estar preparados para ajudar a esclarecer os adolescentes em assuntos tão fundamentais como os referentes à sexualidade, são pouco citados e de forma decrescente nos três grupos.

Os professores constituem outra expressiva fonte fornecedora de informações a respeito da sexualidade. Ocupam o segundo lugar no grupo sem experiência sexual e o primeiro lugar no grupo com experiência sexual e sem gravidez. Em contraposição, poucas adolescentes do grupo com experiência de gravidez referem-se a eles, o que seguramente está relacionado ao abandono escolar mais precoce das adolescentes do último grupo. Os professores também são bastante assinalados como orientadores sobre assuntos relacionados à sexualidade na pesquisa de Guimarães (1993).

Verifica-se, assim, a importância que os adolescentes de Goiânia atribuem aos professores, ainda mais que, quando foram aplicados os questionários, não havia programa oficial de educação sexual escolar nesta capital.

Os amigos são outra fonte de informação que merece ser comentada. No processo de desprendimento dos pais, fato marcante na adolescência inicial e média (11 aos 17 anos), o grupo de amigos desempenha um papel relevante (Marks, 1980; Smith, 1990; Davis, 1994; Saito, 1996). Na presente pesquisa, os amigos são mais mencionados nos grupos sem experiência de gravidez, indicando que eles têm maior significado para as adolescentes mais jovens. Quando as adolescentes vão amadurecendo e progredindo na sua experiência sexual, o valor dos amigos diminui. À medida em que o adolescente vai se separando de seus pais, o grupo de amigos adquire importância e a influência dos companheiros tende a ser cada vez mais marcante, substituindo progressivamente os adultos no papel de orientadores sexuais. O grupo é um referencial muito significativo para os adolescentes e uma fonte de educação sexual. As percepções das adolescentes a respeito da opinião dos amigos em relação à prática sexual e ao uso dos anticoncepcionais podem marcar sua conduta sexual. O papel dos amigos deve sempre estar presente na orientação das adolescentes a respeito do comportamento sexual e da prática

contraceptiva. Os amigos podem ser aproveitados num envolvimento positivo na educação para a saúde dos adolescentes. (Duke, 1980; Jay et al., 1989; Peláez e Luengo, 1991)

TABELA 21. MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE CONTRIBUÍRAM NO CONHECIMENTO DA SEXUALIDADE DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO. 1996

| MEIOS DE<br>COMUNICAÇÃO * | Sem experiência<br>sexual |      | Com experiência<br>sexual sem gravidez |      | Com experiência<br>de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|---------------------------|---------------------------|------|--|------|--------------------------------|------|-------------|
|                           | Nº                        | %    | Nº                                     | %    | Nº                             | %    |             |
| RÁDIO                     | 01                        | 3,6  | 01                                     | 12,5 | ---                            | ---  | 02          |
| T V                       | 19                        | 67,8 | 04                                     | 50,0 | 05                             | 35,7 | 28          |
| JORNAIS                   | 05                        | 17,8 | 02                                     | 25,0 | ---                            | ---  | 07          |
| REVISTAS                  | 11                        | 39,3 | 07                                     | 87,5 | 03                             | 21,4 | 21          |
| CINEMA                    | ---                       | ---  | ---                                    | ---  | 01                             | 7,1  | 01          |
| NENHUM                    | 05                        | 17,8 | 01                                     | 12,5 | 06                             | 42,8 | 12          |
| TOTAL                     | 41                        |      | 15                                     |      | 15                             |      | 71          |

\* Perguntas com várias alternativas de resposta.

Observa-se na tabela 21 que a televisão e as revistas são os meios de comunicação de massa que mais contribuem com as adolescentes para o conhecimento relacionado com a sexualidade.

No estudo de Vargas et al. (1993), os amigos, os livros, as revistas e a TV, em conjunto, foram a segunda fonte esclarecedora de dúvidas sobre a sexualidade entre as adolescentes sem experiência sexual (43,6%), só perdendo para a mãe (52,7%). Das adolescentes com experiência sexual, 64,5% citaram essas mesmas fontes em primeiro lugar, coincidindo com o decréscimo da mãe para 29%, quando as moças se tornaram sexualmente ativas.

Dado semelhante foi constatado na presente pesquisa na qual, somando todas as percentagens com que as adolescentes assinalaram, em cada grupo, os diferentes meios de comunicação, depara-se com uma percentagem total de 146,3% para o grupo sem experiência sexual, percentagem que aumentou para 187,5% quando as adolescentes se tornaram experientes sexualmente. Dois Castellon e Ribes Langevin (1993), estudando fontes de informação sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes grávidas primíparas menores de 16 anos, encontraram a TV como a principal fonte (50%) e a mãe como a segunda. (45%)

TABELA 22. ASSUNTOS REFERENTES À SEXUALIDADE TRANSMITIDOS ÀS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO. 1996

| ASSUNTOS *                          | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|-------------------------------------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|                                     | Nº                     | %    | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
| MENSTRUACÃO                         | 19                     | 67,8 | 06                                  | 75,0  | 07                          | 50,0 | 32          |
| NAMORO                              | 18                     | 64,3 | 06                                  | 75,0  | 02                          | 14,3 | 26          |
| MASTURBAÇÃO                         | 12                     | 42,8 | 04                                  | 50,0  | 02                          | 14,3 | 18          |
| RELAÇÃO SEXUAL                      | 20                     | 71,4 | 07                                  | 87,5  | 05                          | 35,7 | 32          |
| SEXO ORAL E ANAL                    | 07                     | 25,0 | 04                                  | 50,0  | 01                          | 7,1  | 12          |
| RISCOS DE GRAVIDEZ                  | 19                     | 67,8 | 07                                  | 87,5  | 09                          | 64,3 | 35          |
| MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS           | 18                     | 64,3 | 08                                  | 100,0 | 07                          | 50,0 | 33          |
| RISCOS DE CONTRAIR DOENÇAS SEXUAIS  | 19                     | 67,8 | 07                                  | 87,5  | 07                          | 50,0 | 33          |
| MÉTODOS PARA EVITAR DOENÇAS SEXUAIS | 14                     | 50,0 | 05                                  | 62,5  | 04                          | 28,6 | 23          |
| HOMOSSEXUALISMO                     | 09                     | 32,1 | 01                                  | 12,5  | 01                          | 7,1  | 11          |
| NÃO SE APLICA                       | 01                     | 3,6  | —                                   | —     | 01                          | 7,1  | 02          |
| TOTAL                               | 156                    |      | 55                                  |       | 46                          |      | 257         |

\* Perguntas com várias alternativas de resposta.

Na tabela 22, é possível observar que as adolescentes dos três grupos receberam informações sobre todos os assuntos questionados. Ao comparar os três grupos, é nítida a diferença quanto ao grau de informação sexual entre as adolescentes que não têm experiência de gravidez e as adolescentes que têm. As últimas receberam menos informações sobre a sexualidade em todos os aspectos inquiridos. Mais evidente ainda é a disparidade quando se confrontam as opiniões das adolescentes com experiência sexual e sem experiência de gravidez com as das que já possuem essa experiência. É notória a diferença em relação aos métodos anticoncepcionais. Todas as adolescentes que não engravidaram apesar de terem vida sexual ativa receberam informações acerca do assunto. Em contrapartida, só metade das que engravidaram tinha recebido esses esclarecimentos.

Os dados mostram que a falta de informações fidedignas e oportunas sobre a sexualidade e a reprodução favorece a atividade sexual prematura e sem anticoncepção efetiva.

O acompanhamento de adolescentes grávidas feito desde 1981 no HC da Universidade do Chile indica também que a gravidez ocorre em adolescentes cujas informações sobre a sexualidade e a reprodução são indiscutivelmente deficientes (Molina, 1993). Os resultados obtidos por Guimarães (1993) também apontam nesse sentido. As adolescentes grávidas estudadas pela autora tiveram níveis inferiores de informação acerca da sexualidade e da reprodução, quando comparadas com o grupo-controle das adolescentes não-grávidas.

TABELA 23. ESCLARECIMENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS RECEBIDOS NA ESCOLA PELAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| RECEBEU<br>ESCLARECIMENTOS ? | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|------------------------------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|                              | Nº                     | %    | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
|                              | SIM, SUPERFICIALMENTE  | 07   | 25,0                                | 02    | 25,0                        | 04   |             |
| SIM, CLARAMENTE              | 07                     | 25,0 | 03                                  | 37,5  | 03                          | 21,4 | 13          |
| NUNCA                        | 09                     | 32,1 | 03                                  | 37,5  | 06                          | 42,8 | 18          |
| NÃO RESPONDEU                | 05                     | 17,8 | ---                                 | ---   | 01                          | 7,1  | 06          |
| TOTAL                        | 28                     | 99,9 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50          |

TABELA 24. MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS ENSINADOS NA ESCOLA ÀS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| MÉTODOS<br>ANTICONCEPCIONAIS* | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |      | Com experiência de gravidez |      | TOTAL |
|-------------------------------|------------------------|------|-------------------------------------|------|-----------------------------|------|-------|
|                               | Nº                     | %    | Nº                                  | %    | Nº                          | %    |       |
|                               | PÍLULAS                | 16   | 57,1                                | 06   | 75,0                        | 08   |       |
| CAMISINHA                     | 19                     | 67,8 | 06                                  | 75,0 | 08                          | 57,1 | 33    |
| COITO INTERROMPIDO            | 04                     | 14,3 | 02                                  | 25,0 | 01                          | 7,1  | 07    |
| DIAFRAGMA                     | 03                     | 10,7 | 02                                  | 25,0 | 03                          | 21,4 | 08    |
| GELÉIA, ESPUMA,<br>ÓVULOS     | 01                     | 3,6  | ---                                 | ---  | ---                         | ---  | 01    |
| DIU                           | 06                     | 21,4 | 02                                  | 25,0 | 02                          | 14,3 | 10    |
| INJEÇÕES HORMÔNIOS            | 06                     | 21,4 | 02                                  | 25,0 | 03                          | 21,4 | 11    |
| NÃO SE APLICA                 | 09                     | 25,0 | 03                                  | 25,0 | 06                          | 21,4 | 18    |
| NÃO RESPONDEU                 | ---                    | ---  | ---                                 | ---  | 02                          | 14,3 | 02    |
| TOTAL                         | 64                     |      | 23                                  |      | 33                          |      | 120   |

\* Perguntas com várias alternativas de resposta.

A tabela 23 mostra que as adolescentes sem experiência de gravidez foram as que mais receberam informações sobre métodos anticoncepcionais na escola, especialmente as do grupo com experiência sexual e sem gravidez, cuja orientação foi qualitativa e quantitativamente melhor. O grupo com experiência de gravidez foi o que obteve a pior orientação sobre o assunto pois é o que possui a maior quantidade de adolescentes que nunca receberam esse tipo de informação e o que menos foi orientado de forma clara.

De acordo com a tabela 24, nos três grupos, os métodos anticoncepcionais mais ensinados na escola foram a pílula e a camisinha.

No que se refere às informações sobre a sexualidade e o uso de métodos anticoncepcionais (tabelas 19 a 24), fica bem caracterizado que as adolescentes com experiência sexual e sem experiência de gravidez são as que tiveram o melhor nível de informação sobre esses assuntos, o que justifica seguramente o fato de, não terem ficado grávidas apesar de levar uma vida sexual ativa. Por outro lado, as adolescentes com

experiência de gravidez são as que receberam menos orientação sobre esses assuntos, na família, na escola e nos meios de comunicação de massa, o que explica, em parte, a gravidez que elas vivem ou já viveram.

A análise dos dados da presente pesquisa aponta que a mãe e os professores aparecem como as principais fontes de educação sexual, mas os amigos e meios de comunicação, quando avaliados em conjunto, igualam-se ou superam as primeiras. Isso se torna mais significativo quando as adolescentes iniciam sua vida sexual, podendo-se concluir que, frente à carência de instrução e de educação formal quanto à sexualidade, as informações são obtidas na prática, através da própria experiência e de fontes assistemáticas ou informais. Essa forma de adquirir conhecimentos sobre esses assuntos através de meios nem sempre avaliados quanto à veracidade, à ética e à qualidade é extremamente perigosa para as jovens. Fica evidente, mais uma vez, a urgente necessidade de se agilizarem programas de educação sexual comprometidos com a promoção dos verdadeiros valores da sexualidade humana.

### O Sexo como Tema de Conversação

A fim de preparar as adolescentes para o exercício de uma sexualidade responsável, é necessário que os temas referentes ao assunto sejam desmitificados. A superação dos tabus, dos preconceitos e da ignorância com que a sociedade os encara é primordial para que as adolescentes se sintam à vontade, estabelecendo um diálogo aberto e construtivo. Daí a importância de se conhecer a sua opinião quanto ao sexo como tema de conversação.

TABELA 25. OPINIÃO QUANTO A CONVERSAR SOBRE SEXO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO. 1996

| CONVERSAR SOBRE SEXO É: | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL |
|-------------------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------|
|                         | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |       |
| NATURAL                 | 16                     | 57,1  | 07                                  | 87,5  | 11                          | 78,6  | 34    |
| CONSTRANGEDOR           | ---                    | ---   | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | ---   |
| VERGONHOSO              | 11                     | 39,3  | 01                                  | 12,5  | 03                          | 21,4  | 15    |
| DESNECESSÁRIO           | 01                     | 3,6   | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | 01    |
| TOTAL                   | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50    |

TABELA 26. PESSOAS COM QUEM AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG CONVERSAM SOBRE SEXO. GOIÂNIA / GO. 1996

| PESSOAS *         | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |      | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|-------------------|------------------------|------|-------------------------------------|------|-----------------------------|------|-------------|
|                   | Nº                     | %    | Nº                                  | %    | Nº                          | %    |             |
| MÃE               | 20                     | 71,4 | 02                                  | 25,0 | 06                          | 42,8 | 28          |
| PAI               | 04                     | 14,3 | 01                                  | 12,5 | ---                         | ---  | 05          |
| IRMÃOS/ IRMÃS     | 02                     | 7,1  | 02                                  | 25,0 | 02                          | 14,3 | 06          |
| NAMORADO/PARCEIRO | 03                     | 10,7 | 06                                  | 75,0 | 06                          | 42,8 | 15          |
| AMIGOS / AMIGAS   | 13                     | 46,4 | 05                                  | 62,5 | 03                          | 21,4 | 21          |
| OUTROS            | 02                     | 7,1  | 01                                  | 12,5 | ---                         | ---  | 03          |
| NINGUÉM           | 01                     | 3,6  | ---                                 | ---  | 04                          | 28,6 | 05          |
| TOTAL             | 45                     |      | 17                                  |      | 21                          |      | 83          |

\* Perguntas com várias alternativas de resposta.

Na tabela 25, nota-se que a maioria das adolescentes dos três grupos, especialmente as do grupo com experiência sexual e sem gravidez, considera que conversar sobre sexo é algo natural. Como era de se supor, conversar sobre esse assunto torna-se mais fácil à medida em que as adolescentes adquirem experiência sexual. As adolescentes que mais sentem vergonha de conversar sobre o tema são justamente as virgens. O menor constrangimento para falar sobre sexo das adolescentes com experiência sexual mas sem experiência de gravidez talvez tenha facilitado o diálogo com seus familiares, amigos e parceiros, redundando numa melhor contracepção.

Os dados da tabela 26 estão coerentes com os da tabela 20 (pessoas que ofereceram orientação sexual às adolescentes). As adolescentes sem experiência sexual conversam mais sobre sexo com a mãe. Uma vez iniciada a atividade sexual, diminui o papel da mãe nesse diálogo e o do parceiro adquire importância. A mãe volta a ter significado nesse tipo de conversa quando as adolescentes adquirem experiência de gravidez.

A maior percentagem de jovens que não conversam sobre sexo com ninguém está no grupo com experiência de gravidez, fato de que pode decorrer uma menor orientação referente à anticoncepção.

### 2.3 VIDA SEXUAL: Masturbação

A masturbação, como expressão sexual do ser humano, pode ocorrer a partir do nascimento. Com o impacto do aumento dos hormônios sexuais que acontece na puberdade, o impulso sexual sofre grande exacerbação e, com isso, aparece uma recrudescência da masturbação. A prática masturbatória ajuda a preparar a adolescente para o exercício da genitalidade. A educação repressora e preconceituosa, mais acentuada no

sexo feminino, cria tabus e barreiras que impedem o reconhecimento da masturbação inibem sua prática de maneira saudável. As igrejas influenciam nesse aspecto, já que não a aceitam por vê-la como um prazer egoísta.

TABELA 27. COMPORTAMENTO DE MASTURBAÇÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| MASTURBAÇÃO | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL<br>Nº |
|-------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------|
|             | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |             |
| FREQUENTE   | ---                    | ---   | ---                                 | ---   | ---                         | ---   |             |
| RARA        | 04                     | 14,3  | 04                                  | 50,0  | 02                          | 14,3  | 10          |
| AUSENTE     | 24                     | 85,7  | 04                                  | 50,0  | 12                          | 85,7  | 40          |
| TOTAL       | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50          |

Segundo a tabela 27 o grupo com experiência sexual e sem gravidez tem uma maior prática masturbatória, mesmo assim, pouco frequente.

A maioria das adolescentes da presente pesquisa professa as religiões católica e evangélica (tabela 6), significando que elas podem ter sido influenciadas pelo posicionamento de suas igrejas perante a prática da masturbação, o que, somado aos preconceitos e aos tabus que impregnam a socialização das adolescentes femininas, pode ajudar a explicar as baixas percentagens com que os três grupos reconhecem tal prática.

Durante a adolescência, a masturbação e as fantasias que a acompanham podem servir como formas de liberar tensões e descarregar agressividades. A familiarização com os próprios genitais como fonte de sensações novas ajuda no processo de identidade sexual característico da adolescência, favorece a integração e o controle dos impulsos sexuais emergentes, ajudando a postergar o início precoce da atividade sexual e servindo como compensação ante conflitos decorrentes do prazer imediato que proporciona. Para que a masturbação possa trazer esses benefícios, deve ser praticada somente pela satisfação que produz, sem ser acompanhada de temor, sentimento de culpa e vergonha. (Suplicy, 1988; 1993; Solari, 1988; Knobel, 1991; Jara e Molina, 1993)

### Idade da Primeira Relação Sexual

Os estudos sobre o comportamento sexual das adolescentes constataam um início cada vez mais prematuro da vida sexual, ocorrida sem uma contracepção adequada e em relacionamentos geralmente pré-maritais, como já foi relatado tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos. (Kreutner, 1981; Herold et al., 1988; Warrem et al., 1988; Agyei e Epema, 1992; Monroy, 1992; Fuentes e Lobos Gaete, 1994)

TABELA 28. IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL (ANOS) | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|                                   | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
| 12                                | 01                                  | 12,5  | ---                         | ---  | 01          |
| 13                                | 02                                  | 25,0  | 02                          | 14,3 | 04          |
| 14                                | 01                                  | 12,5  | 05                          | 35,7 | 06          |
| 15                                | ---                                 | ---   | 03                          | 21,4 | 03          |
| 16                                | 03                                  | 37,5  | 01                          | 7,1  | 04          |
| 17                                | 01                                  | 12,5  | 03                          | 21,4 | 04          |
| TOTAL                             | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 22          |

TABELA 29. PARCEIRO DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| PARCEIRO DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL<br>Nº |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------|
|                               | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |             |
| NAMORADO / NOIVO              | 08                                  | 100,0 | 10                          | 71,4  | 18          |
| AMIGOS                        | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | ---         |
| MARIDO/COMPANHEIRO            | ---                                 | ---   | 04                          | 28,6  | 04          |
| OUTRO                         | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | ---         |
| TOTAL                         | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 22          |

De acordo com o parâmetro de Brooks; Paikoff (1991), adotado nessa pesquisa, início precoce do relacionamento sexual é o que ocorre antes ou até os 15 anos de idade. Segundo as tabelas 28 e 29, para a metade das adolescentes do grupo com experiência sexual e sem gravidez, a primeira relação sexual foi precoce. A idade média desse evento foi de 14,6 anos e sempre tendo como parceiro o namorado ou o noivo. No grupo com experiência de gravidez, metade das adolescentes teve sua primeira relação sexual até os 15 anos de idade, numa idade média de 14,8 anos, na maioria das vezes tendo como parceiro sexual o namorado ou o noivo. As que não se iniciaram sexualmente desse modo fizeram-no com o marido ou o companheiro.

No Brasil, Henrique et al. (1989) constataram que, até o 16º aniversário, 13% das mulheres brasileiras tinham-se iniciado sexualmente, na maioria das vezes com o namorado ou o noivo. A BENFAM (Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar) realizou, em 1992, um estudo sobre a saúde reprodutiva e a sexualidade dos jovens, do Rio de Janeiro, Curitiba e Recife. Entre as adolescentes que tiveram relações sexuais antes do casamento, o início sexual aconteceu até os 15 anos de idade para 15% das adolescentes do Rio de Janeiro e do Recife e para 10% das de Curitiba. Antes dos 18 anos, já eram experientes sexualmente 62% das adolescentes do Rio e do Recife e 55% das de Curitiba.

Em Franca (SP), o estudo de Taquete (1992) verificou que a maioria das adolescentes grávidas teve sua primeira relação sexual com 16 anos e, em mais de 80% dos casos, ainda solteira. Em Belo Horizonte (MG), a análise do comportamento sexual de 138 adolescentes de 10 a 20 anos mostrou que a prática sexual iniciava-se em média entre os 16 e 17 anos e, em 51,4%, de forma extra-conjugal (Barbosa et al., 1993). Em Goiânia, Guimarães (1993) encontrou, entre as mães adolescentes estudadas, que 55,6% haviam tido a primeira relação sexual até os 15 anos, antes do casamento, em 81,2% dos casos, e tendo como parceiro o namorado ou o noivo em 71,3% e o marido ou companheiro em 18,7%. No grupo das adolescentes que nunca engravidaram e que tinham experiência sexual, 30,6% tiveram a primeira relação até os 15 anos, 91,5% de forma pré-marital, 81,3% tendo como parceiro o namorado ou o noivo e 8,5% o marido ou companheiro.

No que diz respeito ao parceiro sexual, as pesquisas comentadas confirmam o relatado por Katchadourian (1980) quanto à modificação da conduta sexual, confirmando que cada vez menos os rapazes iniciam-se sexualmente com prostitutas. Os adolescentes dos dois sexos tendem a ter, no seu primeiro contato sexual, um parceiro com o qual mantêm relacionamento por algum tempo, fato que reflete uma importante mudança no comportamento sexual, se comparado com o das gerações passadas e que aponta para um maior comprometimento emocional do adolescente em relação à sua vida sexual.

### Uso de Método Anticoncepcional na Primeira Relação Sexual

O amadurecimento sexual precoce das adolescentes sem um concomitante amadurecimento psico-sócio-cultural favorece o início sexual prematuro sem prévia planificação.

A falta de proteção contraceptiva na primeira relação sexual das adolescentes é um comportamento de risco que está bem documentado em numerosos estudos. Sua confirmação é grave, pois a possibilidade de gravidez com um único ato sexual está entre 2% e 4%. (Settlage et al., 1973; Zelnick e Katner, 1979; Kreutner, 1981; Vincent et al., 1981; Zabin et al., 1991)

No fato de não usar algum método contraceptivo já na primeira relação sexual estão em jogo características psicológicas próprias do processo da adolescência, entre elas o comportamento imprevisível e a onipotência, esta última fazendo as adolescentes se sentirem invulneráveis, imunes às conseqüências negativas de seus atos. Isso faz com que se

relacionem sexualmente sem proteção contraceptiva por não acreditarem que a gravidez aconteça com elas, o que se pode apreciar através de suas respostas para explicar por que não utilizaram contracepção.

TABELA 30. USO DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| USO DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------|
|                                | Nº                                  | %     | Nº                          | %    | Nº    |
| SIM                            | 04                                  | 50,0  | 05                          | 35,7 | 09    |
| NÃO                            | 04                                  | 50,0  | 09                          | 64,3 | 13    |
| TOTAL                          | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 22    |

TABELA 31. MOTIVO PELO QUAL AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG NÃO UTILIZARAM ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL. GOIÂNIA / GO, 1996

| MOTIVO *  | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL |
|---|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------|
|   | Nº                                  | %     | Nº                          | %    | Nº    |
| Não esperava ter relações sexuais naquele momento | 04                                  | 100,0 | 04                          | 44,4 | 08    |
| Pensava que não ficaria grávida                   | ---                                 | ---   | 04                          | 44,4 | 04    |
| Pensava que anticoncepcionais faziam mal à saúde  | ---                                 | ---   | 01                          | 11,1 | 01    |
| Queria ficar grávida                              | ---                                 | ---   | 02                          | 22,2 | 02    |
| TOTAL   | 04                                  |       | 11                          |      | 15    |

\* Perguntas com várias alternativas de resposta.

Nas tabelas 30 e 31, verifica-se que a metade das adolescentes com experiência sexual e sem gravidez e a maioria das adolescentes com experiência de gravidez não fizeram uso de nenhum método anticoncepcional ao terem a primeira relação sexual, todas alegando algum motivo para essa conduta. As percentagens de não uso de métodos contraceptivos encontradas na presente pesquisa (50% e 64,3%) estão próximas às descritas por alguns autores estrangeiros e nacionais. Ruzicki (1993) dá valores de 50% ou mais para essa conduta negativa e Tyrer (1994) de 65,4% ou mais.

