

GIANI SILVANA SCHWENGBER CEZIMBRA

“Há associação entre a maturação sexual feminina precoce e a exposição a condições de vulnerabilidade como o início sexual precoce, incidência de DST, gravidez e violência sexual na adolescência?”

***Universidade de Brasília – Faculdade de Medicina
Programa de Pós - Graduação em Ciências Médicas
Curso de Mestrado***

Brasília - 2008

GIANI SILVANA SCHWENGBER CEZIMBRA

“Há associação entre a maturação sexual feminina precoce e a exposição a condições de vulnerabilidade como o início sexual precoce, incidência de DST, gravidez e violência sexual na adolescência?”

Dissertação submetida ao Programa de Pós – Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília – UnB, para obtenção do título de Mestre sob a orientação do Prof. Dr. Dioclécio Campos Júnior, professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília.

Brasília - 2008

TITULO: *“Há associação entre a maturação sexual feminina precoce e a exposição a condições de vulnerabilidade como o início sexual precoce, incidência de DST, gravidez e violência sexual na adolescência?”*

AUTORA: Giani Silvana Schwengber Cezimbra

ORIENTADOR: Prof. Dr. Dioclécio Campos Júnior

Dissertação apresentada ao colegiado do
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas do
Departamento de Pós-Graduação em Ciências Médicas da
Universidade de Brasília, para obtenção do grau de Mestre.

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente: Prof. Dr. Dioclécio Campos Júnior

1º Membro: Prof. Dr. Álvaro Nagib Atallah

2º Membro: Profª. Drª. Marilúcia Rocha de Almeida Picanço

Suplente: Profª. Drª. Vera Lúcia Vilar de Araújo Bezerra

APROVADA em 30 de junho de 2008.

Brasília, 2008

Dedicatória

***Dedico este estudo às mulheres de todas as idades,
com todas as suas diferenças e especificidades,
dificuldades, necessidades e conquistas,
herdadas, algumas vezes, por um amadurecimento forçado
nos contextos mais variados.***

***Em especial àquelas que em comum suportam caladas as dores do
tempo de infância que lhes foi roubado,
da inocência que foi perdida inadvertidamente,
das maravilhas que a vida oferece e que
ainda não chegaram até elas.***

***E com muito amor, às mulheres da minha vida:
minha mãe e minha filha.***

Agradecimentos

Inicialmente, preciso agradecer às minhas queridas pacientes, que têm me ensinado muito, cotidianamente, sobre saúde e sobre a vida.

Em seguida, aos meus queridos pais, Sadi e Lourdes, por confiarem em mim.

Por terem me fornecido todas as condições para ir em busca do que me faz realmente feliz. Pelo amor incondicional, pela liberdade das escolhas e a segurança do pertencimento, que me fizeram ousar sempre.

À Vitória e ao Stéfano, meus filhos amados, que me compreenderam quando não pude parar para brincar ou estar presente.

Ao meu querido companheiro Adson, quem mais me estimulou nessa conquista e esteve ao meu lado principalmente nas horas mais difíceis.

Agradeço ao meu orientador Dioclécio, que sempre foi gentil e paciente com as minhas dificuldades.

Ao amigo Valdi, pelos inúmeros ensinamentos na relação e no trabalho com adolescentes.

Aos e às colegas de jornada do Adolescentro e de Sobradinho, que muito contribuíram na concretização desse estudo.

A todas as mulheres sábias e maravilhosas com quem já convivi, que me estimularam às grandes conquistas.

Em especial às da Área Técnica da Saúde da Mulher (e de outras áreas do MS), com quem sedimentei meus conhecimentos e ampliei o olhar sobre a complexidade e especificidades das mulheres.

Às outras filhas, filhos e irmãs adotadas/os ao longo da caminhada, junto com os familiares e amigas/os, que ajudam a dar sentido à minha existência.

Aos profissionais que cuidam da minha saúde, principalmente ao Dr. Eidmar e a toda a equipe do Sarah, que diminuíram a minha dor de todas as formas e tornaram possível chegar até aqui.

E por último, e certamente meu maior agradecimento, a Deus, por ter-me carregado tantas vezes no colo e permitido a realização de mais esse sonho.

*Recria tua vida sempre, sempre.
Remove pedras e planta roseiras...
E faz doces.
Recomeça.*

Cora Coralina

Introdução: As adolescentes têm sido estimuladas a postergar a função reprodutiva para quando se tornarem independentes, devendo priorizar os estudos e a qualificação profissional. Enquanto isso, a menarca, que é um sinal biológico do amadurecimento da função sexual, vem ocorrendo progressivamente mais cedo, assim como a iniciação sexual. A ocorrência da menarca não está diretamente relacionada à maturidade psicoemocional e social. A maturação sexual em idades cada vez mais precoces parece estar relacionada à maior exposição das adolescentes a diversas condições de vulnerabilidade, entre elas, o despreparo para a iniciação sexual, a suscetibilidade às DST, a gravidez não planejada e a violência sexual. **Métodos:** Foram atendidas 201 adolescentes no ambulatório de ginecologia de uma unidade básica de saúde do Distrito Federal, onde responderam a um questionário durante as consultas. Para calcular a associação, foram consideradas a menarca como variável independente; DST, a idade da primeira relação sexual, da primeira gravidez e a ocorrência de violência sexual entre as variáveis dependentes. Aplicados os testes estatísticos de coeficiente de correlação de Pearson e Mann-Whitney para avaliar a associação entre as variáveis e o p -valor para avaliar a significância. **Resultados:** A média da idade da menarca foi menor entre as adolescentes que engravidaram (Pearson= 0,32527) e $p= 0,0004$ e viveram situações de violência sexual $p= 0,0008$. Em relação à idade da menarca e da 1ª relação sexual, a correlação de Pearson foi de 0,38371 e o $p= 0,0001$, indicando que há associação entre as duas variáveis. Quanto às DST, a associação não teve significância estatística. **Conclusão:** Os resultados deste estudo demonstram que há associação entre a idade da maturação sexual e da menarca com a idade de iniciação sexual, com a incidência de gravidez e com a vivência de violência sexual, podendo ser considerada como mais um fator de vulnerabilidade na adolescência. **Descritores:** adolescentes, vulnerabilidades, maturação sexual, menarca, iniciação sexual, gravidez, violência sexual.

ABSTRACTS

Introduction: The teenagers have been encouraged to postpone the reproductive function for when they become independent and should prioritize the studies and professional qualification. Meanwhile, the menarche, which is a sign of maturity of biological sexual function, is occurring progressively earlier, as well as sexual initiation. The occurrence of menarche is not directly related to psicoemocional and social maturity. The sexual maturity at ever earlier ages seems to be related to increased exposure of adolescents to various conditions of vulnerability, including the unpreparedness for sexual initiation, the susceptibility to STDs, pregnancy and sexual violence not planned. **Methods:** There were 201 teenagers attended the clinic of gynecology a basic health unit of the Federal District, where he answered a questionnaire during the consultations. To calculate the association, were considered the menarche as independent variable; DST, age of first sexual intercourse, the first pregnancy and the occurrence of sexual violence between the dependent variable. Applied statistical tests of Pearson's correlation coefficient and Mann-Whitney to assess the association between the variables and p-value for assessing the significance. **Results:** The average age of menarche was lower among adolescents who became pregnant (Pearson = 0.32527) $p = 0.0004$ and lived situations of sexual violence $p = 0.0008$. In the age of menarche and 1 st sexual relationship, the correlation of Pearson was 0.38371 $p = 0.0001$, indicating that association between the two variables. As for STDs, the association was not statistically significant. **Conclusion:** The results of this study show that there are association between the age of sexual maturation and menarche at the age of sexual initiation, with the incidence of pregnancy and with the experience of sexual violence and may be regarded as another factor of vulnerability in adolescence . **Descriptors:** adolescents, vulnerabilities, sexual maturation, menarche, sexual initiation, pregnancy, sexual violence.

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

TABELAS	Páginas
Tabela 1: A idade da menarca em diversos países.....	51
Tabela 2: Idade da menarca no Brasil.....	56
Tabela 3: Distribuição da idade.....	162
Tabela 4: Distribuição da menarca.....	164
Tabela 5: Distribuição da idade da 1ª relação sexual.....	165
Tabela 6: Relação idade da menarca x idade da 1ª relação sexual.....	166
Tabela 7: Distribuição da Idade da 1ª gravidez.....	168
Tabela 8: Distribuição da quantidade de gravidezes.....	169
Tabela 9: Idade da menarca X idade da 1ª gravidez.....	169
Tabela 10: Idade da menarca X quantidade de gravidezes.....	170
Tabela 11: Distribuição de DST (se teve ou não e qual a DST)	171
Tabela 12: Idade da menarca X DST.....	172
Tabela 13: Freqüência de violência sexual (VS).....	173
Tabela 14: Idade da adolescente durante a VS declarada.....	174
Tabela 15: Agente da VS declarada.....	174
Tabela 16: Idade do agente na VS declarada.....	174
Tabela 17: Menarca x violência sexual.....	176
Tabela 18: Regressão Linear: menarca = idade da 1ª relação sexual + idade da 1ª gravidez + quantidade de gravidezes.....	177
Tabela 19: Idade média da menarca x escolaridade.....	178
Tabela 20: Idade da 1ª relação sexual média por escolaridade.....	179
Tabela 21: Quantidade média de gravidez por escolaridade	179
Tabela 22: Idade média da 1ª gravidez por escolaridade.....	180
Tabela 23: Freqüência de violência física.....	181
Tabela 24: Agente da violência física declarada.....	182
Tabela 25: Idade da violência física declarada.....	182

GRÁFICOS

Gráfico 1: Razão de sexos por casos de Aids x ano de diagnóstico.....	85
Gráfico 2: Taxa de fecundidade no grupo 15 – 19 anos.....	110
Gráfico 3: Distribuição da menarca.....	164
Gráfico 4: Distribuição da idade da 1ª relação sexual.....	165
Gráfico 5: Relação idade da menarca x idade da 1ª relação sexual.....	167
Gráfico 6: Distribuição da Idade da 1ª gravidez.....	168
Gráfico 7: Distribuição da quantidade de gravidezes.....	169
Gráfico 8: Idade da menarca x idade 1ª gravidez.....	170
Gráfico 9: Idade da menarca X quantidade de gravidezes.....	171
Gráfico 10: Distribuição de DST	172
Gráfico 11: Idade média da menarca X DST.....	172
Gráfico 12: Idade da menarca x violência sexual.....	176
Gráfico 13: Idade média da menarca x escolaridade.....	178
Gráfico 14: Idade média da 1ª relação sexual X escolaridade.....	179
Gráfico 15: Quantidade média de gravidezes por escolaridade.....	180
Gráfico 16: Idade média da 1ª gravidez por escolaridade.....	181

QUADROS

Quadro 1: Desenvolvimento psicossocial do adolescente.....	10
Quadro 2: Desenvolvimento sexual na adolescência.....	69

1.	Introdução	1
2.	Referencial Teórico	6
	2.1 Adolescência	7
	<i>O atual significado</i>	7
	<i>Inconsciente coletivo</i>	13
	<i>A visão antropológica – a sociogênese da adolescência</i>	15
	<i>Juventude ou adolescência?</i>	22
	<i>Projeto de vida e protagonismo</i>	24
	2.2 Vulnerabilidades femininas	28
	<i>Definições e contextualização</i>	28
	<i>Enfrentamento</i>	34
	2.3 Maturação Sexual Feminina	37
	<i>Maturação sexual: a puberdade e a menarca</i>	37
	<i>Idade média da menarca</i>	41
	<i>Fatores relacionados à maturação sexual</i>	43
	<i>Dados internacionais sobre a menarca</i>	50
	<i>Dados nacionais sobre a menarca</i>	55
	2.4 Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva	63
	<i>Saúde sexual</i>	63
	<i>Contextualização histórica e cultural</i>	63
	<i>Sexualidade na adolescência</i>	67
	<i>Iniciação sexual</i>	71
	<i>Educação sexual</i>	77
	<i>Doenças sexualmente transmissíveis</i>	82
	<i>Saúde Reprodutiva</i>	93
	<i>Direitos sexuais e direitos reprodutivos</i>	93
	<i>Contracepção</i>	97
	<i>Fecundidade</i>	104
	2.5 Gravidez	115
	<i>Repercussões e riscos</i>	124
	<i>A gravidez vista por uma nova perspectiva</i>	130

2.6	<i>Violência sexual</i>	135
	<i>Definições, dados epidemiológicos e fatores associados</i>	134
	<i>Alguns aspectos legais</i>	142
	<i>Violência física</i>	148
3	Objetivos	152
4	Métodos	153
	<i>Desenho do estudo</i>	153
	<i>Variáveis envolvidas no estudo</i>	155
	<i>Instrumento utilizado na coleta dos dados</i>	157
	<i>Aspectos éticos</i>	159
	<i>Análise dos dados</i>	159
5	Resultados	161
	<i>Análise geral da casuística</i>	162
	<i>Análise das variáveis principais</i>	163
	<i>Análise das variáveis secundárias</i>	177
6	Discussão	183
7	Conclusões	201
8	Referências bibliográficas	202
8.	Anexos	214
	<i>Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)</i>	221
	<i>Parecer da comissão de ética em pesquisa (CEP)</i>	224

1. INTRODUÇÃO

O estudo da maturação sexual do ser humano implica considerar a adolescência. Para entender os fatores biológicos dessa fase do desenvolvimento, é preciso avançar na compreensão de todos os aspectos que influenciam direta ou indiretamente nesse fenômeno.

Essa pesquisa objetivou avaliar as associações entre a maturação sexual feminina precoce e a idade de iniciação das atividades sexuais, a ocorrência de gravidez, a suscetibilidade às doenças sexualmente transmissíveis e à violência sexual. Para isso foi necessário um aprofundamento nas questões que permeiam e interagem de forma explícita ou sutil com os indivíduos do estudo, que foram considerados em sua integralidade e como parte de um sistema complexo, repleto de inter-relações. Pesquisar sobre a adolescência feminina requer estudar, vivenciar, conviver e compreender as mulheres que estão na adolescência, de uma forma muito mais ampla. Sem isso, a possibilidade de obtenção de respostas e a interpretação dos resultados se tornam bastante limitados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como o período da vida a partir do qual surgem as características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia (Rede Feminista de Saúde, 2004) .

Adolescentes constituem um grupo com grande expressividade populacional, representando em torno de 20% da população do Brasil. Têm sido observadas transformações na composição etária brasileira: aumentam o número de

adolescentes de 15 a 19 anos e há um decréscimo entre jovens de 20 a 24 anos. Grande parte dessa população vive nos grandes centros urbanos (Brasil, 2000a)

A população de adolescentes e jovens do Brasil compreendia, em 2007, o contingente de **39.356.374** de brasileiros na faixa etária dos 10 a 19 anos de vida, sendo que 19.343.411 se encontrava na faixa dos 10 aos 14 anos e 20.012.963 dos 15 aos 19 anos (Brasil. DATASUS, 2008). Embora não haja dados disponíveis para o mesmo ano, em 2005 a população feminina somava **18.409.021**, semelhante ao total do sexo masculino nesta faixa de idade (Brasil.IBGE, 2000).

A adolescência é uma das etapas de desenvolvimento mais significativas pela qual passa todo ser humano. Uma etapa de mudanças nas relações sociais estabelecidas, transformações físicas, mas também de questionamento de valores, de costumes, sentimentos que contribuem para o exercício da vida adulta. Entre as experiências importantes dessa fase temos o início da vida sexual e reprodutiva e as expectativas levantadas em torno da vida produtiva.

Boa parte da população de jovens no Brasil vive na periferia, integrando famílias de baixa renda e de baixa escolaridade, fatores que refletem nas possibilidades de inserção dos jovens no mercado de trabalho e no acesso a bens e serviços. Muitas vezes, adolescentes e jovens são convocados a assumir prematuramente responsabilidades para as quais não estão preparados. Justamente por serem jovens, eles não devem ser vistos apenas como consumidores e trabalhadores em potencial, como bem observa Cavasin et all (2004), mas como um grupo socialmente vulnerável, mais exposto e sensível aos problemas enfrentados pela sociedade. De outro lado, os jovens devem ser pensados como sujeitos de sua própria história, na medida em que questionam e revêem valores e costumes, instituindo outras formas de comportamento e atitudes.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê que todas as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, nas mais diferentes condições sociais e individuais. Prevê ainda, que a condição de pessoa em desenvolvimento não as priva de gozar esses direitos. Entretanto, não especifica os direitos em relação ao exercício da sexualidade, quando o que está implícito é a possibilidade de os jovens decidirem sobre sua vida sexual e reprodutiva (Cavasin et al, 2004).

A idade da menarca, definida como a primeira menstruação na vida de uma mulher, constitui um indicador de maturidade sexual no processo do crescimento e desenvolvimento humanos e sua importância se traduz na representatividade como um indicador de desenvolvimento populacional universalmente utilizado.

A puberdade feminina normalmente se inicia dos 8 até os 13 anos de idade. O conceito de puberdade precoce recomenda a presença de caracteres sexuais secundários compatíveis com a puberdade em meninas antes dos 8 anos de idade, ou em meninos antes dos 9 anos. É um fenômeno cada vez mais freqüente e preocupante para pais, profissionais de saúde e sociólogos. Suas causas continuam sendo desconhecidas, mas nos Estados Unidos já se constatam mais de 25% de puberdade feminina precoce entre as meninas negras e 7% entre as brancas. Esses caracteres sexuais estão surgindo dois ou três anos antes do tempo tradicionalmente esperado (Ballone, 2003).

As mulheres têm menstruado progressivamente mais cedo desde as ancestrais mais distantes até os dias atuais, em uma curva contínua decrescente, com tendência à manter-se nesse sentido. Em decorrência da tendência à precocidade da maturação sexual, mudanças progressivas na vida das mulheres vêm ocorrendo, com abreviação de períodos essenciais para o seu desenvolvimento físico, psicoemocional e social. Muito precocemente, e portanto, mais despreparadas,

uma parcela de meninas-mulheres têm ingressado em relacionamentos amorosos/sexuais, têm contraído doenças sexualmente transmissíveis, têm engravidado e têm sido vítimas de violência sexual.

A menarca não ocorre sozinha. É precedida e acompanhada por várias transformações no organismo feminino influenciadas por hormônios sexuais, que resultam em modificações relativamente rápidas em seus corpos que, por sua vez, têm repercussões subjetivas, envolvendo todas as necessidades, dificuldades e satisfações inerentes a esse processo. Os estímulos dos hormônios sexuais iniciam normalmente entre 3 e 4 anos antes do início das menstruações, o que tem ocorrido atualmente em meninas de 6 a 9 anos, segundo estudos nacionais e internacionais, quando ainda a compreensão do mundo, da vida, das pessoas e dos riscos é bastante limitada. (Carvalho et al, 2007)

No Brasil, na maioria dos estados, a taxa de fecundidade tem diminuído gradativamente em todas as faixas etárias, de forma mais discreta entre adolescentes. Em alguns estados a gravidez na adolescência é mais expressiva entre os 10 aos 14 anos do que dos 15 aos 19 anos, sendo esse fato extremamente preocupante, pois na maioria das vezes não ocorre forma planejada ou desejada. Mesmo quando essas mulheres adolescentes exercem seu direito de decidir, muitas vezes não o fazem a partir de uma escolha consciente, informada. Não têm maturidade, estrutura física, psicológica e/ ou social para assumir as conseqüências de sua escolha, o que pode trazer resultados desastrosos a suas vidas.

Se hoje uma jovem inicia sua carreira reprodutiva entre 15 e 20 anos, como era comum para suas avós e bisavós, há o sentimento de que está deixando de aproveitar as oportunidades que o mundo lhe oferece, em especial em termos de escolarização e trabalho. O mesmo ocorre em relação aos rapazes que, frente a uma

gravidez da parceira, devem parar de estudar para trabalhar e sustentar a família. Em alguns casos as trajetórias se constroem exatamente como foi descrito, mas essa não é uma regra. Nem todos os jovens interrompem definitivamente a sua formação profissional pelo fato de terem filhos, nem todos os jovens que têm filhos tinham interesse, capacidade e chance de maior de escolarização e inserção qualificada no mercado de trabalho. O mesmo pode ser dito em relação à infecção pelo HIV que, embora cada vez mais se transforme em uma doença crônica com a qual é possível (com)viver, ainda é entendida por muitos como uma sentença de morte (Villela e Doreto, 2006).

A finalidade desse estudo é avaliar a associação entre a maturação sexual feminina (idade de ocorrência da menarca) com a idade de iniciação sexual, ocorrência de DST, gravidez e violência sexual na população adolescente frequentadora de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no Distrito Federal. A identificação dessa relação pode permitir uma contribuição na elaboração de estratégias e ações preventivas, protetoras e promotoras da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das adolescentes, principalmente aquelas que se encontram em situações de maior vulnerabilidade.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ADOLESCÊNCIA - O ATUAL SIGNIFICADO A PARTIR DA VISÃO ANTROPOLÓGICA

O atual significado

A adolescência é uma viagem do mundo infantil para o mundo adulto, em que os indivíduos vivenciam mudanças físicas e emocionais para o amadurecimento do corpo e da mente, tornando-os mais questionadores e independentes. É um período significativo de crescimento e amadurecimento humano, em que ocorrem mudanças extraordinárias e muitos padrões adultos são estabelecidos (Brasil, 2004).

Apesar do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) circunscrever a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a adolescência como a segunda década de vida (10 aos 19 anos) e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos. Este é o conceito que tem sido utilizado pelo Ministério da Saúde brasileiro e no qual foi baseado esse estudo (Brasil, 2000a).

A adolescência inicia com a puberdade, o sinal mais precoce do desenvolvimento das características sexuais secundárias, e continua até que as transformações morfológicas e fisiológicas se aproximem do *status* adulto, normalmente próximo à segunda década de vida (Brasil, 2004).

A adolescência é uma fase de profundas transformações físicas, psicológicas e sociais, fase em que se estabelecem novas relações do adolescente com ele mesmo, com uma nova imagem corporal, com o meio social, com a família e com outros adolescentes (Duarte, 1996). A essência da adolescência está no salto tanto qualitativo quanto quantitativo da unidade biopsicossocial (Bezerra, 2007).

Segundo a OMS, atualmente existem em torno de 1.2 bilhões de adolescentes no mundo, correspondendo à quinta parte da população humana, e esse número continua em ascensão. Quatro a cada cinco deles vive em países em desenvolvimento (WHO, 2003).

A segunda década da vida é um período de desenvolvimento pessoal quase tão rápido quanto a primeira. Aos dez anos de idade eles e elas ainda são crianças, mas de qualquer maneira, muitos já estão expostos aos desafios do mundo dos adultos. Aos 16 anos já podem votar e aos 18 os jovens já são considerados membros contribuintes com a sociedade, adquirem direitos para casar, dirigir, ter relações sexuais, lutar pelo país ou ir para a prisão (WHO, 2003).

Adolescentes não são crianças grandes, mas também não são adultos ainda e esse período de mudanças é repleto de paradoxos. Podem aparentar serem mais velhos do que sua idade real, transparecendo autonomia embora precisem e dependam do suporte dos adultos. Eles e elas podem se colocar em risco sem pensar nas conseqüências, oscilando entre a curiosidade e otimismo diante da vida e uma postura de aborrecimento e depressão (WHO, 2003).

Biologicamente estão aptos a se tornar mães e pais, sem, no entanto, estarem ainda prontos para assumir a responsabilidade da maternidade e/ou paternidade. Eles sentem um crescente senso de independência, mas dependem dos adultos para suas necessidades materiais, que estão em constantes mudanças (WHO, 2003).

A puberdade e a adolescência têm sido consideradas como um período de crise vinculada a problemas individuais e sociais. No entanto, não se trata de uma crise inerente a esse período da vida, inevitável, mas de uma construção social e cultural, cujas significações repercutem tanto sobre as pessoas que atravessam

essa fase, quanto sobre a sociedade, merecendo a preocupação de governos e organismos internacionais (Silva, 1984).

O crescimento e a maturação do ser humano são processos contínuos, e a transição da infância para a idade adulta não é abrupta; o período de adolescência envolve rápidas mudanças físicas e no desenvolvimento psicológico, em que ocorre a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia (Rede Feminista de Saúde, 2004).

Adicionalmente, a transição da infância para a idade adulta pode não ocorrer de maneira uniforme e contínua; períodos de crescimento podem ser intercalados com fases de regressão. Apesar das possíveis diferenças entre adolescentes, o ponto em comum e que distingue a adolescência é a transformação. Assumir mudanças na imagem corporal, adotar valores e estilo de vida, conseguir independência dos pais e estabelecer uma identidade própria são as principais tarefas da adolescência (CODEPPS, 2006).

Nessa perspectiva biopsicossocial da adolescência, mesmo que se reconheça que o critério cronológico perde importância, sendo mais relevante o estágio de maturação sexual, para que se possa compreender a evolução destas tarefas, é interessante analisar o desenvolvimento subdividindo-o por idade em três períodos (Picanço, 2008) :

- Adolescência inicial (dos 10 aos 13 anos): é caracterizada pelo estirão do crescimento e início da maturação sexual. É nessa fase que se inicia o pensamento abstrato.
- Adolescência média (dos 14 aos 15 anos): a maior parte das mudanças físicas está completa, enquanto o desenvolvimento individual de um intenso senso de identidade e um relacionamento mais forte com seu próprio grupo,

ao passo que as famílias usualmente permanecem importantes. Os pensamentos se tornam mais reflexivos.

- Adolescência tardia (dos 16 aos 19 anos): o crescimento corporal está completo e é adquirida a forma adulta, enquanto que agora já há uma identidade individual distinta e aceitação de outras idéias e opiniões.

No Quadro 1 estão agrupados os eventos mais marcantes observados em cada período (Neinstein, 1996).