Os dois principais motivos alegados pelas adolescentes e com que elas justificam o fato de não usarem algum método contraceptivo na primeira relação sexual são os mesmos mencionados por Munitz e Silber (1992) e coincidem também com os encontrados por Guimarães (1993). “Não esperava ter relações naquele momento” foi a razão mais mencionada tanto pelas adolescentes da presente pesquisa como pelas da pesquisa de Guimarães. Nos dois estudos, as maiores percentagens para essa justificativa foram

verificadas entre as jovens que nunca engravidaram, quando comparadas com as que tiveram experiência de gravidez: 100% e 44,4%, respectivamente, na presente pesquisa e 57,1% e 25,4% entre as da pesquisa mencionada. Essa justificativa, tão freqüentemente mencionada, mostra o quanto a conduta sexual das adolescentes é imprevisível.<sup>12</sup>

“Pensava que não ficaria grávida” foi o segundo motivo que as adolescentes com experiência de gravidez utilizaram para justificar o não uso da contracepção no primeiro encontro sexual. No estudo de Guimarães (1993), 19,2% das adolescentes grávidas e 11,9% das que nunca engravidaram apresentaram essa justificativa.

As características psicológicas próprias do processo da adolescência contribuem, sem dúvida, para a aceitação de concepções que implicam conceitos errados sobre a saúde sexual e reprodutiva e que influenciam na maneira como as adolescentes constroem seus conhecimentos a respeito da sexualidade, da prática sexual e da contracepção. As adolescentes mais jovens geralmente não raciocinam de forma abstrata o que as dificulta na avaliação das futuras conseqüências de seus atos. Isso é agravado pela onipotência e a ambivalência manifestadas em vários níveis do seu comportamento (Naldenson et al., 1980; Friedman e Litt, 1986; Davis, 1989), levando-as a vivenciar como verdadeira a idéia de que não têm riscos de engravidar, o que expressam na justificativa “pensava que não ficaria grávida”.

Querer ficar grávida foi outra das justificativas dadas pelas adolescentes com experiência de gravidez, o que se explica parcialmente pelo fato de a maioria delas estar casada ou viver em união consensual. Dessas jovens, 28,6% tiveram como primeiro parceiro sexual o marido ou o companheiro. No estudo de Guimarães (1993), 13,1% das adolescentes que tiveram filhos e 2,4% das que nunca engravidaram deram também essa explicação para não terem usado contraceptivos na primeira relação sexual.

Várias são as razões que fazem as adolescentes desejarem a gravidez. A gestação, para algumas adolescentes solteiras, pode ser uma maneira de chamar a atenção do parceiro sexual e/ou de outras pessoas significativas para elas, podendo ser uma procura consciente ou inconsciente de suprir suas múltiplas carências afetivas; preencher a ausência física ou emocional do pai ou da mãe; aliviar a falta de uma família harmônica; e/ou compensar penúrias sócio-econômicas sérias. No filho, podem estar depositadas as expectativas de

---

<sup>12</sup> No trabalho de Zabin et al. (1991) a justificativa não esperar ter relação sexual, esteve presente como um fator contribuinte em todos os grupos. Segundo Munist et al. (1995), essa explicação foi dada por 48,1% das adolescentes chilenas que não utilizaram nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual.

oferecer e receber carinho, proteção e companhia, de sentir-se necessária e amada, de afirmar seu auto-valor e de realizar-se como mulher. Contribui com este posicionamento o fato de, na sociedade, a mulher ser preparada para ver a maternidade como um papel relevante, isso ficando mais acentuado nos níveis sócio-econômicos menos favorecidos. Desse modo, muitas adolescentes se identificam e dão sentido às suas existências através da maternidade. Algumas vezes, acreditam que, com a gravidez, podem forçar o casamento ou tornar-se independentes da família. (Nadelson et al., 1980; Jay et al., 1989; Taquete, 1992; Bernardes e Luz, 1993; Fuentes e Lobos Gaete, 1994)

“Pensava que os anticoncepcionais faziam mal à saúde” foi também uma das justificativas dadas pelas adolescentes grávidas da presente pesquisa para explicarem o fato de não usarem nenhum método anticoncepcional na primeira relação sexual. Mesmo com os progressos da tecnologia anticoncepcional e com a relativa disponibilidade das medidas de controle da natalidade, a maioria das adolescentes continua a ter uma atitude de suspeita quanto ao uso dos métodos contraceptivos, o que está especialmente relacionado com os anticoncepcionais hormonais que cada vez ficam mais seguros e confiáveis, aproximando-se do anticoncepcional ideal, que evita eficazmente a gravidez indesejada e provoca mínimos efeitos colaterais. Esclarecimentos a respeito são fundamentais, pois é justamente esse o tipo de anticoncepcional mais adequado para as adolescentes nos dias de hoje. (Kreutner, 1981; Shearin e Boehlke, 1989; Molina, 1990; Tyrer, 1994)

A opinião das mães e de outras mulheres significativas para as jovens, sem dúvida, influencia as representações que as adolescentes constróem em relação à contracepção em geral e às pílulas contraceptivas em particular.<sup>13 14</sup>

Algumas dessas crenças criam um falso sentimento de segurança e outras induzem a não confiar nos melhores métodos anticoncepcionais que existem atualmente para as adolescentes. Isso influencia o seu comportamento sexual e sua posição perante a contracepção, além de intensificar o risco de gravidez indesejada. (Katchadourian, 1980;

<sup>13</sup> Pesquisa feita em 1985 pelo Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia revelou 75% de mulheres que consideravam os anticoncepcionais orais de alto risco. Para a metade eram mais perigosos que dar à luz. para um terço provocavam câncer e para outro eram métodos inseguros. Pesquisa de 1992 mostrou progressos, 77% de mulheres tinham opinião favorável e 90% estavam satisfeitas com o método. Forrest (1994) refere que entre vários contraceptivos, as pílulas apresentaram satisfação de 94%. Nos EUA, porém, é muito menos usada que nos outros países ocidentais industrializados. (Tyrer, 1994)

<sup>14</sup> Falta de conhecimentos e mitos em relação à pílula são encontrados até entre os professores. Forrest (1994) descreve pesquisa na qual só 34% dos professores de educação sexual de escolas secundárias dos EUA sabiam que não provocavam infertilidade; 77% pensavam que devia ser suspensa para que o corpo descansasse e só 24% sabiam que fumantes podem tomá-la.

Kreutner, 1981; Braverman e Strasburger, 1989; Jay et al., 1989; Society for Adolescent Medicine Position Paper on Reproductive Health Care for Adolescents, 1991; Zabin et al., 1991; Munitz e Silber, 1992)

TABELA 32. MÉTODO ANTICONCEPCIONAL UTILIZADO NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL PELAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| MÉTODO ANTICONCEPCIONAL * | Com experiência sexual sem gravidez |      | Com experiência de gravidez |      | TOTAL |
|---------------------------|-------------------------------------|------|-----------------------------|------|-------|
|                           | Nº                                  | %    | Nº                          | %    | Nº    |
| PILULA                    | ---                                 | ---  | 02                          | 40,0 | 02    |
| CAMISINHA                 | 03                                  | 75,0 | 02                          | 40,0 | 05    |
| TABELA OU RITMO           | 01                                  | 25,0 | ---                         | ---  | 01    |
| COITO INTERROMPIDO        | 01                                  | 25,0 | 01                          | 20,0 | 02    |
| TOTAL                     | 05                                  |      | 05                          |      | 10    |

\* Algumas adolescentes usaram mais de um método anticoncepcional na primeira relação sexual.

As adolescentes sem experiência de gravidez durante a primeira relação sexual utilizaram algum método anticoncepcional em percentagens superiores às encontradas entre as adolescentes com experiência de gravidez (tabela 30). A diferença também é qualitativa em relação aos 20% das adolescentes que engravidaram tendo praticado o coito interrompido, que não é um método anticoncepcional seguro; 25% das moças que não engravidaram também declararam ter usado esse método, mas sempre associado com a camisinha. No grupo sem experiência de gravidez, a camisinha foi o método contraceptivo mais utilizado e, no grupo com experiência de gravidez, a camisinha e a pílula anticoncepcional foram os métodos mais utilizados.<sup>15</sup>

No Brasil, uma pesquisa realizada com adolescentes em três capitais constatou o uso de anticoncepcionais na primeira relação sexual nas percentagens de 32% no Rio de Janeiro, 27% em Curitiba e 22% em Recife, sendo o contraceptivo hormonal oral (pílula) o método mais usado. O preservativo foi utilizado só em 8,1% dos casos no Rio de Janeiro, 14,6%

<sup>15</sup> Os resultados da presente pesquisa, em relação à prevenção da gravidez no primeiro encontro sexual, são parecidos aos de vários autores. Nos USA, Vincent et al. (1981) estudaram o padrão contraceptivo de menores de 16 anos, encontrando 57,9% de uso de contraceptivos durante o primeiro encontro sexual. Outros trabalhos relatam índices inferiores aos da presente pesquisa quanto à contracepção em geral e ao uso da camisinha durante a primeira relação sexual. Monroy (1992) cita um inquérito realizado na Guatemala entre jovens de 15 a 24 anos que revelou, no sexo feminino, 10% de uso de anticoncepcional na primeira relação sexual. Na Costa Rica, no Brasil e no Paraguai, o uso foi de 14% a 15% para ambos sexos e, nas capitais da Guatemala e do Panamá, de 10% a 11%. Estudos da Costa Rica, Panamá e Brasil revelaram que a pílula foi o método prevalecte e que a camisinha é popular nesses lugares, menos no Brasil. Monroy relata num estudo realizado em 1984 na Cidade de México entre estudantes de 17 a 21 anos que 52,3% declararam ter usado anticoncepcional no primeiro intercurso sexual. Nessa investigação, ficaram evidentes a vontade de evitar a gravidez, mas também o desconhecimento e a falta do uso de métodos contraceptivos seguros. A maioria preferia os métodos inadequados e os "métodos mágicos".

em Curitiba e 18,5% em Recife. Entre os adolescentes, as percentagens do uso da camisinha foram maiores: 21,1%, 40,5% e 39,5%, respectivamente, nas três cidades mencionadas (BEMFAM, 1992). O fato de as adolescentes citarem menos o uso da camisinha do que os rapazes pode ser uma manifestação de que a exigência do seu uso não está incorporada à conduta sexual das jovens.

Em Belo Horizonte, estudo sobre comportamento sexual de 138 adolescentes atendidas no programa de saúde reprodutiva da adolescente (PROSARA) revelou que 70% das jovens que usaram contracepção no primeiro encontro sexual escolheram a camisinha (Barbosa et al., 1993). Em Goiânia, Guimarães (1993) detectou 18,8% de uso de contraceptivo na primeira experiência sexual entre as adolescentes que tiveram filhos. O método utilizado foi a pílula em 66,7% dos casos, a camisinha em 16,7% e o coito interrompido em 3,4%. No grupo das moças que nunca engravidaram, 82,4% utilizaram a pílula e 11,7%, a camisinha.

Em relação aos estudos brasileiros relatados, os achados da presente pesquisa revelam índices superiores de uso da camisinha na primeira relação sexual - 75% e 40% para cada grupo. Ainda assim, há sempre uma percentagem de adolescentes que não se protegeu com esse método. Isso, somado às baixas percentagens referidas nas outras pesquisas, configura um antecedente perigoso, estando presente a assustadora disseminação da AIDS.

No conjunto das adolescentes com experiência sexual, a camisinha foi o método mais utilizado. Seguramente isso está relacionado ao já ponderado por Kulig (1989), quanto ao aumento do uso desse método como uma resposta à preocupação com o agravamento das DST iniciado na década de 1980. O autor também atribui esse aumento à publicidade a respeito da AIDS, que reacendeu o interesse e elevou a opinião a favor da camisinha.

A camisinha é o melhor método anticoncepcional masculino usado atualmente. É um método barato, bastante disponível, não precisa de prescrição médica, não apresenta efeitos colaterais e se adapta à natureza espontânea e eventual das relações sexuais dos adolescentes.

Outro método anticonceptivo mencionado por 25% das adolescentes do grupo com experiência sexual e sem gravidez foi a tabela, ritmo ou calendário, método que tem seu fundamento numa data prevista para a ovulação. Como os ciclos menstruais das adolescentes nem sempre são regulares, calcular a data da ovulação é muito difícil, motivo pelo qual esse não é um método recomendado para elas.

O coito interrompido também foi citado pelas adolescentes. As do grupo com experiência de gravidez relataram tê-lo utilizado como único método em 20% dos casos. Ele constitui uma prática que interrompe o ciclo da resposta sexual e impõe um auto-controle que não é próprio da fase da adolescência, além de não ser um método realmente protetor, porque antes da ejaculação já pode ser eliminado líquido seminal, fato que é desconhecido por muitas jovens.<sup>16</sup>

O método anticoncepcional ideal para as adolescentes deve oferecer proteção total sem comprometer a fertilidade, ser barato, de fácil acesso e não apresentar perigos para a saúde. O método que mais apresenta essas características, atualmente, é a pílula anticoncepcional, que deve ser, entretanto, tomada de forma contínua, ao passo que a atividade sexual das adolescentes é habitualmente esporádica. Assim percebe-se claramente que a motivação e a programação que o uso dos métodos anticoncepcionais exige não fazem parte da conduta sexual das adolescentes.

TABELA 33. PESSOAS QUE INDICARAM OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS UTILIZADOS NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL PELAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO. 1996

| PESSOAS *               | Com experiência sexual<br>sem gravidez |      | Com experiência de<br>gravidez |      | TOTAL |
|-------------------------|--|------|--------------------------------|------|-------|
|                         | Nº                                     | %    | Nº                             | %    | Nº    |
| MÉDICO/ ENFERMEIRA      | 01                                     | 25,0 | ---                            | ---  | 01    |
| MÃE / MADRASTA          | 01                                     | 25,0 | 02                             | 40,0 | 03    |
| AMIGO / AMIGA           | 02                                     | 50,0 | ---                            | ---  | 02    |
| FARMACÊUTICO            | ---                                    | ---  | 02                             | 40,0 | 02    |
| OUTRA PESSOA (madrinha) | 01                                     | 25,0 | 01                             | 20,0 | 02    |
| NÃO RESPONDEU           | 01                                     | 25,0 | ---                            | ---  | 01    |
| TOTAL                   | 06                                     |      | 05                             |      | 11    |

\* Perguntas com mais de uma alternativa de resposta.

A tabela 33 mostra quem indicou o método contraceptivo utilizado na primeira relação sexual. A maioria das adolescentes dos dois grupos foi aconselhada por pessoas pouco habilitadas para fazê-lo, o que ficou mais evidente no grupo das adolescentes com experiência de gravidez. Os resultados dos dois grupos estão coerentes com os das tabelas 20 e 26, que indicam as pessoas que ofereceram orientação sobre assuntos relacionados com a sexualidade e as pessoas com quem as adolescentes conversavam sobre sexo. Entre

<sup>16</sup> Cole et al. (1975) investigaram o uso de contraceptivos entre estudantes universitárias australianas solteiras, com idade média de 19 anos. A gravidez apresentou-se com o dobro de probabilidade entre as jovens que utilizaram os métodos do ritmo e do coito interrompido. O primeiro método foi usado por 63% de todas as grávidas e o segundo por 12% delas. Os ciclos menstruais foram significativamente mais irregulares no grupo das grávidas, o que causou confusão no cálculo do período fértil. Muitas das usuárias desses métodos naturais ignoravam os motivos da pouca segurança deles.

as adolescentes com experiência sexual e sem gravidez, os amigos são a principal fonte de orientação quanto à contracepção, sendo mais importante que os profissionais da área da saúde. Nenhuma das adolescentes grávidas apontou esses profissionais como pessoas consultadas sobre métodos contraceptivos. Seria conveniente reverter tal situação, já que são justamente eles os que teriam mais capacitação para fornecer aconselhamento adequado em tão delicado assunto.

Na pesquisa de Vincent et al. (1981), os amigos também constituíram a principal fonte de orientação a respeito da anticoncepção das jovens que se iniciaram sexualmente mais cedo (16 anos ou menos). Tais resultados mostram, mais uma vez, que a conduta dos adolescentes, especialmente dos mais jovens, é muito influenciada pelos valores e práticas da subcultura de seu grupo de pares. Isso deve ser encarado como um fator importante ao avaliar a conduta sexual da adolescente e na hora do aconselhamento sobre a adoção de anticoncepcionais. Também é bom ter presente a influência do grupo para entender a necessidade de disseminar informações precisas acerca da contracepção entre as adolescentes.

Na avaliação dos comportamentos sexual e contraceptivo das adolescentes, a defasagem entre o amadurecimento sexual e o amadurecimento psico-sócio-cultural precisa ser levada em consideração, especialmente nessa contraditória sociedade contemporânea, na qual os meios de comunicação de massa são uma fonte de persistente estimulação sexual e os preconceitos e tabus sexuais da sociedade e da família continuam não totalmente resolvidos. A anticoncepção, por exemplo, com poucas exceções, persiste como tabu entre os pais e os filhos adolescentes e entre os professores e os alunos adolescentes.

Num passado recente, as restrições à liberação sexual sustentavam-se em problemas de ordem moral e nos riscos de uma gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis. A moral sexual atual é mais permissiva e existe certa liberação sexual que foi facilitada pelo uso dos antibióticos e pelos métodos anticoncepcionais aperfeiçoados. A AIDS, entretanto, com sua disseminação alarmante, criou uma nova repressão sexual, agora associada à idéia de morte. Persiste, por conseguinte, a dicotomia estimulação sexual/repressão sexual. A mesma sociedade contemporânea dificulta, cada vez mais, a real emancipação sócio-econômica dos jovens, postergando a possibilidade do exercício socialmente aceito de sua sexualidade.

## Sentimentos após a Primeira Relação Sexual

As adolescentes iniciam sua vida sexual em um estado de ambivalência entre seus valores morais e sua conduta real, o que dificulta a aceitação da própria sexualidade. Esse sentimento ambivalente está presente nas diversas respostas das adolescentes quando são inquiridas sobre sua conduta sexual

TABELA 34. SENTIMENTOS APÓS A PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| SENTIMENTOS * | Com experiência sexual sem gravidez |      | Com experiência de gravidez |      | TOTAL |
|---------------|-------------------------------------|------|-----------------------------|------|-------|
|               | Nº                                  | %    | Nº                          | %    |       |
| ALEGRIA       | 04                                  | 50,0 | ---                         | ---  | 04    |
| AMOR          | 03                                  | 37,5 | 07                          | 50,0 | 10    |
| CULPA         | 01                                  | 12,5 | 01                          | 7,4  | 02    |
| MEDO          | 03                                  | 37,5 | 05                          | 35,7 | 08    |
| DOR           | 01                                  | 12,5 | 04                          | 28,6 | 05    |
| VERGONHA      | 01                                  | 12,5 | 03                          | 21,4 | 04    |
| INSEGURANÇA   | 02                                  | 25,0 | 03                          | 21,4 | 05    |
| ÓDIO          | 01                                  | 12,5 | ---                         | ---  | 01    |
| SURPRESA      | 03                                  | 37,5 | 01                          | 7,1  | 04    |
| TOTAL         | 19                                  |      | 24                          |      | 43    |

\* Perguntas com várias alternativas de resposta.

Tanto as adolescentes do grupo com experiência sexual e sem gravidez como as do grupo com experiência de gravidez mencionam sentimentos positivos após a primeira relação sexual. A menção desse tipo de sentimento, especialmente entre as jovens sem experiência de gravidez, em parte, pode ser reflexo de relacionamentos com maior comprometimento emocional, o que as ajuda a minorar o sentimento de culpa com que, geralmente, iniciam sua atividade sexual.

Aprecia-se também que nos dois grupos há relatos de sentimentos negativos, mostrando, uma vez mais, a ambivalência com que as adolescentes iniciam sua vida sexual, certamente por estarem em desacordo com os princípios morais da família e do seu meio social, o que contribui para não deixá-las desfrutar, plenamente, da sua primeira relação sexual.

O sentimento de surpresa mencionado especialmente pelas adolescentes do grupo com experiência sexual e sem gravidez evidencia o caráter imprevisível da atividade sexual na adolescência. Na tabela 31, essa situação também ficou expressa pelo número de adolescentes do mesmo grupo que não utilizaram contracepção na primeira relação sexual, todas elas justificando esse comportamento pelo fato de não terem esperado por um

relacionamento sexual naquele momento. No grupo com experiência de gravidez, a surpresa é relatada só em 7,1% dos casos. Essa menor percentagem pode ser parcialmente explicada pelo fato de 28,6% das adolescentes desse último grupo terem como primeiro parceiro sexual o marido ou o companheiro e, na época em que responderam o questionário, estarem casadas ou em união consensual, refletindo, provavelmente, relacionamentos mais estáveis na época do início da atividade sexual.

A pesquisa da BENFAM (1992) também revelou entre as adolescentes sentimentos ambivalentes por ocasião da primeira experiência sexual. O prazer foi relatado por 67,5% das adolescentes de Rio de Janeiro, 58,6% das de Curitiba e 70,7% das de Recife. Houve também relatos de sentimentos negativos: 50% das adolescentes sentiram vergonha e 60% medo.

Na pesquisa de Guimarães (1993), após o primeiro relacionamento sexual predominaram, nos dois grupos estudados, sentimentos negativos, como dor, medo e vergonha, especialmente no grupo das adolescentes que tiveram filhos. Entre elas, só 3% relataram ter sentido amor. No grupo das que nunca engravidaram, o amor foi citado em 45,8% dos casos

### Número de Parceiros Sexuais

De acordo com a literatura afim, a maioria das adolescentes mantém relacionamentos sexuais com parceiro único, mesmo que muitas vezes isso signifique uma monogamia seqüencial. De qualquer maneira, esse comportamento não corresponde ao mito de promiscuidade sexual que muitas vezes pesa sobre elas.

TABELA 35. NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO. 1996

| NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL<br>Nº |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------|
|                             | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |             |
| UM                          | 04                                  | 50,0  | 12                          | 85,7  | 16          |
| DOIS                        | 01                                  | 12,5  | ---                         | ---   | 01          |
| TRÊS                        | 01                                  | 12,5  | 02                          | 14,3  | 03          |
| QUATRO                      | 01                                  | 12,5  | ---                         | ---   | 01          |
| CINCO                       | 01                                  | 12,5  | ---                         | ---   | 01          |
| TOTAL                       | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 22          |

A metade das adolescentes com experiência sexual e sem gravidez e a maioria das com experiência de gravidez relacionaram-se sexualmente com parceiro único, fato que coincide

com o observado em vários estudos. Nos USA, 62% das adolescentes estudadas por Katchadourian (1980) em 1971 e 50% das estudadas em 1976 tiveram um único parceiro sexual. No Brasil, tiveram parceiro único, em Uberlândia (MG), 84,2% das adolescentes grávidas estudadas por Acerbi et al.(1993); em Belo Horizonte (MG), 79,4% das adolescentes estudadas por Barbosa et al. (1993) e, em Goiânia, 68,1% e 61,0% das adolescentes dos dois grupos estudados por Guimarães. (1993)

### Frequência das Relações Sexuais e Uso Regular de Método Anticoncepcional

Para Jay et al. (1989), a qualidade do relacionamento no qual a adolescente está engajada tem relação direta com a frequência dos encontros sexuais e, secundariamente, com o uso dos métodos anticoncepcionais. Assim ocorre porque, quando o relacionamento é mais estável, as relações sexuais são mais frequentes e, portanto, mais previsíveis, favorecendo a conscientização sobre as chances de uma gestação e, por conseguinte, sobre a necessidade de controlar a natalidade.

TABELA 36. FREQUÊNCIA DAS RELAÇÕES SEXUAIS DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996

| FREQUÊNCIA DAS<br>RELAÇÕES SEXUAIS                   | Com experiência sexual<br>sem gravidez |       | Com experiência de<br>gravidez |       | TOTAL |
|--|--|-------|--------------------------------|-------|-------|
|  | Nº                                     | %     | Nº                             | %     | Nº    |
| QUASE DIARIAMENTE<br>PELO MENOS UMA VEZ<br>NA SEMANA | ---                                    | ---   | 04                             | 28,6  | 04    |
| A CADA QUINZE DIAS                                   | 02                                     | 25,0  | 06                             | 42,8  | 08    |
| UMA VEZ PÔR MES                                      | 01                                     | 12,5  | 02                             | 14,3  | 03    |
| MUITO RARAMENTE                                      | 01                                     | 12,5  | ---                            | ---   | 01    |
| TOTAL  | 04                                     | 50,0  | 02                             | 14,3  | 06    |
|  | 08                                     | 100,0 | 14                             | 100,0 | 22    |

Na tabela 36, existe uma diferença importante na frequência das relações sexuais entre os grupos sem e com experiência de gravidez, o que está de acordo com o estado civil de seus componentes. No grupo sem experiência de gravidez, constituído só por adolescentes solteiras, as relações sexuais são mais esporádicas. No grupo com experiência de gravidez, as relações sexuais são muito mais frequentes, como era de se prever, pois 57,1% das adolescentes desse grupo são casadas ou vivem em união consensual. A frequência dos encontros sexuais deve ser levada em consideração ao orientar a contracepção, já que está relacionada com a motivação para o planejamento de uma conduta contraceptiva segura. Os relacionamentos sexuais ocasionais, como os das adolescentes do grupo sem experiência de

gravidez, geralmente implicam imprevisibilidade, o que inibiria essa motivação. Entretanto, outros fatores como idade do início da atividade sexual devem também ser considerados.<sup>17</sup>

TABELA 37. EXISTÊNCIA DE USO REGULAR DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS PELAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO. 1996

| USO REGULAR DE ANTICONCEPÇÃO | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL |
|------------------------------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------|
|                              | Nº                                  | %     | Nº                          | %     | Nº    |
| SIM                          | 06                                  | 75,0  | 07                          | 50,0  | 13    |
| NÃO                          | 02                                  | 25,0  | 07                          | 50,0  | 09    |
| TOTAL                        | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 22    |

Os dados da tabela 37 revelam que o grupo sem experiência de gravidez é o que mais usa contraceptivos regularmente. Ao comparar esses dados com os da tabela 29 (uso de métodos anticoncepcionais na primeira relação sexual), aprecia-se que, nos dois grupos, há um aumento no uso de métodos anticoncepcionais entre a primeira relação sexual e as relações sexuais regulares. O aumento no grupo sem experiência de gravidez é de 50% para 75% e no grupo com experiência de gravidez, de 42,8% para 50%. Dessa maneira, o grupo que mais usa rotineiramente contraceptivos é o que tem relações sexuais menos frequentes. Portanto, nesse grupo, não é a frequência da atividade sexual que influencia a melhor prevenção. Isso está seguramente relacionado com o maior nível de escolaridade e de orientação sobre assuntos relacionados com a sexualidade do grupo em questão. (tabelas 15, 19 a 24)

No grupo com experiência de gravidez, 57,1% das adolescentes são casadas ou vivem em união consensual e manifestaram, em 25% dos casos, o desejo de ficarem grávidas ao serem inquiridas acerca dos motivos para não usarem contraceptivos já na primeira relação sexual (tabela 31). Talvez esse desejo tenha se mantido ou até aumentado após o primeiro encontro sexual sendo uma das razões para o discreto aumento no uso de métodos anticoncepcionais por parte desse grupo em relação ao das adolescentes sem experiência de gravidez.

<sup>17</sup> Vincent et al. (1981) estudaram dois grupos de adolescentes: um que se iniciou sexualmente na idade de 16 anos ou menos e outro na idade de 17 a 20 anos. 36,8% das adolescentes que iniciaram sua atividade sexual mais cedo tinham relações sexuais uma a duas vezes por semana e 44,7% uma a duas vezes por mês. 44,7% delas declararam usar sempre métodos anticoncepcionais. 32,4% das adolescentes cuja iniciação sexual foi mais tardia tinham relações sexuais uma a duas vezes por semana e 29,7% uma a duas vezes por mês. 56,8% delas relataram usar sempre algum método contraceptivo. É possível apreciar maior uso de anticoncepcionais entre as adolescentes que começaram a vida sexual mais tardiamente, mesmo sendo as relações sexuais menos frequentes entre elas.

Na pesquisa da BENFAM (1992), quando são comparadas a primeira e a última relação sexual, comprova-se o aumento do uso de contraceptivos de 32% para 62,7% no Rio de Janeiro; de 27% para 44,7% em Curitiba; e de 22% para 58,3% em Recife. Na pesquisa de Guimarães (1993), também foi constatada essa diferença - 29,3% para 40,7% no grupo das adolescentes que nunca engravidaram e de 18,8% para 38,7% no grupo das que tiveram filhos.

TABELA 38. MÉTODO ANTICONCEPCIONAL UTILIZADO REGULARMENTE PELAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DAS UFG. GOIÂNIA /GO, 1996

| MÉTODO ANTICONCEPCIONAL * | Com experiência sexual sem gravidez |      | Com experiência de gravidez |      | TOTAL |
|---------------------------|-------------------------------------|------|-----------------------------|------|-------|
|                           | Nº                                  | %    | Nº                          | %    | Nº    |
| PÍLULA ANTICONCEPCIONAL   | 01                                  | 16,7 | 03                          | 42,8 | 04    |
| CAMISINHA                 | 04                                  | 66,7 | 04                          | 57,1 | 08    |
| RITMO OU CALENDÁRIO       | 01                                  | 16,7 | ---                         | ---  | 01    |
| COITO INTERRUPTO          | 01                                  | 16,7 | 01                          | 14,3 | 02    |
| TOTAL                     | 07                                  |      | 08                          |      | 15    |

\* Algumas adolescentes afirmam usar, simultaneamente, mais de um método anticoncepcional.

Segundo a tabela 38, a camisinha é o método utilizado rotineiramente pela maioria das adolescentes sem experiência de gravidez e, com a pílula, ocupa o primeiro lugar no grupo com essa experiência. A camisinha adapta-se bem à natureza espontânea e ocasional das relações sexuais das adolescentes por ser um método barato, que pode ser utilizado sem prescrição médica e sem planificação prévia demorada. Por esses motivos, é compreensível que seja o método de escolha das adolescentes solteiras, como as do grupo sem experiência de gravidez. A campanha de prevenção da AIDS provavelmente também tenha influenciado nessa conduta, já que esse é o grupo mais esclarecido nos assuntos da sexualidade e da anticoncepção. Mesmo assim, considerada a extrema gravidade da doença, o emprego da camisinha está aquém de sua real necessidade.

O uso da pílula foi menor no grupo sem experiência de gravidez em relação ao grupo com essa experiência. As diferenças de idade e de estado civil podem justificar parcialmente essa disparidade. O grupo sem experiência de gravidez é constituído só por solteiras, 25% menores de quinze anos. Nesse grupo, as relações sexuais são menos previsíveis, o que dificulta a adaptação à pílula que exige uma programação anterior ao seu uso e uma motivação adequada. A maioria das adolescentes do grupo com experiência de gravidez são casadas ou estão em união consensual e todas são maiores de 15 anos. O maior uso da

pílula poderia justificar-se pelo fato de as adolescentes com mais idade e em união estável terem relações sexuais mais previsíveis e poderem assumir melhor sua sexualidade.<sup>18</sup>

Em Goiânia, no estudo de Guimarães (1993), 40,7% das adolescentes que nunca engravidaram e 38,7% das que tiveram filhos usavam regularmente algum método contraceptivo. Entre as primeiras, 79,2% utilizavam a pílula e, entre as que tiveram filhos, 81,3% usavam a pílula e 3,1% a camisinha. A principal diferença dos resultados da presente pesquisa em relação à realizada por Guimarães em 1993 refere-se ao uso da camisinha.

TABELA 39. PESSOAS QUE INDICARAM O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL UTILIZADO REGULARMENTE PELAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG. GOIÂNIA / GO, 1996.

| PESSOAS *           | Com experiência sexual sem gravidez |      | Com experiência de gravidez |      | TOTAL |
|---------------------|-------------------------------------|------|-----------------------------|------|-------|
|                     | Nº                                  | %    | Nº                          | %    | Nº    |
| MÉDICO / ENFERMEIRA | 01                                  | 16,7 | 04                          | 57,1 | 05    |
| MÃE / MADRASTA      | ---                                 | ---  | ---                         | ---  | ---   |
| NAMORADO / NOIVO    | 03                                  | 50,0 | 02                          | 28,6 | 05    |
| AMIGO               | 02                                  | 33,3 | 01                          | 14,3 | 03    |
| FARMACÊUTICO        | 01                                  | 16,7 | ---                         | ---  | 01    |
| TOTAL               | 07                                  |      | 07                          |      | 14    |

\* Perguntas com várias alternativas de resposta.

Ao comparar as tabela 39 e 33 (pessoas que indicaram o método utilizado na primeira relação sexual), deve considerar-se que, nesta última, não consta o namorado ou noivo, cuja participação é importante na contracepção regular. Ao correlacionar as duas tabelas, nota-se que, no grupo com experiência sexual e sem gravidez, os amigos continuam sendo importantes; a orientação do médico ou da enfermeira diminui e aparece a do farmacêutico.

No grupo com experiência de gravidez, o médico ou a enfermeira ganham relevância; os amigos passam a ser mencionados e o farmacêutico deixa de sê-lo. Como no grupo sem experiência de gravidez quando o uso de contraceptivo se fez regular, o papel da mãe ou madrastra apresentou-se nulo.<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Nadelson et al. (1980) pesquisaram, em Boston, o uso de métodos anticoncepcionais em adolescentes que engravidaram. 29% empregaram a pílula, 25% a camisinha, 18% o coito interrompido e 8% o ritmo. Vincent et al. (1981) em South Carolina compararam adolescentes que se iniciaram sexualmente antes dos 16 anos e dos 17 aos 20 anos. A pílula foi utilizada por 47,4% das que se iniciaram mais cedo e por 35,1% das que o fizeram mais tarde. A camisinha foi usada por 15,8% do primeiro grupo e por 32,4% do segundo e o ritmo por 7,9% e 8,1%. Em pesquisa feita na Cidade do México por Morris et al. (1988), 75% das jovens de 15 a 24 anos usaram anticoncepcional na última relação sexual: 42% o ritmo, 19% a pílula e 2,8% a camisinha. 20,7% tinha utilizado a camisinha na primeira relação sexual.

<sup>19</sup> Os dados sobre o farmacêutico são diferentes dos comentados por Monroy (1992) quando relata os achados de Pick e colaboradores em 1987. Nessa ocasião, na Cidade de México, grande parte das adolescentes de 15 a 19 anos entrevistadas assinalaram receber orientação contraceptiva nas farmácias.

## Gravidez, Tempo de Gravidez, Vezes em que a Adolescente Esteve Grávida e Idade da Primeira Gravidez

A idade em que uma mulher inicia suas relações sexuais está relacionada com os riscos de gravidez antes do casamento. As adolescentes que começam mais cedo sua atividade sexual têm maiores chances de terem uma gravidez pré-conjugal indesejada, por não costumarem utilizar os métodos de anticoncepção corretamente. É sabido que numerosos relacionamentos se formalizam prematuramente por causa de uma gestação inesperada. O futuro dessas uniões forçadas por uma gestação é, sem dúvida, bem menos promissor do que o das realizadas sem pressões circunstanciais e numa idade de mais amadurecimento.

Na presente pesquisa, no grupo das 14 adolescentes com experiência de gravidez, 78,6% (11) estavam grávidas de mais de quatro meses e 21,4% (03) tinham passado pela experiência de gravidez. Entre estas últimas, 14,3% (02) tiveram uma gestação e 7,1% (01) duas gestações. No total das adolescentes com experiência de gravidez, 42,8% (06) ficaram grávidas dos 13 anos até antes de completarem os 16 anos.<sup>20</sup>

Na pesquisa de Guimarães (1993), das 160 adolescentes que deram à luz, 22,5% já tinham sido mães uma vez, 6,9% duas e 2,5% três.

Retomando os dados sobre estado civil (tabela 5), 42,8% das adolescentes grávidas eram solteiras e as demais viviam numa ligação estável. A gravidez pode ter sido o motivo de muitas das ligações das adolescentes do grupo com experiência de gravidez.

Outra vez fica evidente a urgente necessidade da educação sexual escolar de forma preventiva, antes que as adolescentes iniciem sua prática sexual, cuja idade média, de acordo com a tabela 28 da presente pesquisa, foi de 14,6 anos para as adolescentes sem experiência de gravidez e de 14,8 anos para as adolescentes com tal experiência.

Segundo Tyrer (1994), as mulheres jovens que tiveram uma gestação indesejada têm grande chance de repeti-la e por isso devem receber educação sexual e orientação contraceptiva logo após o fim de sua gravidez, tenha ela terminado com um parto ou com um aborto. Kreutner (1981) explica que a motivação para a anticoncepção depois desses fatos está aumentada, o que deve ser aproveitado para se obter a conscientização necessária e, conseqüentemente, a maior adesão ao método anticoncepcional escolhido.

---

<sup>20</sup> No estudo de González e Szczedrin (1987), das 100 adolescentes que se consultaram pela primeira vez, 90% tiveram gestações anteriores - 67% uma gestação, 19% duas e 4% três.

## Ocorrência de Abortos

Só no grupo com experiência de gravidez houve abortos espontâneos e provocados, 7,1% (01) para cada um. O aborto foi provocado pela adolescente. Ao considerar os dois grupos sexualmente ativos, as percentagens para cada tipo de aborto são de 4,5%.

O aborto é uma das mais dramáticas conseqüências da atividade sexual precoce e sem anticoncepção segura. As baixas percentagens de abortos provocados da presente pesquisa estão de acordo com o que é comentado na literatura pertinente. As adolescentes têm menor tendência a aprovar o aborto em relação às mulheres mais velhas. Muitas das que já o vivenciaram, associam-no com angústia, depressão e sentimento de culpa, sensações negativas, que minoram quando a jovem recebe apoio do parceiro antes, durante e após a experiência. (Stephenson, 1989; Climent; Arias, 1995)<sup>21</sup>

## 2. 4 AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DAS ADOLESCENTES ACERCA DA PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ E DE DST

A camisinha, além da eficácia contraceptiva, apresenta-se atualmente como a forma mais eficiente na prevenção das DST; as pílulas anticoncepcionais são consideradas o método mais seguro para evitar a gravidez entre as adolescentes. Por esses motivos, a associação de ambos os métodos é a recomendação preventiva mais adequada para elas. Entretanto, é necessário também que as adolescentes conheçam seus períodos férteis. Segundo Kreutner (1981), a ignorância sobre eles é uma das razões pelas quais um número significativo de adolescentes não utiliza nenhum método anticoncepcional.

A correta utilização da camisinha e das pílulas anticoncepcionais, assim como dos outros métodos contraceptivos, pressupõe informações, conhecimentos, atitudes, opiniões e valores. Sem as informações, que formam valores e comportamentos, a prevenção da gravidez não obtém êxito. Kreutner (1981)

Nessa perspectiva, é importante averiguar as informações e os valores das adolescentes acerca dos métodos contraceptivos e de sua utilização. Afinal, informação, conhecimento, valores e opiniões podem ser vistos como a base sobre a qual se sustentarão os

---

<sup>21</sup> É difícil determinar o número de abortos provocados onde tal procedimento é ilegal, o que acontece na América Latina, exceto em Cuba e Porto Rico. Ai, como nos EUA, o aborto é permitido, com estatísticas verdadeiras. Nos EUA as adolescentes constituem 10% da população feminina sexualmente ativa de 15 a 44 anos e respondem por 26% dos abortos. (Munitz e Silber, 1992; Forrest, 1994)

comportamentos frente à sexualidade no geral e a contracepção e a gravidez no particular. Nesse sentido, é necessário observar “o que” e “como” as adolescentes sabem e ainda as opiniões e os valores que agregam a esse conhecimento para transformá-lo, ou não, em prática.

TABELA 40. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE: “A CAMISINHA, ALÉM DE EVITAR A GRAVIDEZ, AJUDA NA PREVENÇÃO DAS DST”. GOIÂNIA / GO, 1996

| OPINIÃO | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|---------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|         | Nº                     | %    | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
| SIM     | 26                     | 92,8 | 08                                  | 100,0 | 13                          | 92,8 | 47          |
| NÃO     | 02                     | 7,1  | ---                                 | ---   | 01                          | 7,1  | 03          |
| TOTAL   | 28                     | 99,9 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50          |

TABELA 41. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE “QUAL SERIA(M) O(S) MÉTODO(S) MAIS ADEQUADO(S) PARA EVITAR UMA GRAVIDEZ NÃO DESEJADA”. GOIÂNIA / GO, 1996

| MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS * | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|-----------------------------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|                             | Nº                     | %    | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
| PÍLULA                      | 21                     | 75,0 | 06                                  | 75,0  | 08                          | 57,1 | 35          |
| CAMISINHA                   | 25                     | 89,3 | 08                                  | 100,0 | 12                          | 85,7 | 45          |
| TABELA OU RITMO             | 03                     | 10,7 | ---                                 | ---   | 01                          | 7,1  | 04          |
| COITO INTERROMPIDO          | ---                    | ---  | 01                                  | 12,5  | 02                          | 14,3 | 03          |
| DIAFRAGMA                   | 01                     | 3,6  | 03                                  | 37,5  | 02                          | 14,3 | 06          |
| GELÉIA, ESPUMA, ÓVULOS      | ---                    | ---  | ---                                 | ---   | 01                          | 7,1  | 01          |
| DIU                         | 02                     | 7,1  | 02                                  | 25,0  | 03                          | 21,4 | 07          |
| INJEÇÕES DE HORMÔNIO        | 02                     | 7,1  | 03                                  | 37,5  | 02                          | 14,3 | 07          |
| DUCHAS VAGINAIS             | ---                    | ---  | ---                                 | ---   | 01                          | 7,1  | 01          |
| TOTAL                       | 54                     |      | 23                                  |       | 32                          |      | 109         |

\* Perguntas com várias alternativas de resposta.

TABELA 42. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE: “NAS MULHERES COM CICLO MENSTRUAL REGULAR A DATA MAIS PROVÁVEL DE ENGRAVIDAR É 14 DIAS APÓS O PRIMEIRO DIA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO”. GOIÂNIA / GO, 1996 <sup>22</sup>

| OPINIÃO       | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL<br>Nº |
|---------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------|
|               | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |             |
| SIM           | 15                     | 53,6  | 05                                  | 62,5  | 07                          | 50,0  | 27          |
| NÃO           | 12                     | 42,8  | 03                                  | 37,5  | 05                          | 35,7  | 20          |
| NÃO RESPONDEU | 01                     | 3,6   | ---                                 | ---   | 02                          | 14,3  | 03          |
| TOTAL         | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50          |

<sup>22</sup> De acordo com Kaplan (1983) e Calderone (1986), nas mulheres com ciclo menstrual regular, a época de maior fertilidade é por volta do 14º dia após o primeiro dia da última menstruação.

As tabelas 40 e 41 revelam que as adolescentes dos três grupos possuem um bom nível de informação a respeito das pílulas anticoncepcionais e da camisinha. A tabela 42, em contrapartida, mostra que os níveis de informação quanto à época mais fértil da mulher são, comparativamente, menores. Entre os dois grupos com experiência sexual, o das adolescentes sem experiência de gravidez é o que possui o melhor nível de informação sobre os assuntos avaliados nas tabelas 40, 41 e 42. Essa constatação está coerente com os resultados das tabelas 15 e 19 a 24, que mostram as relações existentes entre escolaridade/esclarecimentos recebidos e informação sobre a sexualidade/métodos contraceptivos entre adolescentes. Fica evidente, nos três grupos, o insuficiente nível de informação acerca da época de maior fertilidade feminina.

Pensar que as pílulas anticoncepcionais fazem mal à saúde é um dos motivos pelos quais as adolescentes não usam esse tipo de contracepção na primeira relação sexual nem nas subseqüentes. No estudo de Zabin et al. (1991), o temor dos contraceptivos hormonais orais (pílulas) foi também detectado em todos os grupos investigados. Tais pesquisadores enfatizam o perigo dessa crença, considerando-se a segurança que as técnicas de última geração conferem aos contraceptivos orais na adolescência. Isso adquire especial importância ao se ponderar que, durante esse período da vida, há um elevado risco de gravidez perante a atividade sexual sem anticoncepção adequada.

TABELA 43. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE AS "MOLÉSTIAS" QUE AS PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS PODEM PROVOCAR. GOIÂNIA / GO, 1996

| "MOLÉSTIAS" *               | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |      | Com experiência de gravidez |       | TOTAL<br>Nº |
|-----------------------------|------------------------|------|-------------------------------------|------|-----------------------------|-------|-------------|
|                             | Nº                     | %    | Nº                                  | %    | Nº                          | %     |             |
| CELULITE                    | 01                     | 7,1  | 01                                  | 16,7 | 01                          | 14,3  | 03          |
| AUMENTO DE PESO             | 11                     | 78,6 | 05                                  | 83,3 | 07                          | 100,0 | 23          |
| VARIZES                     | ---                    | ---  | 01                                  | 16,7 | ---                         | ---   | 01          |
| IRRITABILIDADE              | 02                     | 14,3 | ---                                 | ---  | 01                          | 14,3  | 03          |
| DEPRESSÃO                   | 06                     | 42,8 | 02                                  | 33,3 | 03                          | 42,8  | 11          |
| DOR DE CABEÇA               | 07                     | 50,0 | 02                                  | 33,3 | 04                          | 57,1  | 13          |
| DIMINUIÇÃO DO PRAZER SEXUAL | 02                     | 14,3 | 01                                  | 16,7 | 02                          | 28,6  | 05          |
| NENHUMA                     | 14                     | 50,0 | 02                                  | 25,0 | 07                          | 50,0  | 23          |
| TOTAL                       | 43                     |      | 14                                  |      | 25                          |       | 82          |

\* Perguntas com várias alternativas de resposta.

Metade das adolescentes do grupo sem experiência sexual e do grupo com experiência de gravidez, respectivamente, e 25% das do grupo com experiência sexual e sem gravidez

pensam que as pílulas anticoncepcionais não provocam nenhuma das “moléstias” mencionadas na tabela 43.

Quanto aos possíveis efeitos secundários provocados pelo uso das pílulas, a maior preocupação das adolescentes relaciona-se ao aumento de peso. Na adolescência, ocorrem grandes modificações no aspecto físico que vêm acompanhadas de inquietação com a imagem corporal (representação mental que o sujeito faz de si mesmo), o que justifica as respostas das adolescentes dos três grupos em relação ao possível efeito secundário do aumento de peso. O grupo das adolescentes com experiência de gravidez foi o que manifestou, em percentagens maiores, acreditar que as pílulas provocam diversas “moléstias”. Na pesquisa de Zabin et al. (1991), a atitude negativa para com os métodos contraceptivos é muito mais marcante do que os problemas de acesso ou de barreiras institucionais em relação ao uso de tal prevenção. (50% e 9%, respectivamente)

Na presente pesquisa, 11,1% das adolescentes do grupo com experiência de gravidez justificaram não terem usado contracepção durante seu primeiro coito porque os anticoncepcionais faziam mal à saúde (tabela 31). Modificar essa atitude de temor perante o método que, atualmente, junto com a camisinha, constitui a melhor proteção anticoncepcional para as adolescentes é de fundamental interesse para reverter as consequências negativas da atividade sexual sem prevenção das jovens.

## 2.5 CONCEPÇÕES, VALORES E OPINIÕES ACERCA DA SEXUALIDADE E DA CONTRACEPÇÃO ELABORADAS PELAS ADOLESCENTES PESQUISADAS

Autores como Zabin et al. (1991) apontam a contradição entre a percepção e os conhecimentos que as adolescentes possuem como uma evidência da incapacidade destas jovens para internalizar integralmente tais conhecimentos e agir de acordo com eles, sendo necessário, assim, desvendar os determinantes dessa dissociação entre conhecimento e prática sexual. Com essa finalidade, será estudado o posicionamento das adolescentes frente a várias concepções arraigadas na sociedade e que podem influenciar seu comportamento sexual e o possível uso dos métodos contraceptivos.

### 2.5.1 Opinião sobre a Prática da Masturbação

As adolescentes apresentam dificuldade para admitir a prática da masturbação e a verdadeira freqüência com que a realizam. Isso porque, para muitas, é penoso aceitar a própria sexualidade e assumir as atividades relacionadas a ela. Os determinantes desse conflito relacionam-se, no limite, com o fato de a existência e a legitimidade da sexualidade feminina terem sido constantemente escondidas ou não reconhecidas pelas atitudes tradicionais da sociedade patriarcal, manifestadas, em grande parte, através de uma educação repressora e carregada de preconceitos. Nesse aspecto, o enfoque das igrejas tem um peso bastante importante, pois várias delas consideram a masturbação como um prazer egoísta e pecaminoso.

TABELA 44. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE: "A MASTURBAÇÃO FAZ MAL À SAÚDE". GOIÂNIA / GO. 1996

| OPINIÃO             | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|---------------------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|                     | Nº                     | %    | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
| CONCORDO TOTALMENTE | 06                     | 21,4 | ---                                 | ---   | 05                          | 35,7 | 11          |
| CONCORDO EM PARTE   | 03                     | 10,7 | 01                                  | 12,5  | 01                          | 7,1  | 05          |
| DISCORDO EM PARTE   | 10                     | 35,7 | 01                                  | 12,5  | 02                          | 14,3 | 13          |
| DISCORDO TOTALMENTE | 09                     | 32,1 | 06                                  | 75,0  | 06                          | 42,8 | 21          |
| TOTAL               | 28                     | 99,9 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50          |

A tabela 44 indica que a maioria das adolescentes dos três grupos discorda da assertiva de que a masturbação é nefasta para a saúde. O grupo com experiência sexual e sem gravidez é o que menos aceita essa idéia e o grupo com experiência de gravidez é o que mais concorda com ela. Quando esses resultados são correlacionados com a prática da masturbação (tabela 27), verifica-se que, apesar da baixa freqüência com que as adolescentes dos três grupos declaram masturbar-se, existe coerência entre as duas tabelas. As adolescentes que mais discordam com a opinião de que a masturbação seja nefasta para a saúde são as que apresentam as maiores percentagens de masturbação (adolescentes com experiência sexual e sem gravidez). De qualquer modo, metade delas admite praticá-la raramente, o que sugere que não é só o temor aos danos em relação à saúde que faz as adolescentes não se masturbarem ou não reconhecer que o fazem.

A dissonância entre o fato de a maioria das adolescentes considerar que a masturbação não prejudica a saúde e apenas uma baixa percentagem aceitar praticá-la resulta, seguramente, de alguns fatores associados. É possível que isso seja um reflexo dos tabus e dos preconceitos recebidos pelas adolescentes no seu processo de socialização. Com certeza, também podem colaborar com a dificuldade em aceitar a prática da masturbação o fato de a maioria das adolescentes dos três grupos pertencer a alguma religião (tabela 6). Os sentimentos de ambivalência e de culpa com que as adolescentes vivenciam sua sexualidade e que as induz freqüentemente a negar suas práticas sexuais certamente não podem estar ausentes quando se considera a questão da masturbação.