Quadro 1. Desenvolvimento Psicossocial do Adolescente

TAREFA	Ad. INICIAL	Ad. MÉDIA	Ad. TARDIA
INDEPENDÊNCIA	- Diminui o interesse pelas atividades com os pais	- Conflito com os pais	- Reaceitação dos valores parentais
IMAGEM CORPORAL	- Preocupação consigo e com as mudanças puberais. Insegurança acerca da aparência	- Aceitação do corpo. Preocupação em torná-lo mais atraente	- Aceitação das mudanças puberais
GRUPO	- Relação intensa com amigos do mesmo sexo	- Comportamento conforme valores do grupo - Atividade sexual e experimentação	- Valores dos pares menos importantes. - Mais tempo em relações íntimas
IDENTIDADE	- Desenvolvimento da inteligência - Aumenta o mundo da fantasia - Vocação idealizada - Aumenta a necessidade de privacidade - Impulsividade	- Desenvolvimento da habilidade intelectual - Onipotência - Comportamento de risco	- Vocação realística e prática - Refinamento dos valores sexuais, religiosos e morais - Habilidade para assumir compromisso e para aceitar limites

FONTE: Neinstein LS. Adolescent Health Care. A practical Guide.

A adolescência inicial é um período marcado pelo rápido crescimento e pela entrada na puberdade; a adolescência média caracteriza-se pelo desenvolvimento intelectual e pela maior valorização do grupo e, na adolescência tardia, consolidam-se as etapas anteriores. Nesta última fase, se todas as transformações tiverem ocorrido

conforme previsto, incluindo a presença de um suporte familiar e do grupo de iguais, o adolescente estará pronto para as responsabilidades da idade adulta.

Segundo Erikson (1976a), a busca da identidade adulta é a principal tarefa da adolescência e, para que isto aconteça, é necessário que o jovem vivencie três grandes perdas: 1) luto pela perda do corpo infantil; 2) luto pela perda dos pais da infância; 3) luto pela perda da identidade e do papel infantil.

A elaboração destas perdas é observada por meio de manifestações comportamentais e emocionais. Aberastury e Knobel (1992), estudando estas alterações, agruparam as principais e denominaram este conjunto de Síndrome da Adolescência Normal (SAN). A SAN é constituída de dez itens, dos quais faz parte a evolução sexual, desde o auto-erotismo até o exercício da sexualidade genital adulta.

Assim sendo, tanto quando se considera o desenvolvimento dividido por idade, como quando se analisa o mesmo sob a óptica de uma síndrome bem definida, um ponto em comum é o fato da sexualidade ter um papel muito relevante. O desenvolvimento da sexualidade, portanto, está intimamente ligado ao desenvolvimento integral do indivíduo. Da maneira como cada ser humano aprende a se relacionar consigo mesmo e com os outros e alcança um equilíbrio emocional que lhe permita manifestar seus sentimentos, dar e receber afeto, dependerá em grande parte do exercício harmonioso de sua sexualidade. Este processo inicia-se na infância e consolida-se na adolescência, para que possa ser vivenciado em plenitude na idade adulta (CODEPPS, 2006).

Na adolescência, portanto, ocorrem mudanças biopsicossociais, tais como: maturação dos caracteres sexuais secundários; independência socioeconômica e emocional dos pais; elaboração da identidade pessoal e sexual; aquisição do pensamento abstrato; exercício da sexualidade, intimidade e afetividade (Guajardo et

all, 1983; Carlini-Cotrim et al, 2000).

Frente a estas transformações, observa-se que o desenvolver da sexualidade está intimamente ligado ao desenvolvimento integral do indivíduo (Romero et al, 2007).

Segundo Linhares (2007), em uma visão sistêmica complexa do desenvolvimento biopsicossocial da adolescência, é necessário ver o adolescente não de uma forma isolada, mas contextualizado. Partindo dessa visão, o adolescente não é visto como um ser passivo, que é influenciável pelos amigos, rebelde em relação aos valores dos adultos, mas como um ser que tem sua própria subjetividade, mesmo que em processo de desenvolvimento, e que processa, reflete, internaliza os valores externos, a partir de uma perspectiva própria. O adolescente é, portanto, um sujeito ativo, consciente, atuante e reflexivo de sua própria história de vida.

Os adolescentes realizam sua jornada física, emocional e psicológica para a idade adulta em um mundo em transformação e que contém muitas oportunidades e perigos (WHO, 2003).

Nas meninas, a maturação sexual (biológica) precoce pode trazer problemas de ajustamento às companheiras de grupo, que podem estar em diferentes estágios. Há também dificuldades no ajustamento com o mundo adulto, porque embora fisicamente desenvolvidas, continuam sem a maturidade social e psicológica correspondente. Não são meninas, nem tampouco mulheres e a ambigüidade parece ser uma característica constante nessa fase, em que a adolescente não sabe, exatamente, qual é o seu papel. Essa sensação de “instabilidade” determina a elevação do “tono emocional”, cuja intensidade e rapidez guarda uma relação de proporcionalidade com o ritmo das mudanças e a magnitude das pressões sociais (Rede Feminista de Saúde, 2004).

A maioria dos adolescentes é repleta de otimismo e representa a força positiva da sociedade, no presente e para um futuro, crescidos e desenvolvidos como adultos. Quando apoiados, eles podem ser resilientes em envolver-se em dificuldades e superar problemas. De qualquer forma, adolescentes são expostos a riscos e pressões em uma magnitude que seus pais não percebem. A globalização tem acelerado mudanças, enquanto as estruturas que protegem as novas gerações de jovens estão sumindo (WHO, 2003).

Inconsciente coletivo

A imagem social da criança também se modificou: despojada progressivamente de seu valor econômico e social, ela aparece, antes de tudo, como uma gratificação. Os futuros pais devem escolher o momento propício para procriar, quando o/a filho/a não possa mais criar obstáculos para suas realizações pessoais e quando sejam susceptíveis a lhes dar as melhores condições possíveis de vida (Altmann, 2007).

Enquanto a maior parte dos adolescentes e jovens possuem famílias que os amam, protegem e cuidam, muitos crescem sem adultos em quem confiar sua assistência ou onde a capacidade de afeto destes para apoiá-los está danificada (WHO, 2003).

As transformações biopsicossociais na espécie humana são uma constante. O sentido, o significado, a importância e a maneira de agir de cada pessoa diante dessas mudanças, serão de acordo com sua subjetividade e história de vida, isto é, a maneira como cada indivíduo aprendeu na relação com a sociedade em que cresceu, a sentir, a pensar, a fazer e a responder com ações (Bezerra, 2007).

A maturidade vai sendo construída gradativamente, ao passo que há uma avaliação mais detalhada do que está acontecendo e decisões mais pensadas sobre o que fazer, em lugar de agir impulsivamente ou reagir com acessos de raiva.

Segundo Osório (1992), a adolescência é uma etapa da vida na qual a personalidade está em fase final de estruturação e a sexualidade se insere nesse processo, sobretudo como um elemento estruturador da identidade do adolescente. Daí a necessidade de buscarmos conhecer melhor os mitos, tabus e a realidade da sexualidade para que possamos abordá-la de forma mais tranqüila com os adolescentes, de manter um diálogo franco e entender as manifestações dessa sexualidade afluída e própria da idade.

As mudanças físicas correlacionadas com as mudanças psicológicas levam os adolescentes a uma nova relação com os pais e com o mundo, mas isto só será possível se os adolescentes puderem elaborar lentamente os vários lutos pelos quais passam, ou seja, o da perda do corpo infantil, a perda dos pais na infância e a perda da identidade infantil. Quando o adolescente vive todo esse processo, ele se inclui no mundo com um novo corpo já maduro e uma imagem corporal formada, que muda sua identidade, e é esta a grande função da adolescência, a busca da identidade, que ocupa grande parte de sua energia (Cano e Ferriani, 2000).

Adolescentes estão expostos ao risco de gravidez precoce e indesejada, de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids, além de vulneráveis aos danos do álcool, cigarro e outras drogas. Muitos são expostos a violências e medo em suas atividades básicas diariamente. Algumas das pressões a que eles e elas são submetidos ou as escolhas que eles fazem podem mudar o curso do resto de suas vidas ou mesmo terminar com elas. Estes resultados representam uma tragédia para

eles mesmos e para suas famílias. Constituem perdas inaceitáveis que colocam a saúde e a prosperidade da sociedade em risco (WHO, 2003).

A adolescência é uma fase caracterizada pela baixa prevalência de doenças crônicas e infecciosas, mas de alto risco à saúde associado ao abuso de substâncias, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e lesões ou ferimentos acidentais ou intencionais (Brasil. CGPAN, 2004)

A aproximação da adolescência da maturidade biológica e idade adulta pode oferecer oportunidades definitivas para implementar certas atividades e projetos na prevenção de doenças e problemas da maturidade (Brasil. CGPAN, 2004).

Identificar as necessidades dos adolescentes, na perspectiva deles, é um desafio que está além do modelo dos serviços de atenção à saúde. Uma estrutura legal, políticas sociais, a segurança e o apoio das comunidades e oportunidades de educação e recreação são apenas alguns dos fatores da sociedade civil como chave do desenvolvimento dos adolescentes (WHO, 2003).

Visão antropológica - a sociogênese da adolescência

Entre alguns autores e profissionais de saúde há uma tendência em identificar a adolescência e a puberdade com o complexo jogo de transformações somáticas, valorizando apenas o biológico em detrimento das dimensões psíquicas, sociais e culturais. Outros detêm seu foco nas relações dos adolescentes com seu meio ambiente, considerando apenas o suprabiológico, esquecidos de que a cultura é algo que a sociedade modela no ser biológico. Para a existência da pessoa – em seu sentido antropológico - é essencial a preexistência do indivíduo, cuja conceituação é essencialmente biológica (Cavalcanti, 1988).

Há ainda uma terceira vertente que se concentra sobre o comportamento do indivíduo na sociedade. A originalidade do comportamento de cada pessoa, aquilo que faz com que “nenhum indivíduo seja, sob certos aspectos, como nenhum outro indivíduo”, caracteriza a face psicológica da natureza humana. Já o comportamento é o fruto da interação entre as potencialidades biológicas e aprendizagem social. Sem “natura” e sem “cultura” não existe comportamento. Nos adolescentes coexistem, de modo inseparável e interdependente, os aspectos biológico, o sociocultural e o psicológico. O crescer, do latim *Adolescere*, para que seja uma experiência equilibrada de vida, deve implicar em um crescimento solidário sob os três aspectos. É muito provável que a maior parte dos problemas orgânicos, dos descaminhos sociais e dos desencontros psicológicos dos adolescentes estejam relacionados à desarmonia do crescimento, quando é quebrada a solidariedade do crescer, seja pela exagerada expansão de uma área ou lentidão do evoluir em outra. Além disso, há alterações qualitativas que interferem nas diferentes áreas da natureza biopsicocultural, determinando distúrbios orgânicos, condutas sociais desviantes ou inadequações psicológicas (Cavalcanti, 1988).

Em algumas sociedades as moças são consideradas núbéis aos 12 anos, embora a maioria só tenha a menarca aos 14 ou 15 anos. Já em nossa sociedade, de acordo com Ralph Linton, antropólogo americano citado por Cavalcanti (1988) tanto o homem quanto a mulher continuam sendo legalmente “crianças”, muito tempo depois de serem biologicamente “adultos”. Em contrapartida, em outras sociedades, “crianças biológicas” são “adultos sociais”. Esses fatos deixam claro que a puberdade é um conceito biológico e a adolescência um conceito sociológico. A adolescência, além de englobar o período da puberdade, extrapola todos os seus limites.

A adolescência, como fase bem marcada de transição entre a infância e a idade adulta, já surgiu e desapareceu várias vezes na história da humanidade. De fato, inscrições cuneiformes mesopotâmicas, datadas do 28º século a.C., nos trazem reclamações e lamentos sobre a conduta da juventude que nos parecem absolutamente atuais. O chamado “choque de gerações”, isto é, incompreensão mútua entre jovens e adultos ou velhos, nada tem de novo, se repetindo em distintos momentos históricos (Vitiello e Conceição, 1990).

Observa-se que a adolescência, como fase problemática de transição, surge cada vez que um grupo social atinge um nível elevado de bem-estar material, de maneira que os pais possam permitir a seus filhos uma formação mais prolongada, sem participar da força de trabalho. Assim, a adolescência como período bem caracterizado surgiu na Mesopotâmia, na fase áurea da Grécia, no período do apogeu de Roma, durante a Renascença, etc. Em períodos históricos nos quais as condições de vida são mais adversas (na Idade Média, durante grandes guerras, etc.) essa fase se retrai e por vezes desaparece, passando o ser humano do final da infância para a fase adulta quase que sem a transição da adolescência (Vitiello e Conceição, 1990).

Ainda segundo Cavalcanti (1988), em torno do século XV, crianças e adultos participavam indistintamente das mesmas diversões e atividades. O fato de viverem juntos partilhando das mesmas obrigações e responsabilidades, de certa forma, gerava direitos semelhantes. Pode-se observar nitidamente isso em quadros antigos, em que as crianças eram retratadas como adultos em miniatura, seja pelas vestimentas, como pela expressão fisionômica. Da mesma forma, até o século XVIII, as crianças de 11 anos serviam normalmente ao exército. Segundo as “*Leges Barbarorum*”, que tratam da codificação do antigo direito popular, a maturidade era

“concedida” entre os lombardos aos 11 anos, entre os franco e anglo-saxônicos aos 12 anos. Uma criança de 10 ou até de 7 anos poderia ser condenada à prisão e responder legalmente pelos crimes que cometesse.

A sociogênese da criança teve lugar entre os séculos XV e XVII mas, até o século XIX, as pessoas de condição econômica mais baixa não faziam muita diferença entre infantes e adultos. Ainda hoje é extremamente comum, na zona rural e em vários países, as crianças participarem das atividades laborativas desde cedo.

A história da infância está intimamente relacionada à história da burguesia, que caracterizou esta fase como um período de nítida diferenciação. Isto ocorreu quando os burgueses adquiriram recursos econômicos suficientes para prescindir do trabalho dos filhos e propiciar a eles uma melhor educação e uma maior proteção e supervisão.

Já a sociogênese da adolescência é um acontecimento relativamente recente. Tudo indica que a adolescência é uma invenção social a partir do século XVIII. Anteriormente, o indivíduo saía da infância diretamente para a idade adulta, sem nenhum período intermediário. Enquanto a infância nasceu com a burguesia, a adolescência foi gerada em plena revolução industrial. Seu conceito é mais nítido na população urbana que na rural e mais bem caracterizada quanto mais diferenciada for a classe social. Quando um segmento da sociedade produz o suficiente para libertar os moços e moças da força do trabalho, aí firma-se claramente o conceito de adolescência. Desta forma, percebe-se que na verdade, interessa mais o comportamento em si, do que o cenário cronológico em que ele ocorre.

Todas essas observações interessam dentro de um contexto em que muitas pessoas tendem a delimitar a adolescência dentro de um certo período de tempo e dificilmente entendem que sob o ponto de vista psicológico e sociológico, o

comportamento adolescente pode ocorrer muito antes ou depois dos limites previamente fixados por uma cultura particular (Cavalcanti, 1988). Um exemplo cruel e atual desta realidade são os meninos e meninas de rua, crianças do ponto de vista biológico, mas adultos na maturidade social adquirida forçadamente perante as responsabilidades impostas, que desde muito cedo se expõem a várias situações de extrema vulnerabilidade em troca de qualquer remuneração.

Ao longo da história, o estudo da adolescência e a cultura leiga produziram uma crença, hoje um tanto cristalizada, de que esse é, por si, um período “problemático” do desenvolvimento humano. Presencia-se um momento sócio-cultural onde o adolescente é considerado sob uma visão de risco constante. A adolescência problemática causa, por vezes, transtornos à sociedade e está vulnerável a toda sorte de vivências de risco. Considerados promíscuos e erotizados ao extremo, são submetidos a uma pressão constante da mídia, que exerce verdadeira sedução estética. São apresentados como protagonistas do exercício da sexualidade irresponsável, culpada por uma verdadeira epidemia de gravidezes consideradas “precoces” e representando potenciais disseminadores das doenças sexualmente transmissíveis. São agentes e vítimas da violência e de risco para o uso e abuso de substâncias lícitas ou não. A sociedade os cunhou com o neologismo “aborrecentes”. Ser adolescente torna-se sinônimo de ser rebelde, irresponsável, descompromissado e inseqüente (Lourenço, 2006).

Vários outros fatores, além do econômico, contribuíram para a invenção sociológica da adolescência. Junto a ela, veio o fenômeno da libertação das atividades sexuais sem a exigência do casamento, adiando as responsabilidades da vida conjugal. Cada sociedade pode determinar, de acordo com seus interesses ou características, a duração maior ou menor do período em que seus membros são

considerados adolescentes. Enquanto nas sociedades mais tecnologicamente avançadas, como nos Estados Unidos, tende a ser mais alargada, terminando entre os 24 e 25 anos, segundo Stanley Hall (citado por Cavalcanti, 1988), entre os Masai a puberdade se inicia aos 12 anos, mas os “ritos de passagem” para a idade adulta ocorrem pouco tempo depois, a não ser que os pais sejam ricos. Quem pode pagar terá a puberdade “social” antecipada e quem não pode, terá que adiar os “ritos de passagem” por um tempo bem maior. Nota-se que em ambos os casos, tanto nos Estados Unidos como entre os Masai, não são levadas em conta, no processo sociogenético, as delimitações ou as imposições da maturidade biológica.

Em nossa sociedade, contrastando com o que ocorre com o adulto, é completamente vedado à criança tudo o que é ou tenha certa conotação sexual. As informações que recebem são truncadas, distorcidas e até errôneas, algumas vezes. O sexo é apresentado como algo errado, sujo ou feio. Nos grupos mais tradicionais, a virgindade e a abstinência sexual, principalmente pelas moças, são valores enaltecidos e desejáveis. Por outro lado, espera-se delas, criadas em um clima antierótico, que na noite de núpcias tenham um desempenho perfeito e um complexo ajustamento sexual. É evidente a descontinuidade que ocorre. É extremamente difícil que haja um reajustamento de valores com a rapidez que se deseja impor. Tudo que era sujo, impuro, feio, passa a ser limpo, bom, natural e desejável. É preciso que esqueça tudo o que aprendeu e reaprenda da forma diametralmente oposta. São estas ambigüidades típicas das sociedades de condicionamentos descontínuos que determinam os conflitos (Cavalcanti, 1988).

Margaret Mead (1972) relata em seu trabalho de pesquisa antropológica a adolescência entre os habitantes de Samoa. Como se sabe, um dos melhores exemplos de descontinuidade do condicionamento cultural se observa na área das

atividades sexuais. Segundo sua pesquisa, em Samoa isso não se observa. Os jovens não têm de desaprender nada, mas apenas ganhar novos conhecimentos. A criança não é considerada, basicamente, um ser diferente do adulto. A vida sexual não é reprimida e o sexo é visto como coisa natural e agradável. Os jovens têm liberdade para aventuras e experiências sexuais, não havendo conflito sexual, nem descobertas bruscas, nem desajustamentos.

De acordo com os trabalhos de Ruth Benedict e Margareth Mead (citadas por Cavalcanti, 1988), é a descontinuidade no condicionamento cultural que gera os conflitos, em que a regra durante o crescer social são os “saltos” traumáticos e bruscos. A mudança de “status” de um grupo para o outro implica em desaprender atitudes antigas e aprender novos valores e padrões. Enquanto a infância é um paraíso lúdico e irresponsável, e a criança é um ser assexuado e submisso, a idade adulta é marcada pelas obrigações, responsabilidades. Ao adulto cabe a função sexual e o papel de dominador.

Essa visão departamentalizada e descontínua do “crescer” social é típica da nossa sociedade. São os “óculos” culturais que nos fazem enxergar as coisas deste modo, tornando muito difícil a nossa aceitação, como natural, de atitudes ou de padrões culturais diferentes daqueles que aprendemos a aceitar como certos e desejáveis (Cavalcanti, 1988).

Mead (1972) concluiu que a passagem da infância à adolescência em Samoa era uma transição suave e não estava marcada pelas angústias emocionais ou psicológicas, e a ansiedade e confusão observadas nos Estados Unidos. Este livro indis pôs os ânimos de muitos ocidentais quando apareceu pela primeira vez, em 1928. Muitos leitores americanos ficaram em choque pela sua observação de que as jovens mulheres samoanas adiavam o casamento por muitos anos enquanto

desfrutavam do sexo ocasional, mas que, uma vez casadas, assentavam e criavam com êxito os próprios filhos.

O crescimento da indústria nos séculos XIX e XX amplia a gama de habilidades necessárias para a ocupação dos novos postos de trabalho que surgem, exigindo maior preparo do trabalhador. A extensão do tempo de formação profissional posterga a entrada no mercado, o que leva também a um adiamento do início da vida reprodutiva, para homens e mulheres.

Juventude ou adolescência?

Para Villela e Doreto (2006), a idéia de que entre a infância e a fase adulta existe um período intermediário, com características próprias, é recente. Sua emergência está relacionada às transformações ocorridas no último século e seus impactos na organização do trabalho e nos comportamentos reprodutivos. De acordo com os mesmos autores, para analisar a atividade sexual dos jovens, é importante considerar como cada um se situa em relação a si mesmo e à sua capacidade de responder pelos seus atos, tendo por referência os diferentes sentidos sociais atribuídos à adolescência e à juventude.

A adolescência e a juventude se distinguem por recortes etários: *adolescentes* seriam pessoas entre 10 a 20 anos, enquanto os *jovens* teriam entre 15 e 24 anos, havendo, portanto, uma importante interseção entre os dois grupos (WHO, 1997). Kraiczuk (2005) sugere que a diferença entre juventude e adolescência repousa na gama de sentidos atribuídos a cada um dos termos: adolescência traz o sentido etário, enquanto a juventude, um sentido geracional. Para Waiselfilsh (1998), juventude tem um sentido coletivo que remete a um segmento populacional de uma sociedade, ao passo que a adolescência está mais relacionada ao plano individual,

demarcado cronologicamente.

Os significados relacionados à idéia de adolescência têm, em geral, um caráter negativo, remetendo à dependência, irresponsabilidade, dificuldades emocionais e impulsividade, enquanto os de jovem são altamente positivados, remetendo à independência, criatividade e responsabilidade. Um jovem não necessariamente se vê ou é visto como adolescente ou como pouco responsável pelo fato de ter menos de vinte anos.

Trabalho e reprodução são marcadores do que se costuma chamar de "vida adulta". Seu início mais tardio produz um hiato entre esta fase e a infância. É a partir desse hiato que nascem as idéias de "juventude", e, posteriormente de "adolescência", entendidas como períodos de aprendizagem e preparação para o futuro.

Sendo a juventude e a adolescência instituídas por referência à entrada no mundo do trabalho, os limites que definem seu início e seu final são imprecisos e variáveis, e fortemente marcados pela inserção social do indivíduo. Ao mesmo tempo, a reprodução, pensada no contexto do casamento, exige do varão a capacidade de prover a família. Isso cria um entrelaçamento entre trabalho e reprodução, com base em uma divisão de papéis entre homens e mulheres, que não inclui a idéia de sexualidade e rejeita a possibilidade de reprodução fora de um vínculo conjugal (Villela e Doreto, 2006).

Adolescência e juventude são categorias constituídas por meninos e meninas que trazem experiências, práticas sociais e estilos de vida distintos, em função das atribuições de gênero, suas complexas articulações com classe social e raça/etnia e as marcas que estas pertencas imprimem à subjetividade de cada um.

Assim, Villela e Doreto (2006) consideram que pensar a gravidez na adolescência ou a vulnerabilidade dos jovens ao HIV exige a reflexão sobre os diversos sentidos que o exercício da sexualidade adquire para cada uma dessas pessoas que, talvez, só tenham em comum o fato de terem nascido num mesmo período de tempo.

No contexto de homogeneização de comportamentos e estilos de vida que caracteriza a sociedade contemporânea, ser "jovem" significa mais do que uma delimitação etária: ser jovem é ser novo e inovador, projetado para o futuro; juventude é beleza, leveza, humor, responsabilidade, coragem, ousadia e sexo.

Vale notar que nem todos os jovens se expõem igualmente a essa concepção de juventude. As informações se difundem de modo distinto pelas camadas sociais e são elaboradas contextualmente, fazendo com que a idéia de juventude, do que é adequado ou não a esse período, ou mesmo a sua duração, seja vivenciada de maneira particular nos diversos grupos (Villela e Doreto, 2006).

Projeto de vida e protagonismo

A elaboração do projeto de vida pelos adolescentes implica no desenvolvimento das motivações, que é um dos aspectos fundamentais do desenvolvimento da personalidade. A motivação é que estabelece a direção do desenvolvimento da personalidade e é na adolescência que se dá um salto na direção da realização dessas motivações (Linhares, 2007).

Segundo Machado (2004), o significado de projeto é lançar-se para o futuro, com orientação. É a busca pelo que se pretende ser e conhecer. É a procura por respostas para uma interrogação que provoca interesse e incomoda.

Dentro desse contexto de projeto não cabe uma proposta fechada que seja imposta para os alunos. Eles precisam lançar-se para um futuro aberto e não criado. Machado (2004) acredita que o destino escolar dos estudantes está ligado à capacidade deles de estabelecer projetos e de criar interrogações, expectativas e interesses para lançarem-se sobre eles.

Para Linhares (2007) a adolescência também é um momento crucial no desenvolvimento, amadurecimento e ampliação do sentido e direção dessas motivações, porque é o momento onde a intencionalidade do sujeito e a participação ativa e consciente nas suas escolhas e atividades se concretiza.

O adolescente começa nessa fase a pensar sobre a escolha de uma profissão e isso o faz refletir sobre suas habilidades, no prazer e na realização que sente em determinadas atividades, o que implica em um autoconhecimento. Aprende a reconhecer a disponibilidade e a necessidade que o social tem de suas habilidades. Irá pensar também, a partir de sua auto-estima, a importância de sua participação na realização dessa tarefa.

Segundo Machado (2004), o fundo filosófico para o conceito de projetos vem de um pensador espanhol, Ortega y Gasset, que falava de *futurição* como projeto. Mas nesta vertente, entende-se por projeto um modo de agir do ser humano que define quem ele pretende ser e como se lançar em busca de metas. O sujeito, nessa perspectiva, é responsável pelo próprio futuro e desempenha papel ativo na construção de sua história, ainda que existam determinações sócio-culturais em seu desenvolvimento.

Machado (2004) defende que um projeto não pode ser previamente condenado ao fracasso, nem tampouco ao sucesso e não pode ter metas triviais nem impossíveis. O projeto implica sempre o risco, posto que o projeto apresenta estreita

relação com a dúvida: sua condição de possibilidade é a abertura a uma meta ainda não alcançada, e que deve ser tomada, contudo, em sua plausibilidade.

De acordo com Pantoja (2003), a escolarização constitui parte de um projeto de realização também pessoal, ocupando, junto com a maternidade, um lugar central na vida das adolescentes. Se, é importante constituir família, esta nem sempre necessita ser reproduzida sob as mesmas condições de vida de suas famílias de origem. Apesar da importância da maternidade nesse contexto, das dificuldades e das poucas alternativas que essas meninas têm, elas não se mostram dispostas a aceitar tão somente a encenação de papéis de mães e donas-de-casa, embora sejam estes bastante valorizados por elas.

Segundo o DATASUS (2008), a taxa de escolaridade (em todas as faixas etárias) em relação ao sexo feminino no Brasil é a seguinte: com menos de 1 ano de estudo 11,91%; de 1 a 3 anos de estudo 11,14%; de 4 a 7 anos de estudo 26,48% e 8 e mais anos de estudo 50,48%. Enquanto isso, no Distrito Federal a situação é um pouco diferente: menos de 1 ano de estudo 5,70; 1 a 3 anos de estudo 5,21; 4 a 7 anos de estudo 19,64; 8 e mais anos de estudo 69,45.

De acordo com a experiência no atendimento a adolescentes, manter a motivação para o estudo depende do projeto de vida de cada um/uma. Quando a realidade aponta para uma série de dificuldades, inclusive de sobrevivência, a escola, a carreira ou a profissão sonhada passa a ser utopia. Não há nem mesmo o sonho ou ele representa algo inatingível. Vencer os desafios de cada dia é a prioridade. Um companheiro, que inicialmente parece ser “encantado” ou uma gravidez, podem se traduzir como formas de fugir das condições desfavoráveis e mergulhar em um mundo novo e desconhecido, aparentemente melhor.

É possível considerar que esta seja a situação de muitas adolescentes brasileiras e em vários outros países com características socioeconômicas e culturais similares. Pode indicar uma das explicações mais coerentes da associação da baixa escolaridade e situação socioeconômica desfavorável com a ocorrência de gestação na adolescência. Outro aspecto é a exposição ao risco. Risco de envolvimento com drogas, com criminalidade, de exploração sexual.

Ainda segundo experiência pessoal, considero que a vulnerabilidade em que se encontram as adolescentes a situações de risco é imensa. Embora sejam sujeitos de direitos, liberdade e responsabilidade, estas precisam ser dadas ou cobradas de forma gradual, construídas no cotidiano com os/as responsáveis. O que ocorre é que nessa fase de transição de maturidade, em que a criança se transforma em adulto gradativamente, muitas vezes o relacionamento com os cuidadores entra em crise e o canal de comunicação com o/a adolescente fica bloqueado parcial ou totalmente. Há dificuldade na demonstração da amorosidade, da confiança, do respeito mutuamente e com frequência ocorre uma perda dos parâmetros referenciais, dos limites.

Nesta fase de crise é que muitas vezes ocorrem os distanciamentos e o envolvimento com drogas, sexo desprotegido e outras situações nocivas com conseqüências irreversíveis. É o momento da família se desnudar de preconceitos, diferenças e resistências e demonstrar o amor incondicional, protegendo seus e suas adolescentes e aceitando-os com suas especificidades, a fim de não perdê-los definitivamente.

2.2 VULNERABILIDADES FEMININAS

Definições e contextualização

Vulnerabilidade pode ser vista como o produto da interação entre características do indivíduo, tais como cognição, afeto e psiquismo, e estruturas sociais de desigualdade de gênero, de classe, de raça/cor, que são determinantes para o acesso a oportunidades, produzindo sentidos para o sujeito sobre ele mesmo e o mundo.

Segundo o glossário do Ministério da Saúde, *vulnerabilidade* é o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença, condição ou dano (Brasil. Glossário, 2008).

Na adolescência ocorrem séries de transformações corporais, psicológicas e de inserção social, constituindo um período de particular vulnerabilidade pelas intensas e rápidas modificações que a caracterizam: a puberdade, a evolução da sexualidade, o afastamento progressivo dos pais, as atitudes reivindicatórias, as contestações e as percepções paradoxais de invulnerabilidade do adolescente. Para Lourenço (2006b), os riscos da adolescência são sustentados, reforçados e ampliados pelas freqüentes dúvidas, questionamentos e preocupações sobre eventos “normais” que ocorrem nesse período e que, comumente, não encontram espaços para adequada orientação.

É na adolescência que a mulher se torna apta biologicamente à procriação. No entanto, a antecipação da maturação biológica não foi solidária à maturação psíquica, expondo as adolescentes a vulnerabilidades como a iniciação sexual “despreparada”, a situações de violência sexual, às DST e à reprodução muito antes delas adquirirem

condições psicológicas e sociais para enfrentar tais conseqüências ou agravos sociais inerentes ao exercício da sexualidade.

A abordagem das vulnerabilidades femininas em um contexto de maturação sexual precoce é bastante mais restrito em relação ao universo de vulnerabilidades a que as mulheres estão expostas. Embora mais resumido, não menos complexo e delicado, por se tratar de mulheres na adolescência, inexperientes e indefesas frente às violências de variados tipos e níveis de intensidade.

A situação de vulnerabilidade, embora perpassasse todo o grupo de adolescentes, é distinto conforme o recorte etário. As adolescentes entre 10 e 14 anos, menos maduras que as adolescentes entre 15 e 19 anos, estão mais suscetíveis à falta de informação e mais expostas à violência sexual pela própria falta de autonomia para negociar suas relações sexuais. Trata-se de um tema permeado por um “pacto de silêncio”, como observa Jefferson Drezzett et all (2001).

Conforme exposto anteriormente, adolescentes na faixa dos 10 aos 14 anos enfrentam uma situação ainda mais complexa, principalmente quando considerado um contexto socioeconômico e cultural hostil ao empoderamento dessas mulheres. Muitas vezes elas vivem em condição peculiar de subalternidade, sem ações institucionais que dêem conta das especificidades do recorte etário onde elas se inserem ou do fato de serem mulheres com pouca idade (10 a 14 anos), inúmeras já com um histórico de vida sexual ativa, outras submetidas a um cotidiano de violência e usurpação de seus corpos, fruto de ações *naturalizadas* dentro do machismo dominante, ou *naturais* da situação humilhante a que estão submetidas. São sujeitos vulneráveis, sem acesso a instrumentos de proteção ou de apoio institucional dirigidos a essa faixa etária.

Estudos e dados disponíveis no DATASUS (2008) comprovam que a gravidez na adolescência, principalmente dos 10 aos 14 anos, aumenta os riscos de mortalidade materna e neonatal. Embora haja controvérsias, por não se tratar de uma regra, alguns autores relatam que além dos riscos descritos para a mãe e para o bebê, existem conseqüências psicossociais para as adolescentes, como o abandono ou atraso dos estudos, a dificuldade na inserção no mercado de trabalho e diversas outras dificuldades, que podem perpetuar o ciclo de pobreza, dependência e de discriminações.

Pesquisa desenvolvida pelo Instituto Cidadania (2005) evidencia elementos que apontam para a vulnerabilidade dos jovens: a inserção social, profissional e educacional, além das dificuldades de serem ouvidos em suas opiniões e necessidades, são os maiores problemas enfrentados pelos jovens brasileiros na atualidade. As pessoas jovens estão entre as principais vítimas do modelo econômico adotado nas últimas décadas, no qual a exclusão social se aprofunda. No ano de 2000, apenas 41.3% dos jovens viviam em famílias com renda familiar per capita acima de um salário mínimo, sendo que 12,25 % viviam em famílias com renda per capita de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo. Em 2001, mais da metade dos jovens entre 15 e 24 anos não estudava e apenas 42% chegavam ao ensino médio (Brasil. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, 2007).

Lourenço (2006) levanta a questão: “Quantas gravidezes nomeadas progressivamente de “indesejadas”, hoje são compreendidas e embebidas de desejo velado, que determina plano, perspectiva e papel social para a jovem adolescente”?

É preciso investir em ações que antes de mais nada, ajudem estas pessoas a decidirem sobre outros aspectos da vida, relacionados a várias questões em suas

lista de prioridades. Entre elas, o que vão fazer da vida no futuro e como podem fazer para alcançar seus objetivos. A discussão sobre planos para o futuro, dificuldades do presente, curiosidades em geral, podem permear uma série de informações e discussões sobre saúde sexual e reprodutiva. Discursos prontos e verticais não sensibilizam os e as adolescentes. O resultado é muito limitado, na maior parte das vezes. Os jovens e adolescentes precisam de espaços, oportunidades e situações para exporem seus pontos de vista. Citando Platão, *“Você pode descobrir mais sobre uma pessoa em uma hora de brincadeira do que em um ano de conversa.”*

A partir das perspectivas destes protagonistas é que se torna possível atuar em conjunto para que as variáveis apresentadas nesse estudo passem a apresentar uma frequência bastante limitada na população adolescente em geral, justificadas pela liberdade de escolha e pelo livre arbítrio, no uso de seus direitos.

De acordo com Maturana e Varela (2004), *“Não sabemos como as coisas são, só sabemos como as interpretamos. Vivemos em mundos interpretativos”*. Os adolescentes interpretam a realidade de acordo com suas histórias de vida, suas próprias perspectivas. O projeto de vida é elaborado a partir do universo individual e do sistema em que cada um vive. Não tem sentido algum estimular uma pessoa, em qualquer idade a estudar, se o estômago está vazio.

Mesmo que de imediato não percebamos, somos sempre influenciados e modificados pelo que experienciamos. Para mentes condicionadas, como as nossas, não é nada fácil aceitar esse ponto de vista, porque ele nos obriga a sair do conforto e da passividade de receber informações vindas de um mundo já pronto e acabado - tal como um produto recém-saído de uma linha de montagem industrial e oferecido ao consumo. Pelo contrário, a idéia de que o mundo é construído por nós, num processo incessante e interativo, é um convite à participação ativa nessa construção. Mais

ainda, é um convite à assunção das responsabilidades que ela implica (Maturana e Varela, 2004).

Construímos o mundo em que vivemos ao longo de nossas vidas. Por sua vez, ele também nos constrói no decorrer dessa viagem comum. Assim, se vivemos e nos comportamos de um modo que torna insatisfatória a nossa qualidade de vida, a responsabilidade cabe a nós (Maturana e Varela, 2004).

O primeiro grande desafio na Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens é o de desfazer-se do conceito que associa o adolescente aos problemas e preocupações e de que ser jovem representa riscos de ter ou ser problema. Alicerçar a Saúde do Adolescente no repertório de temas relacionados à gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, violência e drogas é ato bastante questionado. O risco generalizado não deve definir e nem circunscrever negativamente esse período de vida. Essa visão repele e de modo algum contribui para a aproximação genuína entre o profissional de saúde e/ou o educador e o jovem.

Mais modernamente, recomenda-se a utilização de vocabulário novo na interlocução da saúde com a adolescência: os fatores de proteção. Auto-estima, plano e perspectivas de vida, percepção de talentos, criatividade, juízo crítico, espiritualidade são exemplos de áreas de abordagem que podem fazer parte da atenção à saúde dos adolescentes, conferindo-lhes uma nova roupagem, onde risco e proteção são abordados de maneira conjunta (Lourenço, 2006a).

Para Lourenço (2006a), todos os adolescentes esperam mais que instituições eficientes, tarefas definidas, fluxogramas coordenados e técnicos preparados. Esperam sim, um olhar que possa situá-los numa história singular e única, que os retire, antes de mais nada, dos rótulos e estigmas, que muitas vezes os aprisionam.

Para essa autora, na adolescência, pequenos triunfos entusiasmam e alegram. Determinados momentos são marcados pela euforia do pleno sucesso e felicidade, quando o adolescente acredita ser, saber e fazer tudo, julgando-se onipotente e indestrutível. Entretanto, subitamente, diante de mínimas frustrações, sentem-se deprimidos, angustiados, solitários, isolando-se em seus espaços, negando qualquer contato com familiares ou amigos. Ambas as ocasiões podem determinar maior vulnerabilidades e exposição a contextos de riscos.

É importante pontuar que enquanto vertentes minoritárias do feminismo insistiram na contextualização sócio-histórica de variações nos significados do masculino e do feminino, e apontaram diferenças importantes entre mulheres de diferentes classes sociais, o impulso político maior do movimento revelou, e repudiou, a definição hegemônica da mulher como reprodutora, confinada à esfera do lar: vulnerável, subjugada, excluída, "*escrava da espécie*" (Beauvoir, 1953).

Há necessidade de focar o gênero como relacional e *transversal* (Kergoat, 1996; Saffioti, 1992), interativo com classe social, raça/etnia, diferenças de geração, capital cultural, etc. e não como uma condição que determina, por si só, diferenciais de vulnerabilidade. Apesar da transformação das práticas e das ideologias dominantes, que oferecem uma nova "homogenização positiva" da "condição feminina" atualmente (Giffin, 1994a), o gênero é um sistema entre outros que atuam de forma interlaçada no plano social, com resultados às vezes contraditórios, diferentes para mulheres (e homens) em variadas situações. A atual feminilização e pauperização da AIDS é emblemática disso, no sentido de ilustrar como as vulnerabilidades do gênero feminino não podem ser abstraídas das vulnerabilidades resultantes da pobreza. Ao mesmo tempo, tanto a AIDS como a violência urbana

mostram como a vulnerabilização de alguns membros de uma sociedade pode, com o tempo, atingir a todos.

A exploração sexual também está diretamente associada à vulnerabilidade. Os focos identificados no Brasil estão relacionados à bolsões de pobreza e baixa escolaridade, onde ainda pais “facilitam” a prostituição das filhas com a desculpa ingênua de dar-lhes liberdade ou de não perceberem o que está acontecendo.

Já a violência sexual transversaliza todos os níveis socioeconômicos e culturais e a condição para sua ocorrência é a extrema vulnerabilidade em seu papel de criança ou adolescente, em situação de extrema desigualdade de poder, agravada pelas desigualdades de gênero.

Enfrentamento

A vulnerabilidade na adolescência indica a necessidade de cuidados mais amplos e sensíveis. Uma pessoa pode tornar-se menos vulnerável se for capaz de reinterpretar criticamente mensagens sociais que a colocam em situações de desvantagem ou desproteção, mas a sua vulnerabilidade pode aumentar se a mesma não tem oportunidades de ressignificar as mensagens emitidas no seu entorno.

Nas sociedades contemporâneas a escola tem sido o espaço privilegiado para a aquisição de habilidades cognitivas e sociais por crianças e jovens, facilitando os processos de recriação de si e do mundo e, assim, reduzindo a sua vulnerabilidade social. Jovens fora da escola têm menos chances de reinterpretar as mensagens pejorativas relacionadas às idéias de pobreza, negritude e feminilidade, o que interfere no modo como será exercida a sua sexualidade (Villela e Doreto, 2006).

São necessárias intervenções que trabalhem pela minimização da vulnerabilidade dessa população, combatendo a violência, a discriminação de gênero,

promovendo a auto-estima e garantindo os direitos de cidadania de adolescentes e jovens.

Os Direitos sexuais e os direitos reprodutivos dos e das adolescentes e jovens são claros somente na teoria, ou melhor, nem tão claros assim. Na prática, não estão bem estabelecidos, quanto mais são praticados. A sociedade brasileira está muito distante de poder oferecer e garantir aos adolescentes e jovens seus direitos ao exercício de uma sexualidade livre e responsável. Os motivos são diversos, transversais a todas as classes sociais, raças, etnias e níveis de escolaridade. As barreiras e limitações impostas pela igreja, perpetuadas pelas escolas e pelos profissionais de saúde, além das famílias e toda a sociedade impedem que estes indivíduos em intenso e amplo processo de desenvolvimento possam dispor de informações claras e seguras a respeito da sexualidade, assim como dos aspectos que envolvem a reprodução.

Para que estes direitos sejam garantidos é necessário um melhor acolhimento dos adolescentes pelos serviços de saúde, pelas escolas, pelas famílias e por todos os que com eles convive, direta ou indiretamente.

Dessa forma, é possível que os e as adolescentes possam enfrentar de uma forma bem mais leve e tranqüila os desafios que encontram. Frente à gravidez na adolescência, vista como um grave problema na nossa cultura, influenciada pela visão reducionista da saúde pública, a reação dos responsáveis, englobando nesse momento também a escola, os pares, a própria atenção à saúde, que precisa mudar o foco. É equivocado o modo como é administrado este acontecimento, muitas vezes desejado e positivo na vida de uma mulher, mesmo que esta seja adolescente.

Quando acolhidas e apoiadas pelo sistema, as adolescentes passam a apresentar maiores possibilidades em enfrentar os desafios que se apresentam. A

dependem da motivação, do pertencimento e da segurança, na maioria das vezes desenvolvem resiliência frente às dificuldades, permanecem na escola e ao se depararem com um maior grau de responsabilidade podem passar a ter mais objetividade e força na concretização de seus objetivos e projeto de vida.

2.3 A MATURAÇÃO SEXUAL FEMININA

Maturação sexual: a puberdade e a menarca

A maturação sexual é um fenômeno natural do processo de crescimento e desenvolvimento. Engloba o desenvolvimento das gônadas, órgãos de reprodução e caracteres sexuais secundários (Bezanos, 2006).

Devido a etiologias ainda não muito bem definidas, tem-se observado cada vez mais precoce o surgimento da primeira menstruação. Muitos países têm investido em estudos para determinação da idade da menarca, principalmente após a década de 1980, o que vem sendo atribuído à sua importância como indicador de desenvolvimento populacional (Carvalho et al, 2007).

Para Vitale e cols. (2003), a menarca, além de ser um indicador de maturação biológica, também mostra as mudanças que ocorrem com o desenvolvimento social e econômico das populações. De fato, desde que se dispõe de estatísticas médicas confiáveis, nos últimos 150 anos tem-se verificado que as menstruações se iniciam aproximadamente 10 meses mais cedo a cada geração (Vitiello e Conceição, 1990). Outros autores referem que atualmente há uma diminuição de 4 meses a cada década (Guazzelli et al, 2005).

Diante dessa realidade pode-se afirmar que nossas adolescentes estão ficando biologicamente aptas para a reprodução, e portanto, para o exercício da sexualidade, cada vez mais precocemente.

A precocidade da maturação sexual ou puberdade precoce é definida como o desenvolvimento de um ou mais caracteres sexuais antes dos oito anos de idade, em meninas, e dos nove anos nos meninos (Teixeira et al, 1995). Nas meninas ocorre o desenvolvimento precoce das mamas, o surgimento dos pêlos pubianos e axilares e o

início das menstruações também precocemente, caracterizando a menarca precoce (Ballone, 2003). Segundo Pereira (2000) e Coutinho (2000), citados por Silva e cols.(2004), é considerada precoce a menarca que ocorre antes dos doze anos completos. Por outro lado, alguns autores consideram a menarca precoce aquela que ocorre antes dos 11 anos completos (INCA, 2002). A maturação sexual precoce compreende a puberdade e a menarca precoces.

Segundo a experiência clínica, a menarca não ocorre sozinha. Vem precedida e acompanhada de várias transformações no organismo feminino influenciadas por hormônios sexuais, que resultam em modificações relativamente rápidas na unidade biopsicosocial.

De acordo com o Manual de Orientação – Saúde da Adolescente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2001), o início da puberdade ocorre entre 8 a 13 anos e em 80% dos casos começa pelo desenvolvimento mamário, seguido pelo estirão puberal, surgimento dos pêlos pubianos e axilares e finalmente a menarca.

Em nossa cultura os aspectos biológicos observados na puberdade são os mais usados para indicar o início dessa fase. Embora seja mais freqüente que a adolescência inicie com a puberdade, esta não é uma condição indispensável. Em algumas culturas, dependendo do grau de desenvolvimento psicológico do indivíduo, há adolescentes pré-púberes, assim como púberes pré-adolescentes (Cavalcanti, 1988; Halbe, 2000).

Segundo Picanço (2008), a puberdade, do latim *pubertas*, significa idade fértil e constitui um período marcante da adolescência, em que ocorre uma série de transformações biológicas, decorrentes da ação dos hormônios do eixo hipotálamo – hipófise – gonadal. Essas transformações interagem com mudanças psicossociais e

comportamentais que determinam a reestruturação do ser humano neste período etário.

A duração do processo pubertário é variável, podendo levar, em média, de dois a três anos para uns e de quatro a cinco anos para outros (Beznos, 2006).

A puberdade está concluída com o fim do crescimento esquelético que coincide com a soldadura das cartilagens de conjugação dos ossos longos e com o amadurecimento gonadal, que permite a plena execução da função reprodutora. O término da adolescência é mais difícil de determinar, pois sofre influência de fatores sócio-culturais (Beznos, 2006).

Para Ballone (2003) a puberdade precoce central ou verdadeira é caracterizada pelo desenvolvimento sexual prematuro normal, decorrente do desenvolvimento precoce da função neuro-endócrina cíclica do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. Na expressiva maioria desses casos nenhuma causa pode ser identificada. A idade de início, em cerca de 50% dos casos, ocorre aos 6-7 anos mas, em 25% dos casos, pode ocorrer entre dois e seis anos. Antes dos 2 anos aparece em 18% dos casos.

Quando entram na puberdade antes dos 8 e 9 anos de idade, meninas e meninos respectivamente, são encaminhados para investigação endocrinológica. Uma reportagem recente da *Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society* sugeriu que o limite para investigação de meninos e meninas deveria ser diminuído para 7 e 8 anos respectivamente. Para garotas afro-americanas, 6 anos é a idade sugerida. Esta recomendação tem sido bastante criticada. De qualquer forma, a baixa estatura é um resultado final comum da puberdade precoce, mas a curto e a longo prazo os sintomas psicológicos podem ser mais importantes, pois os vários estudos têm

indicado a maior incidência de psicopatologias em pacientes desse grupo (Midyett *et al*, 2003).

Em estudo recente conduzido pela rede *Pediatric Research in Office Settings* foram encontradas evidências de que as meninas americanas, especialmente as negras, estão iniciando a puberdade em uma idade mais precoce do que os que constam na literatura. Muitos autores consideram que o *status* nutricional afeta o *timing* da puberdade e é claro que há uma tendência no aumento da obesidade nas crianças nos Estados Unidos durante os últimos 25 anos (Kaplowitz *et al*, 2001).

Outro estudo sobre o tema, com base em 17.000 jovens americanas entre 3 e 12 anos, verificou sinais de puberdade feminina precoce aos 7 anos de idade ou menos. Esses caracteres sexuais estão surgindo dois ou três anos antes do tempo tradicionalmente esperado (Ballone, 2003).

Um estudo realizado por pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) revelou pela primeira vez evidências da associação de um defeito em um gene com a puberdade precoce central. Depois de estudar o DNA do sangue de 53 crianças com puberdade precoce central, os pesquisadores identificaram uma mutação no gene GPR54 em uma menina. O GPR54 é um receptor que quando ativado por uma proteína denominada kisspeptina é responsável por regular a secreção de hormônios que desencadeiam a puberdade (Teles *et al*, 2008).

Apesar dos atuais meios de investigação clínica, apenas cerca de 10% das meninas com Puberdade Precoce Central apresenta doença orgânica. Grande proporção de casos ocorre por tumores do SNC, incluindo hamartomas, gliomas, neurofibromas, astrocitomas. Entre os tumores do Sistema Nervoso Central, como é o caso dos hamartomas, responsáveis por até 15% dos casos de causas conhecidas.

Outros distúrbios do SNC, que podem dar origem a puberdade precoce, são encefalite, meningite, traumatismo cerebral e abscesso cerebral (Ballone, 2003).

Em todas as formas de precocidade sexual, o aumento na secreção dos hormônios esteróides aumenta a velocidade de crescimento físico e a taxa de maturação óssea. Esta última ocorrência leva ao fechamento prematuro das epífises ósseas e à baixa estatura na idade adulta (Ballone, 2003).

Os níveis psíquicos e emocionais da maturidade, como por exemplo, os níveis cognitivo e emocional, podem mostrar-se conturbados na puberdade feminina precoce. Como essas pacientes farão para enfrentar os sentimentos confusos que podem se seguir ao surgimento de sinais exteriores de maturidade sexual? Como lidar com a atração que podem gerar nos homens? Alguns estudos indicam que uma puberdade precoce pode implicar mais depressões, agressividade, isolamento, inclusive suicídios (Ballone, 2003).

Para Carvalho *et al* (2007), a puberdade é o período de transição entre a infância e a fase adulta, em que ocorrem uma série de eventos fisiológicos – telarca, pubarca, adrenaarca e menarca – de forma seqüencial e ordenada, até o estabelecimento da capacidade reprodutiva. Vários fatores individuais e populacionais influenciam quanto à idade de início ou término, à magnitude e à velocidade que se expressam e suas inter-relações.

Idade média da menarca

Conforme já mencionado, analisada em diversos grupos populacionais há pelo menos 150 anos, os dados demonstram variabilidade na idade de ocorrência da menarca, com tendência à diminuição (Carvalho *et al*, 2007).

A menarca apresenta diferentes idades de ocorrência nos diversos grupos populacionais. De maneira geral, ocorreu uma aceleração tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, sendo mais marcante nos países desenvolvidos. Pesquisadores de vários países realizaram investigações sobre a idade da ocorrência da menarca durante longos períodos, permitindo assim uma real avaliação da tendência secular da idade da menarca.

Em 1840 a idade média da menarca rondava os 16-17 anos, idade claramente coincidente com o momento da incorporação da adolescente na vida adulta, na responsabilidade do matrimônio e da procriação, o que não ocorre atualmente na grande maioria das vezes (Carvalho *et al*, 2007).

Estudos entre os anos de 1840 e 1980, em países como Suécia, Noruega, Finlândia, Dinamarca, Holanda, Inglaterra e Estados Unidos, mostraram que houve um decréscimo de cerca de três meses na idade da menarca a cada década, caindo de 17 anos para 13 anos, havendo uma relação provável com a melhoria das condições sociais e econômicas nos países avaliados, tanto que a idade da menarca passou a ser utilizada também como indicador de desenvolvimento populacional (Carvalho *et al*, 2007).