### 2.5.2 Concepções acerca da Saúde Sexual e Reprodutiva

As cinco tabelas seguintes (45, 46, 47, 48 e 49) indicam o posicionamento das adolescentes em relação às várias concepções que obstam o uso dos métodos anticoncepcionais por encerrarem falsos conceitos acerca da saúde sexual e reprodutiva.

TABELA 45. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE: "A ADOLESCENTE NÃO FICA GRÁVIDA NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL, POR ISSO NÃO NECESSITA USAR NENHUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL NESSA OCASIÃO". GOIÂNIA / GO, 1996

| OPINIÃO       | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL |
|---------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------|
|               | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |       |
| VERDADEIRO    | 03                     | 10,7  | 01                                  | 12,5  | 02                          | 14,3  | 06    |
| FALSO         | 24                     | 85,7  | 07                                  | 87,5  | 12                          | 85,7  | 43    |
| NÃO RESPONDEU | 01                     | 3,6   | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | 01    |
| TOTAL         | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50    |

TABELA 46. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE: "A ADOLESCENTE, QUANDO NÃO SENTE ORGASMO DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL, NÃO FICA GRÁVIDA". GOIÂNIA / GO, 1996

| OPINIÃO       | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL |
|---------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------|
|               | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |       |
| VERDADEIRO    | 02                     | 7,1   | ---                                 | ---   | 04                          | 28,6  | 06    |
| FALSO         | 25                     | 89,3  | 08                                  | 100,0 | 10                          | 71,4  | 43    |
| NÃO RESPONDEU | 01                     | 3,6   | ---                                 | ---   | ---                         | ---   | 01    |
| TOTAL         | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50    |

TABELA 47. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE: "SÓ É NECESSÁRIO TOMAR PÍLULA ANTICONCEPCIONAL NO DIA DA RELAÇÃO SEXUAL". GOIÂNIA / GO, 1996

| OPINIÃO    | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|            | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
| VERDADEIRO | 07                     | 25,0  | ---                                 | ---   | 01                          | 7,1  | 08          |
| FALSO      | 21                     | 75,0  | 08                                  | 100,0 | 13                          | 92,8 | 42          |
| TOTAL      | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50          |

TABELA 48. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE: "O HOMEM QUE USA CAMISINHA NÃO SENTE PRAZER DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL". GOIÂNIA / GO, 1996

| OPINIÃO    | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL<br>Nº |
|------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------|
|            | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |             |
| VERDADEIRO | 04                     | 14,3  | ---                                 | ---   | 04                          | 28,6  | 08          |
| FALSO      | 24                     | 85,7  | 08                                  | 100,0 | 10                          | 71,4  | 42          |
| TOTAL      | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50          |

TABELA 49. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE: "QUANDO A ADOLESCENTE FAZ ABORTO NUNCA MAIS FICA GRÁVIDA". GOIÂNIA / GO, 1996

| OPINIÃO    | Sem experiência sexual |       | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|------------|------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|            | Nº                     | %     | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
| VERDADEIRO | 07                     | 25,0  | ---                                 | ---   | 01                          | 7,1  | 08          |
| FALSO      | 21                     | 75,0  | 08                                  | 100,0 | 13                          | 92,8 | 42          |
| TOTAL      | 28                     | 100,0 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50          |

A análise do conjunto das tabelas 45, 46, 47, 48 e 49 revela que a maior parte das adolescentes dos três grupos considera falsas as concepções avaliadas. Essa constatação denota que, quanto a esses aspectos da saúde sexual e reprodutiva, a maioria das adolescentes dos três grupos possui um bom nível de informação.

Entre todas as adolescentes estudadas, as do grupo com experiência sexual e sem gravidez são as melhor informadas a respeito. A concepção da primeira tabela é considerada falsa pela grande maioria delas e as concepções das tabelas restantes, pela totalidade. O maior grau de informação está coerente com o fato de ser este o grupo com os melhores níveis de escolaridade e de orientação quanto à sexualidade e aos métodos contraceptivos (tabelas 15 e 19 a 24) e também quanto ao maior uso de anticoncepção na primeira relação sexual. (tabela 30)

As adolescentes do grupo com experiência de gravidez são as que menos rejeitam as assertivas que expressam falsos conceitos acerca da saúde reprodutiva, sendo, portanto, as

que possuem os mais baixos níveis de informação sobre os assuntos analisados, o que coincide com o menor grau de escolaridade (tabela 15) e de orientação sobre os assuntos relacionados à sexualidade e aos métodos contraceptivos (tabelas 19 a 24) e com um menor índice de contracepção na primeira relação sexual. (tabela 30)

Para as adolescentes, é difícil se aceitarem como sexualmente ativas, pré-requisito para assumir uma prática contraceptiva apropriada. Muitas delas, provavelmente, estão pouco motivadas para usarem métodos anticoncepcionais porque ainda não apresentam pensamento abstrato completamente estabelecido, o que não lhes permite assumir condutas preventivas. Algumas adolescentes podem, ainda, ter “pensamento mágico” (Davis, 1989), o que as faz sentirem-se invulneráveis à gravidez. Esse pode ser um dos motivos por que restam adolescentes nos três grupos que consideram verdadeiro o pressuposto: “a adolescente não fica grávida na primeira relação sexual. Por isso não necessita usar nenhum anticoncepcional nessa ocasião”. (tabela 45)

Apesar de 57,1% das adolescentes com experiência de gravidez conviverem numa união estável, a maioria iniciou-se sexualmente com o namorado ou noivo, o que significa que também pode ter experimentado a ambivalência moral decorrente das relações sexuais pré-maritais na sociedade contraditória da qual faz parte. As adolescentes, negando sua atividade sexual, minoram o sentimento de culpa que tal comportamento desencadeia. Não sentir orgasmo seria uma forma de atenuar ainda mais esse sentimento. Através da negação do comportamento sexual inconseqüente, as adolescentes, uma vez mais, podem estar manifestando o conflito com que vivenciam a sua sexualidade. A negação, associada ao senso de invulnerabilidade próprio dessa fase da vida, ajudaria a explicar por que algumas adolescentes, especialmente as do grupo com experiência de gravidez, aceitam como verdadeiro que a ausência de orgasmo protege contra a gravidez. (tabela 46)

De acordo com as tabelas 43 e 47, entre as adolescentes com experiência sexual, as que não possuem experiência de gravidez são as que têm mais informações sobre as pílulas anticoncepcionais, mas isso não se traduz em maior uso desse método contraceptivo, quando comparado com as que têm experiência de gravidez. Apenas 16,7% das 75% que fazem uso regular de algum contraceptivo responderam utilizar a pílula (tabela 38). Essa constatação aponta para a participação de outros fatores além da informação nessa conduta. Seguramente, também estão em jogo a ambivalência própria do comportamento sexual das adolescentes e o caráter imprevisível das relações sexuais das jovens solteiras nessa faixa etária.

Ao correlacionar as tabelas 32 e 38 (método anticoncepcional utilizado durante a primeira relação sexual e método anticoncepcional utilizado regularmente) com a tabela 48 (“o homem que usa camisinha não sente prazer durante a relação sexual”), pode-se verificar como esse pressuposto se reflete no comportamento contraceptivo das adolescentes. A camisinha é o método anticoncepcional mais utilizado pelos parceiros das adolescentes do grupo sem experiência de gravidez: 75% fizeram uso dela no primeiro encontro sexual (tabela 32) e 66,7% usam-na de forma regular. (tabela 38)

No grupo com experiência de gravidez, a percentagem de utilização de tal método é inferior: 40% para o primeiro coito (tabela 32) e 57,1% para os subseqüentes (tabela 38). A preferência das adolescentes do grupo sem experiência de gravidez por esse método coincide com os 100% de rejeição do pressuposto de que a camisinha anula o prazer sexual (tabela 48). Não se deve esquecer que, nesse grupo, a opção pela camisinha justifica-se, ainda, por ser um método contraceptivo que se adapta à natureza das relações sexuais das adolescentes solteiras. A menor rejeição do pressuposto em questão, por parte das adolescentes do grupo com experiência de gravidez, está de acordo com o menor uso da camisinha pelos seus parceiros, o que também é parcialmente justificado pela união estável de 57,1% delas.

Acatar o uso da camisinha significa vencer duas resistências: por um lado, rejeitar o posicionamento da sociedade patriarcal que vê o homem no papel superior de macho fecundador e, por outro, rejeitar a visão que delega somente à mulher a responsabilidade da anticoncepção. Um novo enfoque da contracepção como uma conduta a ser partilhada foi, indiretamente, favorecido pelo advento da AIDS. Tal doença obrigou os homens a reconsiderarem o uso da camisinha e a tentarem se desfazer da convicção de que ela inibe o prazer sexual, melhorando a aceitação de que esse método é o mais eficiente para prevenir essa grave doença, quando a transmissão se dá pelo contato sexual. Ademais, quando associada às pílulas anticoncepcionais, oferece a mais eficiente proteção contraceptiva para as adolescentes.

Há, contudo, uma dissociação entre as respostas das adolescentes e a prática. Por um lado, elas rejeitam, em elevadas percentagens, o pressuposto “o homem que usa camisinha não sente prazer durante a relação sexual”, indicando que estão, teoricamente, mais esclarecidas a esse respeito. Por outro lado, o uso da camisinha está aquém da real necessidade, considerando que a AIDS é uma doença fatal e que a gravidez na adolescência traz sérias implicações.

No grupo sem experiência sexual e no grupo com experiência de gravidez, há um remanescente que ainda aceita que a camisinha tira o prazer sexual. Isso manifesta-se com maior frequência no último desses dois grupos, que é o das adolescentes com a menor escolaridade e com a pior orientação sobre assuntos da sexualidade e a contracepção. (tabelas 15 e 19 a 24)

A afirmação: “a adolescente que faz aborto nunca mais fica grávida” (tabela 49) poderia estar associada, além de aos riscos de complicações físicas, à idéia de pecado que acompanha o aborto provocado, sendo influenciada por princípios religiosos. A maioria das adolescentes dos três grupos considera falsa a afirmação da tabela 49, apontando que, para elas, está claro que o aborto provocado não conduz à esterilidade.

O conjunto das tabelas 45 a 49 mostra que, nos dois grupos com vida sexual ativa, a rejeição das concepções em análise não foi acompanhada, na mesma proporção, pelo uso de algum método anticoncepcional na primeira relação sexual (tabela 30). Só a metade das adolescentes do grupo sem experiência de gravidez e 35,7% das do grupo com essa experiência usaram algum contraceptivo nessa oportunidade. Tal conduta implica uma dissociação entre o conhecimento e a prática e reflete a ambivalência que, constantemente, acompanha a conduta sexual das adolescentes.

A incongruência entre a conduta real e os valores morais carregados pelas adolescentes manifesta-se em todas essas oportunidades. O fato de grande parte da sociedade condenar as relações sexuais pré-maritais como moralmente erradas pode levar as adolescentes a negarem o seu comportamento sexual para se defender do sentimento de culpa que tal situação provoca. Como resultado, elas não reconhecem a necessidade de uma conduta contraceptiva apropriada.

Essa constatação demonstra e reforça a necessidade de aprimorar a educação sexual das adolescentes e de tentar romper as barreiras que a impedem de associar o conhecimento teórico à conduta prática. Nessa tarefa, é de suma importância desvendar as concepções que as adolescentes possuem em relação ao comportamento sexual e ao uso dos anticoncepcionais e que, muitas vezes, induzem-nas a não agirem de acordo com suas informações.

### 2.5.3 Adesão a Valores e Conservadorismo

As tabelas 50 e 51 referem-se a concepções que expressam valores conservadores da sociedade, fortemente induzidos por princípios que influenciam alguns comportamentos sexuais das adolescentes.

TABELA 50. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE: "SÓ SE DEVE TER RELAÇÕES SEXUAIS DEPOIS DO CASAMENTO". GOIÂNIA / GO, 1996

| OPINIÃO               | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL<br>Nº |
|-----------------------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------|
|                       | Nº                     | %    | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |             |
| CONCORDO TOTALMENTE   | 17                     | 60,7 | 02                                  | 25,0  | 03                          | 21,4  | 22          |
| CONCORDO PARCIALMENTE | 02                     | 7,1  | 02                                  | 25,0  | 02                          | 14,3  | 06          |
| DISCORDO PARCIALMENTE | 02                     | 7,1  | 02                                  | 25,0  | ---                         | ---   | 04          |
| DISCORDO TOTALMENTE   | 07                     | 25,0 | 02                                  | 25,0  | 09                          | 64,3  | 18          |
| TOTAL                 | 28                     | 99,9 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50          |

TABELA 51. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE: "NÃO SE DEVE PROVOCAR ABORTO PORQUE É UM PECADO GRAVE". GOIÂNIA / GO, 1996

| OPINIÃO               | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|-----------------------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|                       | Nº                     | %    | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
| CONCORDO TOTALMENTE   | 21                     | 75,0 | 06                                  | 75,0  | 13                          | 92,8 | 40          |
| CONCORDO PARCIALMENTE | 03                     | 10,7 | 02                                  | 25,0  | ---                         | ---  | 05          |
| DISCORDO PARCIALMENTE | 02                     | 7,1  | ---                                 | ---   | 01                          | 7,1  | 03          |
| DISCORDO TOTALMENTE   | 02                     | 7,1  | ---                                 | ---   | ---                         | ---  | 02          |
| TOTAL                 | 28                     | 99,9 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50          |

De acordo com a tabela 50, as adolescentes do grupo sem experiência sexual são as que mais concordam com a idéia de que só se deve ter relações sexuais depois do casamento, seguramente refletindo conceitos de uma educação com valores mais tradicionais, que socializa as jovens de acordo com princípios fundamentados no controle da fecundidade da mulher, um dos alicerces da ideologia patriarcal. A não aceitação das relações sexuais pré-conjugais é consequência da repressão da sexualidade feminina, elemento necessário ao controle da fecundidade. O fato de esse ser o grupo mais jovem provavelmente colabora para que suas componentes aceitem melhor essa ideologia.

As adolescentes do grupo com experiência sexual e sem gravidez encontram-se confusas quanto às relações sexuais antes do casamento, o que fica evidente nas suas respostas, uniformemente distribuídas entre todas as alternativas (25% para cada uma). O estado de confusão das adolescentes desse grupo manifesta a ambivalência de valores que

elas vivenciam, resultado, em grande parte, das mudanças mais recentes dos valores sociais relacionados com a sexualidade. Tudo isto reforçado pelo processo estimulação sexual/repressão sexual com que são permanentemente bombardeadas no seu dia-a-dia.

Observa-se que a aceitação das relações sexuais antes do casamento vai aumentando com a idade, mostrando um posicionamento menos conservador em relação à virgindade. As adolescentes mais velhas, que são as do grupo com experiência de gravidez, são as que mais admitem os relacionamentos sexuais pré-conjugais, sugerindo a superação, por parte da maioria delas, dos valores conservadores carregados do machismo próprio da ideologia patriarcal que sustentam o tabu da virgindade exclusivamente para o sexo feminino. Nessa superação, provavelmente contribui o fato de a maioria estar em algum tipo de união com seus parceiros.

A progressiva aceitação das relações sexuais antes do casamento por parte das adolescentes é, com certeza, conseqüência das grandes modificações ocorridas, nos últimos anos, nos fundamentos da milenar sociedade patriarcal. Nas últimas três décadas, os pilares do patriarcado começaram a perder sua força com os progressos tecnológicos que minoraram a divisão das tarefas por sexo e com o descobrimento de anticoncepcionais eficientes e de fácil acesso. Os novos anticoncepcionais, ao controlarem a natalidade de maneira mais segura, permitiram à mulher uma maior liberdade sexual. É claro que essas conquistas determinaram também modificações na maneira de pensar das adolescentes, o que é observado nos resultados da tabela recém-analisada.

A tabela 51 evidencia que a maioria das adolescentes dos três grupos concorda com a idéia de que não se deve provocar aborto por ser isso um pecado grave. A maior concordância está no grupo das adolescentes com experiência de gravidez. O fato de elas estarem vivenciando ou de já terem vivenciado tal experiência podem ser os motivos que influenciam seu posicionamento. Os resultados comentados estão de acordo com a baixa percentagem de abortos provocados constatados pela presente pesquisa - somente 4,5% no total das adolescentes com atividade sexual. A não aceitação desse tipo de aborto está em consonância com o que Stephenson (1989) afirma: as adolescentes, em comparação com as mulheres mais velhas, aceitam, ainda menos, o aborto provocado.

Apesar de a maioria das adolescentes dos três grupos considerar falsa a assertiva de que quando a adolescente faz aborto nunca mais fica grávida (tabela 49), a maior parte delas concorda que não se deve provocar aborto por ser isso um pecado grave (tabela 51). Assim, os dados das duas tabelas indicam que, para a maioria das adolescentes com ou sem

experiência sexual, pode não ser o temor à esterilidade que as faz rejeitar a prática do aborto e sim a idéia de pecado e/ou valores sociais agregados a ela.

#### 2.5.4 Adesão a Valores, Preconceitos e Liberalismo

Os diversos meios de socialização exercem influência sobre os valores e a conduta das pessoas, especialmente dos adolescentes, que estão em pleno processo evolutivo. Os comportamentos do homem e da mulher são condicionados por um critério duplo de moral, sem fundamentação científica. Tal critério está fortemente arraigado na sociedade, contribuindo para que seja aceito como normal e verdadeiro, apesar de suas conseqüências negativas.

As adolescentes iniciam sua atividade sexual num estado de ambivalência moral provocado pela dissociação entre os valores recebidos, contraditórios em si mesmos, e sua verdadeira conduta sexual. A ligação afetiva com o parceiro as ajuda a minorar a angústia que essa situação lhes provoca e por isso as adolescentes têm dificuldades para concordar com um posicionamento mais liberal que aceita os relacionamentos sexuais sem um envolvimento emocional.

TABELA 52. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE: "É NORMAL TER RELAÇÕES SEXUAIS COM AMIGOS OU CONHECIDOS". GOIÂNIA / GO. 1996

| OPINIÃO               | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|-----------------------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|                       | Nº                     | %    | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
| CONCORDO TOTALMENTE   | 05                     | 17,8 | ---                                 | ---   | 03                          | 21,4 | 08          |
| CONCORDO PARCIALMENTE | 05                     | 17,8 | 02                                  | 25,0  | 01                          | 7,1  | 08          |
| DISCORDO PARCIALMENTE | 04                     | 14,3 | 01                                  | 12,5  | 03                          | 21,4 | 08          |
| DISCORDO TOTALMENTE   | 14                     | 50,0 | 05                                  | 62,5  | 07                          | 50,0 | 26          |
| TOTAL                 | 28                     | 99,9 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50          |

Na tabela 52, verifica-se que a maioria das adolescentes dos três grupos discorda da concepção mais liberal, que sustenta ser normal ter relações sexuais com amigos ou conhecidos quando "pinta um clima". O grupo das adolescentes sem experiência sexual é o que menos discorda desse comportamento sexual mais livre. Esse mesmo grupo é o que mais admite que só se deve ter relações sexuais depois do casamento (tabela 50). Existe, então, uma contradição entre as duas respostas, o que pode ser reflexo do estado de confusão em que as adolescentes se encontram em relação aos assuntos da sexualidade.

O predomínio, nos três grupos, da discordância em relação a essa visão mais liberal evidencia a importância que as adolescentes atribuem ao envolvimento afetivo como pré-requisito para a prática sexual. O fato de “amar” o parceiro contribui para que elas justifiquem, para si mesmas, a atividade sexual e as ajuda a superar o estado de ambivalência moral com que tal atividade é iniciada (Jay et al. 1989). Há adolescentes que concordam com esse comportamento menos conservador, ainda que em percentagens bem menores, sendo outra manifestação da ambivalência dos valores cultivados pelas adolescentes contemporâneas que também transparece no machismo presente em diversas culturas, especialmente na América Latina.

Nas tabelas 53, 54, 55 e 56, são detectados conceitos carregados do machismo que caracteriza a maneira como a sociedade patriarcal vê a sexualidade humana. Nessa sociedade, a mulher é submetida a uma forte repressão sexual, exercida pela dominação masculina, e que a faz ficar subordinada ao homem por ser considerada inferior a ele.

TABELA 53 . OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE: “ A MULHER NÃO VIRGEM TEM MAIS DIFICULDADE PARA CASAR-SE”. GOIÂNIA / GO. 1996

| OPINIÃO               | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |      | TOTAL<br>Nº |
|-----------------------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|
|                       | Nº                     | %    | Nº                                  | %     | Nº                          | %    |             |
| CONCORDO TOTALMENTE   | 07                     | 25,0 | 01                                  | 12,5  | ---                         | ---  | 08          |
| CONCORDO PARCIALMENE  | 03                     | 10,7 | 02                                  | 25,0  | 05                          | 35,7 | 10          |
| DISCORDO PARCIALMENTE | 05                     | 17,8 | 02                                  | 25,0  | 01                          | 7,1  | 08          |
| DISCORDO TOTALMENTE   | 13                     | 46,4 | 03                                  | 37,5  | 08                          | 57,1 | 24          |
| TOTAL                 | 28                     | 99,9 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 99,9 | 50          |

TABELA 54. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE: “A RESPONSABILIDADE DE EVITAR A GRAVIDEZ DEVE SER ASSUMIDA SÓ PELA MULHER”. GOIÂNIA / GO. 1996

| OPINIÃO    | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL<br>Nº |
|------------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------|
|            | Nº                     | %    | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |             |
| VERDADEIRO | 15                     | 53,5 | 03                                  | 37,5  | 12                          | 85,7  | 30          |
| FALSO      | 13                     | 46,4 | 05                                  | 62,5  | 02                          | 14,3  | 20          |
| TOTAL      | 28                     | 99,9 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50          |

TABELA 55. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DO HC DA UFG SOBRE: "O PARCEIRO PODE PENSAR QUE A ADOLESCENTE NÃO É "DIREITA" SE PARTIR DELA A IDÉIA DE USAR ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL". GOIÂNIA / GO. 1996

| OPINIÃO    | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL<br>Nº |
|------------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------|
|            | Nº                     | %    | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |             |
| VERDADEIRO | 11                     | 39,3 | 02                                  | 25,0  | 04                          | 28,6  | 17          |
| FALSO      | 17                     | 60,7 | 06                                  | 75,0  | 10                          | 71,4  | 33          |
| TOTAL      | 28                     | 99,9 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50          |

TABELA 56. OPINIÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NOS AMBULATÓRIOS DE ADOLESCÊNCIA DO HC DA UFG SOBRE: "A ADOLESCENTE QUE EXIGE O USO DA CAMISINHA PODE PERDER SEU NAMORADO". GOIÂNIA / GO. 1996

| OPINIÃO    | Sem experiência sexual |      | Com experiência sexual sem gravidez |       | Com experiência de gravidez |       | TOTAL<br>Nº |
|------------|------------------------|------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------|
|            | Nº                     | %    | Nº                                  | %     | Nº                          | %     |             |
| VERDADEIRO | 05                     | 17,8 | 01                                  | 12,5  | 02                          | 14,3  | 08          |
| FALSO      | 23                     | 82,1 | 07                                  | 87,5  | 12                          | 85,7  | 42          |
| TOTAL      | 28                     | 99,9 | 08                                  | 100,0 | 14                          | 100,0 | 50          |

A maioria das adolescentes dos três grupos discorda da concepção da tabela 53 ("A mulher não virgem tem mais dificuldade para casar-se"). Esses resultados, quando comparados aos da tabela 50 ("Só se deve ter relações sexuais depois do casamento"), mostram a incoerência das respostas das adolescentes do grupo sem experiência sexual, pois a maioria delas discorda da afirmação da tabela 53, mas concorda com que só se deve ter relações sexuais depois do casamento.

O grupo com experiência sexual e sem gravidez, que na tabela 50 mostra-se confuso (respostas igualmente distribuídas), na tabela 53 tende a discordar do postulado de que a virgindade influi na possibilidade de casamento. Dos três grupos, o com experiência de gravidez é o que apresenta maior coerência entre as respostas das duas tabelas. O motivo está certamente relacionado ao fato de a maior parte dessas adolescentes ser casada ou viver em união consensual com seu primeiro parceiro sexual. (tabelas 5 e 29)

Ao avaliar em conjunto os índices das tabelas 50 e 53, nota-se que as adolescentes vão assumindo sua vida sexual à medida em que a concordância com as concepções conservadoras e machistas vai diminuindo. Ainda assim, há contradição entre os posicionamentos nos três grupos, demonstrando que, apesar de algumas adolescentes já terem superado o tabu da virgindade, outras ainda estão inseguras a esse respeito. Tal constatação é outro reflexo da ambivalência de valores vivenciada por elas e estimulada, constantemente, pela dicotomia apelo sexual/repressão sexual, o que em parte explica o

posicionamento das adolescentes em nossa contraditória sociedade contemporânea, que favorece a coexistência de valores conservadores e valores liberais, fazendo com que elas iniciem sua vida sexual em um estado de confusão moral que certamente interfere na conduta de uso dos contraceptivos.

A tabela 54 revela que, no grupo sem experiência sexual, é pequena a diferença entre as adolescentes que consideram falsa e as que consideram verdadeira a concepção de que “a responsabilidade de evitar a gravidez deve ser assumida só pela mulher” - 46,4% e 53,5%, respectivamente. Já para a maioria do grupo com experiência sexual e sem gravidez, tal postulado é falso e, para a maioria do grupo com experiência de gravidez, é verdadeiro.