Outro estudo brasileiro considera que a média de idade da menarca vem apresentando uma tendência à queda, diminuindo cerca de quatro meses a cada década, encontrando-se atualmente na faixa dos 11 a 12 anos. Trabalhos nacionais relatam que na década de 1930 encontrava-se por volta dos 13,6 anos, 13,4 anos na década de 1940; 12,8 anos, na década de 1960 e 12,6 anos na década de 1980 (Guazzelli *et al*, 2005).

Atualmente, estudos sobre a idade da menarca são considerados uma importante ferramenta no monitoramento das alterações que ocorrem no panorama

das condições sociais e econômicas dos grupos populacionais avaliados. Um ponto de relevante destaque dos estudos da influência da tendência secular sobre a idade da menarca é a ampla disponibilidade de dados de vários países do mundo, possibilitando averiguar as alterações ocorridas na qualidade de vida da população segundo uma série de variáveis, como condições higiênicas, nutricionais, socioeconômicas, escolaridade, tamanho da família, além dos cruzamentos étnicos da região avaliada.

A menarca é um efeito tardio na escala do desenvolvimento feminino. É importante verificar que se a média da menarca é considerada em torno de 12 anos de idade, uma quantidade expressiva de meninas apresentam sua primeira menstruação entre os 8, 9, 10 e 11 anos.

Já para Vitalle e cols. (2003), a menarca, além de ser um indicador de maturação biológica, também mostra as mudanças que ocorrem com o desenvolvimento social e econômico das populações. As meninas de “status” socioeconômicos mais elevados apresentam a primeira menstruação mais precocemente do que aquelas menos favorecidas, mesmo residentes no mesmo país. Em seu estudo sobre o “Índice de massa corporal, desenvolvimento puberal, e sua relação com a menarca”, a média de idade de ocorrência de menarca, 12,1 anos, está de acordo com outras fontes encontradas (Vitalle et al, 2003).

Fatores relacionados à maturação sexual.

Grupos de adolescentes de mesma faixa etária podem se mostrar em diferentes estágios de maturação sexual. As principais variações normais da puberdade se relacionam à diferença na época de início, na duração, na intensidade

ou inter-relações dos eventos puberais, influenciados principalmente por fatores genéticos e ambientais (Beznos, 2006).

Em decorrência de seu importante papel na avaliação do crescimento e desenvolvimento infanto-puberal, a observação das características sexuais secundárias e a idade da menarca são recomendadas no acompanhamento periódico do crescimento da criança. Sendo assim, além de seu contexto biológico, social e psíquico, a menarca tem relevante importância como marco do crescimento e desenvolvimento humano e é o indicador de maturidade sexual mais usado. A variabilidade da data da primeira menstruação envolve características genéticas e influência ambiental, com interações complexas (Vitalle et al, 2003).

Esses fatores influenciam acentuadamente o crescimento e o desenvolvimento físico do e da adolescente e, em condições ambientais favoráveis, o potencial genético se expressa em sua plenitude. Por exemplo, na maioria das meninas a idade da menarca ocorre aproximadamente na mesma idade em que ocorreu a menarca da mãe (ou meses mais cedo). Características como quantidade, cor, distribuição dos pêlos sexuais e corporais, das mamas, vulva e outras características também costumam ser semelhantes entre pais e filhos (Beznos, 2006).

Marcondes (1978) também concorda que “o crescimento do indivíduo depende de seu próprio organismo e do ambiente onde ele vive”. Marques (1982) ressalta não haver dúvidas de que o fator ambiental mais importante no processo de crescimento é a nutrição.

Quanto aos fatores ambientais, o nível socioeconômico é importante determinante do crescimento e desenvolvimento dos adolescentes. Nutrição adequada é um dos requisitos fundamentais para a plena realização do plano

genético, tanto que, quanto pior o estado nutricional, mais tarde ocorre a puberdade (Beznos, 2006).

Dados recentes sugerem que o desenvolvimento do corpo até certo tamanho e o acúmulo de determinada proporção de adiposidade seriam necessários para o desencadear do primeiro episódio menstrual (Frisch e Revelle, 1970; Lima *et all*, 1977).

Este fato foi evidenciado em variados estudos. Beznos (2006) cita que em estudo realizado no Projeto de Santo André em 1978, foi verificado que a menarca ocorria, em média aos 12,2 anos na classe sócio-econômica mais alta e aos 12,8 anos nas classes mais baixas; assim como a gonadarca masculina ocorria aos 10,9 anos na classe socioeconômica mais alta e aos 11,6 anos nas classes mais baixas.

Há uma hipótese de que o início precoce da puberdade poderia ser atribuído à crescente prevalência de obesidade entre meninas, em vários lugares em todo o mundo, como uma conseqüência direta do desenvolvimento, associado à melhoria do poder aquisitivo. A incidência de obesos nos Estados Unidos já é de 11% nas meninas entre 6 e 11 anos, tendo aumentado quase nas mesmas proporções que a puberdade feminina precoce. A falta de atividade física, a alimentação com consumo excessivo de carne ou de laticínios, entre outros alimentos, e o aumento do consumo de hormônios estão relacionados (Ballone, 2003).

Outros artigos também sugeriram a existência de relação entre a massa de gordura corporal e o início da puberdade: a obesidade tende a favorecer a fabricação de um hormônio, a leptina, bastante necessária à puberdade. A síntese de leptina pelos adipócitos aceleraria a maturação do tecido (Ahima *et all*, 1997) e a função reprodutiva (Chehab *et all*, 1997). O conceito de que os adipócitos são células secretórias surgiu nos últimos anos. Os adipócitos sintetizam e liberam uma

variedade de peptídeos e não-peptídeos, bem como expressam outros fatores além de sua capacidade de depositar e mobilizar triglicerídeos, retinóides e colesterol. Estas propriedades permitem uma interação do tecido adiposo com outros órgãos, bem como com outras células adiposas. A observação importante de que adipócitos secretam leptina como o produto do gene da obesidade, estabeleceu o tecido adiposo como um órgão endócrino que se comunica com o sistema nervoso central (Wajchenberg, 2000). Além disso, a leptina sinaliza o estado nutricional do organismo a outros sistemas fisiológicos, modulando a função de várias glândulas-alvo (Negrão e Licino, 2000; Martinez *et al*, 2000).

Durante a puberdade, a leptina, embora seja produzida pelos adipócitos, é um dos principais ativadores do eixo gonadotrófico. Os receptores da leptina, além de serem encontrados no hipotálamo, também já foram encontrados nos ovários e na próstata, indicando que a leptina pode regular de modo direto e indireto este eixo (Demerath *et al*, 1999). Diversos estudos já comprovaram que os níveis plasmáticos de leptina aumentam conjuntamente com os de esteróides sexuais em meninas durante a puberdade, refletindo o aumento no percentual de gordura.

Quanto maior a quantidade de tecido adiposo no organismo, maior a secreção de leptina e mais precoce a maturação sexual. De uma forma geral, o aumento de 1ng/ml nos níveis plasmáticos de leptina está associado à diminuição da idade média da menarca em 1 mês (Matkovic *et al*, 1997). Parece ser necessário um nível mínimo de leptina para que a puberdade possa ser desencadeada. Modelos animais e humanos de deficiência de leptina são associados a hipogonadismo hipogonadotrófico.

Em suma, a leptina tem receptores nos ovários, regulando a puberdade. Nas meninas o aumento de gordura está associado à hiperleptinemia, aumento de

esteróides e maturação sexual.

De modo geral, em países em desenvolvimento observa-se que a pobreza e a desnutrição ocasionam atraso na maturação sexual (Dreizen *et al*, 1967). Já nos países industrializados, a obesidade é prevalente e sabe-se que crianças obesas crescem mais rapidamente e têm maturação sexual mais precoce do que as crianças com peso adequado (Stark *et al*, 1989). Adair e Gordon-Larsen (2001) encontraram maior prevalência de sobrepeso em adolescentes com maturidade sexual mais precoce em todas as etnias. Jaruratanasirikul *et al* (1997). encontraram que a idade da menarca nas meninas obesas acontecia 0,9 anos mais cedo do que nas adolescentes eutróficas. Para muitos autores o estado nutricional é o principal fator na relação entre classe social e efeito sobre menarca (Tanner, 1987). Já Zerwes e Simões (1993) ao estudar a determinação da idade da menarca em relação ao estado nutricional concluíram que a menarca foi mais precoce nas meninas bem nutridas e mais altas: 10,7 anos para as obesas e 10 para as altas.

No mesmo estudo realizado por Vitalle *et al* (2003), houve maior proporção de sobrepeso e obesidade no grupo de adolescentes com menarca. Esse resultado difere dos resultados nos Estados Unidos e de outros países industrializados (Popkin e Udry, 1998), onde a prevalência de meninas acima do peso adequado é menor. Isto se deve parcialmente ao fato de que indicadores usados para definir adolescentes com sobrepeso e obesidade não foram padronizados. Além do mais, a principal limitação do IMC é que ele não determina se o excesso de peso se deve à obesidade ou à hipertrofia muscular, óssea ou outros fatores (Oliveira, 2000).

Por outro lado, deve-se considerar o aumento alarmante de obesos em países desenvolvidos e em desenvolvimento (WHO, 1998), que pode ser explicado pela redução de atividade física e maior consumo energético e de lipídios dietéticos.

Além disso, o consumo alimentar dos adolescentes não obedece ao recomendado, com gordura total e saturada acima do ideal e com ingestão deficiente de certas vitaminas e minerais, preferindo os adolescentes doces, sanduíches, biscoitos, café e sucos artificiais, salgadinhos (pastéis e coxinhas), batatas fritas e sorvetes, apresentando menor aceitação de hortaliças, leite, leguminosas e frutas.

Devido a esta tendência mundial, em 2004 a OMS lançou a Estratégia Global sobre 'Alimentação saudável, atividade física e saúde' que tem como objetivo orientar a nível local, nacional e internacional o desenvolvimento de atividades que, empreendidas conjuntamente, redundarão em melhoras quantificáveis do nível dos fatores de risco. Igualmente, se implementadas, reduzirão as taxas de morbidade e mortalidade da população acometida por enfermidades crônicas relacionadas com o regime alimentar e a atividade física (Brasil. Estratégia Global, 2004).

Observa-se a presença de distúrbios menstruais em adolescentes obesas, devido ao aumento da conversão periférica de androstenediona em estrógeno no tecido adiposo. A conversão pela gordura forma estrona, que tem menor poder estrogênico que o estradiol e, além disso, o tecido adiposo serve de depósito de esteróides sexuais (principalmente estrógeno), tendo como produto final a anovulação. Assim, ganho excessivo de peso ou perda (mais ou menos de 20% do peso ideal) a curto prazo poderia interferir na função do eixo hipotálamo hipofisário (Françoso *et al*, 2001).

Estudos brasileiros têm mostrado tendência positiva à antecipação da menarca, mesmo em populações de baixo nível socioeconômico (Junqueira do Lago *et al*, 2003; Kac *et al*, 2000).

Comportamento semelhante vem ocorrendo em relação ao crescimento, na infância, e à estatura final (Espin Neto e Barros Filho, 2004; Monteiro *et al*, 1995).

Quanto à raça e clima, estudos mostram que meninas de raça negra têm maturação sexual e menarca mais precoce do que as de raça branca e que adolescentes vivendo em altitudes elevadas têm o início da puberdade e a menarca mais tardiamente. As condições sócio-econômicas e nutricionais têm, sem dúvida, uma influência muito mais eficaz do que raça e clima em relação à época do início da puberdade (Beznos, 2006).

Observações feitas em colégios internos, nos quais várias adolescentes que viviam em regime de semi-isolamento, aventou-se a possibilidade da puberdade retardada ser atribuída ao padrão de vida imposto às jovens, algo isoladas do convívio social e algo privadas dos estímulos ambientais. Este distúrbio do crescimento e desenvolvimento tem encontrado bons resultados com psicoterapia e estimulação (Ballone, 2003).

Alguns cientistas se inclinam também para o papel de alguns estimuladores de estrogênio contidos em produtos químicos ou plásticos, principalmente a maquiagem e inclusive o esmalte das unhas. Portanto, o mais correto seria buscar uma causalidade multifatorial (Ballone, 2003).

Outras causas possíveis da puberdade feminina precoce são bastante surpreendentes. Entre elas citam-se causas culturais, como por exemplo, o bombardeio de imagens de caráter sexual difundidas na televisão e o maciço apelo cultural para a busca da perfeição do corpo de mulher (Ballone, 2003).

De qualquer forma, muitos estudos apresentam limitações metodológicas, do ponto de vista do desenho do estudo, sendo necessárias ainda análises com melhores níveis de evidência científica acerca dos possíveis fatores e sua real influência no processo da maturação sexual feminina.

Dados internacionais sobre a menarca

Iniciando pela Dinamarca, a partir de um estudo publicado por Parent e col. (2003) a idade da menarca caiu de 17 anos no fim do século XIX para aproximadamente 13 a 13,5 anos no início do século XX. Outros estudos realizados nas mesmas regiões da Dinamarca entre 1965-1966 e 1982-1983 mostraram uma queda da idade da menarca de 13,4 para 13 anos (Helm e Helm, 1984), dados confirmados em pesquisas subseqüentes (Helm e Grolund, 1998; Olesen et al, 2000).

Já Gonzáles *et al* (1996), no Peru, em um estudo transversal avaliando 1.128 meninas na faixa etária entre dez e dezoito anos de idade, em cidades com diferentes altitudes e nível socioeconômico, mostraram que a média de idade da menarca foi 14,3 anos para as meninas residentes nas cidades acima do nível do mar e 13,7 anos para aquelas residentes nas cidades ao nível do mar. A idade de ocorrência da menarca observada nas meninas que residiam nas cidades de maior altitude não teve nenhuma relação com o nível socioeconômico. Os autores relacionaram esta antecipação da idade da menarca à influência ambiental.

De acordo com a tabela 1 a seguir, sobre a idade média da menarca em diversos países, é possível verificar a tendência à diminuição, embora discreta, da idade em que as adolescentes menstruam.

1. Tabela da idade da menarca em vários países

Ano	Autores	País	Idade da Menarca	N	Tipo de Estudo
1996	Khan <i>et al</i>	Guatemala	13,7±1,3	6.507	Longitudinal
1996	Gonzales <i>et al</i>	Peru	13,7±1,1	1.128	Transversal
1997	Ohasawa <i>et al</i>	China	13,3±1,1	64.322	Transversal
1999	Apraiz	Espanha	12,7±0,2	895	Transversal
2000	Bagga, Kulkarni	Índia	13,6±1,0	366	Transversal
2000	Berkey <i>et al</i>	EUA	12,8±1,0	67	Longitudinal
2001	Adair <i>et al</i>	EUA	11,0±?	6.507	Longitudinal
2002	Wu <i>et al</i>	EUA	12,3±?	1.168	Transversal
2002	Lin-Su <i>et al</i>	EUA	12,0±1,1	108	Transversal
2003	Padez, Rocha	Portugal	12,3±1,2	516	Transversal
2003	Chumlea <i>et al</i>	EUA	12,4±?	2.510	Longitudinal
2003	Tang <i>et al</i>	China	11,7±?	1.573	Transversal
2004	Danubio <i>et al</i>	Itália	12,5±?	583	Transversal
2004	Demerath <i>et al</i>	EUA	12,3±?	371	Longitudinal
2005	Torres-Mejia <i>et al</i>	México	12,5±?	4.636	Transversal
2006	Biro <i>et al</i>	EUA	12,3±?	1.156	Longitudinal
2006	Jull <i>et al</i>	Dinamarca	13,4±?	1.100	Longitudinal

? = DP não mencionado

Fonte: Carvalho *et al* (2007) e outros (ver Referências)

Ainda em 1996, na Guatemala, resultado semelhante foi observado em um estudo longitudinal desenvolvido por Khan *et al* (1996) ao avaliar 6.507 meninas, mostrando a média de idade de ocorrência da menarca aos 13,7 anos.

Nos Estados Unidos, em 1997, Herman-Giddens *et al* (1997), em um estudo transversal de 17.077 meninas afro-americanas e americanas brancas, mostraram

que, apesar de 6,7% das brancas e 27,2% das afro-americanas começarem a puberdade antes dos oito anos de idade, a média de idade da menarca foi 12,2 anos para as meninas afro-americanas e 12,9 anos para as brancas. Os autores relacionaram esta antecipação da puberdade à elevada incidência de obesidade e sobrepeso observada na população americana.

Ainda em 1997, na China, Ohsawa *et all* (1997), em um estudo transversal com meninas de meio urbano e rural, observaram que, entre as 32.176 meninas do meio urbano, a média da idade da menarca foi 13,0 anos e, para as 32.146 meninas do meio rural, a média foi 13,6 anos.

Na Espanha, Apraiz (1999) avaliou a influência do tamanho da família e a ordem do nascimento sobre a idade da menarca de 895 meninas, na faixa etária entre 9,5 e 18,5 anos de idade. Nesse estudo, a média de idade da menarca foi 12,5 anos para famílias com apenas um filho, 12,7 anos com dois filhos, 13,0 anos com três filhos e 12,6 anos com quatro ou mais filhos. Quanto à ordem do nascimento das filhas, a média de idade da menarca foi de 12,6 anos para a primeira filha, 12,9 anos para a segunda, 13,1 anos para a terceira e 12,4 anos para a quarta.

Um estudo transversal realizado na Índia por Bagga e Kulkarni (2000), avaliando 366 meninas com nove a 16 anos de diferentes níveis socioeconômicos, mostrou que 68% delas menstruaram entre 12 e 14 anos, sendo que a média de idade da menarca foi 13,6 anos. Os autores relacionaram esses resultados ao reflexo das melhores condições socioeconômicas, nutricionais e de saúde em geral da população.

Em 2000, Berkey *et all* (2000), em um estudo longitudinal de 67 meninas americanas, mostraram que três meninas começaram a puberdade antes dos 10,0 anos de idade e apenas uma menina, após os 15,0 anos, sendo a idade média ao

início da menarca 12,8 anos. Ainda nos Estados Unidos, Adair *et al* (2001), ao examinarem a relação entre idade da menarca e sobrepeso em 6.507 meninas americanas brancas, negras, hispânicas e asiáticas, mostraram a elevada prevalência de sobrepeso em todos os grupos étnico-raciais e 57,5% das negras começaram a puberdade antes dos 11 anos de idade.

Estudo publicado por Wang (2002) afirmava que a obesidade está associada, em ambos os sexos, à maturação sexual; as meninas com IMC mais alto maturam mais cedo, enquanto os meninos maturam mais tarde. Quando as adolescentes estudadas foram subdivididas pela mediana do IMC do grupo, observamos que *as meninas com maior IMC menstruaram mais cedo* (11,97 anos= 143,65 meses), enquanto as outras tiveram menarca mais tardia (13,60 anos= 163,27 meses). Considerando-se que um mínimo de gordura corporal é necessário para que os ciclos menstruais se estabeleçam, é natural que as meninas com IMC mais alto tenham menstruado mais precocemente (Frisch e McArthur, 1974). Estes dados mostram que, neste estudo, o maior valor do IMC antecipou a menarca, mas não interferiu no crescimento após este evento.

Wu *et al* (2002), avaliando 1.168 meninas americanas negras, brancas e mexicanas na faixa etária entre 8 e 16 anos, observaram que a média de idade da menarca foi 12,7 anos para as americanas brancas, 12,1 anos para as negras e 12,2 anos para as mexicanas.

Ainda no mesmo ano, Lin-Su *et al* (2002) estudaram 108 meninas americanas na faixa etária entre dez e 18 anos e mostraram que a média de idade da menarca nas meninas com obesidade foi 11,9 anos, nas meninas com sobrepeso foi 12,1 anos e nas com peso na faixa da normalidade 12,2 anos. De acordo com tais autores, esses resultados mostraram o impacto da gordura corporal sobre a puberdade.

Tang *et all* (2003) realizaram um estudo transversal com 1.573 meninas chinesas entre 11 e 16 anos de idade e observaram que a média de idade da menarca foi 11,7 anos. Padez e Rocha (2003), em estudo transversal com 516 meninas portuguesas entre nove e 19 anos de idade, relataram que a média de idade da menarca foi 12,3 anos. Os autores relacionaram tais resultados a fatores ambientais, nutricionais e melhores condições de saúde.

Ainda em 2003, Chumlea *et all* (2003), em um estudo longitudinal com 2.510 meninas americanas negras, brancas e mexicanas entre oito e 20 anos, mostraram que a média geral da idade da menarca foi 12,4 anos, sendo 12,0 anos para as negras, 12,2 anos para as mexicanas e 12,5 anos para as brancas.

Demerath *et all* (2004), analisando 371 meninas americanas, demonstraram idade média da menarca de 12,3 anos. Os autores relacionaram este resultado a alterações na composição corporal durante o período crescimento e desenvolvimento. Danubio *et all* (2004), avaliando 583 meninas italianas entre seis e 14 anos de idade, mostraram que a média de idade da menarca foi 12,5 anos.

Torres-Mejia *et all* (2005), pesquisando 4.636 meninas mexicanas, observaram que 13,7% iniciaram a puberdade até os 11 anos, 50,9% até os 12 anos, 77,8 % até os 13 anos e 76% até os 14 anos de idade, sendo que a média de idade da menarca foi 12,5 anos. Ainda em 2005, na África, Garnier *et all* (2005), em investigação realizada entre 1995 e 2000 com 406 meninas senegalesas de áreas rurais entre 11,4 e 16,5 anos de idade, encontraram uma média de idade de início de desenvolvimento da mama de 12,6 anos e a média de idade da menarca de 15,9 anos.

Biro *et all* (2006), em um estudo longitudinal com 1.156 meninas americanas, sendo 541 negras e 615 brancas, mostraram que, apesar das negras começarem a

puberdade em média aos 9,6 anos e as brancas aos 10,2 anos, a média de idade da menarca foi de 12,6 anos para as meninas negras e 12,0 anos para as brancas.

No entanto, Juul *et al* (2006) publicaram em 2006 um estudo longitudinal que avaliou 1.100 meninas dinamarquesas e encontraram uma idade média da menarca de 13,4 anos. Os autores também avaliaram o estado nutricional das meninas dinamarquesas e questionam se a idade da menarca naquele país poderia ser mais elevada comparada especialmente a estudos americanos, pois a prevalência de sobrepeso e obesidade foi baixa.

Dados nacionais sobre a menarca

No Brasil vários autores têm pesquisado a idade média da menarca nos diversos estados, encontrando diferentes resultados, conforme apresentado na Tabela 2 a seguir, sobre dados nacionais acerca da idade média da menarca nos diversos estados e regiões. Esses dados mostram grande variabilidade quanto à idade de ocorrência da menarca, variando de 10,9 anos para amostras de meninas da grande São Paulo (Machado e Barbanti, 2003), 12,1 anos para as da cidade de João Pessoa (Souza et al, 1996) no Nordeste a 13,0 anos para aquelas oriundas do interior do Estado de São Paulo, como Bauru (Scaf et al, 1984). Esta variabilidade está provavelmente relacionada a fatores como clima, localização geográfica, estado nutricional, nível socioeconômico, escolaridade, etnia, número de filhos na família e outros (Carvalho et al, 2007).

A prevalência de obesidade em adolescentes no Brasil pode estar próxima das observadas em países desenvolvidos e está entre os quatro países que mostram um rápido crescimento da prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes, quando avaliados pelo IMC, o que deve merecer atenção especial do

Serviço de Saúde Pública (Dietz, 1998).

TABELA 2. Idade da Menarca no Brasil

Ano	Autores	Localização	Idade da menarca M + MP	n	Tipo de estudo
1984	Scaf <i>et all</i>	Baurú/SP	13,0±1,23	1.379	Transversal
1996	Souza <i>et all</i>	João Pessoa/ PB	12,1±2,2	1066	Transversal
1998	Fonseca <i>et all</i>	Niterói/RJ	12,3±?	208	Transversal
1999	Petroski <i>et all</i>	Florianópolis/ SC	12,6±1,15	1070	Longitudinal
2000	Tavares <i>et all</i>	Ribeirão Preto/ SP	12,5±?	1602	Transversal
2003	Borges e Schwarszbach	Cândido Rondon/PR	12,2±0,81	290	Transversal
2003	Vitalle <i>et all</i>	São Paulo/SP	12,1±1,1	229	Transversal
2003	Machado, Barbanti	São Paulo/ SP	10,9±1,2	63	Transversal
2004	Moreira <i>et all</i>	Rio de Janeiro/ RJ	12,2±1,51	118	Transversal
2004	Biassio <i>et all</i>	Ilhabela/SP	12,5±1,04	62	Longitudinal
2005	Oliveira e Veiga	Rio de Janeiro/RJ	11,6±1,1	316	Transversal
2005	Castilho <i>et all</i>	São Paulo/SP	12,7±1,39	111	Longitudinal

? = DP não mencionado

Fonte: Carvalho et all (2007) e outros (ver Referências)

Da mesma forma que os estudos internacionais, os nacionais apontam para uma diminuição da idade da menarca após 1980, demonstrando sua redução em várias cidades brasileiras. O projeto “Crescimento e desenvolvimento pubertário em indivíduos de 10 a 19 anos de idade”, realizado no município de Santo André, São Paulo, em 1978, mostrou que a idade mediana da menarca variou entre 12,8 e 12,2 anos, sendo mais baixa quanto melhor o nível socioeconômico (Colli, 1985). Desta forma, Scaf *et all* (1984), em estudo transversal com 1.379 meninas da cidade de

Bauru, São Paulo, entre oito e 16 anos, mostraram que a média de idade de início da puberdade foi 10,4 anos e a média de idade da menarca foi 13,0 anos.

No Nordeste, Souza *et all* (1996), em um estudo transversal com 1.066 escolares paraibanas pertencentes às classes socioeconômica baixa e média da cidade de João Pessoa, Paraíba, mostraram que a média de idade da menarca foi 12,1 anos.

Em 1998, Fonseca *et all*, em estudo transversal com 208 meninas na faixa etária entre 15 e 17 anos de idade matriculadas em escola particular na cidade de Niterói, Rio de Janeiro, encontraram uma média de idade da menarca de 12,3 anos. Para as meninas com sobrepeso, a média foi de 11,5 anos e, para aquelas classificadas como normais, 12,4 anos, apontando a presença de menarca com menor idade nas meninas com maior índice de massa corporal.