A discreta diferença de opinião das componentes do grupo sem experiência sexual mostra que, apesar de estar ainda vigente entre elas a concepção machista de que a responsabilidade de evitar a gravidez deve ser assumida só pela mulher, há, ao mesmo tempo, um processo de tomada de consciência quanto à importância de dividir com o parceiro a responsabilidade pela contracepção.

A disparidade é marcante nos grupos sexualmente ativos. No grupo com experiência sexual e sem gravidez isso coincide com a ausência de gravidez e com o uso mais freqüente da camisinha (tabelas 32 e 38), conduta que exige a colaboração do parceiro. O fato de a maioria das adolescentes desse grupo considerar falso o postulado em análise demonstra a aceitação da responsabilidade pela contracepção como uma atitude a ser assumida também pelo parceiro, sinal de que elas estão bem informadas quanto ao processo da contracepção.

Em contrapartida, as adolescentes do grupo com experiência de gravidez demonstram falta de esclarecimento sobre o assunto, o que coincide com a experiência de gravidez que elas vivenciam ou vivenciaram, e com o menor índice de uso de camisinha na primeira relação sexual (tabela 32) e nas relações sexuais posteriores (tabela 38). O fato de essas adolescentes terem vivido ou estarem vivendo uma gestação possivelmente influencia a idéia conservadora que libera o homem da responsabilidade no processo contraceptivo.

As respostas dos grupos com experiência sexual estão de acordo com os níveis de escolaridade e de informação sobre assuntos relacionados à sexualidade e à contracepção. O grupo com experiência sexual e sem gravidez considera em percentagens mais significativas que a responsabilidade da contracepção deve ser compartilhada pelos parceiros. O grupo com experiência de gravidez tem os piores níveis de escolaridade e de informação, sendo o que mais aceita que tal responsabilidade é somente da mulher.

Sem dúvida, as adolescentes com maior grau de escolaridade e de informação sobre a sexualidade e a contracepção são as que têm maior consciência de que a conduta contraceptiva deve ser assumida pelo casal. Ao relacionar os resultados da tabela 53 com os das tabelas 32 (método contraceptivo utilizado na primeira relação sexual) e 38 (método contraceptivo de uso rotineiro), observa-se que o grupo com experiência sexual e sem gravidez foi o que mais usou e ainda usa a camisinha, o que, indiscutivelmente, exige a colaboração masculina, reforçando a importância para os adolescentes da educação sexual no posicionamento perante o comportamento sexual e perante o uso dos contraceptivos.

Na tabela 55, observa-se que a maioria das adolescentes de todos os grupos considera falso o pressuposto: “o parceiro pode pensar que a adolescente não é “direita” se partir dela a idéia de usar algum método anticoncepcional”, fundamentado na ideologia que delega ao sexo masculino o direito de decidir sobre a fecundidade feminina. Os resultados apontam que a maioria das adolescentes dos três grupos considera caber também a elas participar ativamente do processo contraceptivo. Mas, ao se compararem tais resultados com os da tabela 54 (“a responsabilidade de evitar a gravidez deve ser assumida só pela mulher”), há coerência apenas no grupo com experiência sexual e sem gravidez, denotando que essas jovens estariam se liberando dos preconceitos que interpretam o papel mais ativo da mulher na conduta contraceptiva do casal como um sinal de costumes devassos.

No que diz respeito ao grupo sem experiência sexual e ao grupo com experiência de gravidez, observa-se, para o primeiro, discordância de pouco mais da metade de suas componentes e, para o segundo, discordância mais acentuada, pois a maioria de suas adolescentes assinala que a responsabilidade da contracepção é só da mulher.

A rejeição do pressuposto “o parceiro pode pensar que a adolescente não é “direita” se parte dela a idéia de usar algum método anticoncepcional”, quando coerente com as demais respostas, adquire especial significado para as adolescentes sexualmente ativas, pois indica que elas estão mais seguras e conscientes de seus direitos e obrigações quanto à contracepção, apontando, ainda, que não é o medo do parceiro pensar que não são “direitas” que inibe nelas o uso dos anticoncepcionais.

A tabela 56 mostra que a maioria das adolescentes dos três grupos afirma ser falsa a idéia: “uma adolescente que exige o uso de camisinha pode perder seu namorado”, o que revela segurança na reivindicação de um comportamento contraceptivo assumido pelo casal - dado válido para o grupo com experiência sexual e sem gravidez pela coerência entre as respostas das tabelas 54 (“a responsabilidade de evitar a gravidez deve ser assumida só pela

mulher”) e 55 (“o parceiro pode pensar que a adolescente não é “direita” quando parte dela a idéia de usar algum método anticoncepcional”).

O grupo sem experiência sexual e o grupo com experiência de gravidez, no entanto, mostram dissonância entre as respostas das tabelas 54, 55 e 56. No grupo sem experiência sexual, a incoerência é menor, sendo discreta a maioria (53,5%) que aceita como “verdadeiro” que “a responsabilidade de evitar a gravidez deve ser assumida só pela mulher” (tabela 54) - portanto, só para um pouco menos da metade destas adolescentes, a contracepção deve ser dividida com o parceiro.

No grupo com experiência de gravidez, a discrepância é maior, pois 85,7% aceitam como verdadeiro que a responsabilidade de evitar a gravidez é só da mulher.

Ao comparar os três grupos, conclui-se que as adolescentes do grupo com experiência sexual e sem gravidez são as mais seguras e conscientes dos seus direitos e deveres a respeito da conduta contraceptiva.

A análise do conjunto dos resultados das concepções relacionadas com o machismo assinala, nitidamente, que as adolescentes com melhores níveis de escolaridade e de esclarecimento sobre a sexualidade e a contracepção (grupo com experiência sexual e sem gravidez), são as que, em maiores percentagens e com maior coerência, se afastam de tais concepções. As adolescentes com menor grau de escolaridade e de esclarecimento (grupo com experiência de gravidez) são as que mais aderem a essas concepções. A discordância dos três grupos, mesmo que em níveis diferentes, em relação às concepções avaliadas nas tabelas 53 a 56 revela alteração nos padrões tradicionais dos valores sociais.

## 2.6 CARACTERIZAÇÃO DAS ADOLESCENTES DE ACORDO COM O GRUPO AO QUAL PERTENCEM

Após a análise dos dados, é possível estabelecer, em linhas gerais, e para além das comparações internas já realizadas, características próprias dos grupos.

**Grupo sem experiência sexual.** Todas as adolescentes desse grupo são solteiras e moram em Goiânia por mais de 05 anos. A maioria tem menos de 15 anos de idade, pertence à raça branca, professa a religião católica e faz parte de famílias mais estáveis com baixo poder aquisitivo. Estuda e seu passatempo favorito é

escutar música. Para as adolescentes desse grupo a mãe e a TV são as principais fontes de informação acerca dos assuntos relacionados com a sexualidade e a contracepção. A maioria reconhece ter recebido orientação quanto aos diferentes aspectos da sexualidade e sobre os principais métodos anticoncepcionais, o que redundou em conhecimentos adequados com a devida rejeição das concepções que envolvem falsos conceitos acerca da saúde sexual e reprodutiva. O relacionamento sexual sem maior compromisso afetivo é desaprovado pela maior parte do grupo; do mesmo modo, as relações sexuais antes do casamento. Sobre estas, manifesta ambivalência, já que a maioria afirma não haver dificuldade para a mulher não virgem casar-se. Também, há ambivalência em relação à responsabilidade perante a contracepção, pois a maioria aceita que a responsabilidade de evitar a gravidez deve ser assumida só pela mulher, mostrando pouca coerência entre essa resposta e as outras que avaliam a conduta de uso dos métodos contraceptivos. A maioria das adolescentes desse grupo não considera que o aborto provocado leve à esterilidade. Entretanto, discorda dele por associá-lo à idéia de pecado grave.

Nesse grupo, os posicionamentos ambivalentes próprios do período da adolescência e mais nítidos nas suas fases iniciais são apreciados constantemente nas respostas ao questionário. Isso fica evidente quando a maioria das adolescentes discorda das relações sexuais pré maritais; não rejeita, na mesma proporção, o posicionamento mais liberal da “normalidade” das relações sexuais com amigos ou conhecidos; e afirma não haver dificuldade para a mulher não virgem casar-se. O fato de ser esse o grupo mais jovem entre as adolescentes pesquisadas pode auxiliar no entendimento da aceitação da repressão sexual imposta pelo controle da fecundidade, própria da educação com valores mais tradicionais, e também explicar a ambivalência comentada.

Apesar de essas adolescentes estarem ainda divididas a respeito da responsabilidade pelo controle da natalidade, pode-se verificar entre elas uma conscientização acerca dessa conduta como uma responsabilidade que deve ser dividida com o parceiro. Nessa tomada de consciência, pode estar em jogo o bom grau de escolaridade e de informação a respeito da sexualidade e da contracepção que essas adolescentes possuem.

**Grupo com experiência sexual e sem gravidez.** Todas as adolescentes desse grupo são solteiras e moram em Goiânia por mais de 05 anos. A metade delas pertence à raça branca. A maioria tem mais de 15 anos

de idade, professa a religião católica e faz parte de famílias sem a presença do pai e com baixo poder aquisitivo. Todas estudam, a maioria apresenta bom nível de escolaridade e tem como passatempos favoritos assistir TV, conversar com amigos e escutar música. Para as adolescentes desse grupo, os professores e as revistas são as principais fontes de informação sobre os assuntos relacionados com a sexualidade e a contracepção. Todas reconhecem ter recebido orientação quanto aos diferentes aspectos da sexualidade e aos principais métodos anticoncepcionais.

O início da atividade sexual das adolescentes desse grupo aconteceu numa idade média de 14,6 anos, sempre tendo como parceiro o namorado ou o noivo. A metade fez uso de contracepção pela camisinha. “Não esperava ter relações sexuais naquele momento” foi a justificativa dada por todas as adolescentes que não usaram nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual.

A maioria das adolescentes com experiência sexual e sem gravidez usa regularmente métodos anticoncepcionais, principalmente a camisinha. Nesse grupo, não há ocorrência de aborto.

A quase totalidade rejeita as concepções que encerram falsos conceitos sobre a saúde sexual e reprodutiva. Os relacionamentos sexuais sem maior compromisso afetivo também são desaprovados pela maioria. Quanto às relações sexuais antes do casamento, não há posicionamento definido. Em contrapartida, a maior parte discorda a respeito da dificuldade de a mulher não virgem casar-se. A maioria das adolescentes desse grupo considera que a responsabilidade pela contracepção deve ser compartilhada pelo casal e reconhece seus deveres e direitos nessa conduta. Também não considera que o aborto provocado leve à esterilidade, embora não o aprove por associá-lo igualmente à idéia de pecado grave.

O grupo com experiência sexual e sem gravidez, apesar de mostrar ainda certa ambivalência e indefinição quanto às relações sexuais antes do casamento, entende que o tabu da virgindade está sendo progressivamente superado. Isso permite que assumam melhor sua sexualidade, manifestada no uso dos métodos contraceptivos e no esclarecimento mostrado ao reconhecer seu papel na conduta preventiva da concepção.

Os resultados relacionados com esse grupo evidenciam que os melhores níveis de escolaridade e de informação acerca dos assuntos da sexualidade e da contracepção podem, ao esclarecer e contribuir na superação dos falsos conceitos, tabus e preconceitos, ajudar: na aceitação da própria sexualidade; na conduta contraceptiva mais eficiente; na argumentação da responsabilidade compartilhada entre os parceiros perante a prevenção da

gravidez. Enfim, na defesa de posicionamentos e atitudes mais adequados perante os diferentes comportamentos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva.

**Grupo com experiência de gravidez.** Todas as adolescentes desse grupo têm mais de 15 anos de idade. A maioria é casada ou vive em união consensual, pertence à raça branca, professa a religião católica, faz parte de famílias pouco estáveis e de baixo poder aquisitivo. A metade estuda e apresenta baixo nível de escolaridade. Conversar com amigos é o seu passatempo favorito. A maioria reconhece ter recebido orientação quanto aos diferentes aspectos da sexualidade e da contraceção ainda que em menor grau e qualidade. Para elas, a mãe é a principal fonte de informação e a TV o meio de comunicação de massa mais mencionado, embora em baixa percentagem.

O início da atividade sexual das adolescentes desse grupo aconteceu numa idade média de 14,8 anos, na maioria das vezes em parceria com o namorado ou o noivo e, em outras vezes, com o marido ou o companheiro. Menos da metade fez uso de contraceção na ocasião, e, quando o fez, se utilizou da camisinha e das pílulas como métodos anticoncepcionais. “Não esperar ter relações sexuais naquele momento” e “pensava que não ficaria grávida” foram as principais justificativas dadas pelas adolescentes que não usaram nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual.

A metade das adolescentes com experiência de gravidez usa regularmente métodos anticoncepcionais, principalmente a camisinha e as pílulas. 28,6% delas têm experiência de gravidez anterior. Nesse grupo, há ocorrência de abortos espontâneos e provocados na percentagem de 7,1% para cada um.

Entre as adolescentes com experiência sexual, as que possuem experiência de gravidez são as que menos rejeitam as concepções que encerram falsos conceitos acerca da saúde sexual e reprodutiva e também as que menos discordam dos relacionamentos sexuais sem maior compromisso afetivo. Quanto às relações sexuais antes do casamento, a maioria as aceita e discorda de que a mulher não virgem tenha dificuldade para casar-se. Dos grupos com experiência sexual, esse é o grupo menos consciente quanto à responsabilidade da contraceção como conduta compartilhada pelo casal e não mostra coerência nas respostas que avaliam a conduta de uso dos métodos contraceptivos.

A maioria não considera que o aborto provocado leve à esterilidade, e também não o aprova por associá-lo ainda com a idéia de pecado grave.

Nesse grupo, a superação do tabu da virgindade não foi acompanhada do esclarecimento adequado sobre o comportamento sexual responsável. As conseqüências dessa dicotomia estão mais que evidentes na gravidez, na maioria das vezes indesejada, que essas adolescentes apresentam ou apresentaram e no fato de esse ser o único grupo onde há ocorrência de aborto provocado. Também, a falta de esclarecimento é nítida na ausência de segurança e coerência quanto às apreciações que avaliam a responsabilidade acerca da prevenção da gravidez. Fica evidente que níveis menos satisfatórios de escolaridade e de informação acerca dos assuntos da sexualidade e da contracepção redundam em menor uso de anticoncepcionais e em posicionamentos menos adequados perante os diversos comportamentos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva.

Apesar da diferente configuração de cada grupo, ao analisar os dados no seu conjunto, é viável perceber que, embora haja singularidades que os diferenciam, existem universalidades que os unem e apontam para a necessidade de uma educação sexual que não só informe mas também, e especialmente, forme.

### 3 FORMAÇÃO E INFORMAÇÃO: DESAFIOS PARA A EDUCAÇÃO SEXUAL

As adolescentes habitualmente iniciam sua atividade sexual num estado de ambivalência entre valores já estabelecidos, valores que estão se estabelecendo e se transformando no processo de socialização e sua conduta real e objetiva, assim, elas podem experimentar, na vivência de sua sexualidade, sentimentos de culpa que as induzem a negar seu comportamento sexual e a não usar métodos contraceptivos apropriados. Os determinantes para esse conflito, além da ambivalência, seguramente obedecem também a outras mediações subjetivas e objetivas que interferem no equacionamento efetuado em relação à conduta sexual. Entre essas mediações estão em jogo as características inerentes ao processo de desenvolvimento cognitivo. As adolescentes mais jovens, geralmente, não apresentam ainda a capacidade de raciocinar de forma abstrata plenamente desenvolvida, o que as impede de pensar por hipóteses e planejar o futuro, favorecendo o pensamento concreto e egocêntrico. Elas têm, portanto, inclinação a procurar, impulsivamente, gratificação imediata, sem ponderar os efeitos de seus comportamentos a longo prazo. Tais fatores podem ser reforçados pela “fábula pessoal” (Davis, 1989) que muitas adolescentes vivem ao se sentirem invulneráveis perante as condutas de risco, como a atividade sexual inconseqüente que pode conduzir à gravidez. Tudo isso dificulta qualquer medida com finalidades preventivas. (Burochovitch, 1992; Saito, 1996)

A adolescente que vive esse difícil processo evolutivo pode ainda receber uma educação repressora e preconceituosa, sustentada pelas religiões em geral e pela ideologia patriarcal que, durante milênios, têm negado a existência e a legitimidade da sexualidade feminina.

Ao lado disso, enquanto inerente à vida do ser humano, a conduta sexual acompanha as mudanças do processo histórico vivenciado. Assim, a sexualidade deve ser avaliada considerando-se as transformações globais da sociedade. Nas últimas três décadas, os alicerces do patriarcado ficaram mais frágeis com os progressos tecnológicos - que diminuíram a divisão das tarefas por sexo - e com o descobrimento de anticoncepcionais eficazes e acessíveis. As mudanças culturais a respeito de condutas sexuais trouxeram marcantes modificações nas atitudes relacionadas com a vida sexual das pessoas em geral,

reformulações do papel social da mulher e maior liberdade sexual para ela. Isso implica, entre outras transformações, a possibilidade de uma atividade sexual prematura e mais freqüente.

Tais mudanças estabeleceram, na sociedade contemporânea, contradições e dificuldades. A rigor, a emancipação sócio-econômica dos jovens é cada vez mais difícil e o estabelecimento de uniões estáveis deve ser postergado, o que interfere na aceitação social do exercício da sexualidade. Ao mesmo tempo, e em especial através dos meios de comunicação de massa, são veiculados inúmeros estímulos sexuais, reforçando a dicotomia apelo sexual/repressão sexual. Propicia-se, então, a coexistência de valores conservadores e valores liberais, contribuindo para manter o sentimento de ambivalência e de culpa com que as adolescentes vivenciam a sua sexualidade. Dessa maneira, elas são induzidas, com freqüência, a negar sua atividade sexual para minorar a angústia desencadeada por ela.

Não se deve esquecer que a problemática incide em jovens que estão em pleno processo de transformações, procurando auto-imagem estável, construindo identidade sexual e individual, lutando por independência e com características de desenvolvimento de personalidade que favorecem as condutas de risco. Nesse contexto, a prática sexual prematura e sem contracepção é facilitada.

Na presente pesquisa, tais fatores estão, sem dúvida, em jogo, na precocidade da primeira relação sexual (tabela 28), no uso precário de anticoncepcionais nessa oportunidade, nas justificativas para essa conduta (tabelas 30 e 31) e na ambivalência de opiniões perante diversas condutas sexuais. (tabelas 50 e 53 a 56)

Reduzir as barreiras que dificultam a adesão aos anticoncepcionais deve ser uma das metas prioritárias dos provedores de assistência integral à saúde das adolescentes. Ao se ponderar sobre a escolha dos métodos contraceptivos, não devem ser avaliados só os seus benefícios teóricos, mas deve-se também considerar que a eficácia de seu uso é determinada pela colaboração das usuárias.

Os métodos preventivos não oferecem compensação intrínseca - pretendem evitar um acontecimento provável de conseqüências não imediatas. Essa situação inibe a motivação das adolescentes, já que muitas delas apresentam ainda raciocínio concreto referente ao imediato, e “pensamento mágico”, sentindo-se invulneráveis. A capacidade de o adolescente colaborar com condutas preventivas implica certa aceitação de futuras conseqüências, explicando a dificuldade na orientação e no aconselhamento das jovens na etapa precoce da adolescência. À medida em que o desenvolvimento progride, são produzidas modificações

marcantes na capacidade cognitiva que permitem maior colaboração com os tratamentos preventivos.

Outro fator que interfere negativamente na contracepção é o aspecto espontâneo e inconstante da prática sexual das adolescentes. Pelos motivos expostos, os reforços externos no exemplo do grupo devem ser aproveitados para aumentar a adesão ao uso dos contraceptivos, como tem sido demonstrado em estudos sobre aconselhamento das adolescentes pelas suas companheiras (Duke, 1980) e nas atividades com grupos de adolescentes no NECASA.

Todas as adolescentes com experiência sexual da presente pesquisa iniciaram-se sexualmente com seus namorados ou noivos ou com o marido ou companheiro (tabela 29) e a metade das adolescentes sem experiência de gravidez e a maioria das com essa experiência tiveram só um parceiro sexual (tabela 35). Tais dados mostram relacionamentos sexuais mais constantes entre os jovens. Em casos como esses, a opinião e os sentimentos do parceiro devem ser considerados, pois qualquer insatisfação pode incitar ao abandono do uso do método contraceptivo. Já que muitas adolescentes têm como parceiros jovens de sua faixa etária, esta seria, também, uma boa oportunidade para conscientizar o adolescente sobre o seu papel na contracepção do casal.

Cada vez que um aconselhamento sobre anticoncepção for realizado, deve ser discutido o uso da camisinha que, por estar diretamente relacionado ao ato sexual, pode provocar certa resistência. Os rapazes devem ser esclarecidos sobre a sua função de proteção contra as DST, além do seu uso associado ao das pílulas anticoncepcionais como reforço do efeito contraceptivo. Também deve ser enfatizado que o uso da camisinha é uma manifestação de respeito para com as parceiras. As adolescentes têm de ser encorajadas a discutir esse assunto com seus parceiros e a superar o constrangimento para solicitar a proteção. Devem, ainda, ser estimuladas a carregar o preservativo consigo para uma relação sexual não esperada. A oportunidade tem de ser aproveitada para conscientizar os adolescentes de que a responsabilidade da anticoncepção e da prevenção das DST deve ser assumida pelo casal.

Na tabela 54, aprecia-se que a maioria das adolescentes sem experiência de gravidez considera falso o postulado: “a responsabilidade de evitar a gravidez deve ser assumida só pela mulher”. Em contraposição, a maioria das adolescentes com experiência de gravidez o aceita como verdadeiro. É indiscutível que os resultados podem ser mais promissores quando se admite e enfatiza a contracepção como uma conduta que deve ser compartilhada

pelos parceiros. Esse é um dos principais aspectos com que se deve preocupar uma verdadeira educação que vise à preparação dos jovens para uma vida sexual responsável.

De acordo com a tabela 33, 25% das adolescentes sem experiência de gravidez e 40% das que têm tal experiência mencionam a mãe/madrasta como a pessoa que indicou o método anticoncepcional utilizado na primeira relação sexual. A participação dos genitores na conduta contraceptiva pode ser conveniente. O apoio deles ajuda as adolescentes no uso inicial da contracepção e coopera para sua manutenção posterior, como atestam alguns trabalhos (Litt e Cuskey, 1980). Valores conflitantes entre pais e filhas, entretanto, inibem a jovem de assumir a sua sexualidade e, com isso, contribuem para obstar ou até invalidar a contracepção efetiva, caso sua atividade sexual seja desconhecida ou desaprovada. É compreensível, em parte, que assim o seja, porque os métodos anticoncepcionais mais seguros implicam o exame médico que, muitas vezes, depende da ajuda familiar. Persiste, entretanto, a polêmica acerca do benefício da supervisão paterna sobre as filhas adolescentes, que pode ou não ser produtora, porque elas estão numa fase de luta pela independência e autonomia. Alguns autores enfatizam que as intervenções com as melhores respostas cooperativas depositam na adolescente a responsabilidade principal pelo uso e pelo controle dos contraceptivos.

Segundo Litt e Cuskey (1980), as adolescentes que procuram e custeiam pessoalmente suas consultas médicas são mais comprometidas com a prática anticoncepcional quando comparadas com as que não mantêm essa autonomia.

Para esses autores, existe relação entre a obediência e o grau de satisfação com o tratamento e com as pessoas que o subministram. Aumenta a adesão ao anticoncepcional o fato de os controles de retorno serem feitos pelo médico que indicou o método contraceptivo escolhido na primeira consulta. Os mesmos autores relatam que os médicos de clínicas particulares costumam conseguir mais colaboração nesse sentido que os do serviço público. A explicação provável para isso estaria no fato de o tratamento ser feito sempre por um mesmo profissional, o que ajudaria a estabelecer um vínculo de proximidade.

Não há dúvidas de que o bom relacionamento médico/paciente é fundamental, mas ele precisa ser complementado por uma satisfatória interação da adolescente com os outros membros da equipe de atendimento. Assim, é favorecida a identificação positiva com o lugar da consulta e, por conseguinte, a colaboração com as medidas contraceptivas.

A equipe assistente precisa ter sensibilidade e compreender que, para a adolescente, fornecer informações sobre a sua sexualidade e procurar proteção contraceptiva podem tornar-se algo profundamente constrangedor. Com essa intenção, e por essa razão, todos os componentes das equipes multiprofissionais dos ambulatórios de adolescência do HC da UFG esmeram-se para que a jovem se sinta à vontade e se mantenha segura no seu propósito.

Além disso, diminuir o tempo anterior à consulta, em sala de espera separada e adequada à paciente, colabora com o tratamento, porque aumenta a satisfação com o atendimento.

É conveniente aproveitar o tempo em que as adolescentes ficam na sala de espera para conversar com elas de maneira descontraída e amigável sobre os assuntos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva. Também, na oportunidade, devem ser reforçados o esclarecimento sobre o tipo de atendimento ao qual serão submetidas e a importância da sua colaboração nele. Isso favorece a segurança e prepara as jovens para enfrentar com mais tranquilidade a consulta com o médico e com os outros membros da equipe de atendimento. Nos ambulatórios de adolescência do HC da UFG, o tempo anterior à consulta médica é aproveitado com reuniões em que tais aspectos são abordados.