Petroski *et all* (1999), em estudo longitudinal para avaliar a maturação sexual e a satisfação com o peso em 1.070 escolares da rede pública da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, mostraram que a média de idade da menarca foi 12,6 anos e que 74,2% das escolares estavam insatisfeitas com o peso e desejavam perder peso. Tais meninas maturam mais precocemente do que as satisfeitas com o peso.

Tavares *et all* (2000), em um estudo transversal com 1.602 escolares entre oito e 17 anos incompletos do município de Barrinha, São Paulo, correlacionaram a idade da menarca com algumas condições, como classe social, número de irmãos e situação de emprego do pai. Os resultados mostraram que a mediana da idade da menarca foi 12,5 anos, sendo esta mais tardia nas meninas pertencentes às classes sociais menos favorecidas. Em relação à situação de emprego do pai, a mediana da idade da menarca foi 12,7 anos naquelas cujos pais estavam desempregados e 12,4

anos naquelas cujos pais estavam empregados. Não houve diferença da mediana da idade da menarca relacionada ao número de irmãos na família.

Borges e Schwarztbach (2003), em um estudo transversal avaliando a idade da menarca de 290 meninas entre nove a 14 anos de idade do município de Marechal Cândido Rondon, Paraná, mostraram que a média foi 12,2 anos, sendo a idade mínima 9,9 anos e a máxima, 14,6 anos.

Outro estudo transversal em 2003, desenvolvido por Machado e Barbanti (2003), analisou a aptidão motora durante o período puberal, relacionando-a à idade cronológica e ao estado maturacional de 63 meninas paulistanas de escola particular na faixa etária entre nove e 14 anos de idade não envolvidas em programa regular de treinamento físico. Os resultados apontaram média de idade da menarca de 10,9 anos, quando ocorreu a passagem do estadio de mamas grau II para o grau III, coincidindo com as maiores mudanças físicas e motoras.

Ainda em 2003, Vitalle *et all*, em estudo transversal de 229 prontuários de adolescentes paulistanas de baixo nível socioeconômico entre dez e 18,8 anos de idade atendidas no período de março de 1992 a dezembro de 1999, mostraram que a média de idade da menarca foi 12,1 anos e o índice de massa corporal foi maior no grupo de meninas com menarca do que no grupo sem menarca. Os autores observaram, ainda, a relação de sobrepeso e obesidade no grupo com menarca e de desnutrição e eutrofia no grupo sem menarca.

Moreira *et all* (2004), estudando 118 meninas entre nove e 16 anos pertencentes a escola de samba Beija-Flor de Nilópolis, Rio de Janeiro, mostraram média de idade da menarca de 12,2 anos, sendo o limite inferior de 8,9 anos e o superior de 16 anos de idade. Ainda nesse ano, Biassio *et all* (2004), em um estudo longitudinal com 62 meninas da rede pública de ensino na faixa etária entre oito e 18

anos residentes em Ilhabela, São Paulo, mostraram que a média de idade da menarca foi 12,5 anos.

Um estudo transversal desenvolvido por Oliveira e Veiga (2005), avaliou o estado nutricional e a maturação sexual de 303 estudantes de escola pública e 199 de escola particular na faixa etária entre 11 e 15,9 anos do município do Rio de Janeiro.

Os autores mostraram que, na escola particular, maior número de meninas apresentou sobrepeso/obesidade e número mais elevado delas estava em estádios mais avançados de maturação sexual em relação às meninas da escola pública, sendo maior o risco de apresentar sobrepeso/obesidade nas adolescentes em estádios mais avançados de maturação sexual. Tal associação foi observada apenas nas adolescentes da escola pública.

Castilho *et al* (2005), em um estudo longitudinal com 111 adolescentes paulistanas de baixo nível socioeconômico, mostraram que a média de idade da menarca foi 12,7 anos.

Essencialmente, pode-se considerar que período da infância está sendo comprimido, reduzido com a evolução de cada geração. Não só em número de anos, mas em forma, em conteúdo. Não só quantitativamente, mas principalmente qualitativamente. Atualmente, principalmente no ocidente, as crianças já nascem e crescem recebendo influências, informações e cobranças a fim de que se tornem independentes, produtivas, adultas o mais precocemente possível.

Segundo trabalhos publicados pelo Núcleo de Pesquisa em Mídia (Televisão e Infância) da UFRGS, a receptividade infantil da mídia, em especial da televisão, pode ser compreendida considerando-se sua capacidade de fabricar narrativas mitológicas, por meio das quais as crianças conseguem compreender e responder a algumas de

suas tantas interrogações. Os mitos integram o universo simbólico mais amplo que as culturas dispõem para a socialização e formação de suas jovens gerações. Nas sociedades contemporâneas, os mitos eletrônicos se destacam na rede simbólica, em comparação, por exemplo, com brinquedos, histórias infantis e músicas.

Em sua tese de doutorado, Wiggers (2003) refere que a maior parte das figuras femininas desenhadas pelas meninas de 7 a 9 anos inseridas em seu estudo, caracteriza-se pela beleza, romantismo e feminilidade da mulher jovem, confirmando as palavras de Sant'Anna (1995) : *“A insistência em associar a feminilidade à beleza não é nova. A idéia de que a beleza está para o feminino assim como a força está para o masculino, atravessa os séculos e as culturas”* (pág. 21)

A erotização a que foram expostas se traduz nos cílios pintados, na boca grande e vermelha, no *rouge* nas maçãs do rosto e os cabelos compridos e bem penteados, que marcam a referência em fisionomias mais adultas. Os vestidos sociais, as saias longas e armadas, as blusinhas delicadas e os sapatos de salto combinam-se às gargantilhas, brincos, pulseiras e anéis. Nas roupas, o cor-de-rosa, a renda e detalhes em forma de coração ou flor se destacam. Os cenários são românticos, ornamentados com flores, pássaros e animais de estimação, completando a imagem da “mocinha” – ou “menina-mulher”. A idéia de “menina-mulher” é proposta por Silva (2002) apud Wiggers (2003), em texto que trata da problemática da aceleração precoce das meninas para a idade adulta.

Essa moda é adotada aparentemente de forma muito natural pelas crianças. Tanto que se tem a falsa impressão de que o corpo infantil estaria isento das conseqüências do processo de construção das imagens de beleza da mulher, que tem levado a um desnudamento progressivo do corpo feminino, colocando em cheque, de certa forma, *“a garantia do que culturalmente foi colado à imagem da*

mulher: a retidão do seu comportamento, a pureza da sua alma e a beleza de seu corpo” (Goellner, 2001, p. 51).

Outro aspecto que se destacou na referida pesquisa de campo é a constatação de que o *top* parece ser o traje preferido pelas meninas. A mini-blusa colada ao corpo, que deixa a barriga à mostra, é geralmente acompanhada de *short*, mini-saia ou calça comprida justa. Adereços, tamanquinhos de salto e batom completam o figurino. Essa hipótese confirmou-se nos auto-retratos e também na atividade em que as crianças vestiram o desenho de um boneco com retalhos de tecido. Também ali essa foi a roupa preferida. Uma das meninas radicalizou o modelo e se vestiu com o “paninho” da “Feiticeira”, outra com o “shortinho” do “Tchan”, grupo musical em que Carla Perez – mais uma loira, esta oxigenada – se consagrou como dançarina, e outra ainda desenhou um *piercing* no umbigo aparente. A engraçadinha também usa, na visão das meninas pesquisadas, vestido tomara-que-caia curto e sapato de salto.

A grande oferta de produtos infantis ligados a personagens de imagem erotizada, como a Feiticeira e Carla Perez, podem fazer acreditar que esses modelos, quando aplicados à infância, perderiam seu valor socialmente “negativo”. Uma explicação para esse fenômeno se encontra facilmente nas teorias de mercado, pois *“o fascínio que essas personagens exercem sobre o público infantil é manifesto na fabricação e venda de produtos para crianças inspirados nelas: a máscara e o chicotinho da Tiazinha, botinhas e shortinhos da Carla Perez, tamanquinho da Sheila”* (Martins, 2003, p. 3). Mas outra hipótese considera a procura de uma certa legitimação para esses modelos perante a sociedade, pois, “se até as crianças usam, por que não os adultos também?” Assim, as crianças podem tornar-se vorazes consumidoras de bugigangas da indústria da moda, como brinquedos, roupas, músicas e danças. São produtos que trazem a imagem da mulher coisificada,

sugerindo uma erotização vulgar e precoce. Quando produtos erotizados penetram o “universo infantil” sem um filtro, de certa forma se processa a aceleração da mudança da condição de menina-criança para a de menina-mulher. Novas imagens de meninas são visíveis nas roupas insinuantes, no sapato alto, na maquiagem, nas músicas, nas danças-cópula, na linguagem e em outras manifestações da cultura dita pós-moderna (Silva, 2002; Goellner, 2001; Wiggers, 2003)

As crianças têm sido estimuladas e cobradas por uma maturidade além de sua capacidade, assumindo o papel social de adolescentes e estes, por sua vez, cada vez mais precocemente, assumem o papel social de adultos. Estas reflexões sugerem, que essa adolescência precoce tem arrastado consigo a puberdade precoce, principalmente a feminina, com meninas de 9-10 anos menstruando e com desenvolvimento mamário. Isto sugere que o panorama social pode estar interferindo nos aspectos biológicos humanos, isto é, no evento da puberdade precoce das crianças (Ballone, 2003).

Os estudos indicam que diversos fatores podem estar estimulando a redução da idade da menarca. Há grande probabilidade de que é a somatória de dois ou mais aspectos que determina a aceleração do amadurecimento sexual. Se por um lado as características genéticas podem se manifestar mais precocemente em relação à idade da menarca na presença de alguns fatores, podem também sofrer influências de outros e apresentar um retardamento na idade da primeira menstruação. Desta forma é difícil determinar uma etiologia para a ocorrência progressivamente mais precoce deste fenômeno, já que os grupos estudados estão expostos a uma série de influências, sejam de ordem étnica-racial, de localização geográfica, de altitude, clima, nutricional e sócio-cultural.

2.4 SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

PARADOXO: contradição real ou aparente

DUALIDADE: coexistência de dois princípios opostos.

Houaiss (2001)

SAÚDE SEXUAL

Desde Freud, a sexualidade e o comportamento sexual têm sido um dos assuntos mais explorados pela mídia e discutidos pelas ciências e entre rodas de amigos. A sociedade vem passando por profundas transformações, destacando-se nesse sentido a libertação sexual e independência das mulheres, totalmente desconhecida há algumas gerações (Cano e Ferriani, 2000).

Para entender melhor a sexualidade dos e das adolescentes e suas manifestações, é necessário entendê-la como um paradoxo social e uma dualidade para os adolescentes e contextualizá-la em relação à construção histórica e cultural destes indivíduos. É imprescindível considerar também a situação social, sendo claro que jovens favelados, cujo principal problema é saber o que comer amanhã, vivenciam-na de maneira diversa daquele jovem de classe economicamente elevada, cujo maior problema é conseguir um aumento de mesada com os pais (Vitiello e, Conceição, 1990).

Contextualização histórica e cultural

Em relação ao contexto histórico e cultural, tem-se conhecimento de que nos primórdios da civilização, as atividades sexuais eram livres entre homens e mulheres, sem que isso tivesse uma conotação de promiscuidade. Os filhos descendiam da linhagem materna, pois só se sabia com certeza quem era a mãe, e os grupos familiares formavam os clãs. (Engels, 1982). A monogamia e o sistema patriarcal surgiram em função do acúmulo de bens dos clãs para garantir a herança aos filhos. A partir desta organização familiar, o sexo passa a ter objetivo reprodutivo, as

mulheres passam a ser submissas e fiéis aos maridos, e estes por sua vez, são autorizados a ter atividades sexuais fora do casamento.

Na Grécia antiga as meninas eram educadas para as tarefas domésticas e preparadas para se casarem logo após as primeiras menstruações e geralmente com homens mais velhos, uma vez que havia necessidade de homens para as infindáveis guerras de conquistas de novos territórios. A função reprodutiva também era a mais importante no casamento (Cano e Ferriani, 2000).

Costa (1986), ressalta que a sexualidade dentro da concepção religiosa é carregada de tabus que afetam a maneira de se encarar a sexualidade, e o primeiro deles refere-se ao “pecado original”, atestando uma atitude desfavorável da igreja com relação ao sexo e ao prazer. A doutrina cristã no ocidente apregoa a dualidade entre corpo e alma, na qual a alma é mais importante que o corpo, em consequência a educação sexual é praticada de forma às pessoas viverem a sexualidade de maneira reprimida, negando o corpo ou o colocando-o em segundo plano (Cabral, 1995).

Desta forma, percebe-se que a sexualidade atual foi fortemente influenciada pelas idéias cristãs, culturais, políticas e econômicas, nas quais a iniciação sexual da mulher deveria se dar no casamento e ter fins reprodutivos. Ao homem foram permitidas a prática sexual e o prazer fora do casamento (Giddens, 1993).

No Brasil, a Igreja Católica, para defender a família patriarcal, como o principal modelo de poder na organização familiar, só admitia o desejo e o prazer sexual do homem fora do lar com prostitutas ou mulheres pobres (Goldberg, 1984).

Com isso, os conceitos de homem e mulher foram definidos em termos de oposição; o homem como um ser forte, superior, ativo, viril e com potencial para violência; e, em contrapartida, a mulher como um ser inferior em todos os sentidos:

mais fraca, dócil, bela e desejada, mas de qualquer forma, e em qualquer posição social, sujeita à absoluta dominação masculina.

O dualismo moral configurado contribuiu para legitimar e reforçar a ordem aparentemente natural de hierarquia de gênero. Esse legado patriarcal continua a afetar o pensamento brasileiro e a maneira como os homens de hoje visualizam seu meio social (Parker, 1991).

Na década de 50, ocorreu na Europa o “movimento *beat*”, que contou com reflexos no Brasil. Esse movimento foi impulsionador da “revolução sexual”, pregando uma nova concepção de sexo desvinculado de compromisso, o uso de drogas e novos hábitos de vestir e falar. Esse movimento trouxe a oportunidade para que a sociedade reavaliasse seu comportamento sexual e repensasse a opressão que vinha vivendo há várias gerações (Conceição, 1988).

Já na década de 60, um outro movimento começa a tomar vulto, o “movimento hippie”, que surgiu opondo-se a muitos mitos políticos, culturais, sociais e entre eles os sexuais, como o da virgindade e da superioridade masculina. As mulheres protestaram, queimaram seus sutiãs e fizeram passeatas nas ruas pelos seus direitos, entre eles o direito ao prazer sem restrição e a liberação sexual da mulher através da pílula anticoncepcional (Sales, 1988).

Por influência da era cristã, a sexualidade ainda é tida como algo potencialmente perigoso no inconsciente coletivo. Portanto, exige controle e traz castigos para quem infringe suas regras, o que contrasta e complementa a idéia de “descontrole” ou “rompimento de limites”, relacionada à adolescência e à juventude, fazendo com que a prática do sexo pelos jovens seja vista com receio (Villela e Doreto, 2006).

De qualquer forma, o exercício da sexualidade entre adolescentes não é uma invenção de nossa época. Nossas avós se casaram, em sua maioria aos 14, 15 ou 16 anos. Elas não tinham a maturidade física e psicológica, mas adquiriam a permissão social para as relações sexuais e para engravidar. A novidade é a prática da sexualidade por jovens de sexo feminino em condições pré-conjugais, o que não tem sido bem aceito socialmente, gerando uma série de problemas pessoais, familiares e sociais (Vitiello e Conceição, 1990).

Outra questão importante é a ausência e o despreparo dos pais para lidarem com a sexualidade dos filhos. Como já foi dito no capítulo sobre adolescência, esta postura tem relação direta com a posição social de incapaz e dependente que o ou a adolescente ocupa atualmente e não com imaturidade biológica, o que tem ocorrido mais precocemente que em algumas décadas atrás.

Segundo Içami Tiba (1986), é inegável que essas experiências (movimento beat, hippie, etc.) produziram adultos que hoje levam em conta que nem sempre as relações humanas precisam obedecer a regras sociais; muitas vezes elas são movidas por desejos. Querem que os filhos sejam mais felizes do que eles próprios, mas não estão seguros de como transmitir isso.

Esse antagonismo gerou um discurso liberal de superfície, na periferia da personalidade desses pais, enquanto que a educação e os valores que receberam durante a infância e juventude permanecem gravados em uma região mais profunda de sua personalidade. Quando chega a adolescência e se apresentam questões mais sérias, como é o caso da sexualidade, a camada mais profunda entra em ação e eles acabam repetindo as mesmas atitudes que condenaram em seus pais. De acordo com Suplicy (1991), a questão da sexualidade mudou tão rapidamente, nas últimas décadas, que deixou os pais meio perdidos, considerando que vivemos um

momento difícil para a construção de um sistema de valores sexuais. A sexualidade dos filhos muitas vezes para muitos pais traz à tona aspectos reprimidos da própria sexualidade.

Apesar da dificuldade dos pais, é no convívio familiar, entre pessoas que se estimam e tentam superar as dificuldades do dia a dia, que as questões de sexualidade devem ser debatidas, levando-se em conta os valores, atitudes, crenças religiosas e culturais da família.

Sexualidade na adolescência

Embora o exercício da sexualidade seja considerado uma conduta simples e cotidiana, é muito complexa e permeia aspectos cognitivos que vão desde os mais primitivos (sensoriais) até esquemas de representação mais complexos, que envolvem a linguagem corporal, facial e outros sistemas de sinais. Há, ainda, os aspectos culturais, extremamente relevantes, também imbricados na formação e no exercício da sexualidade humana (Romero et al, 2007).

A sexualidade é, portanto, elemento signficante na formação da identidade da adolescente, manifestada por múltiplas identificações, como da imagem corporal, da descoberta do outro como objeto de amor ou desejo e da descoberta de si e das relações com os familiares, grupos e profissionais (Tassi, 2003; Reatto, 2006)

De acordo com Freud, a sexualidade pode ser entendida como uma carga energética que se distribui pelo corpo de maneiras distintas, conforme a idade.

Na pré-adolescência, o sexo biológico, baseado em cromossomos, gônadas e hormônios, já está determinado e a identidade de gênero, ou senso de masculinidade e feminilidade, está estabelecida. Com o início da puberdade, a energia sexual

polarizada até então para regiões definidas, passa a se transformar juntamente com as mudanças físicas, caracterizando a etapa genital adulta.

A adolescência inicial (dos 10 aos 13 anos) distingue-se pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários, início da menstruação nas meninas e pela curiosidade acerca dessas mudanças e pelas fantasias sexuais, que são comuns e que podem vir acompanhadas de sentimento de culpa. A prática masturbatória começa neste período e os jovens envolvem-se em muitas atividades não genitalizadas, como falar ao telefone ou bater papo na Internet com seus amigos.

Na adolescência média (dos 14 aos 15 anos), completa-se a maturação física e a energia sexual está mais desenvolvida, com maior ênfase ao contato físico. O comportamento sexual é de natureza exploratória, as relações casuais com o corpo são comuns e a negação das conseqüências da atividade sexual é uma atitude típica.

O término do crescimento físico e da maturação genital acontece na adolescência tardia (dos 16 aos 19 anos), onde o comportamento sexual torna-se mais expressivo e menos explorador, com relações íntimas mais desenvolvidas.

Autores como Blos (1985) e Erikson (1976a, 1976b) dividem a sexualidade na adolescência em 04 etapas, onde estão reunidas as características mais importantes do desenvolvimento psicosexual deste grupo, conforme o quadro abaixo:

Quadro 2: Desenvolvimento Sexual na Adolescência

ETAPA	IDADE	MOTIVAÇÃO	MANIFESTAÇÃO
ISOLAMENTO	12 - 14 anos	Muitas modificações puberais	Meninos tendem a buscar companhia do mesmo sexo. Meninas procuram o sexo oposto. Rejeição ao banho. Linguagem obscena (palavrões). Masturbação.
INCERTEZA	14 - 15 anos	Domínio relativo sobre as mudanças corporais. Procura de figuras de identificação não parentais	Idealização. Amigo íntimo. Canalização da energia sexual através de contos, confidências. Masturbação. Experiências homossexuais.
ABERTURA PARA A HETEROSEXUALIDADE	15 - 17 anos	Afirmação da identidade sexual Narcisismo	Relações entre ambos os sexos, intensas, ambivalentes, com pouco compromisso, fugazes.
CONSOLIDAÇÃO	17 - 19 anos	Identidade definida	Maior estabilidade emocional. Busca de objeto amoroso único. Capacidade de troca (dar e receber).

*Fonte: CODEPPS. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – **Manual de atenção à saúde do adolescente**. Secretaria da Saúde. São Paulo: SMS, 2006.*

Alguns aspectos do comportamento sexual na adolescência merecem comentários à parte, pelas peculiaridades com que se apresentam.

Masturbação

A masturbação é definida como a procura solitária do prazer sexual, através da auto-estimulação.

No início da adolescência a atividade masturbatória apresenta caráter basicamente explorador, sendo acompanhada de curiosidade, experimentação e avaliação do desempenho, principalmente no sexo masculino. Com o amadurecimento, a masturbação passa a se direcionar para a busca do orgasmo, com o objetivo de saciar a necessidade sexual.

A freqüência da prática masturbatória entre os meninos é bem maior do que nas meninas. Embora a masturbação tenha sofrido uma série de recriminações

morais e religiosas no decorrer dos tempos e de, ainda hoje, ser motivo de vários tabus, sua prática na adolescência funciona para o adolescente como uma forma de auto-conhecimento e busca de prazer.

Polução noturna

A polução noturna acontece quando os espermatozoides já formados não são eliminados através da masturbação ou da relação sexual e buscam uma saída durante o sono. Este processo seria decorrente de um estímulo cerebral para sonhos eróticos que levariam ao orgasmo. Apesar de se tratar de uma particularidade fisiológica, esta ejaculação noturna involuntária às vezes causa constrangimento ao adolescente, que deve ser tranquilizado quanto a sua normalidade.

Jogos sexuais

Na segunda etapa do desenvolvimento, quando existe uma tendência maior ao contato físico e o comportamento ainda é basicamente explorador, podem surgir atividades sexuais entre adolescentes do mesmo sexo. É a chamada fase pubertária homossexual do desenvolvimento. A ocorrência de eventuais relações entre indivíduos do mesmo sexo no início da adolescência não significa necessariamente orientação homossexual.

O “ficar”

O “ficar” é definido como o namoro corporal sem compromisso social. Pode incluir carícias, beijos, abraços, toques e até relação sexual, sendo que, na maioria das situações, o grau de intimidade depende do consentimento da adolescente.

Como aspecto positivo, identifica-se a descoberta da sexualidade ocorrendo entre jovens da mesma faixa etária, porém, o que preocupa é o fato do “ficar” iniciar-se exatamente na fase exploratória do desenvolvimento, onde, além da ausência de

compromisso, a onipotência, a negação e os comportamentos de risco são aspectos característicos.

Iniciação sexual

Adolescentes de ambos os sexos têm iniciado sua vida sexual cada vez mais cedo. Diversos estudos brasileiros têm revelado uma tendência de antecipação do início da vida sexual, principalmente entre as mulheres, por meio da observação da diminuição da idade em que ocorre a primeira relação sexual (BENFAM, 1996; Melo e Yazaki, 1998). Como exemplo, tem-se o estudo realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000b) em que o valor mediano do início da vida sexual, em 1984, foi 16,0 anos entre as mulheres com uma tendência a acontecer mais cedo entre os adolescentes de classes sociais menos favorecidas. Já em 1998, a idade mediana verificada diminuiu para 15,0 anos. A proporção de mulheres que tiveram a primeira relação sexual antes dos 14 anos praticamente dobrou entre 1984 e 1998 (13,6% e 32,3% respectivamente) (Borges, 2007; BENFAM, 1996).

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), 32,8% dos jovens brasileiros entre 12 e 17 anos já iniciaram a sua vida sexual, sendo que destes, 61% são rapazes e 39% são moças. Quanto menor a escolaridade, mais cedo começa a vida sexual. A gravidez logo após o início da vida sexual é freqüente (UNESCO, 2004; Aquino et all, 2003; Villela e Doreto, 2006).

Nessa fase da vida, a sexualidade torna-se forte fator motivador a permeia todas as atividades e os pensamentos. O sexo torna-se o assunto predileto de conversa, o ponto principal das preocupações e o script mais freqüente dos sonhos. O adolescente, que sempre prefere fazer a planejar, tem enorme dificuldade em adiar

a realização de seus desejos; além do estímulo do grupo, os jovens têm grande curiosidade de experimentação e premente necessidade de testar-se, o que os leva a arriscarem-se a provar o novo, sem o temor das conseqüências (Vitiello e Conceição, 1990).

A maior parte das adolescentes experimenta o desejo sexual de modo diferente dos rapazes; enquanto para os meninos o impulso é urgente, eminentemente genital, e separado da noção de amor, nas meninas, ele é difuso e associado a outros sentimentos.

O início da sua vida sexual tem sido motivado por várias razões, entre elas a falta de comunicação na família, a adesão aos valores grupais relacionados à liberdade e à sexualidade, as mensagens eróticas transmitidas e incentivadas de forma indiscriminada pela mídia, o modismo, a auto-afirmação, para não “perder” o namorado, a solidão além de outras. Kahhale, psicóloga que desenvolveu um estudo com adolescentes grávidas no Hospital das Clínicas de São Paulo, em entrevista à revista feminina de grande circulação, refere que percebeu que *"as adolescentes tinham mesmo era curiosidade de saber como era uma transa. Na verdade, uma mistura de timidez e curiosidade, temperada com muita desinformação"*.

Impulsionadas pelos seus parceiros, pelos meios de comunicação e por sensações, como curiosidade, desejo, necessidade de afeto ou de independência, as adolescentes freqüentemente agem por impulso e envolvem-se em atividades sexuais sem estarem emocionalmente preparados/as.

Para que a experiência sexual seja enriquecedora, algumas condições são consideradas como necessárias: o indivíduo precisa estar informado a respeito dos aspectos biológicos e preventivos da sexualidade, deve ser capaz de lidar com eventuais pressões familiares e sociais, com o aprofundamento da relação, e deve

estar apto a exercer essa atividade de maneira agradável para ambos, livre de culpa e consciente. Ou seja, não induzida pelo medo de perder o outro ou pela incapacidade de dizer não.

Segundo vários autores (Duarte, 1996; Sant'anna e Coates, 2006; Vitiello e Conceição, 1990), entre os fatores biológicos, o início cada vez mais precoce da puberdade e da idade da menarca tem acarretado uma antecipação da iniciação sexual e também o aumento de gravidez na adolescência.

Do ponto de vista biológico, com 14 anos, a depender da maturação hormonal, uma adolescente está pronta para engravidar. Psicologicamente, ela vive o descompasso de ter a estrutura psicológica e social de uma menina no corpo de uma mulher. Somado a isso, existem maiores riscos na gravidez de uma adolescente em desenvolver transtornos como anemia, hipertensão que se desenvolve durante a gestação, apresentar pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou de ter indicação de uma cesariana. Além disso, há maior risco em o bebê nascer prematuro, com baixo peso ou ter seu desenvolvimento prejudicado, principalmente se não realizar um pré-natal desde o início da gravidez.

Para Vitiello e Conceição (1990), as causas do surgimento da primeira menstruação (menarca) ser cada vez mais precoce, ainda não muito claras, mas sabe-se que a menarca é uma decorrência de níveis elevados de esteróides sexuais de origem ovariana. Com isso, é possível afirmar que as adolescentes estão ficando biologicamente aptas para a reprodução, e, portanto para o exercício da sexualidade, cada vez mais precocemente. Enquanto isso, do ponto de vista psicossocial, na maior parte das vezes, principalmente no início da adolescência, a maturidade psicoemocional não acompanha a biológica.

Segundo os mesmos autores, os adolescentes, preparados, maduros ou não, tem iniciado suas atividades sexuais cada vez mais cedo. A sexualidade aflorada própria da fase hormonal e da curiosidade, do instinto de aventura e da onipotência, além dos motivos já citados anteriormente, levam os e as adolescentes a ingressarem prematuramente em relacionamentos sexuais a dois, sem a compreensão acerca dos significados e riscos.

Assim, está estabelecido um paradoxo: o intervalo entre o preparo biológico para a sexualidade (menarca) e a permissão social para exercê-la vai ficando cada vez mais longo, o que sem dúvida estimula o exercício despreparado e extra-oficial da sexualidade.

É importante salientar o papel dos meios de comunicação, particularmente da televisão. Por este meio toda a população, sem distinção de idade, tem recebido um alto conteúdo sexual nas programações e propagandas veiculadas pela TV, com mensagens que valorizam o sensacionalismo, a erotização, as relações casuais, estabelecendo-se uma relação direta com características do comportamento adolescente: tendência grupal, onipotência, atemporalidade e pensamento mágico. Nas novelas e seriados, a maioria dos atores são jovens e belos, mudam constantemente de parceiros, não usam métodos contraceptivos nem proteção contra DST e, mesmo assim, não se contaminam, não engravidam e os finais são sempre felizes. Essa imagem irreal do comportamento sexual aliado ao despreparo do adolescente pode resultar em uma barreira para o desenvolvimento de atitudes e valores saudáveis a respeito do sexo.

Da mesma forma, o apelo tem sido abusivo, utilizando o corpo e a sexualidade exaustivamente para divulgar e vender produtos das mais variadas naturezas, de

cerveja a sabão em pó, ou mesmo a felicidade por meio de um cartão de crédito. Diante da banalização da sexualidade a educação sexual tem sido uma tarefa difícil.

De acordo com a pesquisa de Kahhale, o repertório sexual das garotas é bastante limitado, a grande maioria não se masturba ou toca o corpo para se conhecer, têm vergonha de tirar a roupa e confessam que a relação sexual é iniciativa do rapaz. A autora pôde constatar que quanto melhor conhecerem o próprio corpo, e quanto mais correta e não fantasiosa for a informação recebida, mais tardiamente os adolescentes se iniciarão na prática do sexo genital.

A atitude ambígua da sociedade com relação à sexualidade dos adolescentes, unida à omissão dos adultos responsáveis, leva a que sua vivência se dê de maneira conflituosa. Ao mesmo tempo em que a sociedade condena a iniciação sexual precoce há um estímulo ao erotismo. A sexualidade da jovem é mais reprimida que a dos rapazes, dificilmente a garota assume abertamente o início de sua vida sexual e é sobre ela que a maior responsabilidade sobre a gravidez irá cair. Os jovens não são educados para a vida sexual responsável. A ausência de projeto de vida faz com que os adolescentes e jovens se relacionem com sua sexualidade sem responsabilidade. Ainda existe a imaturidade própria da faixa etária, onde predomina o imediatismo emocional, sem visar o bem estar a longo prazo.

Hoje em dia, as metas impostas aos jovens se tornaram cada vez mais materiais e, associadas à insegurança, levam o/a adolescente a não cultivar o afeto e a troca, procurando na maioria das vezes, apenas o prazer momentâneo (Sant'Anna e Coates, 2006).

Cada vez mais frequentemente a iniciação sexual de adolescentes tem sido feita aos pares, ocasionalmente até poucos dias após o início do namoro, quando não em uma relação ocasional, o "ficar". Pesquisas recentes, realizadas em São

Paulo, mostram que a primeira relação sexual mais freqüentemente ocorre na casa dos pais do rapaz (Vitiello e Conceição, 1990). O lado positivo da descoberta a dois é ofuscado pela inexperiência e pelas condições normalmente adversas em que ocorre a primeira relação.

De acordo com os mesmos autores, a expectativa que cerca o sexo e o orgasmo, vendidos pelos meios de comunicação como uma verdadeira apoteose, tem sido causa de uma verdadeira confusão na mente dos jovens e adolescentes. A idéia transmitida principalmente pelas revistas e em programas de TV é de que o orgasmo é a meta fundamental da existência.

Por conta disso, os/as adolescentes desenvolvem muitas expectativas em torno do orgasmo, sentindo-se na obrigação de ter um excelente desempenho sexual e ter múltiplos orgasmos, como prova de masculinidade ou de feminilidade e a chance de uma frustração é grande. Tal fato complica muito a compreensão e a prática da sexualidade entre eles, que passam a considerarem-se anormais, quando esse objetivo não é alcançado.

Muitas vezes mal conhecem suas próprias zonas erógenas e as relações ocorrem em uma situação “clandestina”, permeada de insegurança, de medo de ser surpreendidos por alguém e com tempo restrito. Muitas adolescentes, quando relatam sobre sua iniciação sexual, têm lembranças desagradáveis, quando não traumatizantes (Vitiello e Conceição, 1990)..

São raras as adolescentes que conseguem ter uma visão positiva da sexualidade, compreendendo-a como um bem, como uma forma de aprofundar um relacionamento afetivo, como maneira de buscar e dar prazer sem machucar o parceiro nem a si mesma. A imensa maioria das jovens age como se não

conhecesse - ou não quisesse conhecer - sequer as possíveis conseqüências negativas da prática sexual (Vitiello e Conceição, 1990).

Associar sexo a afeto, a responsabilidade das escolhas perante as possíveis conseqüências e promover a saúde sexual entre adolescentes e jovens transformou-se em um desafio. É um tema freqüente de discussão e debate entre pais, educadores e profissionais de saúde, tendo como objetivo encontrar maneiras de informar, ouvir suas dúvidas e pontos de vista, orientar os jovens no sentido de vivenciar sua sexualidade da melhor forma, de promover sua auto-estima, auto-valorização e praticar sexo com segurança (Rappaport, 1995). É preciso investir no autoconhecimento e no conhecimento de seus corpos, das suas zonas erógenas. Estimular para que desenvolvam uma relação com seu prazer individual, com a sua sexualidade e com a vida. Assim poderão aprender a viver de uma forma mais segura e tranqüila a sua própria sexualidade, diminuindo ansiedades e frustrações nos relacionamentos a dois. Ao mesmo tempo é preciso praticar vivências no sentido de desgenitalizar as relações, treinando abraços, carinhos e outras demonstrações de afetividade entre si.

Educação sexual

Atualmente a vida sexual se inicia em idade cada vez mais precoce e de forma pouco responsável. Os adolescentes não têm informações consistentes e que possam incorporar sobre o desenvolvimento e a saúde sexual e, embora recebam muitas informações sobre sexo, nem sempre sabem tanto quanto aparentam saber. Como isso acarreta muitos transtornos, é importante dar-lhes todos os instrumentos para que saibam lidar com a situação (que pode ser o primeiro beijo ou a primeira

relação sexual propriamente dita) de forma mais respaldada e com mais responsabilidade.

Têm pouco acesso à orientação e a serviços de planejamento familiar, sendo a fonte de seu saber, muitas vezes, conceitos equivocados, carregados de tabus, oriundos de colegas e amigos que também não tiveram acesso à educação em sexualidade. As conversas começam interessantes e posteriormente acabam na vulgarização, deixando sérias dúvidas sobre a validade do conteúdo e a seriedade do diálogo (Muza e Costa, 2002; Martins et al, 2006). Portanto, a desinformação neste setor se torna um círculo vicioso, difícil de romper. Programas educacionais em saúde e serviços de prevenção necessitam ser implantados como ação efetiva antes que as adolescentes se envolvam em comportamentos de risco (Romero et al, 2007).

Gomes et al (2002) descreveram como insatisfatório o conhecimento dos jovens quando o assunto é sexualidade; as meninas são mais informadas que os rapazes, pois participam de forma assídua de ações sobre educação sexual.

Não há dúvida de que, atualmente, as adolescentes falam mais sobre sexo com os pais. Contudo, as conversas transitam apenas na superficialidade, não há esclarecimento sobre a necessidade de alguns cuidados antes da iniciação sexual e do conhecimento adequado dos métodos contraceptivos.

Cardozo et al (2002) estudando o comportamento sexual de adolescentes do sexo feminino em Salvador, Bahia, relataram que a mãe é a principal interlocutora quando o assunto é sexualidade.

A família é a principal reguladora da sexualidade e as informações recebidas limitam-se à explicação de regras de condutas e estão apoiadas em valores que priorizam a manutenção do sistema familiar. Os pais geralmente não percebem que a

família deveria estar disponível para oferecer tais informações; assim, elas passam a ser obtidas por meio de revistas, amigas, colegas de escola, longe dos olhos dos pais (Dias e Gomes, 1999).

O modelo familiar funciona como fator protetor para o comportamento de risco do/a adolescente, principalmente quando estão presentes o amor, o compromisso, o respeito e limites, com autoridade e afeto, nunca com autoritarismo, sendo necessários ensinamentos sobre o uso da liberdade vinculado à responsabilidade (Saito, 2001). Os pais têm perdido a referência sobre a autoridade e muitas vezes abusam do poder em busca de resgatar algum controle sobre os filhos, o que decorre em um afastamento ainda maior e uma crescente dificuldade de comunicação entre os dois lados.

Whitaker et al (1999) observaram que a comunicação entre pais e filhos sobre o início da vida sexual e sobre sexualidade auxilia na redução do comportamento de risco e aumenta os índices de uso dos métodos preventivos durante as atividades sexuais. Da mesma maneira, escolas que tem programas de educação sexual auxiliam nestes aspectos (Haggstrom-Nordin et al, 2002).

A inclusão da educação sexual nas escolas contribui para postergar a iniciação sexual e não há evidências de que o ensino estimule a adolescente a ter relações sexuais (Saito, 1998; Hassan e Creatsas, 2002), como querem alguns. Mesmo porque, as DST constituem-se ainda em sério problema de saúde pública, principalmente na adolescência, podendo deixar seqüelas, curáveis ou não, como infertilidade, gravidez ectópica, câncer genital, doença hepática crônica, entre outras.

Neste sentido, é fundamental enfatizar o lado positivo da sexualidade, como o prazer, a afetividade, o envolvimento, a responsabilidade, como possibilidade efetiva

de preservar a saúde física e emocional do/a adolescente e de seus pares. O foco não deve ser mantido apenas nos comportamentos de risco.

Por meio da informação, os/as adolescentes precisam ser estimulados a pensar e instrumentalizados para a fazer escolhas. Na transmissão destes conhecimentos, não se pode esquecer o grupo, principal referência para o adolescente. Os jovens devem ser envolvidos no processo e incentivados a se tornarem agentes multiplicadores, uma vez que são eles a mais importante fonte de informação para seus companheiros.

Quanto aos profissionais de saúde, sua atuação pode ser extremamente ampla, estendendo-se do apoio aos adolescentes ao suporte familiar e ao fornecimento de subsídios para os educadores. Para isso, é necessário que, além de adquirir qualificação, estes profissionais sejam sensíveis aos múltiplos aspectos correlacionados à sexualidade e adotem uma postura adequada em relação aos adolescentes.

Apesar da televisão ser também fonte de informação, as redes de televisão têm pouquíssimos programas educacionais sobre o tema. A omissão da escola e da família como fontes primárias de informação no que diz respeito à educação sexual, autorizou que a mídia ocupasse esse papel “não exatamente educativo”, baseada em uma postura permissiva da sociedade. É primordial que os pais reassumam o seu papel formador e preparem-se para educar sexualmente seus filhos, complementados pelas informações transmitidas pelas escolas e por outros meios.

Ao discutir as questões relacionadas com a sexualidade, o primeiro objetivo do médico de adolescentes é que tenham uma vida sexual sadia. Por exemplo, preservativos masculinos todos conhecem e sabem que devem ser usadas em todas as relações sexuais. É preciso, no entanto, oferecer também a camisinha feminina e

frisar que um dos dois precisa usar, independente da relação ser estável ou não ou de quem seja o/a parceiro/a ou. A atitude do profissional de saúde deverá ser baseada no conhecimento, pautada pelo acolhimento, pelos valores de saúde e pela possibilidade de troca, de aprender com o outro, nunca em uma relação verticalizada.

Quanto aos médicos como fonte de informação, os autores tentam explicar que, possivelmente, o pouco tempo para o atendimento e as dificuldades de acesso ao profissional, principalmente na rede pública, fazem com que tenham sua atenção voltada mais para o diagnóstico e tratamento de doenças e disponha de poucas oportunidades para abordar a prevenção (Gomes et al, 2002; Whitaker et al, 1999; Haggstrom-Nordin et al, 2002).

Segundo Cavasin et al (2004), é importante observar que o recorte etário dos 10 aos 14 anos entre as mulheres sexualmente reprodutivas é fato recente. Antes do último censo (2000) o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não apresentava dados disponíveis sobre fecundidade para essa faixa etária. A ausência desses dados durante décadas não significa a ausência de vida sexual e reprodutiva nessa faixa etária, como afirma nas entrelinhas, o *pensar dominante* da nossa sociedade, segundo o qual *“os assuntos referentes à sexualidade e à saúde reprodutiva não deveriam estar relacionados com pessoas de tão pouca idade!”* (Cavasin et al, 2004).

As causas de morbi-mortalidade entre os adolescentes têm sido bastante documentadas, bem como potencialmente passíveis de prevenção. Há que se fazer um esforço cada vez maior para a união dos pais, educadores, profissionais da saúde, comunidade e mídia em um objetivo comum, qual seja a atenção integral à saúde do adolescente, que inicia pela educação (Romero et al, 2007).

Existem vários fatores importantes que podem influenciar de modo adverso a

saúde sexual e reprodutiva da adolescente, comprometendo o seu processo natural de crescimento e desenvolvimento, entre os quais pode-se citar a gravidez precoce, muitas vezes indesejada, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), os acidentes, a violência, os maus tratos, o uso de drogas e a evasão escolar (Albino et al, 2005; Borges e Schor, 2002).

Um caminho efetivo na educação sexual, seja por pais, professores, profissionais de saúde ou outros, talvez seja associar o preservativo ao prazer resultante da segurança que ele proporciona. Pode-se relacionar ao uso do preservativo a um maior controle sobre a ejaculação, retardando-a e possibilitando desta forma um maior tempo e prazer e que a parceira também atinja o orgasmo. Não usá-lo significa correr riscos de engravidar sem querer e/ou sem poder, ou de ficar doente e até morrer. O uso da camisinha feminina pode oferecer maior tranquilidade e garantia ante a redução dos riscos e seu uso pode resultar em um ganho semelhante ao que a pílula anticoncepcional trouxe em seu surgimento.

DST

Entre as possíveis conseqüências da prática sexual está o risco de contaminação pelas doenças sexualmente transmissíveis. Com a mudança no comportamento sexual e social das mulheres a partir da década de 60, as adolescentes também, de uma forma ou de outra, absorveram a idéia de liberdade. Como os adultos daquela época não conviviam com a ameaça do HIV, não aprenderam a associar liberdade à proteção. Nem a passar aos filhos essa mensagem com naturalidade, já que a prática é o critério da verdade e é difícil convencer alguém de algo que não acreditamos ou fazemos.

A falta de familiaridade com preservativos, de conversas livres de preconceitos, repressões ou tabus, a sensação de impunidade e invulnerabilidade, típico resquício do “pensamento mágico” infantil que ainda sobrevive na adolescência, faz com que eles e elas ignorem e desprezem as medidas profiláticas e o tratamento precoce das DST. Por outro lado está novamente a “onipotência”, um sentimento próprio dos adolescentes e que os levam a imaginar que com eles “nunca nada ruim vai acontecer”. Sentem-se imunes às doenças em geral e a qualquer perigo, expondo-se diante das DST e da Aids, sem qualquer medida preventiva, como o uso do preservativo (Suplicy, 1995).

Na esfera social, os baixos níveis escolar e socioeconômico estão associados às DST, assim como o uso de álcool e drogas, já comprovados por diversos estudos (Taquette et al, 2005; Villela e Doreto, 2005). Os modelos de gênero também são responsáveis por atividades que colocam em risco a saúde da mulher ao imporem a esta última uma conduta submissa em relação ao homem que a impede de negociar o uso do preservativo nos intercursos sexuais.

No Brasil não há informações sobre a prevalência de DST entre adolescentes, mas estudos isolados demonstram que a incidência das DST entre adolescentes vem aumentando (Taquette et al, 2005). Constituem-se ainda em sério problema de saúde pública, podendo levar a conseqüências imediatas ou a médio e longo prazos, curáveis ou não, como a doença hepática crônica, as uretrites, salpingites, infertilidade, gravidez ectópica e câncer de colo uterino, entre outras (Brasil, 2007; Saito, 1998; Hassan e Creatsas, 2002).

O número de casos notificados encontra-se bem abaixo das estimativas, mas neste contexto destaca-se a Aids, que mostra uma tendência à heterossexualização,

ao aumento de sua prevalência em mulheres, em jovens e na população de baixa renda (Chequer, 1998; Brasil, 2007).

Do total de casos de Aids notificados ao Ministério da Saúde (MS) até fevereiro de 1998, 43% situam-se entre 20 e 34 anos. Como o tempo de latência da doença é longo, podendo durar até 11 anos, provavelmente muitos destes pacientes se contaminaram na adolescência (Taquette et al, 2003).

Até junho de 2006, do total de casos notificados no Brasil, 67,2% foram do sexo masculino (290.917 casos) e 32,8% do feminino (142.138 casos). A razão de sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher, em 1986, para 1,5 homens por mulher, em 2005 (Gráfico 1).

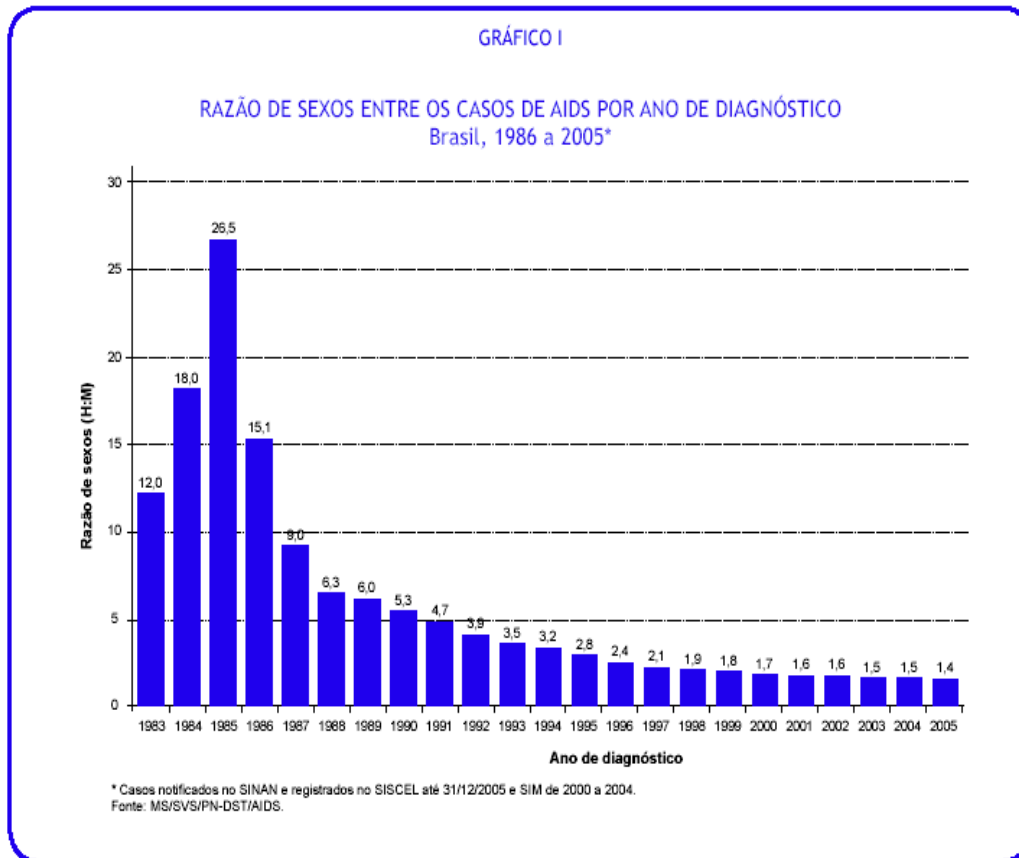
Verifica-se, também, um aumento progressivo do número de municípios brasileiros com pelo menos um caso de Aids em mulheres desde 1980, o que indica que a interiorização vem sendo acompanhada por um processo de feminização da epidemia. Tal processo se apresenta mais acentuado em algumas regiões do que em outras e tende a acompanhar o deslocamento que se verifica com a mobilidade populacional sazonal e permanente nas zonas de expansão das fronteiras agropecuária e de mineração.

A epidemia de Aids vem, progressivamente, se interiorizando e atingindo as pessoas em situação de pobreza. Tanto no Brasil quanto em outros países em desenvolvimento, a pobreza é apontada como um dos contextos estruturais da vulnerabilidade para as DST/HIV/Aids.

Embora o grau de escolaridade isoladamente não seja suficiente para indicar a condição socioeconômica da população afetada pela epidemia, essa medida é a que mais se aproxima como indicador de pobreza. Nesse sentido, os dados mostram que 52% dos casos entre mulheres são entre aquelas que não têm nenhuma

escolaridade e entre aquelas que não concluíram o primeiro grau do ensino fundamental (com 1 a 3 anos de estudos 29% e com 4 a 7 anos de estudo).

Gráfico 1: Razão entre os sexos para os casos de Aids por ano de diagnóstico, representando a feminização da epidemia:



Fonte: Plano Integrado de ENFRENTAMENTO da FEMINIZAÇÃO da Epidemia de Aids e outras DST (Brasil, 2007).

Outro indicador importante é a escolaridade das mulheres gestantes diagnosticadas com HIV, que confirma a tendência verificada de pauperização da epidemia. Dos 31.921 casos de gestantes HIV+, 3% são analfabetas, 13% têm apenas três anos de estudos e 39% têm entre 4 e 7 anos de estudos (Brasil, 2007).

A partir do momento em que existem protocolos de atendimento às DST, definindo como “*see and treat*” a melhor conduta como forma de melhorar imediatamente os sinais e sintomas clínicos, de evitar o agravamento, as complicações, além de propiciar a interrupção da cadeia de transmissão, são, de alguma forma, perdidas as oportunidades de confirmação diagnóstica, visibilidade e controle epidemiológico.

A abordagem sindrômica permite que no mesmo atendimento seja realizado o diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados. É possível que exames laboratoriais sejam colhidos ou oferecidos, de acordo com a disponibilidade de cada serviço ou unidade de saúde. Já a conduta não depende dos resultados dos exames, que servem para confirmação diagnóstica. Aspectos importantes para garantir a efetividade são: atenção à adesão ao tratamento, diminuição à exposição aos riscos, para a convocação, orientação e tratamento de parceiros, incentivo ao uso de preservativos e outros aspectos.

Um fator determinante é que a vigilância epidemiológica em vigor pelo Ministério da Saúde define a obrigatoriedade de notificação (notificação compulsória) apenas em casos de resultados positivos para Aids e infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas; Sífilis congênita e em gestantes. Para as outras DST, recomenda-se a notificação universal via Sistema Nacional de Notificação – SINAN, baseadas nas principais síndromes clínicas: úlceras, corrimentos ou verrugas (Brasil, 2006).

Um aspecto que influencia a falta de controle epidemiológico é que cerca de 70% das pessoas com DST busquem tratamento em farmácias. Além disso, muitas DST são assintomáticas, principalmente entre as mulheres (Codes *et all*, 2002).

Outro fator extremamente interessante em relação à invisibilidade às DST na adolescência é a própria invisibilidade quanto à sexualidade, à atividade sexual nessa fase. As políticas públicas ainda não envolveram suficientemente este grupo como representante de uma série de questões relevantes, como alvo de agravos e exposição a vários problemas de saúde pública.

Fatores biológicos, psicológicos e sociais podem aumentar a vulnerabilidade das adolescentes às DST. Do ponto de vista biológico, o epitélio cilíndrico do colo do útero na adolescência se encontra mais exposto e alguns microorganismos têm predileção por este tecido. A baixa idade da menarca pode levar a um início precoce da atividade sexual, aumentando a probabilidade de infecção (Adih e Alexander, 1999). Instáveis, susceptíveis a influências grupais e familiares, estas jovens beneficiam-se de um bom relacionamento familiar também para proteger-se das DST.