Deve também estar sempre presente para as pessoas que lidam com esse tipo de atendimento o caráter confidencial que ele requer. Isso tem de ser garantido desde o primeiro momento e acompanhar todos os passos da assistência. Muitas jovens deixam de procurar os anticoncepcionais porque temem ser descobertas pelos genitores ou pelas pessoas de quem ocultam a sua atividade sexual. Por esses motivos, as adolescentes evitam consultar com os mesmos médicos que assistem as mulheres adultas.

Às vezes, as adolescentes deixam de buscar anticoncepção segura por medo do exame pélvico. Uma maneira de minorar tal dificuldade é adiá-lo para uma próxima consulta, quando a jovem sente mais confiança no profissional que irá examiná-la. (Zabin et al. 1991)

Receber instruções verbais e escritas de forma clara e simples favorece a procura e a obediência, por parte das adolescentes, aos regimes anticoncepcionais.

Os serviços de planejamento familiar acessíveis às adolescentes são de primordial importância. Cabe a eles educar as jovens e a população em geral, explicando-lhes que não existe nenhum medicamento eficaz que não apresente, eventualmente, reações adversas. É primordial ponderar as vantagens e as desvantagens dos métodos contraceptivos para que as adolescentes aceitem, conscientemente, que os riscos de uma gravidez indesejada

superam, sem dúvida, os riscos do uso de um método anticoncepcional bem indicado e adequadamente controlado. Assim, estarão sendo promovidas a maternidade responsável e uma melhor qualidade de vida para os jovens e para a sociedade.

Facilitar o acesso aos serviços que oferecem tratamentos contraceptivos também pode melhorar a adesão a eles. Lugares de assistência e horários mais flexíveis, ajustados ao tipo de atividade das adolescentes e aos locais onde essas atividades são desenvolvidas, além do fornecimento gratuito ou com custos reduzidos dos contraceptivos ajudam de forma significativa. (Nadelson et al. 1980; Kreutner, 1981; Friedman; Litt, 1986; Davis, 1989; Jay et al. 1989; Kulig, 1989; Society for Adolescent Medicine Position Paper on Reproductive Health Care for Adolescent, 1991; Monroy, 1992)

Estar próximo dos serviços que oferecem orientação e indicações de métodos contraceptivos é importante, mas não suficiente. Há trabalhos sustentando que o acesso a esses serviços, por si só, não garante a adesão ao tratamento. Os fatores demográficos e sócio-econômicos são mais significativos. (Emans et al. (1987)

Numa pesquisa sobre os motivos que retardam a procura do tratamento contraceptivo, verificou-se que a distância geográfica da clínica de planejamento familiar e a sua dificuldade de acesso foram menos problemáticas para as mulheres jovens do que as barreiras criadas pelas atitudes e percepções que as adolescentes possuíam acerca da prática sexual e do uso dos métodos contraceptivos. (Zabin et al. 1991)

Contudo, nada disso pode produzir efeitos se não se busca atuar sobre os conceitos e as concepções que as adolescentes trazem consigo, e de que, muitas vezes, decorrerão comportamentos e estimulações dicotômicas. Na dicotomia estimulação sexual/repressão sexual a que as adolescentes contemporâneas estão constantemente submetidas, os meios de comunicação de massa têm grande participação. No presente estudo, a relevância dos meios de comunicação de massa foi indiscutível: todas as adolescentes se referiram a eles como forma de utilização do seu tempo livre (tabela 17), e como fonte de informação acerca dos assuntos relacionados com a sexualidade e a contracepção (tabela 21). A TV e as revistas foram muito mencionadas em ambas as oportunidades, especialmente pelas adolescentes sem experiência de gravidez.

Nas duas últimas décadas, os meios de comunicação, especialmente a televisão, as revistas e o cinema, vêm acompanhando os mesmos padrões: preocupação crescente com o sexo substituindo o amor romântico e ingênuo e mudança de valores em relação à virgindade, aos relacionamentos extraconjugais e ao casamento.

Nos meios de comunicação, as cenas de sexo explícito tornaram-se cada vez mais frequentes. O apelo sexual é utilizado para vender todo tipo de produtos. Anúncios sensuais são veiculados inclusive para fazer propaganda de bebidas alcoólicas e de tabaco. Tal associação é especialmente perigosa, por causa dos riscos que impõe à saúde a concomitância desses comportamentos. (Brook; Paikoff, 1991)

A erotização indiscriminada não tem sido acompanhada da preocupação em discutir o auto-controle, a abstinência, a responsabilidade, a anticoncepção e as DST - exceção feita à AIDS que, nos últimos anos, se tornou tema de preocupação universal e rompeu o silêncio que imperava a respeito do relacionamento sexual, quando os meios de comunicação de massa começaram a fornecer informações úteis e verdadeiras, tão necessárias para a população em geral e, para os adolescentes, em especial.

Como explicita Strasburger (1989), os meios de comunicação de massa tanto informam quanto contribuem para estabelecer normas culturais, porque moldam atitudes e estabelecem valores que influenciam, direta e indiretamente, a percepção do público em relação ao comportamento e à realidade social. No caso dos adolescentes, essa função é facilitada porque, na fase da vida em que eles se encontram, as atitudes são maleáveis.

Através da televisão e dos outros meios de comunicação, as crianças e os adolescentes adquirem informações sobre o oculto mundo sexual do adulto antes de iniciarem suas próprias experiências. Satisfazem sua curiosidade natural e obtêm modelos de conduta sexual.

São características inerentes às primeiras etapas da adolescência a ambivalência, o egocentrismo e a onipotência. Esta última leva o adolescente a acreditar que nada de ruim pode acontecer com ele. Assim, os jovens tendem a comportar-se tal como na televisão e nas revistas, onde as regras são desrespeitadas sem conseqüências nefastas. Nas telenovelas, nunca uma mulher adquire uma DST; raramente há uma referência aos anticoncepcionais e se, excepcionalmente, acontece uma gravidez, ela não traz maiores problemas.

Uma das principais mensagens das telenovelas é que os adultos não usam métodos de controle da natalidade, pois o que conta para o relacionamento sexual é “estar afim”. Além do mais, pode intensificar no jovem a representação de que todos estão praticando sexo, menos ele. A complexidade dessa situação, eventualmente, desorienta a adolescente que está em plena crise de identidade pessoal e sexual e tentando elaborar o luto pela perda da sexualidade infantil. (Pinto, 1995)

Por esses motivos, as mensagens eróticas dos meios de comunicação são muito negativas e reforçam a tendência natural para os comportamentos de risco, como a prática sexual precoce e sem proteção anticoncepcional segura. Não há tempo para preparar-se, porque o sexo acontece por acaso, sem prévia programação.

O papel dos meios de comunicação na informação sobre assuntos da sexualidade é destacado porque educadores sociais, a exemplo dos pais, oferecem informações precárias, carregadas de preconceitos e, dificilmente, discutem com os filhos sobre a vida sexual e sobre a maneira de evitar a gravidez. Por outro lado, os programas escolares de educação sexual estão implantados em poucos lugares e raramente são adequados e oportunos. Chegam, com frequência, após o início da atividade sexual - em algumas ocasiões quando a gravidez já aconteceu e, em outras, após a sua interrupção por um aborto.

As fontes de informação, como pais, escola e amigos, geralmente são ineficientes e também podem ser muito influenciadas pelos meios de comunicação em geral e pela TV em particular. Os amigos, apesar de bastante procurados, raramente têm condições de dar conselhos e esclarecimentos eficientes, pois eles mesmos não receberam a orientação necessária.

Nesse contexto, Pinto (1995) conclui que a televisão é, talvez, o mais importante educador sexual. Ela é cada vez mais acessível e está, permanentemente, presente nas atividades de lazer da maioria das crianças e adolescentes. Os efeitos cumulativos desse meio de comunicação possivelmente ultrapassam os das outras fontes de informação. Devido à sua ubiqüidade, a televisão exerce influência de forma lenta e imperceptível durante a infância e a adolescência. Por causa disso, muitas vezes, os jovens não têm clara consciência da situação e, ao serem inquiridos sobre o assunto, não a reconhecem.

A indiscutível influência dos meios de comunicação de massa, em particular a TV, na mediação do processo educativo das crianças e adolescentes deve ser aproveitada na promoção da sexualidade responsável, sem que seja esquecido que a sexualidade é um componente da personalidade do ser humano que o acompanha permanentemente, manifestando-se, aperfeiçoando-se ou deteriorando-se no lar e em todas as relações sociais. É sobre a estrutura preexistente que a TV e os meios de comunicação de massa vão agir, moldando atitudes e influenciando valores, dentro do contexto de cada ser humano.

É preciso lembrar também que, na vida cotidiana, os interesses da classe dominante estabelecem padrões de comportamento, elaborando ou mudando representações com objetivos definidos, como o lucro, por exemplo. A programação da TV não pode escapar à

dominação da classe detentora do poder e, por isso, a violência e o sexo são frequentemente exibidos, já que a mídia oferece à platéia o que ela deseja.

Dessa maneira, fica manifesta cada vez mais a necessidade da educação sexual na tarefa que conduza a uma vida sexual saudável e segura.

As informações recolhidas na presente pesquisa quanto à escolaridade e aos esclarecimentos sobre a sexualidade e a contracepção (tabelas 15 e 19 a 24) e sua influência nos comportamentos sexual e de uso dos contraceptivos apontam componentes que devem ser enfatizados na educação sexual correta. Informações ajudam a minorar o problema da atividade sexual na adolescência, mas fica evidente que não são suficientes. É preciso considerar o que as adolescentes pensam, quais são as opiniões e os valores construídos no seu processo de socialização, que começa muito antes de elas se tornarem sexualmente ativas.

Toda essa problemática, associada à constatação, nesta pesquisa, do início sexual precoce (tabela 28) com contracepção insuficiente (tabela 30) justificam a avaliação do papel da educação sexual na formação integral da adolescente.

Já que a sexualidade é própria do ser humano, um componente de sua personalidade que está presente desde o seu nascimento, a educação sexual é um processo que deve acompanhar o seu desenvolvimento e ser aprimorado na adolescência, quando o interesse pelos temas relacionados com a sexualidade é mais intenso. O lar é assim, o principal lugar para desenvolver essa tarefa e a educação sexual é um compromisso fundamental da família. Os pais precisam ser orientados e esclarecidos para essa relevante função desde que, na maioria dos casos, não estão preparados para desempenhá-la. Muitas vezes, possuem informação inadequada sobre o assunto por falta de educação formal a respeito e pelo fato de pertencerem a uma geração que não conversava sobre a sexualidade de maneira aberta. Tudo isso dificulta a comunicação entre pais e filhos.

Na tabela 20 da presente pesquisa, ficou patente a importância da mãe no esclarecimento sobre assuntos relacionados com a sexualidade e a contracepção, mostrando a necessidade de habilitá-la para que sua influência seja aproveitada. A quase nula participação do pai na orientação das filhas adolescentes nesses aspectos é preocupante. Tal situação deve ser revertida mostrando aos pais a necessidade de se prepararem para participar, efetiva e eficientemente, na orientação sexual de suas filhas, visando a uma vida sexual responsável. Para conseguir êxito nessa tarefa, é primordial uma boa comunicação no meio familiar que, durante a adolescência dos filhos, pode passar por crises bastante

relacionadas com o próprio despertar da sexualidade e com a necessidade de autonomia e de independência dos filhos em relação à família.

Cabe às instituições de ensino e aos serviços de saúde, com seus correspondentes profissionais, contribuírem, agindo em conjunto, oferecendo conhecimentos, ajudando a superar os tabus e os preconceitos que a sociedade impõe ao comportamento sexual humano e facilitando os canais de comunicação entre pais e filhos.

Nas tabelas 33 e 39, aprecia-se que os profissionais da saúde só são valorizados quando as adolescentes engravidam, situação que deve ser reavaliada para que se possa, aproveitar o grande potencial que eles podem e devem oferecer no preparo dos jovens para uma vida sexual bem conduzida.

A saúde integral dos jovens implica uma sexualidade saudável. A promoção da verdadeira sexualidade humana onde sexo e afeto formam uma dualidade, é de competência da família, das instituições de saúde e da educação. Não deve ser esquecido que, numa visão holística, a sociedade como um todo também desempenha seu papel na educação sexual.

Segundo Jara (1991), uma das principais barreiras para não incluir a educação sexual nos currículos escolares tem sido o argumento de que esse tipo de educação é primordialmente uma responsabilidade parental e religiosa. Os que sustentam tais idéias se esquecem da posição privilegiada dos professores, quando bem preparados e motivados para essa tarefa. São eles que têm a oportunidade do contato direto com os educandos por longos períodos e a possibilidade de conquistar a sua confiança para detectar conflitos e inquietudes.

Na presente pesquisa, a importância que as adolescentes que freqüentam o HC da UFG atribuem aos professores ficou nítida (tabela 20), até porque, quando foram aplicados os questionários, não havia programa oficial de educação sexual escolar na capital. Em tais circunstâncias, contam o interesse e a formação pessoal do professor, pois os conteúdos em relação à sexualidade geralmente não vão além de noções elementares de anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor, quase sempre marcadas pelo preconceito e pela formalidade. O valor que as jovens outorgam aos professores como fonte de informação sobre esses assuntos deve ser aproveitado para que elas adquiram uma postura crítica e consciente no exercício da sexualidade.

Currículos escolares que contemplam a educação sexual na formação integral das jovens são fundamentais, o que não implica, obrigatoriamente, a introdução de novas disciplinas. A

incorporação da educação para a saúde sexual e reprodutiva não deve ser encarada como uma sobrecarga, mas como um enriquecimento curricular. Para que tais programas cumpram realmente sua função preventiva devem ser implantados antes que as adolescentes iniciem sua prática sexual, o que, segundo trabalhos estrangeiros e nacionais, é cada vez mais precoce. O esclarecimento na escola sobre métodos anticoncepcionais é primordial perante o grave problema social que constitui a gravidez na adolescência. Necessita-se, então, habilitar os professores de maneira interdisciplinar com uma visão que amplie o horizonte de trabalho para que eles sejam, de fato, agentes de mudança. Desse modo, a escola poderá cumprir, a contento, relevante papel nos programas de educação sexual formal que devem ser implantados com urgência. A escola não pode furtar-se a esse compromisso.

A incorporação da educação sexual na escola possibilita também aproveitar a participação do grupo de pares que exerce grande ascendência nas resoluções dos adolescentes. Duke (1980) assinala que várias escolas têm êxito ao treinar os próprios alunos para orientar seus colegas sobre aspectos da sexualidade.

A relevante influência do grupo de amigos(as) ou companheiros(as) também manifestou-se nas respostas das adolescentes do presente estudo em várias oportunidades. Reconhecem que compartilham com eles/elas o seu tempo livre (tabela 17), conversam com eles/elas sobre sexo (tabela 26) e aceitam seus conselhos quanto à contracepção (tabela 33 e 39). Habilitar adolescentes para ajudar na orientação de seus colegas de escola quanto ao esclarecimento de dúvidas sobre assuntos da saúde sexual e reprodutiva é uma alternativa a ser considerada. Entre outras vantagens, oferece a descontração e a confiança que caracterizam o relacionamento dos jovens com seus pares e que favorecem as abordagens dos assuntos relacionados com a sexualidade e a contracepção.

Os programas de educação sexual escolar têm sido também motivo de controvérsias, por causa de sua inadequação. São oferecidos, em geral, tardiamente, quando os adolescentes já iniciaram sua prática sexual. De acordo com Souza (1991), o melhor momento para oferecer orientação sobre a sexualidade humana ocorre antes da iniciação sexual, pois 20% das adolescentes engravidam no primeiro mês após a primeira relação. O mesmo autor esclarece que grande parte das mulheres inicia-se sexualmente em torno de dois anos após a primeira menstruação, cuja idade média no Brasil é de 12,6 anos, segundo Colli (1979). As adolescentes devem, por tal motivo, receber as orientações a respeito das atividades sexuais e da anticoncepção antes dos 14 anos.

Na presente pesquisa, também ficou evidente que é essa a época adequada para a educação preventiva da atividade sexual inconseqüente, pois a idade média da iniciação sexual foi de 14,6 entre as adolescentes sem experiência de gravidez, e 14,8 anos entre as adolescentes com tal experiência. (tabela 28)

Outras deficiências dos programas de educação sexual referem-se ao conteúdo ministrado que, poucas vezes, respondem às necessidades, interesses e curiosidades dos adolescentes. Costumam limitar-se aos aspectos elementares anatômicos e fisiológicos, quase sempre de maneira formal e carregada de preconceitos. Assim, a educação sexual na escola parece ter pouca ou nenhuma influência na atividade sexual e na incidência da gravidez na adolescência, pois não tem conseguido que os adolescentes transformem a informação científica em condutas sexualmente saudáveis.

Mais força ainda possui o mito que sustenta a tese de que, ao oferecer conhecimentos relacionados com a sexualidade e a reprodução, a educação sexual promove o início precoce das relações sexuais e a promiscuidade. Contrariando as idéias de que o uso dos anticoncepcionais induzem à atividade sexual, Katchadourian (1980) afirma que as adolescentes sexualmente ativas usam a anticoncepção de forma indiscutivelmente deficitária. Uma grande parte evita usar quaisquer métodos; outra usa-os inadequadamente ou escolhe uma proteção ineficiente. Braverman e Strasburger (1989) acrescentam que os estudos evidenciam maior informação e uma conduta de uso dos anticoncepcionais mais responsável entre as adolescentes que receberam educação sexual.

No presente estudo, também foi possível mostrar uma correlação entre melhor nível de informação e maior responsabilidade perante a contracepção. As adolescentes com maior grau de informação (grupo com experiência sexual e sem gravidez) são as que mais se protegem com anticoncepcionais e participam com os seus parceiros nessa conduta. (tabelas 32 e 38)

A informação por si só não leva a uma compreensão subjetiva e emocional da própria sexualidade. Os educadores têm que considerar, na elaboração dos programas acerca da matéria, também as características do desenvolvimento cognitivo e psicológico das adolescentes, além dos conceitos e valores introjectados no processo de socialização. Tais características, próprias do fenômeno da adolescência, facilitam a elaboração e a aceitação de concepções que interferem numa conduta sexual adequada. Por isso, é importante que a educação sexual não fique só na informação. Ela deve trabalhar com valores, conceitos e

preconceitos, tentando mudanças de opiniões e atitudes dos adolescentes e das pessoas diretamente comprometidas com sua formação.

Diante de todo esse contexto, é conveniente também evitar discursos longos a respeito das futuras conseqüências do comportamento sexual, especialmente para as adolescentes mais jovens. Por outro lado, como pondera Ricket et al. (1990), as mensagens amedrontadoras e a censura que acompanham a maioria dos programas de educação sexual devem ser substituídas, porque podem causar efeitos contrários e desafiar o adolescente a experimentar o que lhe é proibido. Os resultados são melhores quando a abordagem é feita sob uma perspectiva de “bem-estar”.

Marlach e Kerr (1983) estudaram as necessidades dos adolescentes em relação à educação sexual. Constataram que eles queriam uma educação que valorizasse mais os aspectos humanos e positivos da sexualidade sem ter como preocupação primordial a prevenção das conseqüências nefastas a ela associadas. Essa aspiração dos adolescentes adquire especial significado atualmente, já que a sexualidade é ligada à idéia de morte por causa da nova relação de poder determinada pela AIDS.

Como provam os dados (Munitz e Silber, 1992; Resnick e Blum, 1994), não é suficiente liberar os anticoncepcionais e o aborto. É fundamental também uma educação sexual bem conduzida e políticas de governo que encarem o problema de forma real e uniforme. Davis, 1989; Jay et al., 1989; Saito, 1996 enfatizam a importância de considerar os diferentes aspectos do desenvolvimento psico-social da adolescência para conseguir bons resultados nos programas relacionados com a contracepção. As adolescentes que recebem educação através dos pais, da família e dos professores capacitados para essa finalidade estão em melhores condições para tomar decisões preventivas apropriadas e conscientes. Têm, assim, menos possibilidade de apresentarem gravidez não planejada, aborto ou DST.

Para que a sexualidade seja recuperada como manifestação de vida, ela não deve ser vista como sinônimo de sexo ou de atividade sexual, mas como um dos componentes da personalidade, envolvida em todas as relações sociais do indivíduo. Por outro lado, a orientação em saúde sexual e reprodutiva não deve ter a contracepção como única meta, mas decisões conscientes com base no amor e no respeito por si mesmo e pelo parceiro. Só com essa visão, a educação sexual conseguirá mobilizar os jovens para um comportamento sexual comprometido consigo e com os outros. Nessas condições, a adolescente estará sendo preparada para o exercício da paternidade responsável, cujo contexto deve também envolver o adolescente masculino.

Fuentes e Lobos Gaete (1994) explicam que educar para o afeto e a sexualidade não é sinônimo de reprimir ou permitir comportamentos, mas de estimular o espírito crítico, oferecendo elementos de análise, dando ao adolescente condições para pensar e avaliar as vantagens e as desvantagens das diversas opções de conduta sexual e escolher aquela mais adequada aos seus valores. Assim, os jovens ficarão em alerta quanto à responsabilidade pelas conseqüências de suas decisões.

A educação sexual como uma parte fundamental da formação do ser humano deve preparar para o desenvolvimento da sexualidade e para o amor, para a vida. Dessa maneira, ela terá condições de exercer seu papel preventivo, orientando para uma atividade sexual sadia e segura.

É certo que a presente pesquisa não esgota as possibilidades de compreensão da relação conflituosa entre adolescência, sexualidade e contracepção. De qualquer forma, é um estudo que empreende esforços para acessar mecanismos subjetivos e objetivos que interferem nos comportamentos das adolescentes frente à sua sexualidade e ao uso dos contraceptivos. Entende-se, portanto, que, dentro desses limites, o trabalho permite, num sentido amplo, apontar algumas coordenadas importantes, entre elas:

- a ambivalência reforçada pela dicotomia apelo sexual/repressão sexual que está, constantemente, presente nas diversas apreciações manifestadas e nos comportamentos revelados através das respostas. Os dados levantados indicam coexistência de valores conservadores e liberais, com predomínio dos primeiros entre as adolescentes com menos escolaridade e informação (grupo com experiência de gravidez), e dos segundos entre as adolescentes com mais escolaridade e informação (grupo com experiência sexual e sem gravidez);
- a importância atribuída pelas adolescentes dos três grupos ao envolvimento afetivo como pré-requisito para a prática sexual. “Estar amando” ajuda-as a justificar a sua atividade sexual e a diminuir o estado de dubiedade moral com que tal atividade é iniciada;
- a assunção da vida sexual à medida em que o tabu da virgindade e a concordância com as concepções conservadoras e machistas em geral vão diminuindo entre as adolescentes;
- a rejeição do aborto provocado, por ser considerado pecado grave pela quase totalidade das adolescentes da pesquisa;

- maior escolaridade e informação sobre sexualidade e contracepção (grupo com experiência sexual e sem gravidez) entre as adolescentes que apresentam os índices mais elevados e coerentes de rejeição das concepções que encerram falsos conceitos acerca da saúde reprodutiva e dos valores conservadores e machistas da sociedade;
- maior proteção contra a gravidez na primeira relação sexual e nas relações sexuais posteriores entre essas mesmas adolescentes;
- maior reconhecimento do controle da natalidade como uma conduta que deve ser compartilhada entre os parceiros pelas adolescentes mais esclarecidas, manifestado tanto nas opiniões formuladas como na preferência pelo uso da camisinha que, indiscutivelmente, é um método que implica a colaboração do companheiro;
- a contradição entre a percepção, os conhecimentos e o comportamento sexual das adolescentes evidenciada na dificuldade que elas têm para internalizar, de forma completa, tais conhecimentos, e agir de acordo com eles. É clara a dissociação entre o conhecimento teórico e a prática, mesmo entre as adolescentes com mais estudo e informação. Elas, apesar de fazerem uso mais adequado dos métodos contraceptivos, não os utilizam na proporção correspondente aos seus conhecimentos.

No presente estudo ficou evidente a relação entre atividade sexual precoce, gravidez na adolescência, afastamento da família, famílias numerosas (com mais de cinco irmãos) e separação dos pais e/ou relacionamento familiar conflitante. As constatações mencionadas mostram, uma vez mais, a importância da família no processo de socialização e amadurecimento dos filhos e a necessidade de condições psico-sociais harmônicas na sua estrutura, que possibilita o equilíbrio emocional e favorece a elaboração de concepções e escolhas racionais por parte das adolescentes, ajudando na prevenção do início sexual precoce com suas perigosas conseqüências.

Tais resultados referendam a influência da estrutura familiar, o papel dos pais na educação integral das jovens e a necessidade de prepará-los para assumir essa responsabilidade. Cabe ao Estado providenciar os meios que viabilizem a organização interna do núcleo familiar e permitam a conquista da autonomia e da emancipação social. Para que isso seja alcançado, deve existir complementação das intervenções macro e microsociais, já que há influência recíproca entre elas e a família. É função governamental estabelecer políticas sociais que favoreçam a integração familiar.

Outra importante constatação verificada na pesquisa refere-se ao papel da educação e da informação no comportamento sexual e contraceptivo das adolescentes. Maior escolaridade e informação sobre a sexualidade e a contracepção ajudam na adequação das concepções corretas acerca da saúde sexual e reprodutiva, redundando num melhor controle da natalidade.