Segundo Codes *et all* (2002), em estudo realizado na rede pública, as adolescentes com DST referiram mais freqüentemente nunca ou apenas às vezes usar preservativo em suas relações sexuais, comparadas com aquelas sem DST, diferença que foi estatisticamente significativa. Entre adolescentes é comum a dispensa do uso de camisinha quando estas se consideram saudáveis e confiam no parceiro. No entanto, há evidências de alta incidência de infecções genitais assintomáticas em mulheres sexualmente ativas.

Como já mencionado, pesquisas mostram que os modelos de gênero predominantes em nossa sociedade expõem as mulheres às DST/Aids (Paiva *et all*, 2003). Ser mulher, então, associa-se à submissão, cuidado e temor em relação ao homem, enfim, resignação ao papel cristalizado de objeto do controle masculino. A desigualdade de poder nas relações entre homens e mulheres é um dos motivos da

dificuldade que ambos têm em discutir formas seguras de exercer a sexualidade (Lowndes, 1999). Deste modo, a vulnerabilidade feminina aumenta, pois lhe falta a possibilidade de negociação e domínio de suas relações sexuais em termos de fidelidade mútua e utilização da camisinha pelo homem.

Quanto ao preservativo, a intervenção das equipes de saúde deve incidir primordialmente na promoção de seu uso constante em todas as relações sexuais, visto que a redução dos outros fatores de risco parece depender mais de ações que abarcam outras esferas. As campanhas de incentivo à utilização das camisinhas masculina e feminina devem ser intensificadas. Esta é a principal tarefa a ser abraçada pelas equipes de saúde que trabalham com adolescentes. No Brasil, o preservativo é pouco usado pelos jovens. Segundo dados do Ministério da Saúde, os menores índices de uso se encontram entre 15 e 19 anos, possivelmente sem considerar a faixa de 10 a 14 anos como idade reprodutiva. Nos países desenvolvidos, em especial na França, os programas de saúde realizados no sentido de reduzir o risco de infecção pelo HIV provocaram uma mudança profunda na sexualidade da juventude. Houve um aumento notável da utilização do preservativo, especialmente no início da vida sexual. No ano de 1993, 75% dos jovens franceses entre 15 e 18 anos tiveram sua primeira relação sexual com camisinha, sendo que em 1985 este percentual fora de 7% (Rudelic-Fernandez, 2002).

Dentre os fatores individuais responsáveis pelo aumento da incidência das DST e Aids entre adolescentes estão a diminuição da idade de início das relações sexuais, o aumento do número de parceiros e a ausência do uso de preservativo.

Já o “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST”, lançado em março de 2007, aponta outros fatores sociais, políticos e culturais que influenciam nesta realidade epidemiológica (Brasil, 2007).

Entre eles estão a inexistência ou a insuficiência de políticas públicas que efetivem os direitos humanos das mulheres, conforme estabelecido em diferentes instrumentos acordados internacionalmente como a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995) e o Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994); a persistência de um olhar sobre a saúde das mulheres com um enfoque meramente reprodutivo, concentrando esforços na proteção à maternidade; a falta de acesso a serviços de saúde que promovam a efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de meninas e mulheres; a falta de acesso à educação por parte de vastos contingentes de meninas e mulheres (Brasil, 2007).

Além disso, a persistência de padrões culturais e religiosos que interferem negativamente na adoção de medidas preventivas, como o uso do preservativo tanto masculino quanto feminino e a violência doméstica e sexual têm interferido para a configuração da situação atual. A violência – e mesmo o medo de sofrer violência – impede que muitas mulheres e meninas tomem conhecimento de ou informem seu status de soropositividade para HIV. Ao mesmo tempo, o preconceito, o medo de discriminação e a vergonha são responsáveis, dentre outros fatores, pelo retardamento com que elas procuram serviços de saúde especializados.

Estima-se que 90% das pessoas vivendo com HIV, em todo o mundo, não sabem que estão infectadas, e menos de 10% das mulheres grávidas fizeram teste de HIV. Mulheres HIV positivas sofrem discriminação, abandono e violência. O mesmo acontece com mulheres cujos parceiros ficam doentes ou morrem devido a doenças oportunistas relacionadas à Aids. Elas perdem seus lares, herança, posses, meios de subsistência e mesmo suas crianças.

Em estudo realizado por Taquete *et al* (2003), os participantes da pesquisa

concordam que os jovens em geral se preocupam pouco com DST/AIDS, pois não acreditam que isso possa lhes acontecer, não pensam no futuro. Referem existir bastante informação sobre DST/ AIDS, mas os jovens não buscam se manter informados. A seguir um comentário dos participantes sobre os adolescentes *"... A maioria não pensa em AIDS, eles não pensam no futuro, só no presente... eles não procuram se informar, não 'esquentam', não têm responsabilidade, fazem as coisas sem pensar nas conseqüências"*

Em Baltimore, Estados Unidos, Ricardo (1994) realizou uma pesquisa com jovens americanos de origem africana sobre violência no relacionamento afetivo e observou uma conexão entre o comportamento de risco para AIDS (múltiplos parceiros, o não uso de preservativos e a prostituição) e relacionamentos violentos (vitimização e perpetração emocional e física). Segundo Taquette *et all* (2003), podemos afirmar, portanto, que nas relações sexuais com desigualdade de poder onde um dos parceiros subestima, amedronta e faz calar o outro, há grande risco de se contrair DST/Aids.

Um aspecto fundamental a ser considerado na análise tanto da vulnerabilidade individual quanto da social são as relações desiguais de gênero, isto é, as relações de poder existente entre homens e mulheres. Essas desigualdades também delineiam diferentes formas e níveis de discriminação quanto ao exercício da sexualidade feminina.

Com efeito, esse poder diferenciado entre mulheres e homens também amplia a vulnerabilidade das mulheres, pois relega a sexualidade feminina ao silêncio, sobretudo, no que diz respeito aos cuidados com o corpo e com a saúde sexual; e ainda pela violência física e sexual contra mulheres adultas, crianças e adolescentes (Diniz, 2001).

Na perspectiva da nossa sociedade, noções como a de que os homens devem iniciar a vida sexual o mais cedo possível, ter muitas parceiras sexuais, “controlar” suas parceiras e que as práticas sexuais sem o uso do preservativo são mais prazerosas, se constituem o centro da vulnerabilidade das mulheres no que diz respeito à prevenção da infecção pelo HIV/Aids e outras DST.

Retratando mais uma forma de vulnerabilidade feminina, a reprodução de papéis tradicionais nas relações de gênero e das relações de poder entre os gêneros interfere na capacidade de negociação de práticas de sexo mais seguro com seus parceiros.

As respostas à ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis entre jovens não podem prescindir de ações estruturadas para a promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, contribuindo para a redução das vulnerabilidades, sobretudo quando nos reportamos a feminização da epidemia de Aids em nosso país. Fatores externos constituem uma poderosa influência sobre como os adolescentes e os jovens pensam e se comportam – o meio em que eles vivem, os veículos de comunicação de massa, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas, e o sistema legal e político (Brasil, 2007). Tais fatores podem se constituir em importantes fontes para o equacionamento da epidemia entre os jovens e como referências para a promoção de práticas sexuais seguras e saudáveis.

Estudos de opinião vêm demonstrando que os jovens se apresentam cada vez mais participativos e conscientes em relação ao exercício da sexualidade de forma saudável e segura. O Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, uma parceria do Ministério da Saúde e da Educação trouxe para dentro das escolas a reflexão sobre sexualidade, saúde reprodutiva, cuidado com a saúde de modo geral,

mobilizando toda a comunidade escolar. De outra parte e apesar dos avanços alcançados até aqui, sobretudo no que se refere ao uso da camisinha, os jovens continuam se infectando e muitas de suas necessidades de saúde não são resolvidas. Quando trazemos à tona a situação da epidemia entre os jovens, destaca-se o cenário em que vivem as mulheres jovens, pois muitas são ainda privadas do acesso à educação formal, principalmente as meninas que vivem em situações de pobreza. Muitas encontram dificuldades de diálogo e de negociação de práticas sexuais seguras com seus parceiros, muitas são vítimas de violência sexual dentro da própria casa, muitas outras são vítimas de exploração sexual comercial como forma de compensar as privações econômicas e sociais em que vivem. Tal situação, em que se imbricam fatores biológicos e psicológicos, culturais, socioeconômicos e políticos, pode aumentar a vulnerabilidade desse segmento populacional aos mais diversificados agravos à saúde, especialmente em situações em que não haja a garantia dos direitos de cidadania (Brasil, 2007).

A disseminação da Aids potencializa a vulnerabilidade de crianças e adolescentes, conforme aponta o *Informe da Secretaria Regional para o Estudo da América Latina, Cuba e Caribe*. Há casos mais graves, em que, para sobreviver, meninos e meninas com Aids acabam submetendo-se a tarefas perigosas ou à exploração sexual. Tais situações os expõem a um risco ainda maior de infecção pelo vírus HIV, em um ciclo que passa a se retroalimentar-. Na América Latina e Caribe, o HIV/Aids afeta atualmente 48 mil meninos e meninas com menos de 15 anos e 735 mil adolescentes e jovens entre 15 e 24 anos (ANDI, 2007).

Os dados apresentados indicam que a abordagem do sexo seguro entre jovens continua sendo necessária, exigindo esforços de produção de estratégias

criativas que façam sentido nos diferentes contextos sócio-culturais nos quais os jovens experimentam o sexo (Villela e Doreto, 2006).

Definitivamente, é preciso estimular positivamente o sexo seguro. Associar o uso do preservativo ao prazer com à segurança que ele proporciona. Outra estratégia é associá-lo ao melhor “desempenho sexual”, estimulando o uso do preservativo como forma de retardar e ejaculação e com isso proporcionar mais tempo para a parceira atingir o orgasmo. Outra forma de empoderar as mulheres e aumentar seu protagonismo, diminuindo sua vulnerabilidade nas relações é apresentá-las e treiná-las ao uso da camisinha feminina. Esta mudança nos costumes a médio e longo prazos poderá fazer uma enorme diferença.

É preciso investir mais em políticas públicas no sentido de melhorar o acesso aos preservativos. A distribuição poderia ser domiciliar, pelas equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, a fim de disponibilizar os recursos, o que, provavelmente incrementaria a taxa de uso em todas as idades, principalmente entre os adolescentes. A população não tem conhecimento da realidade dos dados em relação à feminização da epidemia de HIV/Aids. A informação também pode ser um grande estímulo ao uso de proteção pelas mulheres. É preciso ficar no inconsciente coletivo de toda a população, mas principalmente dos adolescentes e jovens que sexo = proteção. Isto significa não correr riscos de engravidar sem querer e/ou sem poder ou de adoecer e/ou até morrer.

SAÚDE REPRODUTIVA

Direitos sexuais e direitos reprodutivos

Segundo o Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens (Brasil, 2006) a saúde sexual e a saúde reprodutiva de

adolescentes e jovens têm sido foco de inúmeros e profundos debates, questionamentos e controvérsias. A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos dessa população é uma questão de direitos humanos e propicia o pleno exercício do direito fundamental à saúde.

Em relação aos direitos reprodutivos, algumas ações têm sido implementadas no sentido da prevenção da gravidez. Experiências de intervenção que trabalham a vulnerabilidade dessa população, combatendo a violência, a discriminação de gênero, promovendo a auto-estima e garantindo os direitos de cidadania, mostram os benefícios que tais medidas apresentam na vida dessas jovens (Ventura e Corrêa, 2006).

A despeito de méritos inequívocos, tanto a Convenção Internacional sobre os Direitos das Crianças e Adolescentes como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) possuem algumas limitações. A primeira está relacionada à neutralidade adotada no diploma legal do ponto de vista de gênero, não contendo definições expressas passíveis de tratar de forma adequada a desigualdade entre meninos e meninas. Este não é um aspecto menor quando se trata de pensar o equilíbrio entre tutela e liberdades, pois uma das expressões da desigualdade de gênero é o diferencial de autonomia entre homens e mulheres. Além disto, tanto a Convenção quanto o ECA carecem de conteúdos referentes a situações envolvendo sexualidade e reprodução que não sejam aquelas relacionadas à violência sexual, do abuso e à exploração (Ventura e Corrêa, 2006).

No plano internacional estas deficiências podem ser supridas pelas definições adotadas nos documentos da *Conferência de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994)* e na *IV Conferência Mundial da Mulher (Beijing, 1995)*, que incluíram capítulos ou seções sobre os direitos e a saúde sexual e reprodutiva, e adotaram medidas

específicas voltadas para as meninas. Muito embora os documentos das conferências não sejam considerados leis internacionais que vinculam os sistemas legais, como as convenções internacionais, seu conteúdo têm balizado, recentemente, as recomendações dos Comitês de Vigilância de Direitos Humanos, que correspondem a instâncias de jurisprudência internacional, cujos países signatários encontram-se vinculados, como o Brasil (Ventura e Corrêa, 2006).

Apesar destas transformações positivas e progressistas persistem, no Brasil e em outros países, dificuldades para aplicar e interpretar adequadamente a legislação específica, em especial quando se trata da sexualidade e reprodução na adolescência. Uma primeira dificuldade se deve a que tanto os instrumentos legais nacionais quanto os documentos internacionais enfatizam aspectos patológicos relacionados à sexualidade e à reprodução, tais como: abuso, violência, exploração sexual e não se voltam expressamente aos aspectos positivos do exercício da sexualidade e reprodução nesta faixa etária.

A controvérsia mais recorrente está relacionada à definição legal de capacidade para o exercício próprio de direitos. Segundo o *Código Civil Brasileiro* esta só é plena para os atos da vida civil aos 18 anos, permitindo um exercício relativo a partir dos 16 anos. No *Código Penal* é proibido manter relação sexual com qualquer pessoa menor de 14 anos, implicando a prática em presunção de violência. Na *Lei Eleitoral* é permitido aos 16 anos votar, o que é um direito fundamental de cidadania, e na lei trabalhista o trabalho só é permitido para os maiores de 16 anos (Ventura e Corrêa, 2006).

Estes diversos marcos etários na legislação seriam boas razões para que se tivesse grande cautela em relação à definição legal de autonomia sexual e reprodutiva a partir dos 18 anos. Contudo, na interpretação de alguns, como a

definição legal neste âmbito não é expressa, os profissionais da área da saúde e educação devem condicionar a assistência à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes à anuência dos responsáveis legais, enquanto reformas legislativas não assegurarem respaldo legal expresso para intervir sem risco de processos judiciais ou acusação de desrespeito às normas existentes.

Pesquisa realizada por Duarte (1996), indica que na grande maioria dos casos, as adolescentes tinham informações sobre a necessidade do uso de contraceptivos.

Um primeiro passo não é estritamente jurídico-legal, mas político. Trata-se de um esforço para um melhor equilíbrio do peso relativo dos sistemas legais. Isto implica produzir novos consensos "normativos" relativos às questões de adolescência, sexualidade e reprodução, a partir da produção de diálogo e de argumentos que envolvam, não apenas a justiça, mas também atores vinculados à educação, saúde, segurança e os/as próprios/as adolescentes. Isto não significa deixar de lançar mão de recursos jurídicos e éticos que forneçam interpretações favoráveis, fundadas em princípios disponíveis nos sistemas normativos, tais como o princípio da dignidade da pessoa humana e do melhor interesse da criança e do adolescente. O esperado é que esta operação forneça critérios válidos para aplicação das normas legais e éticas, garantindo e promovendo o acesso dos adolescentes aos meios e recursos necessários para aquisição da competência da autonomia e de seu exercício (Schramm, 2005). Algumas interpretações e recomendações já estabelecidas consensualmente no plano internacional e nacional demonstram esta possibilidade.

O Comitê sobre os Direitos da Criança do alto comissariado da Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu a dimensão normativa da formulação das

conferências do Cairo e de Pequim em relação aos adolescentes, na *Recomendação Geral n.4* (CRC/GC/2003/4) (United Nations, 2003), sob o título *Saúde e Desenvolvimento dos Adolescentes no Contexto da Convenção dos Direitos da Criança*. A recomendação extrai dos artigos da Convenção sobre os Direitos da Criança que tratam do direito à vida, liberdade, saúde, educação, não discriminação, as diretrizes que devem nortear as ações e interpretações dos estados-partes, inclusive, em relação aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes.

Para assistência integral à saúde do adolescente o Comitê da Criança recomenda que os estados estimulem o respeito ao direito à privacidade, à confidencialidade e ao consentimento informado desse segmento, proporcionando e garantindo práticas de aconselhamento individual, e que as informações prestadas só sejam reveladas com consentimento do adolescente ou nos casos em que é permitida a quebra de sigilo em relação aos adultos. Aos adolescentes com maturidade deve ser garantido o direito de solicitar serviço ou tratamento, ou quando o/a adolescente não possui maturidade suficiente antes do consentimento dos pais deve ser assegurado sempre o direito de livre expressão da sua decisão. Ressalta ainda que os países devam facilitar o acesso do adolescente à informação sobre sexualidade e reprodução e implementar programas relativos à saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, métodos contraceptivos, aborto seguro nas circunstâncias em que a lei do país permita aconselhamento e serviços obstétricos adequados (Ventura e Corrêa, 2006).

Contracepção

A relação das adolescentes com seus parceiros sexuais nem sempre é protagonizada por elas mesmas, principalmente devido à grande parte delas envolver

desigualdade de poder, já que a maior parte apresenta considerável diferença de idade. Isto sem contar na diferença de tamanho, de força física, de poder aquisitivo, de poder de sedução, e tantas outras oriundas das construções desiguais de gênero.

Segundo a experiência clínica, à adolescente nem sempre cabe a escolha de quando, onde ou como terá uma relação sexual. Na maior parte das vezes o máximo que consegue determinar é com quem. Partindo desse princípio, não conseguem “negociar” o uso de preservativos, nem para proteção de DST, nem como forma acessível de evitar a gravidez.

Muitas vezes a primeira relação sexual já é fruto de uma relação desigual, onde a adolescente se sente usada para satisfazer outra pessoa, vítima de uma sedução sutil, em um contexto em que à princípio se considerava ser a sedutora. Quando inquiridas sobre a possibilidade de terem vivido uma violência sexual, não entendem o significado, dentro de suas perspectivas, justificando suas experiências pelo fato de estarem apaixonadas.

Elas desconhecem seu próprio aparelho genital, quanto mais sua função sexual e ou reprodutiva. Para adquirir instrução anticoncepcional adequada, muitas jovens acabam se valendo de leituras mal compreendidas ou de conselhos desinformados de outras adolescentes. O adolescente, dentro do machismo predominante em nossa sociedade, freqüentemente se omite ou se recusa a participar da anticoncepção, transferindo a total responsabilidade quase sempre à mulher. Como resultado, observou-se nas últimas três décadas um aumento do número de adolescentes grávidas e do número de abortamentos provocados resultantes em internamentos (PNDS, 2008; Brasil. Pacto Nacional, 2004).

De acordo com Kahhale, nas classes mais humildes se pode falar em ignorância sobre métodos anticoncepcionais como mais uma explicação para o

problema, mas na classe média, 92,45% das meninas que engravidaram conheciam pelo menos um método anticoncepcional e 24,7%, mais de um método para evitar a gravidez.

A presença de bloqueios emocionais (fatores que interferem de forma consciente ou inconsciente no uso inadequado de métodos anticoncepcionais) pode ocorrer nesta faixa etária e os mais importantes são o pensamento mágico (“isto nunca vai acontecer comigo”), a confirmação de sua fertilidade, a agressão aos pais, o sentimento de culpa e desejo de ser mãe. Estes fatores associados à baixa auto-estima, dificuldades de relacionamento familiar e carência afetiva levam a garota a engravidar (Sant’Anna e Coates, 2006).

A tecnologia no campo da contracepção e a assistência no âmbito da saúde reprodutiva e sexual têm avançado ultimamente, todavia, muitas adolescentes ainda engravidam sem terem planejado sua gestação (Pinto e Silva, 1998). Segundo Mandu (2002), *"A sociedade como um todo, mostra-se pseudopermissiva, permitindo e estimulando o exercício da atividade sexual dos jovens, proibindo, porém, a gravidez precoce, como se a capacidade reprodutiva pudesse ser analisada de modo isolado e independente da sexualidade"*.

Nas últimas duas décadas, inúmeros estudos têm sido feitos tomando como objeto a adolescência como resultado de mudanças na valorização social desse grupo. O interesse sobre o comportamento contraceptivo de adolescentes vem crescendo, especialmente pela relevância social conferida à gravidez nessa faixa etária.

Entre os temas predominantes em investigações nacionais e estrangeiras cuja população de estudo é esse grupo etário, encontram-se os relacionados à

fecundidade, ao uso de contraceptivos e à gravidez, bem como à prevenção das DST/Aids (Almeida et al, 2003; BEMFAM, 1999).

Em estudo comparativo de dados da pesquisa DHS (Demography and Health Survey) (Blanc e,Way, 1998) em 37 países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, verificou-se que embora quase todos adolescentes pesquisados refiram conhecer pelo menos um método contraceptivo, seu uso tem-se revelado de pequena magnitude e de modo irregular. Isso é consistente com resultados nacionais (Béria, 1998), indicando que o uso da contracepção não tem, necessariamente, uma relação direta com o conhecimento dos adolescentes, envolvendo outros determinantes.

A literatura consultada apresenta que o acesso à informação adequada, mas também aos contraceptivos, têm sido os aspectos mais enfatizados nos programas destinados aos adolescentes (Lourenço, 2006; Altmann,2007). Entretanto, outras questões como papel da família nas decisões relacionadas ao comportamento sexual e às escolhas contraceptivas dos adolescentes têm sido pouco privilegiadas, tanto nos estudos, quanto nas intervenções voltadas a este grupo.

Entre os adolescentes que tiveram relação sexual e referiram não usar contracepção nos últimos seis meses, a imprevisibilidade das relações foi o principal motivo alegado para o não uso em ambos os sexos. Em especial para os homens, aparece igualmente importante o incômodo causado pelo método (provavelmente o preservativo masculino).

Analisando os fatores associados ao uso de contraceptivos, a primeira constatação relevante é a ausência de associações estatisticamente significantes com o conhecimento sobre contracepção, concepção e fertilidade. Isso é consistente com outros estudos que revelam que o alto conhecimento de métodos anticoncepcionais não está necessariamente relacionado ao uso mais freqüente ou

correto dos mesmos (Blanc e Way, 1998).

A parceria estável na primeira relação sexual esteve associada positivamente ao uso de contracepção entre as adolescentes do sexo feminino na primeira relação sexual, porém, o mesmo cuidado não se manteve na última relação sexual. Entre os homens, este tipo de parceria apresenta-se positivamente associado ao uso de contraceptivos nas três condições estudadas. Estudos realizados em outros contextos, envolvendo norte-americanos (Manning et al, 2000) e suíços (Narring et al, 2000) também evidenciaram um uso menos freqüente de anticoncepção na primeira relação sexual quando esta ocorreu em um relacionamento casual. .

É possível supor que estabilidade do relacionamento propicie um maior tempo para a negociação de uso de contracepção entre os parceiros. Todavia, a exemplo do que é descrito em outros estudos nacionais (Béria, 1998) entre as mulheres observa-se uma tendência à flexibilização do uso do preservativo masculino, quando o parceiro é conhecido e a relação torna-se estável. A decisão é motivada, sobretudo, pela crença de que o não uso de preservativo seria uma prova de fidelidade. Em contrapartida, ao estabelecer este tipo de parceria, as mulheres tenderiam a optar pelo contraceptivo oral, ou outros métodos no lugar do preservativo masculino (Almeida *et al*, 2003; Brasil, 2000; Pantoja, 2003)

Cabe ressaltar que o namoro, em geral, assume características tradicionais e obedece a uma hierarquia de gênero na qual cabe à mulher determinar o ritmo e a dinâmica da relação. A primeira relação sexual é referida pelas meninas como um acontecimento marcado por muita insistência dos parceiros, tendo a mesma, por essa razão, se dado em geral, de forma desprotegida. Tal dado aponta uma forte divisão de gênero na cultura sexual desse grupo, comportamento que permanece predominante na cultura sexual brasileira. A primeira experiência sexual tende a se

dar de forma desprotegida em razão da persistência dessa definição de papéis de gênero, na qual se espera da mulher um comportamento passivo e do homem um comportamento ativo (Pantoja, 2003). Este fenômeno aponta mais uma vez para a existência de uma desigualdade ampla de poder entre as partes, seja ela etária, na maturidade psicoemocional e social ou em outras naturezas.

Nesse sentido, o preparo para uma primeira relação, implicaria a postura ativa por parte da mulher, atitude que poderia passar a idéia de que elas seriam "experientes", o que por sua vez colocaria dúvidas sobre a sua moralidade. Esse dado sugere existir uma correlação entre a fragilidade da aceitação social da sexualidade juvenil feminina e a fraqueza cada vez maior da aceitação social da contracepção. Remete, portanto, para a lógica da proteção entre o grupo, sobretudo quando se observa que nenhuma das adolescentes do estudo afirmou ter o parceiro usado a camisinha como forma de proteção durante a relação, muito embora tenham demonstrado amplo conhecimento da importância de sua utilização (Pantoja, 2003; Villela e Doreto, 2006).

A maior incidência de gravidez entre jovens pobres e de menor escolaridade sugere a dificuldade de acesso a informações sobre contracepção e aos insumos contraceptivos. No entanto, o conhecimento sobre métodos contraceptivos não garante seu uso. Estudo conduzido em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, com 100 puérperas adolescentes mostrou que 79% conheciam um número de métodos anticoncepcionais entre alto ou regular e 76% tinham um bom conhecimento sobre os atributos dos contraceptivos (Gera, 2004). Pesquisa realizada em São Paulo em 2004 mostra que embora 87% dos jovens tenham declarado conhecer os métodos contraceptivos, 70% tiveram a primeira relação sexual sem nenhuma proteção (Takiuti, 2006), o que pode ser resultado de um modelo de socialização que recusa

às mulheres o exercício da sexualidade, fazendo com que as meninas não desenvolvam habilidades para falar de sexo e sintam-se pouco à vontade para abordar o tema com o parceiro (Villela e Doreto, 2006).

Estudo realizado em três capitais brasileiras, com cerca de 2.600 mulheres jovens (Aquino *et all*, 2003), mostra que entre as que conversaram com os parceiros sobre contracepção houve maior taxa de uso de contraceptivos na primeira relação e menor taxa de gravidez.