Esses indicativos mostram a importância de conhecer o que as adolescentes concebem como valores e a necessidade de políticas interdisciplinares para nortear ações de intervenção e elaboração de programas de educação sexual que considerem representações, crenças, valores e atitudes e permitam o esclarecimento e a reflexão, tendo sempre presentes as características próprias do desenvolvimento cognitivo da adolescência.

Para obter êxito na educação em saúde sexual e reprodutiva, é fundamental que as adolescentes, ajudadas pelas suas famílias e por profissionais das áreas da saúde e da educação, desenvolvam habilidades pessoais que as capacitem a assumir seu papel de sujeito no exercício da atividade sexual. Assim, elas estarão sendo preparadas para tomar resoluções conscientes e oportunas em relação ao seu comportamento sexual.

Com a finalidade de favorecer o desenvolvimento de tais habilidades, apresentamos a seguinte proposta a ser efetivada nos ambulatórios de adolescência do HC da UFG e no NECASA:

- aumentar o número de equipes de assistência para as adolescentes e suas famílias, aprimorando o modelo já existente;
- promover trabalhos educativos de acordo com o modelo desenvolvido a partir de investigações psico-sociais realizadas no México e apresentado com detalhes no manual **Planeando tu vida: programa de educación sexual para adolescentes**, de Susan Pick de Weiss e Jose Angel Aguilar, Editora Pax México, 1989. Com o devido ajuste à cultura brasileira, o tipo de trabalho proposto pelo manual pode ser efetuado através das equipes multiprofissionais dos ambulatórios de adolescência do HC da UFG e do NECASA, em parceria com profissionais e estudantes das Faculdades de Medicina e de Educação da UFG.

Por intermédio dessa atividade, seria viável:

- obter informações sobre atitudes, conhecimentos e condutas sexuais e de uso dos contraceptivos das adolescentes e, de acordo com elas, ministrar esclarecimentos que modifiquem crenças erradas a respeito;

- desenvolver atitudes favoráveis ao uso dos anticoncepcionais e ao seu acesso;
- estimular habilidades de comunicação das adolescentes com seus familiares e com seus parceiros;
- aproveitar positivamente a influência do grupo de pares no comportamento sexual das jovens;
- promover a auto-estima, as aspirações escolares e a capacidade de tomar decisões sem se deixar manipular;
- ensinar a formular metas para planejar a futura profissão e a futura família;
- assessorar a família no seu papel primordial de educadora em saúde sexual e reprodutiva dos filhos.

Adolescência e sexualidade plenas implicam necessariamente a possibilidade de escolha e contracepção. A educação é, portanto, fundamental, como mediação no binômio adolescência - contracepção. Trata-se de colocar em perspectiva o desafio de uma educação abrangente, que acesse valores, opiniões, conceitos e preconceitos, enfim que informe, mas, principalmente, forme.

#### 4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. et al. **Adolescência**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- ABERASTURY, A., KNOBEL, M. **A adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- ACERBI, R. M. C., MARCOLINI, T. T., ANTOUN, R., et al. Alguns aspectos da sexualidade de adolescentes grávidas com 16 anos ou menos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ADOLESCÊNCIA, 5, Belo Horizonte, 1993. **Anais...** Belo Horizonte, 1993. p. 636.
- AGYEI, W. K. A., EPEMA, E. J. Sexual behavior and contraceptives use among 15-24 year-old in Uganda. **Int. Fam. Plann. Perspect.**, New York, v.18, n.1, p.13-17, 1992.
- ARANGO, M. C., PALACIO-GARCIA, J. Sociedad, educación y salud reproductiva ante las realidades cambiantes. In: LÓPEZ, G., YUNES, J., SOLÍS, J. A., et al. **Salud reproductiva en las Américas**. Washington: OPS/OMS, 1992. p. 615-630
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1981.
- BABSON, S. G., CLARKE, N. G. Relationship between infant death and maternal age. **J. Pediatr.**, v. 103, n. 3, p. 391-393, 1983.
- BARBOSA, L. L. S., ABRANCHES, A. D. G., PEIXOTO, R. M. L. Comportamento sexual das adolescentes atendidas no programa de saúde reproductiva da adolescente (PROSARA). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ADOLESCÊNCIA, 5, Belo Horizonte, 1993. **Anais...** Belo Horizonte, 1993. p. 16-17
- BARKER, M. L., SAINT VITOR, R. El embarazo en adolescentes: la experiencia del Caribe de habla inglesa. In: LÓPEZ, Guillermo, YUNES, João, SOLÍS, José Antonio, et al. **Salud reproductiva en las Américas**. Washington: OPS/OMS, 1992. p. 58-178
- BELITZKY, R., CRUZ, C. A., MARINHO, E. et al. Resultados perinatales en madres jóvenes: estudio comparativo en maternidades latinoamericanas. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud del adolescente y el joven en las Américas**. Washington: OMS/OPS, 1985. p. 221-232. (Publicación Científica, 461).
- BENFAM. Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar. **Pesquisa sobre saúde reproductiva e sexualidade do jovem**. Rio de Janeiro, Curitiba e Recife (1989-1990): Atlanta, CDC, 1992.
- BERNARDES, N. M. G., LUZ, A. M. H. Mulheres adolescentes de classes populares: a experiência de ser mãe. / Apresentado ao 24. Congresso Interamericano de Psicologia, Santiago (Chile), Jul., 1993.
- BLOS, P. **Adolescência: uma interpretação psicanalítica**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

- BOBADILLA, E., BURGOS, G. Endocrinología de la adolescencia. In: FLORENZANO, R. et al In: **La salud del adolescente en Chile**. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria, 1988. p. 43-54.
- BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. **Rev. Saúde Públ.**, v. 26, n. 6, p. 437-443, 1992.
- BRAVERMAN, P. K., STRASBURGER, V. C. Por que ginecologia da adolescente? **Clin. Pediatr. Amer. Norte: Ginecologia da adolescente**, v. 3, p. 491-508, 1989.
- BROOK-GUNN, J., PAIKOFF, R. L. Promoting health behavior in adolescence. **Bull. N. Y. Acad. Med.**, v. 67, n. 6, p. 527-547, Nov./Dec. 1991.
- CALDERONE, M. S., RAMEY, J. W. **Falando com seu filho sobre sexo**. 3. ed. São Paulo: Summus, 1986.
- CASPER, L. M. Does family interaction prevent adolescent pregnancy? **Fam. Plann. Perspect.** New York, v. 22, n. 3, p. 109-114, 1990.
- CAVALCANTI, R. C. et al. **Saúde sexual & reprodutiva: ensinando a ensinar**. [s. l.]: Artgraf, 1990.
- CLIMACO, A. A. de S. **Repensando as concepções de adolescência**. São Paulo, 1991. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- CLIMENT, G. I., ARIAS, D. B. Representaciones sociales y comportamientos reproductivos de las mujeres de sectores populares. **Cuadernos Sociales**, Argentina, n. 70, p. 73-87, abr. 1995.
- COLE, J. B., BEIGHTON, F. C. L., JONES, I. H. Contraceptive practice and unplanned pregnancy among single university students. **British Medical Journal**, n. 4, p. 217-219, Oct. 1975.
- COLLI, A. S. **Maturação sexual na faixa etária de 10 a 19 anos**. São Paulo, 1979. Tese (Livre docência) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. Conceito de Adolescência. In: MARCONDES, E. **Pediatria básica**. São Paulo: Sarvier, 1994. p. 539
- CORREA, M. G. de M., COATES, V. Gravidez. In: COATES, V. et al. **Medicina do adolescente**. São Paulo: Sarvier, 1993. p. 259-262
- COSTA, M. C. O. Atividade sexual e anti-concepção na adolescência. In: CURSO NESTLÉ DE ATUALIZAÇÃO EM PEDIATRIA, 53, Manaus, 1996. **Encarte especial**. [s.l.]: Nestlé/SAP, 1996.

- COSTA, M. C. O., PINHO, J. F. C. Gestação na adolescência: aspectos psicossociais e sexuais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ADOLESCÊNCIA, 5, Belo Horizonte, 1993. **Anais...** Belo Horizonte, 1993. p. 574
- DAVIS, A. J. The role of hormonal contraception in adolescents. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. St. Luis (Missouri), v. 170, n. 5, p. 1581-1585, May, 1994.
- DAVIS, S. Gravidez em adolescentes. **Clin. Pediatr. Amer. Norte: Ginecologia da adolescente**, v. 3, p. 691-707, 1989.
- DOIS CASTELON, A., RIBES LANGEVIN, M. A. **Relación entre grado de conocimiento, uso de métodos anticonceptivos y ocurrencia de embarazo em adolescentes primigestas**. Santiago (Chile), 1993. Tese. (Título de enfermera matrona e licenciatura en enfermería) - Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- DONOVAN, J. E., JESSOR, R. Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v. 53, p. 890-904, 1985.
- DUKE, P. M. O papel do pediatra na escola do adolescente. **Clin. Ped. Amer. Norte: Medicina do adolescente**, p. 169-178, fev. 1980.
- DuRANT, R. H., SANDERS, J. M. Jr. Sexual behavior and contraceptive risk taking among sexually active adolescent female. **J. Adolesc. Health Care**, v. 10, p. 1-9, 1989.
- DuRANT, R. H., SEYMORE, C., PENDERGRAST, R. et al. Contraceptive behavior among sexually active hispanic adolescents. **J. Adolesc. Health Care**, v. 11, p. 490-496, 1990.
- EMANS, S. J., GRACE, E., WOOD, E., et al. Adolescents' compliance with the use of oral contraceptives. **JAMA**, v. 257, p. 3377-3381, Jun. 1987.
- ERIKSON, E. **Infancia y sociedad**. Buenos Aires: Paidós, 1973.
- \_\_\_\_\_. **Identidad: juventude e crise**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- FARBER, N. Perceptions of pregnancy risk: a comparison by class and race. **Amer. J. Orthopsychiat.**, v. 64, n. 3, p. 479-484, Jul. 1994.
- FLORENZANO, R. El desarrollo psicológico y los problemas de salud mental del adolescente. In: FLORENZANO, R. et al. **La salud del adolescente en Chile**. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria, 1988. p. 113-155.
- FORREST, J. D. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. **Am. J. of Obstet. Gynecol.**, v. 170, n. 5 (part.2), p. 1485-1488, May, 1994.
- FREITAG, B. **Sociedade e consciência: um estudo piagetiano na favela e na escola**. São Paulo: Cortés, 1984.

- FRIEDMAN, H. L. Changing pattern of adolescent sexual behavior: consequences for health and development. **J. Adolesc. Health Care**, v. 13, n. 5, p. 345-350, 1992.
- FRIEDMAN, I. M., LITT, I. F. Promoção e submissão dos adolescentes aos regimes terapêuticos. **Clin. Pediatr. Amer. Norte: Prevenção em cuidados primários** v. 4, p. 1001-1020, 1986.
- FUENTES, C. M. E., LOBOS GAETE, L. **Adolescente embarazada: programa de apoio emocional**. Santiago (Chile): Editorial Universitaria, 1994.
- GONÇALVES, M.M. Contracepção na adolescência. In: MAAKAROUN, M. de F. et al. **Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991. p. 373-379.
- GONZÁLEZ, de A. M. D., SZCZEDRIN, W. Adolescencia y anticoncepción: conocimiento, actitud y práctica. **Rev. Obstet. Gin. Venezuela**, v. 47, n. 3, p. 124-128, 1987.
- GONZÁLEZ, E. Características socio-económicas de adolescentes embarazadas. In: MOLINA, R., LUENGO, S., GUARDA, P. et al. **Adolescencia, sexualidad y embarazo**. Santiago (Chile): Universidad de Chile, 1991. p.32-34. (Serie Científica Médica, 2).
- \_\_\_\_\_. Actitudes de la adolescente embarazada, de su pareja y de su familia. In: \_\_\_\_\_. Santiago (Chile): Universidad de Chile, 1991. p. 34-36. (Serie Científica Médica, 2).
- GUARDA, P. Características de salud mental en adolescentes embarazadas. In: \_\_\_\_\_. Santiago (Chile): Universidad de Chile, 1991. p. 36-37. (Serie Científica Médica, 2).
- GUIMARÃES, E.M.B. **Gravidez na adolescência no município de Goiânia - Estado de Goiás. Aspectos epidemiológicos e determinação dos fatores de risco: um estudo caso-controle**. São Paulo: 1993. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- HENRIQUES, M. H., SILVA, N. V., SINGH, S. et al. **Adolescentes de hoje, pais do amanhã: Brasil**. New York, The Alan Guttmacher Institute, 1989.
- HEROLD, J. M., MONTERROSO, E., MORRIS, L. et al. Sexual experience and contraceptive use among young adults in Guatemala City. **Int. Fam. Plann. Perspect.**, v. 14, n. 4, p. 142-146, 1988.
- INTERNATIONAL family planning perspectives: musical message reaches youth in the Philippines. The Alan Guttmacher Institute, v. 18, n. 1, p. 29-40, Mar. 1992.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatística do registro civil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1980. v. 7

- \_\_\_\_\_. **Censo demográfico 1991: sinopse preliminar do Estado de Goiás.** Rio de Janeiro: IBGE, 1993.
- \_\_\_\_\_. **Estatística do registro civil.** Rio de Janeiro: IBGE, 1994. v. 21
- JARA, G. Prevención primaria: educación sexual In: MOLINA, R., LUENGO, X., GUARDA, P. et al. **Adolescencia, sexualidad y embarazo.** Santiago: Universidad de Chile, 1991. p. 40-41. (Serie Científica, 2).
- \_\_\_\_\_, G., MOLINA, R. **Educación sexual: manual para educadores.** Santiago (Chile): Arancibia Hnos, 1993.
- JARA G., MOLINA, T., MOLINA R. et al. Evaluación y realización de videos docentes, como complemento de la educación sexual, reflexiva y participativa. **Rev. Soc. Chil. Obstet. Ginecol. Inf. Adolesc.**, Santiago (Chile), v. 2, n. 1, p. 9-15, 1995.
- JAY, M. S., DuRANT, R. H., LITT, L. F. Colaboração das adolescentes com regimes anticoncepcionais. **Clin. Ped. Amer. Norte: Ginecologia da adolescente**, v. 3, p. 165-181, 1989.
- KAEMPPFER, A. M. Adolescencia y salud pública: aspectos sociodemográficos. In: FLORENZANO, R. et al. **La salud del adolescente en Chile.** Santiago: Corporación de Promoción Universitaria, 1988. p.19-40.
- KANTNER, J. P., ZELNIK, M. Sexual experience of young unmarried women in the United States. **Int. Fam. Plann. Perspect.**, v. 4, n. 4, p. 9-18, 1972.
- KAPLAN, H. S. **Enciclopédia básica de educação sexual: incluindo as novas descobertas científicas sobre a função sexual.** Rio de Janeiro: Record, 1983.
- KATCHADOURIAN, H. Sexualidade do adolescente. **Clin. Ped. Amer. Norte: Medicina do adolescente**, p. 17-28, fev. 1980.
- KLEIN, L. Antecedents of teenage pregnancy. **Clin. Obstet. Gynecol.**, v.21, n. 4, p. 1151-1159, Dec. 1978.
- KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: MAAKAROUN, M. de F. et al. **Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991. p. 284-288.
- KRAMAROSKY, C., IGLESIAS, J. Anticoncepción en la adolescencia. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.**, Santiago (Chile), v. 53, n. 1, p. 15-26, 1988.
- KREUTNER, A. K. Anticoncepção da adolescente. **Clin. Ped. Amer. Norte: Ginecologia pediátrica e do adolescente**, p. 477-496, maio, 1981.
- KULIG, J. K. Anticoncepção na adolescência: métodos não hormonais. **Clin. Ped. Amer. Norte : Ginecologia da adolescente**, v. 3, p. 749-764, 1989.

- LEVISKY, D. L. Desenvolvimento psicossocial do adolescente. In: SETIAN, N., COLLI, A. S., MARCONDES, E. **Adolescência**. São Paulo: Sarvier, 1979. p. 65- 89.
- LEVISKY, D. L. **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- LINS, R. N. **A cama na varanda**. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
- LITT, I. F., CUSKEY, W. R. Obediência aos regimes médicos durante a adolescência. **Clin. Ped. Amer. Norte: Medicina do adolescente**, p. 3-15, 1980.
- LUENGO, X. **Adolescencia, sexualidad y embarazo**. Santiago, Universidad de Chile, 1991. p. 3-12. (Serie Científica Médica, 2).
- MAAKAROUN, M. de F. **Tratado de adolescência**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991. p. 3-8.
- MACHADO, L. R. de S. Mudanças tecnológicas e a educação da classe trabalhadora. In: MACHADO, L. R. de S., NEVES, M. de A., FRIGOTTO, G. et al. **Trabalho e educação**. 2. ed. Campinas (SP): Papyrus, 1994.
- MacKENZIE, R. G. Abordagem ao adolescente em condições clínicas. **Clin. Med. Amer. Norte**, v. 5, p. 1143-1155, 1990.
- MADDALENO, M. H. Atención de salud del adolescente: um modelo en el nivel primario de atención en um sector urbanomarginal de Santiago de Chile. In: FLORENZANO, R. et al. **La salud del adolescente en Chile**. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria, 1988. p. 235-252.
- MADDALENO, M., SUÁREZ OJEDA, E. N., MUNIST, M. M. et al. **La salud del adolescente y del joven**. Washington: OPS, 1995. p. 70-84. (Publicación Científica, 552).
- MARKS, A. Aspectos da triagem biossocial e da manutenção da saúde em adolescentes. **Clin. Ped. Amer. Norte: Medicina do adolescente**, p. 159-168, fev. 1980.
- MARLACH, G., KERR, G. Tailoring sex-education programs to adolescents - a strategy for the primary prevention of unwanted adolescents pregnancies. **Adolescence**, v. 18, n. 70, p. 449-456, 1983.
- MARQUES, N. M. , EBRAIN, G. J. The antecedents of adolescent pregnancy in a Brazilian squatter community. **J. Trop. Pediatr.**, v. 37, p. 194-198, 1991.
- MEDEIROS, E.H.G. da R., WEHA, J., QUEIROZ, A.da S. et al. Perfil do adolescente atendido no setor de adolescência do departamento de pediatria da Universidade Federal de São Paulo. **Rev. Paulista Ped.**, v. 14, n. 3, p. 118-121, 1996.

- MENA, F., VARGAS, J. E., MOLINA, R. et al. Práctica sexual de adolescentes escolares: variables familiares. In: JARA, G., MOLINA, R. **Educación sexual: manual para educadores**. Santiago (Chile): Arancibia Hnos, 1993. p. 153-160.
- MENDEZ RIBAS, J. M., COLL, A., SUSSMAN, R. et al. Embarazo y parto en adolescentes: aspectos médicos y psicosociales. **Sinop. Obs. Gin.**, Buenos Aires, v. 36, p. 81, 1989.
- MILLDSTEIN, S. G., IRWIN, C. E., ADLER, N. E. Health-risk behaviors and health concerns among young adolescents. **Pediatrics**, v. 89, n. 3, Mar. 1992.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.
- \_\_\_\_\_. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- MOLINA CARTES, R. Sistema de atención para adolescentes embarazadas. In: FLORENZANO, R. et al. **La salud del adolescente em Chile**. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria, 1988. p. 195-231.
- \_\_\_\_\_. **Anticoncepción: guía práctica**. Santiago (Chile): Mediterráneo, 1990.
- \_\_\_\_\_. Sexualidad. In: \_\_\_\_\_, LUENGO, X., GUARDA, P. et al. **Adolescencia, sexualidad y embarazo**. Santiago: Universidad de Chile, 1991. p. 13-28. (Serie Científica Médica, 2).
- \_\_\_\_\_. Adolescencia y embarazo: conceptos básicos. Prevalencia de la fecundidad y morbilidad. In: \_\_\_\_\_, LUENGO, X., GUARDA, P. et al. **Adolescencia, sexualidad y embarazo**. Santiago: Universidad de Chile, 1991. p.29-32. (Serie Científica Médica, 2).
- \_\_\_\_\_. Introducción. In: JARA, G., MOLINA, C. R. **Educación sexual: manual para educadores**. Santiago (Chile) Arancibia Hnos, 1993. p. 9-13. (Serie Científica Médica, 2).
- \_\_\_\_\_. Sexualidad. In: JARA, G., MOLINA, R. C. **Educación sexual: manual para educadores**. Santiago (Chile): Arancibia Hnos, 1993. p. 49-59.
- \_\_\_\_\_. Nivel de conocimientos y práctica de sexualidad en adolescentes. In: JARA, G., MOLINA, R. C. **Educación sexual: manual para educadores**. Santiago (Chile): Arancibia Hnos, 1993. p. 130-142.
- MONROY, A. El embarazo en la adolescencia: la experiencia en América Latina. In: LÓPEZ, G., YUNES, J., SOLÍS, J. A., et al. **Salud reproductiva en las Américas**. Washington: OPS/OMS, 1992. p. 132-157.
- \_\_\_\_\_. Pubertad, adolescencia y cultura juvenil. In: MADDALENO, M., MUNIST, M. M., SERRANO, C. V. et al. **La salud del adolescente y del joven**. Washington: OPS/OMS, 1995. (Publicación Científica, 552).

- MONTEIRO, D. L. M., CUNHA, A de A. frequência do tabagismo na gestante adolescente. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ADOLESCÊNCIA, 5, 1993. **Anais...** Belo Horizonte, 1993. p.576
- MORRIS, L. Young adults in Latin America and the Caribbean: their sexual experience and contraceptive use. **Int. Fam. Plann. Perspec.**, New York, v. 14, n. 4, p. 153-158, 1988.
- \_\_\_\_\_. Uso de métodos anticonceptivos y niveles de embarazo no planificado en América Latina. In: LÓPEZ, G., YUNES, J., SOLÍS, J. A. et al. **Salud reproductiva en las Américas**. Washington: OMS/OPS, 1992. p.180-200
- \_\_\_\_\_, NUNES, L., MONROY DE VELASCO, A. et al. Sexual experience and contraceptive use among young adults in Mexico City. **Int. Plann. Perspect.**, New York, v. 14, n. 4, p. 147-152, 1988.
- MOSCOVICI, S. A. **A representação social da psicanálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MOTT, F.L., HAURIN, R. J. Linkages between sexual activity and alcohol and drug use among american adolescents. **Int. Fam. Plann. Perspect.**, New York, v. 20, p. 128-136, 1988.
- MUNIST, M. M., GIURGIOVICH, A., SOLÍS, J. A. et al. Factores relacionados com la facundidad en la adolescencia. In: MADDALENO, M., MUNIST, M., SERRANO, C. et al. **La salud del adolescente y del joven**. Washington: OMS/OPS, 1995. p. 239-251 (Publicación Científica, 552).
- MUNITZ, M., SILBER, T. El embarazo entre adolescentes. In: LÓPEZ, G., YUNES, J., SOLÍS, J. A. **Salud reproductiva en las Américas**. Washington: OPS/OMS, 1992. p. 96-131
- NADELSON, C. C., NOTMAN, M.T., GILLON, J. W. Sexual knowledge and attitudes of adolescents: relationship to contraceptive use. **Obstetrics & Gynecology**, Boston, v. 55, n. 3, p. 340-345, Mar.1980.
- NEVES, M de A. Mudanças tecnológicas e organizacionais e os impactos sobre o trabalho e a qualificação profissional. In MACHADO, L. R. de S., NEVES, M. de A., FRIGOTTO, G. et al. **Trabalho e educação**. Campinas (SP): Papirus, 1994. p. 25-37
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Problemas de la salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la OMS. (Serie de informaciones técnicas, 308) Ginebra, 1965.
- ORR, D. P., BEITER, M., INGERSOLL, G. Premature sexual activity as an indicator of psychosocial risk. **Pediatrics**, Indianapolis, v. 87, n. 12, Feb. 1991.
- OSOFSKY, J. D., OSOFSKY, H. J. Teenage pregnancy: psychosocial considerations. **Clin. Obst. Gynecol.**, v. 21, n. 4, p. 1161-1173, 1978.

- OSÓRIO, L. C. **Adolescente hoje**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1989.
- PARADA, J. C. B., MENEZES, I. H. C. F. Indicadores de risco relacionados com a gravidez na adolescência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ADOLESCÊNCIA, 5, Belo Horizonte, 1993. **Anais...** Belo Horizonte, 1993.
- PELÁEZ, P., LUENGO, X. **El adolescente y sus problemas**. Santiago (Chile): Andrés Bello, 1991.
- PICK DE WEISS S., AGUILAR J. A. **Planeando tu vida: programa de educação sexual para adolescentes**. D. F. (México): Pax México, 1989.
- PINTO E SILVA, J. L. Aspectos pediátricos da gravidez na adolescência. **J. Bras. Ginecol.**, v. 94, n. 8, p. 319-326, 1984.
- PINTO, L. F. M. Televisão e educação sexual. **Jornal de Pediatria**, v. 71, n. 5, 1995.
- POPULATION reports. **A juventude na década de 1980: problemas sociais e de saúde**. Série M, n. 9, 1987.
- RAMA, G. W. La situación de la juventud y los problemas de la inserción en la sociedad. /Apresentado ao 4. Seminario de Educación y Políticas. Santiago (Chile), 1988/ (Mimeog.)
- RESNICK, M. D., BLUM, R. W. The association of consensual sexual intercourse during childhood with adolescent health risk and behaviors. **Pediatrics**, v. 94, n. 6, p. 907- 913, Dec. 1994.
- REYNOSO, T. C., FELICE, M. E., SRAGG. G. P. Does american acculturation affect outcome of Mexican - american teenage pregnancy? **J. Adolesc. Health Care**, v. 14, p. 257-261, 1993
- RICKERT, V. I., JAY S., GOTTLIEB, A. A. Bem-estar do adolescente: facilitando a complacência nas condições sociais mórbidas. **Clin. Med. Amer. Norte**, v. 5, p. 1205-1222, 1990.
- RUCH-ROSS, H. S., JONES, E. D., MUSICK, J. S. Comparing out comes in a statewide program for adolescent mothers with outcomes in a national sample. **Fam. Plann. Perspect.**, v. 24, n. 2, p. 66-71, Mar./Apr. 1992.
- RUZICKI, E. M. Anticoncepção. In: COATES, V. et al. **Medicina do adolescente**. São Paulo : Sarvier, 1993. p 252-258.
- SAITO, M. I. Desenvolvimento do adolescente. [s. l.]: Sociedade Brasileira de Pediatria Programa nacional de educação continuada em pediatria - PRONAP, 1996. p. 47-82. v. 1. Módulo de Reciclagem.
- SENDEROWITZ, J., PAXMAN, J. M. Adolescent fertility: worldwide concerns. **Population Bulletin**, v. 40, n. 2, 1985.

- SETTLAGE, D. S., BAROFF, S., COOPER, D. Sexual experience of younger teenage girls seeking contraceptive assistance for the first time. **Fam. Plann. Perspect.**, v. 5, n.4, p. 223-226, 1973.
- SHEARIN, R. B., BOEHLKE, J. R. Anticoncepção hormonal. **Clin. Ped. Amer. Norte: Ginecologia da Adolescente**, v. 3, p. 727-747, 1989.
- SILBER, T. J. Prevenção da gravidez. **Pais & Trens**, São Paulo, n. 1, p. 17, 1996.
- SILBER, T. J., WOODWARD, K. Enfermedades de transmisión sexual durante la adolescencia. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud del adolescente y el joven en las Américas**. Washington: OPS/OMS, 1985. p. 139-152 (Publicación Científica, 489).
- SMITH, M. S. Sintomas psicossomáticos na adolescência. **Clin. Med. Amer. Norte**, v. 5, p. 1187-1203, 1990.
- SOCIETY FOR ADOLESCENT MEDICINE. Position papers on reproductive health care. **J. Adolesc. Health Care**, v. 12, n. 8, p. 649-661, 1991.
- SOLARI, G. Sexualidad y adolescencia. In: FLORENZANO, R. et al. **La salud del adolescente en Chile**. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria, 1988. p. 9-92.
- SOUZA, R. P. de. Adolescência: um desafio ao pediatra. **Jornal de pediatria**, v. 65, n.9, p. 326, 1989.
- \_\_\_\_\_. A educação sexual do adolescente. In: MAAKAROUN, M. de F. et al. **Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991. p. 279-283.
- STEINBERG, L. **Adolescence**. 2.ed. New York : McGraw - Hill, 1989.
- STEPHENSON, J. N. Testes de gravidez e aconselhamento. **Clin. Ped. Amer. Norte: Ginecologia da adolescente**, v.3, p. 709-725, 1989.
- STRASBURGER, V. C. A sexualidade da adolescente e os meios de comunicação. **Clin. Ped. Amer. Norte: Ginecologia da adolescente**, v. 3, p. 783-811, 1989.
- SUPLICY, M. **Sexo para adolescentes**. São Paulo : FTD, 1988.
- \_\_\_\_\_. **Conversando sobre sexo**. 18.ed. Petrópolis, 1993.
- TAKIUTI, A. D. Programa de atendimento integral à saúde do adolescente. In: MAAKAROUN, M. de F. et al. **Tratado de adolescência**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991. p. 31-47.
- TAQUETE, S. R. Sexo e gravidez na adolescência. **Jornal de Pediatria**, v. 68, p. 135-139, mar./abr. 1992.

- TOLEDO, V., LUENGO, X., MOLINA, R. et al. **Adolescencia - tiempo de decisiones:** manual para profesores. Santiago: Universidad de Chile, [s. d.].
- TRAORÉ, M., KONATÉ, M.C., STANTOM, C. In Mali, marriage is early, childbearing in frequent and modern contraceptive practice in uncommon. **Digest. Int. Fam. Plann. Perspect.**, v. 15, n. 2, p. 72-73, Jun. 1989.
- TRUCCO, M. Suicidio en la adolescencia. In: FLORENZANO, R. et al. **La salud del adolescente en Chile.** Santiago: Corporación de Promoción Universitaria, 1988. p. 159-75.
- TYRER, L. B. Obstacles to use of hormonal contraception. **Amer. J. Obstet. Gynecol.**, v. 170, n. 5, p. 1495-1498, 1994.
- VARGAS, J. E., MENA, F., GALANTI, M. et al. Práctica sexual de adolescentes escolares: variables individuales. In: JARA, G., MOLINA, R. **Educación sexual:** manual para educadores. Santiago (Chile): Arancibia-Hnos, 1993. p. 143-152.
- VINCENT, L. M., FAULKENBERRY, J. R., MURRAY, D. Contraceptive pattern of college students who experienced early coitus. **The Journal of Scholl Health**, p. 667-672, 1981.
- WARREN, C. W., POWELL, D., MORRIS, L. et al. Fertility and family planning among young adults in Jamaica, **Int. Fam. Plann. Perspect.**, v. 14, n. 4, p. 137-141, Dec. 1988.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Young people's health a challenge for society.** Geneva, 1986. (Technical report series, 731).
- YÉVENES, H. E. Tiempo libre y recreación. In: FLORENZANO, R. et al. **La salud del adolescente en Chile.** Santiago: Corporación de Promoción Universitaria, 1988. p. 255-268.
- YUNES, J. H. E. Mortalidad e morbilidad de adolescentes en la región de las Américas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ADOLESCÊNCIA, 5, Belo Horizonte, 1993. **Anais...** Belo Horizonte, 1993.
- ZABIN, L. S. The association between smoking and sexual behavior among teens in the United States contraceptives clinics. **Am. J. Public Health**, v. 74, p. 261-262, 1984.
- ZABIN, L. S., STARK, H. A., EMERSON, M. R. Reasons for delay in contraceptive clinic utilization. **J. Adolesc. Health Care**, v. 12, n. 3, p. 225-232, May, 1991.
- ZEGERS, B. Desarrollo psicosocial normal en la adolescencia y la edad juvenil. In: FLORENZANO, R. et al. **La salud del adolescente en Chile.** Santiago: Corporación de Promoción Universitaria, 1988. p. 97-110.
- ZELNIK, M., KANTNER, J. F. **Reasons for nonuse of contraception by sexually active women aged 15-19.** **Fam. Plann. Perspect.**, v. 11, n. 5, p. 289-96, 1979.

## 5 ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO BRASILEIRA  
INSTRUMENTO DE PESQUISA  
MESTRANDA: EDITH TERESA PIZARRO ZACARIOTTI

Este questionário foi elaborado com o objetivo de obter dados para o trabalho de Mestrado em Educação Brasileira, cujo título é “Sexualidade e contracepção: concepções e opiniões das adolescentes que freqüentam os ambulatórios de adolescência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás”. Pretendemos conhecer o que você pensa sobre alguns aspectos relacionados com a vida sexual e os métodos para evitar a gravidez. Sua colaboração é muito importante nesta investigação. Para colaborar, não precisa colocar seu nome, mas é necessário que responda da forma mais sincera possível as perguntas que você vai ler a seguir. Para isto, faça um “X” na frente da resposta mais parecida com o que você pensa em relação a cada assunto. Nas perguntas que não tiverem nada a ver com você, marque “Não se aplica”.

Muito obrigada pela sua colaboração.

---

Edith Teresa Pizarro Zacariotti

## QUESTIONÁRIO

01) Quantos anos você completou no seu último aniversário?

\_\_\_\_\_ anos

02) Qual é sua cor?

02.1 ( ) Branca

02.2 ( ) Mulata

02.3 ( ) Negra

02.4 ( ) Amarela

03) Qual é seu estado civil?

03.1 ( ) Solteira

03.2 ( ) Casada

03.4 ( ) Separada / divorciada

03.5 ( ) Viúva

03.6 ( ) Amasiada / amigada

04) Qual é sua religião?

04.1 ( ) Católica

04.2 ( ) Evangélica

04.3 ( ) Espírita

04.4 ( ) Outra, qual? \_\_\_\_\_

04.5 ( ) Nenhuma

05) Com que frequência você vai à igreja?

05.1 ( ) Diariamente

05.2 ( ) Uma vez por semana

05.3 ( ) 1 / 2 vezes por mês

05.4 ( ) Só nas festas

05.5 ( ) Outros, quais?

05.6 ( ) Nunca

06) Você mora em Goiânia?

06.1 ( ) Sim

06.2 ( ) Não

07) Há quanto tempo você mora em Goiânia?

07.1 \_\_\_\_\_ Meses

07.2 \_\_\_\_\_ Anos

07.3 ( ) Desde que nasci

07.4 ( ) Não se aplica

08) Antes de morar em Goiânia onde você morava?

- 08.1 ( ) Zona rural
- 08.2 ( ) Vila/ Distrito/ Arraial
- 08.3 ( ) Outra cidade
- 08.4 ( ) Outros
- 08.5 ( ) Não se aplica

09) Se você não mora em Goiânia, onde você mora?

---

10) Quem mora com você na sua casa?

- 10.1 ( ) Pai
- 10.2 ( ) Padrasto
- 10.3 ( ) Mãe
- 10.4 ( ) Madrasta
- 10.5 ( ) Irmãos
- 10.6 ( ) Cunhados
- 10.7 ( ) Primos
- 10.8 ( ) Marido ou companheiro
- 10.9 ( ) Sobrinhos
- 10.10 ( ) Tios
- 10.11 ( ) Avós
- 10.12 ( ) Outros

11) Atualmente seus pais estão?

- 11.1 ( ) Casados
- 11.2 ( ) Separados/ divorciados
- 11.3 ( ) Amigados ou amasiados
- 11.4 ( ) Mãe viuva
- 11.5 ( ) Pai viuvo
- 11.6 ( ) Mãe ausente
- 11.7 ( ) Pai ausente

12) Se você não mora com sua família, responda há quanto tempo saiu de casa?

- 12.1 ( ) Menos de um ano
- 12.2 ( ) 1-2 anos
- 12.3 ( ) Mais de 2 anos
- 12.4 ( ) Não se aplica

13) Quantos irmãos você tem?

- 13.1 \_\_\_\_\_ Homens
- 13.2 \_\_\_\_\_ Mulheres
- 13.3 ( ) Não se aplica

14) O que você faz atualmente?

- 14.1 ( ) Só estudo
- 14.2 ( ) Só trabalho
- 14.3 ( ) Estudo e trabalho
- 14.4 ( ) Não estudo nem trabalho

15) Em que tipo de serviço você trabalha?

- 15.1 ( ) Doméstico
- 15.2 ( ) Lavoura
- 15.3 ( ) Comércio
- 15.4 ( ) Serviço Público
- 15.5 ( ) Indústria
- 15.6 ( ) Secretariado
- 15.7 ( ) Banco
- 15.8 ( ) Costura/Bordado
- 15.9 ( ) Outro, qual?
- 15.10 ( ) Não se aplica

16) Qual é a série que cursa atualmente ou até que série você estudou?

- 16.1 ( ) 1º Grau (1º a 8º) Série \_\_\_\_\_
- 16.2 ( ) 2º Grau (1ª a 3ª) Série \_\_\_\_\_
- 16.3 ( ) Outra, qual? \_\_\_\_\_
- 16.4 ( ) Não se aplica

17) Como você utiliza seu tempo livre?

- 17.1 ( ) Brincando com amigos na rua
- 17.2 ( ) Assistindo TV
- 17.3 ( ) Conversando com amigos
- 17.4 ( ) Escutando música
- 17.5 ( ) Lendo gibi, revistas, jornais ou livros
- 17.6 ( ) Praticando esportes
- 17.7 ( ) Namorando
- 17.8 ( ) Trabalhando na comunidade
- 17.9 ( ) Participando de atividades na igreja
- 17.10 ( ) Participando de atividades recreativas na escola
- 17.11 ( ) Participando de atividades políticas

18) Você faz uso de:

- 18.1 ( ) Álcool ( ) Raramente ( ) Sempre
- 18.2 ( ) Cigarro ( ) Raramente ( ) Sempre
- 18.3 ( ) Droga ( ) Raramente ( ) Sempre
- 18.4 ( ) Não se aplica

- 19) Você recebeu alguma orientação sobre assuntos relacionados com sexo?
- 19.1 ( ) Sim  
19.2 ( ) Não
- 20) Qual foi a pessoa que ofereceu essas informações para você?
- 20.1 ( ) Mãe  
20.2 ( ) Pai  
20.3 ( ) Irmãos  
20.4 ( ) Namorado ou noivo  
20.5 ( ) Amigos  
20.6 ( ) Professor  
20.7 ( ) Pessoa da igreja  
20.8 ( ) Pessoa da rua  
20.9 ( ) Outros, quais? \_\_\_\_\_  
20.10 ( ) Não se aplica
- 21) Alguns dos seguintes meios de comunicação contribuíram para seu conhecimento relacionado com sexo?
- 21.1 ( ) Rádio  
21.2 ( ) TV  
21.3 ( ) Jornais  
21.4 ( ) Revistas  
21.5 ( ) Cinema  
21.6 ( ) Nenhum
- 22) Quais foram os assuntos da informação sexual recebida?
- 22.1 ( ) Menstruação  
22.2 ( ) Namoro  
22.3 ( ) Masturbação  
22.4 ( ) Relação sexual  
22.5 ( ) Sexo oral e anal  
22.6 ( ) Riscos de ficar grávida  
22.7 ( ) Métodos para evitar filhos  
22.8 ( ) Riscos de contrair doenças transmitidas pelo sexo  
22.9 ( ) Métodos para evitar doenças transmitidas pelo sexo  
22.10 ( ) Homossexualismo  
22.11 ( ) Não se aplica
- 23) Na escola que você estudou ou estuda você recebeu esclarecimentos em relação ao uso de métodos para evitar ficar grávida?
- 23.1 ( ) Sim ( ) Em forma clara ( ) Só superficialmente  
23.2 ( ) Nunca

24) Quais destes métodos lhe foram ensinados?

- 24.1 ( ) Pílulas anticoncepcionais
- 24.2 ( ) Camisinha
- 24.3 ( ) Tabela, ritmo ou calendário
- 24.4 ( ) Coito interrompido ou retirada antes de gozar
- 24.5 ( ) Diafragma
- 24.6 ( ) Geleia, espuma, óvulos intra-vaginais
- 24.7 ( ) Dispositivo intra-uterino
- 24.8 ( ) Injeções mensais de hormônios
- 24.9 ( ) Outros, quais ? \_\_\_\_\_
- 24.10 ( ) Não se aplica

25) Você já menstruou?

- 25.1 ( ) Sim
- 25.2 ( ) Não

26) Qual era sua idade em anos e meses quando teve sua primeira menstruação?

- 26.1 \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses
- 26.2 ( ) Não se aplica

27) Para você conversar sobre sexo é:

- 27.1 ( ) Natural
- 27.2 ( ) Constrangedor
- 27.3 ( ) Vergonhoso
- 27.4 ( ) Desnecessário

28) Com quem você conversa sobre sexo?

- 28.1 ( ) Mãe
- 28.2 ( ) Pai
- 28.3 ( ) Irmãos
- 28.4 ( ) Namorado ou parceiro
- 28.5 ( ) Amigos
- 28.6 ( ) Outros, quais \_\_\_\_\_
- 28.7 ( ) Ninguém

29) Você se masturba? (Toca seus próprios órgãos sexuais para sentir prazer)

- 29.1 ( ) Com frequência
- 29.2 ( ) Raramente
- 29.3 ( ) Nunca

30) Você já teve relações sexuais com penetração vaginal? (penetração do pênis - pinto na sua vagina)

3.0.1 ( ) Sim

3.0.2 ( ) Não

Se sua resposta é não vai para a questão nº 51

31) Quantos anos você tinha quando teve sua primeira relação sexual?  
\_\_\_\_\_ anos

32) Qual foi seu parceiro na primeira relação sexual?

32.1 ( ) Namorado ou noivo

32.2 ( ) Amigo

32.3 ( ) Marido ou companheiro

32.4 ( ) Primo

32.5 ( ) Pai/ padrasto

32.6 ( ) Empregado da casa

32.7 ( ) Outro, qual? \_\_\_\_\_

33) Vocês usaram algum método para evitar filhos durante essa primeira relação sexual?

33.1 ( ) Sim

33.2 ( ) Não

Se sua resposta é não vai para a questão nº 36

34) Qual foi o método para evitar filhos que vocês utilizaram?

34.1 ( ) Pílula anticoncepcional

34.2 ( ) Camisinha

34.3 ( ) Tabela, ritmo ou calendário

34.4 ( ) Coito interrompido ou retirada antes de gozar

34.5 ( ) Diafragma

34.6 ( ) Geleia, espuma, óvulos intra-vaginais

34.7 ( ) Dispositivo intra-uterino (DIU)

34.8 ( ) Injeções mensais de hormônio

34.9 ( ) Ducha vaginal após a relação

34.10 ( ) Outros, quais? \_\_\_\_\_

35) Quem indicou o método para evitar filhos que vocês utilizaram?

- 35.1 ( ) Médico/ enfermeira
- 35.2 ( ) Mãe/ madrasta
- 35.3 ( ) Amigo
- 35.4 ( ) Farmacêutico
- 35.5 ( ) Outra pessoa, qual? \_\_\_\_\_

36) Qual foi o motivo para você não utilizar nenhum método para evitar filhos nessa primeira relação sexual?

- 36.1 ( ) Não esperava ter relações sexuais naquele momento
- 36.2 ( ) Não tinha dinheiro para comprar camisinha, pílulas anticoncepcionais ou outros
- 36.3 ( ) Pensava que não ficaria grávida
- 36.4 ( ) Não conhecia nenhum método para evitar filhos
- 36.5 ( ) Pensava que os anticoncepcionais faziam mal para a saúde
- 36.6 ( ) A relação sexual não é gostosa quando se usa camisinha
- 36.7 ( ) Queria usar alguma método, mas não arranjei na hora
- 36.8 ( ) O meu parceiro não aceita usar camisinha ou outro método
- 36.9 ( ) Eu queria ficar esperando nené
- 36.10 ( ) Outros, quais? \_\_\_\_\_

37) Quais foram seus sentimentos após a primeira relação sexual?

- 37.1 ( ) Alegria
- 37.2 ( ) Amor
- 37.3 ( ) Culpa
- 37.4 ( ) Medo
- 37.5 ( ) Dor
- 37.6 ( ) Raiva
- 37.7 ( ) Vergonha
- 37.8 ( ) Insegurança
- 37.9 ( ) Ódio
- 37.10 ( ) Surpresa
- 37.11 ( ) Outros, quais?

38) Quantos parceiros sexuais você já teve?

- 38.1 ( ) Um
- 38.2 ( ) mais de um, número \_\_\_\_\_

39) Com que frequência você tem relações sexuais?

- 39.1 ( ) Quase todos os dias
- 39.2 ( ) Pelo menos uma vez na semana
- 39.3 ( ) Cada quinze dias
- 39.4 ( ) Uma vez por mês
- 39.5 ( ) Muito raramente

40) Você tem costume de evitar gravidez com algum método anticoncepcional?

40.1 ( ) Sim

40.2 ( ) Não

41) Qual método para evitar filhos você usa regularmente?

41.1 ( ) Pílula anticoncepcional

41.2 ( ) Camisinha

41.3 ( ) Tabela ritmo ou calendário

41.4 ( ) Coito interrompido ou retirada antes de gozar

41.5 ( ) Diafragma

41.6 ( ) Geleia, espuma, óvulos intra-vaginais

41.7 ( ) Dispositivo intra-uterino (DIU)

41.8 ( ) Injeções mensais de hormônio

41.9 ( ) Ducha vaginal após a relação sexual

41.10 ( ) Outros, quais? \_\_\_\_\_

41.11 ( ) Não se aplica

42) Quem indicou o método anticoncepcional que vocês usam regularmente?

42.1 ( ) Médico/ enfermeira

42.2 ( ) Mãe/ madrastra

42.3 ( ) Namorado/ noivo

42.4 ( ) Amigo

42.5 ( ) Farmacêutico

42.6 ( ) Outra pessoa, qual? \_\_\_\_\_

42.7 ( ) Não se aplica

43) Você está grávida?

43.1 ( ) Sim

43.2 ( ) Não

43.3 ( ) Ainda não sei

44) Com quantos meses de gravidez você está?

44.1 \_\_\_\_\_ meses

44.2 ( ) Não sei ao certo

45) Você já esteve grávida anteriormente?

45.1 ( ) Sim Quantas vezes? \_\_\_\_\_

45.2 ( ) Não

46) Que idade você tinha quando engravidou pela primeira vez?  
 \_\_\_\_\_ anos

47) Você já teve filhos?

47.1 ( ) Sim      Quantos? \_\_\_\_\_

47.2 ( ) Não

48) Você já fez aborto?

48.1 ( ) Sim      Quantos?

48.2 ( ) Não

49) Se você já fez aborto, quem realizou esse aborto?

49.1 ( ) Médico

49.2 ( ) Enfermeira

49.3 ( ) Parteira

49.4 ( ) Curiosa

49.5 ( ) Eu mesma

Leia, a seguir, as afirmações e manifeste a sua opinião.

50) A camisinha, além de evitar a gravidez, ajuda na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

50.1 ( ) Sim

50.2 ( ) Não

51) Nas mulheres com ciclo menstrual regular (menstruação sempre na mesma época) a data mais provável para engravidar é aproximadamente 14 dias após o primeiro dia da última menstruação.

51.1 ( ) Sim

51.2 ( ) Não

52) Na sua opinião, para jovens da sua idade que têm relações sexuais qual seria(m) o(os) método(s) mais adequados para evitar a gravidez?

52.1 ( ) Pílula anticoncepcional

52.2 ( ) Camisinha

52.3 ( ) Tabela, ritmo ou calendário

52.4 ( ) Coito interrompido ou retirada antes de gozar

52.5 ( ) Diafragma

52.6 ( ) Geleia, espuma ou óvulos intra-vaginais

52.7 ( ) Dispositivo intra-uterino (DIU)

52.8 ( ) Injeções mensais de hormônio

52.9 ( ) Duchas vaginais após a relação sexual

52.10 ( ) Outros, quais?

53) As pílulas anticoncepcionais podem provocar algumas destas “moléstias”?

- 53.1 ( ) Celulite
- 53.2 ( ) Aumento de peso
- 53.3 ( ) Varizes
- 53.4 ( ) Irritabilidade
- 53.5 ( ) Depressão
- 53.6 ( ) Dor de cabeça
- 53.7 ( ) Diminuição do prazer sexual
- 53.8 ( ) Nenhuma

54) A masturbação faz mal à saúde.

- 54.1 ( ) Concordo totalmente
- 54.2 ( ) Concordo em parte
- 54.3 ( ) Discordo em parte
- 54.4 ( ) Discordo totalmente

55) A mulher que não é virgem tem mais dificuldade para casar-se

- 55.1 ( ) Concordo totalmente
- 55.2 ( ) Concordo em parte
- 55.3 ( ) Discordo em parte
- 55.4 ( ) Discordo totalmente

56) Só se deve ter relações sexuais depois do casamento.

- 56.1 ( ) Concordo totalmente
- 56.2 ( ) Concordo em parte
- 56.3 ( ) Discordo em parte
- 56.4 ( ) Discordo totalmente

57) É normal ter relações sexuais com amigos ou conhecidos quando “pinta um clima”.

- 57.1 ( ) Concordo totalmente
- 57.2 ( ) Concordo em parte
- 57.3 ( ) Discordo em parte
- 57.4 ( ) Discordo totalmente

58) A adolescente, quando não sente orgasmo durante a relação sexual, não fica grávida.

- 58.1 ( ) Verdadeiro
- 58.2 ( ) Falso

59) A responsabilidade de evitar a gravidez deve ser assumida só pela mulher.

59.1 ( ) Verdadeiro

59.2 ( ) Falso

60) A adolescente não fica grávida na primeira relação sexual, por isso não precisa utilizar nenhum método anticoncepcional nessa ocasião.

60.1 ( ) Verdadeiro

60.2 ( ) Falso

61) O parceiro pode pensar que a adolescente não é “direita” se partir dela a idéia de usar algum método anticoncepcional.

61.1 ( ) Verdadeiro

61.2 ( ) Falso

62) Só é necessário tomar pílula anticoncepcional no dia da relação sexual.

62.1 ( ) Verdadeiro

62.2 ( ) Falso

63) O homem que usa camisinha não sente prazer durante a relação sexual.

63.1 ( ) Verdadeiro

63.2 ( ) Falso

64) Uma adolescente que exige o uso de camisinha, pode perder seu namorado.

64.1 ( ) Verdadeiro

64.2 ( ) Falso

65) Não se deve provocar aborto porque é um pecado grave.

65.1 ( ) Concordo totalmente

65.2 ( ) Concordo em parte

65.3 ( ) Discordo em parte

65.4 ( ) Discordo totalmente

66) Quando a adolescente faz aborto nunca mais fica grávida.

66.1 ( ) Verdadeiro

66.2 ( ) Falso