Do mesmo modo, aquelas cujas mães e os pais conversaram sobre sexo, gravidez e modos de evitar filhos, ou que tiveram alguma orientação sexual na escola engravidaram menos. A mesma pesquisa mostra que não ocorreu gravidez entre as jovens que só "ficavam" (forma de experimentação sexual onde não há compromisso, podendo ou não haver uma relação sexual completa) e que a taxa de gravidez entre as meninas que ficavam e namoravam foi menor do que entre as que só namoravam, evidenciando que, para as meninas, a experimentação sexual facilita a autonomia (Aquino *et all*, 2003).

É necessário lembrar que as jovens dispõem de um leque restrito de opções contraceptivas: a pílula, que pode ser comprada livremente nas farmácias, desde que haja recursos para isso, ou pode ser obtida em unidades de saúde, se houver um médico que a prescreva, o que nem sempre ocorre, pois muitos relutam em prescrever pílulas para jovens, e o preservativo, cujo uso depende da vontade do parceiro. O uso deste método tem crescido nos últimos anos, segundo o Ministério da Saúde, principalmente por rapazes, que o usam quase que duas vezes mais que as moças (65% vs. 35%). No entanto, entre os moços que nunca usaram preservativos, 83% pertencem às classes C e D (Villela e Doreto, 2006).

Outro estudo, (Oliveira-Costa *et all*, 2005) realizado em Feira de Santana com

438 mães entre 10 e 19 anos, mostra que 32,6% coabitavam com o pai da criança e 34,5% dos parceiros também tinham menos de 19 anos; entre as jovens, 85% eram analfabetas ou tinham apenas o ensino fundamental e 60% dos rapazes tinham concluído ou estavam cursando o ensino fundamental; 54,7% dos parceiros não trabalhavam ou auferiam renda inferior a um salário mínimo. Ou seja, os jovens pais também se encontram em uma situação de grande vulnerabilidade social. No entanto, pode-se supor que para muitos rapazes a paternidade e o trabalho necessário ao sustento da prole significam a sua identificação com o grupo de "trabalhadores" e "pais", e não o de "jovens". Ser pai é tornar-se "homem", podendo significar uma contraface compensatória da impossibilidade de ser "jovem" (Villela e Doreto, 2006)

Ainda de acordo com Villela e Doreto (2006), os adolescentes e jovens são distintos entre si e lidam com a sua sexualidade de forma diversa. O uso do preservativo é o oposto da espontaneidade que se costuma atribuir ao sexo e à juventude. Assim, o estímulo ao uso do preservativo deve incluir a dimensão do erotismo e da praticidade, não apenas o medo.

FECUNDIDADE

Chama a atenção um artigo publicado numa coluna semanal de um dos jornais de maior circulação no país. O artigo, não por acaso assinado por um médico, tem como título "*O silêncio diante da explosão demográfica*" (Varella, 2002, p. 12). Ele se inicia apontando dados demográficos e afirmando que "*em 30 anos, dobramos a população e multiplicamos os problemas sociais*". Essa preocupação é ampliada pela observação de que o crescimento das taxas de natalidade estaria ocorrendo justamente entre meninas na faixa etária de 15 a 19 anos, que geralmente acabam

criando seus filhos ou filhas sozinhas, sem o apoio paterno. Afirma o autor: *“Meninas e meninos criados nessas comunidades pobres dependerão de enormes investimentos em políticas sociais para sobreviver com um mínimo de dignidade. Virão ao mundo em maternidades públicas, precisarão de postos de saúde, programas de distribuição de leite, escolas e hospitais gratuitos, merenda escolar, casas populares e, mais tarde, polícia nas ruas e cadeia para prender os que não se comportarem como cidadãos de respeito”*.

O planejamento familiar deve ser considerado prioridade absoluta em saúde pública como forma de garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos às pessoas que desejam ou não ter filhos. Os recursos necessários para levá-los às populações mais carentes do país são insignificantes quando comparados ao custo social da explosão de gestações não planejadas nos dias atuais (Altmann, 2007).

O discurso do referido médico relacionando razões de saúde pública, bem como a relação custo-benefício para o Estado tinha um tom imperativo quanto à necessidade de planejamento e administração do “problema” que é aqui ressaltado. A partir do fenômeno da gravidez entre jovens, percebido como mais agudo por se tratar de “comunidades pobres” e “populações mais carentes”, o autor prevê o desdobramento de uma cadeia de problemas sociais que devem ser evitados. (Altmann, 2007).

Para exemplificar, Dimenstein (2002) *apud* Altmann (2007), ao escrever sobre o mesmo tema, refere-se à maternidade nessa faixa etária como *“uma das maiores calamidades brasileiras”*.

Assim, quando se fala sobre a “gravidez na adolescência”, o que está em questão não é apenas o “drama” dessas jovens, sua saúde ou a suposição de que isso arruinaria suas vidas e futuros. Não se trata somente de uma questão individual:

trata-se também de um problema populacional que deve ser objeto de políticas públicas. Quando a escola é convocada a intervir, ela busca intervir na vida do corpo e na vida da espécie, na saúde individual e coletiva, na vida das/os jovens, bem como na regulação e organização da população.

A visibilidade social adquirida pela chamada "gravidez na adolescência" está também relacionada a outros fatores, como as demandas sociais em torno da mulher, da maternidade, da juventude e da criança.

Já incorporada ao inconsciente coletivo, a gravidez nessa faixa etária tem sempre adjetivos negativos acompanhando-a, como precoce, indesejada ou não-planejada, demonstra que essa é considerada uma época inadequada para a maternidade e a paternidade, que devem ser postergadas e planejadas. Esses termos demonstram um pouco do modo de se conceber a gravidez hoje em dia: ela deve ocorrer em determinado período da vida da mulher, deve ser desejada e racionalmente planejada. A expressão indesejada é muitas vezes utilizada em referência à "gravidez não-planejada", pois, muitas vezes, mesmo na adolescência, a gravidez é desejada (Altmann, 2005).

A cobrança social por uma maternidade programada, implica que a criança desejada chegue no momento certo, com uma estrutura física, financeira e familiar coerentes, e em que o casal possa lhe oferecer espaço em suas vidas com a segurança e estabilidade necessários. O aparecimento de novas expectativas sociais em relação à juventude é um dos elementos que, segundo Heilborn *et all* (2002), tornam o fenômeno consideravelmente mais visível. Em seu artigo, ela relata que *"a gravidez na adolescência desponta como um desperdício de oportunidades, como uma subordinação – precoce – a um papel do qual, durante tantos anos as mulheres, tentaram se desvencilhar"*.

No Brasil, a taxa de fecundidade tem diminuído gradativamente em todas as faixas etárias inclusive na adolescência, embora entre as adolescentes em um ritmo bem menos acelerado que em outras idades. Em alguns estados a gravidez na adolescência é mais expressiva entre os 10 e os 14 anos que dos 15 aos 19 anos e este fato é extremamente preocupante, pois na maioria das vezes, não ocorre de forma planejada ou desejada.

Um dos aspectos que tem chamado a atenção de demógrafos é a mudança na estrutura etária da fecundidade nas últimas décadas. Segundo Berquó e Cavenaghi (2003), o peso relativo do recorte etário de 10 a 14 anos nas taxas de fecundidade passou de 0,24% em 1991 para 0,57% em 2000: “A fecundidade desse grupo teve, no período, um crescimento de 108%, variando de 0,0013 a 0,0024” (*op. cit.*, p. 5). Segundo o Censo Demográfico de 2000, na faixa de 10 a 14 anos (8.569.844 adolescentes do sexo feminino), 0,43% delas já havia engravidado (37.282 adolescentes) enquanto que na faixa de 15 a 19 anos (8.921.295 adolescentes do sexo feminino), 15% já tinham tido filhos (1.340.551 adolescentes) e destas 21% tiveram mais de um filho (IBGE, 2000).

De uma forma ainda discreta, porém crescente, as adolescentes de 10 a 14 anos vêm adquirindo visibilidade em relação às suas especificidades pelas políticas públicas, seja em relação à sua saúde, à educação e no que se refere aos seus direitos. Elas foram incluídas entre as mulheres na faixa etária de idade reprodutiva, no último Censo Demográfico do IBGE (2000). Isto amplia a possibilidade de se estabelecerem séries históricas e políticas públicas relacionadas aos direitos reprodutivos também para este grupo (Rede Feminista de Saúde, 2004).

Os indicadores sociais têm demonstrado que é necessário que algo seja feito. A sensibilização da sociedade e dos governantes vem ocorrendo a partir dos dados

demográficos que apontam um incremento no número de gestações na adolescência, principalmente nos primeiros anos desta fase (10 a 14). As famílias, os professores, os profissionais de saúde e os gestores têm se deparado com essa situação com uma frequência que assusta, choca. Não faz parte da “programação” a gravidez na adolescência, menos ainda em idades tão precoces.

Os coeficientes de fecundidade de jovens de uma mesma faixa etária são distintos em função da sua inserção social. Em 1996, por exemplo, as adolescentes mais pobres apresentavam uma fecundidade de 128 por mil mulheres, enquanto que para as mais ricas este coeficiente era de 13 por mil mulheres (Rede Feminista de Saúde, 2004; Villela e Doreto, 2006). Ou seja, jovens com mais renda, que dispõem de um leque maior de oportunidades na vida para além da maternidade, tendem a postergar o início da vida reprodutiva e têm mais acesso aos meios contraceptivos. Além disso, se for necessário, é possível interromper uma eventual gravidez com segurança.

A escolaridade também interfere na fecundidade: quanto mais escolarizada, menor é a fecundidade da jovem. Isso sugere que, para algumas jovens, pobres e pouco escolarizadas, convivendo com apelos de consumo e percebendo-se apartadas das possibilidades apresentadas, talvez um dia a gravidez não seja um problema, e sim uma solução, um meio de aquisição de identidade e função social. O problema passa a existir na medida em que não existem ações que quebrem o círculo vicioso entre pobreza e exclusão para essas jovens e seus filhos (Villela e Doreto, 2006).

Em 2006, segundo dados do IBGE (PNAD/2006), a taxa de fecundidade no Brasil foi estimada em 2,0 nascimentos por mulher, indicando queda ao nível de reposição da população. A demógrafa Ana Amélia Camarano, do Ipea, disse em

entrevista ao jornal Folha de São Paulo que, mantido o atual ritmo de redução da natalidade, o país começará a perder população entre 2035 e 2040 (Mulheres de Olho, 2008).

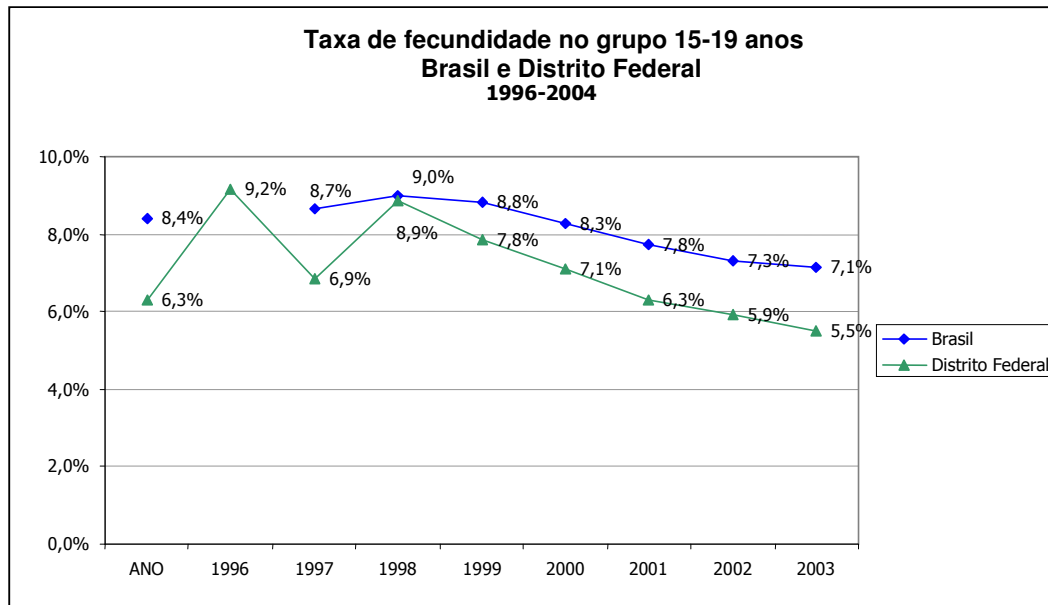
A mesma demógrafa também previu que, entre 2025 e 2030, a taxa de fecundidade baixará para 1,5 nascimentos por mulher, uma redução espantosa em relação, por exemplo, a 1984, quando esta taxa estava em 3,5. Márcia Quintsir coordenadora de Trabalho e Rendimento do IBGE, disse ao jornal que o Brasil viu sua fecundidade cair em ritmo “muito mais veloz” do que os países europeus.

Reportagem do *Estado de São Paulo* mostra que o número de adolescentes grávidas no Estado de São Paulo caiu 32% de 1998 a 2006. O jornal se baseou em levantamento realizado pela Secretaria de Estado de Saúde, segundo o qual houve, no último ano, 100.631 mulheres grávidas com menos de 20 anos, contra 148.019 casos ocorridos em 1998 (Mulheres de Olho, 2008). Enquanto isso, em 2006, os partos de jovens com menos de 20 anos representou 16.6% do total no Estado, apresentando um dos menores números desde o início da medição, em 1998. Em 2005, por exemplo, o índice era de 16.9%. Dois anos antes, o número de partos respondia por 18,4% do total.

Conforme mostra o Gráfico 2 abaixo, a taxa de fecundidade em adolescentes de 15 a 19 anos, tanto no Brasil como no DF, vem diminuindo, ao contrário do que é divulgado pela imprensa. Talvez não seja a mesma realidade das meninas de 10 a 14 anos, mais expostas, menos informadas e com menor acesso aos métodos contraceptivos. Estas até podem estar em uma curva ascendente, o que será verificado posteriormente, devido à ausência atual de dados no sistema de notificação que permitam observar a tendência de progressão. Conforme o DATASUS (Brasil, 2008) se for considerado a taxa de natalidade, o número de partos

em adolescentes de 10 a 14 anos acompanha o recorte de 15 a 19anos, ambos apresentam curva descendente.

Gráfico 2: Taxa de fecundidade no grupo 15 – 19 anos



Fonte: IBGE/DATASUS (Brasil. DATASUS, 2008).

Atualmente é atribuído às mulheres o papel de provedoras, visto a nova situação de independência feminina. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2007), apesar das mulheres concentrarem o contingente com rendimentos mais baixos, mesmo quando realizam trabalhos idênticos, é crescente o número de mulheres chefes de família no Brasil. Outro fator que contribui para as desigualdades de gênero é a sobrecarga feminina em relação aos filhos frente à instabilidade dos relacionamentos, com divórcios cada vez mais freqüentes e relações ocasionais com “produção independente”. No caso das adolescentes, a responsabilidade em relação à sobrevivência, o sustento e os cuidados com os filhos parece ser ainda mais freqüente e mais desproporcional às suas condições de empoderamento. Outro elemento “complicador social” é o aumento, ao longo das

duas últimas décadas, da proporção de gravidez e de nascimento na juventude que ocorre fora de uma união. A considerada "ilegitimidade" dessa gravidez também contribui para transformá-la em problema social.

Conforme já referido no capítulo sobre adolescência, a diminuição da fecundidade decorreu da ascensão da burguesia, permitindo aos pais dar mais atenção e investir mais sua na educação e formação dos filhos (Galland, 1996).

Na Europa, a descoberta da infância e da adolescência como idade a educar inicia-se no fim do século XVII e triunfa definitivamente no século XIX. A menarca era em torno dos 17 anos. A família operária no início da industrialização e da urbanização esteve marcada pela instabilidade de emprego e de moradia. Sua condição social e econômica impedia que construíssem um projeto de vida viável para seus filhos, seu futuro era incerto e a falta de planejamento fazia com que não dominassem sua fecundidade(Galland, 1996). Há o aumento da exposição ao risco e a diminuição da aceitação de suas conseqüências naturais.

Atualmente, ainda segundo Galland (1996), o período de indeterminação próprio da adolescência ultrapassa o tempo escolar, estendendo-se à fase de inserção profissional, ainda mais longa e mais incerta que antigamente. Além disso, as modalidades de entrada na vida adulta permanecem tributárias a modelos culturais onde as variáveis de origem social e de sexo têm lugar.

Durante a passagem da infância para a adolescência pode surgir o *desejo* de ser mãe. No entanto, a sociedade em sua maioria considera que a este desejo se relacionam inúmeras conseqüências negativas: impossibilidade de continuar os estudos e investir no futuro, abandono pelo namorado, mudanças no corpo, impossibilidade de sair e se divertir, dificuldades para cuidar do bebê, etc.

Há uma certa inadequação entre gravidez e juventude. De certo modo, a

"gravidez na adolescência" é encarada como um anacronismo, pois expectativas, demandas sociais e econômicas induzem a concepção de que essas duas experiências devam ser vividas separadamente. A juventude é atualmente concebida como um período de imaturidade, de instabilidade, em que a/o jovem deve viver novas experiências e investir na sua formação pessoal e profissional. Diferentemente, a gravidez requer uma situação mais amadurecida, estável e estruturada, seja em termos econômicos, profissionais ou pessoais. Por outro lado existem adultos que desenvolvem uma insegurança social tão grande, que nunca se sentem preparados ou "estruturados" para ter um filho, tamanha a pressão social de necessidade de perfeição, de estrutura, de planejamento minucioso para abrigar uma criança na família. Outros/as, quando resolvem, já em idades mais avançadas, após realizar tudo o que é "solicitado" ou desejado, muitas vezes já não conseguem ou desistem, por fatores relacionados à infertilidade, motivo que contribui para a diminuição demográfica.

Cabe ressaltar que essas questões não fazem parte apenas de um "imaginário" social. Elas estão concretamente inseridas nas relações sociais, no modo de organização da sociedade, no que é valorizado dentro do mercado de trabalho etc. O imperativo da formação, por exemplo, para o qual a gravidez é vista como um obstáculo, está estabelecido nas novas condições do mercado de trabalho. A queda na oferta de empregos, aliada à demanda de mão-de-obra cada vez mais qualificada, impõe um retardamento da entrada no mercado de trabalho. Daí a necessidade de diminuir as taxas de fecundidade na faixa etária mais jovem de modo a diminuir a pressão demográfica e seus problemas decorrentes.

A incapacidade de absorver toda a mão de obra disponível, somada à exigência de trabalhadores cada vez mais qualificados, faz emergir uma maior

seletividade e exclusão social. Nesse sentido, uma jovem grávida é vista como alguém que teria dificuldade em atender o que a sociedade espera dela, toda a formação exigida, assim como estaria despreparada para oferecer, a seus descendentes, estrutura, cuidados com saúde, formação educacional adequada, entre outros.

Historicamente, uma das formas da medicina penetrar na sociedade é por meio da escola. No século XIX, forjou-se no Brasil um projeto para a escola enunciado em nome da ciência, que não mais poderia permanecer vinculada à esfera privada, fosse ela religiosa ou familiar. A medicina higiênica forneceu um modelo de organização escolar calcado na razão médica, que tinha como utopia produzir uma sociedade higienizada e, para isso, escolarizada, regenerada e homogênea (Gondra, 2000).

Em nome da saúde pública, os médicos entraram na escola com o objetivo de educar as crianças e suas famílias. As concepções médico-higienistas, que influenciaram profundamente a política educacional oficial no Brasil no século XIX, também exerceram influência na educação sexual no século XX, que tinha como objetivo o combate à masturbação, às doenças venéreas e o preparo da mulher para o papel de esposa e mãe, procurando assegurar a saudável reprodução da espécie (Bonato, 1996). Hoje, apesar da força das concepções médico-sanitaristas não ser mais a mesma dos séculos XIX e XX, para Nailda Bonato, até os dias atuais, de uma forma ou de outra, elas estão presentes na escola.

Apoiando-se em um enfoque que se pergunta quanto à sua constituição histórica, foi analisado como a conduta sexual dos indivíduos e da população tornou-se objeto de análise e de diferentes intervenções médicas, pedagógicas, políticas e governamentais. A fim de garantir a saúde individual e coletiva da sociedade,

diferentes áreas de saber, como a medicina, a demografia e a educação, articulam-se no sentido não apenas de produzir novos saberes, mas também de regular e administrar a vida sexual da população. No centro dessas preocupações, destaca-se a figura da criança e do adolescente. Período de transformações e riscos, essas fases da vida tornam-se objeto sistemático de uma série de cuidados, atenções e intervenções, no sentido de garantir uma transição satisfatória para uma vida adulta que atenda a determinadas expectativas sociais. A escola, enquanto dispositivo social que atinge um grande contingente de jovens torna-se local privilegiado para expansão da educação sexual. Daí a recorrente evocação do papel que esta tem a exercer sobre essa problemática social.

2.5 GRAVIDEZ

*“Nem mesmo a melhor das soluções pode ser imposta ao indivíduo, uma vez que ela só será boa se estiver conectada a ele mediante um processo natural de desenvolvimento. A melhoria de um mal generalizado começa pelo indivíduo, e isto só quando este se responsabiliza por si mesmo, sem culpar o outro.”
(Jung, 2000)*

No Brasil, segundo dados do DATASUS, a taxa de fecundidade tem diminuído gradativamente em todas as faixas etárias, em menor proporção entre adolescentes, conforme já dito anteriormente. Em alguns estados a gravidez na adolescência é mais expressiva entre os 10 e os 14 anos que dos 15 aos 19 anos e este fato é preocupante, pois na maioria das vezes, não ocorre de forma planejada ou desejada. Mesmo quando essas mulheres adolescentes exercem seu direito de decidir, muitas vezes não têm maturidade, estrutura física, psicológica e/ ou social para assumir as conseqüências de suas escolhas, o que pode trazer mudanças em seus projetos de vida.

De qualquer forma, é quase impossível saber qual o número real de mulheres que engravida, em qualquer faixa etária. Em muitos lugares o sistema de notificação é ainda muito precário e, de qualquer forma, a ocorrência de gravidez e sua interrupção precoce podem passar despercebidas pelo conhecimento da sociedade. Muitas vezes as mulheres engravidam e nem o parceiro, a própria família ou os profissionais de saúde ficam sabendo. Os métodos utilizados para resolver a gravidez não planejada, indesejada ou desejada, mas por algum motivo, impossibilitada de ser levada adiante, são os mais variados. Eles dependem da cultura, do acesso aos serviços de saúde, da situação socioeconômica e de outros fatores. Portanto, muitas adolescentes engravidam e interrompem a gravidez sem que esses dados apareçam.

Nessa faixa etária repleta de vulnerabilidades, a gravidez é vista como indesejada, como problema, como uma situação extremamente negativa e discriminatória pela maior parte das pessoas. Muitas adolescentes são ameaçadas

diariamente em relação à ocorrência de uma gravidez, significando muitas vezes sua própria condição de sobrevivência, devido ao risco, entre outros, de serem expulsas de casa.

De acordo com Vitiello *et all* (1990), estabelecida a gestação, o “problema” passa a ter um cunho social. A jovem passa a viver um drama, em que as opções são de extrema responsabilidade e com repercussões para o resto de suas vidas. A opção pela interrupção da gravidez traz risco físico e psíquico. O casamento forçado com o parceiro sexual, apesar de ser solução do agrado de boa parte dos pais, freqüentemente conduz a casamentos mal estruturados, em que a separação ocorre por vezes até antes do nascimento da criança.

No entanto, já houve épocas em que as mulheres engravidavam mais cedo, numa idade em que hoje seria considerada precoce. Assim, a gravidez não pode ser vista como uma realidade biológica imutável, mas antes como resultado de um processo social e cultural.

Transformações sociais fizeram surgir novas imagens de mulher e de infância que contribuem para adiar a idade socialmente aceita para uma primeira gravidez. Ao mesmo tempo, transformações biológicas e psicoemocionais concorrem para o adiantamento da maturação sexual.

Alguns autores relatam que além dos riscos descritos para a mãe e para o bebê, existem conseqüências psicossociais para as adolescentes, como o abandono ou atraso dos estudos, a dificuldade na inserção no mercado de trabalho e diversas outras dificuldades, que podem perpetuar o ciclo de pobreza, dependência e de discriminações (Lourenço, 2006).

Ser mãe solteira adolescente é uma situação que pode trazer em si um enorme ônus social, com conseqüências presentes e futuras; e depois, o que fazer do

bebê? Criá-lo? Oferecê-lo à adoção, como exemplo do filme “JUNO”, que aborda os transtornos e as dificuldades em relação à gravidez na adolescência? No Brasil o processo de adoção envolve um caminho difícil, cansativo e burocrático para ambas as partes, além de bastante doloroso para a mãe de origem devido a diversos motivos.

Esses fatos são bem mais freqüentes quando a gravidez não é planejada e quando a família, a escola e a sociedade não acolhem e não fornecem o suporte para que a adolescente possa desenvolver resiliência e outros mecanismos para enfrentar as dificuldades e resolvê-las com a maturidade e responsabilidade que lhes é possível.

Ao atuar com adolescentes e jovens, é importante considerar que antes de trabalhar esse aspecto, é necessário ter a compreensão do significado de um projeto de vida. Muitas adolescentes, de acordo com sua realidade mais ou menos difícil, com poucas perspectivas, não elaboram um projeto de vida ou o fazem de acordo com suas próprias perspectivas. Segundo Picanço (2007), *“para a maioria é possível que uma gravidez ocorra por acidente. Mas para uma parte, diante de diferentes contextos socioculturais, pode significar o seu “projeto”...*

Galleta, em entrevista à revista “Criativa”, refere que é preciso se colocar no lugar dos adolescentes para entendê-los. Eles andam se perguntando: *“Os adultos estão felizes?” “É isso o que quero para mim?”* Estão descrentes da política, que para eles não leva a nada, e da educação também, porque a escola está cada vez mais defasada em relação às necessidades deles. Então, vão ser pais. Ter algo realmente deles, e só deles, como forma de inserção social. Diz ele: *“Mas isso é chocante, pois contém um recado sério para os adultos com relação à perda da cidadania e à crise dos valores sociais”*.

O desejo de engravidar pode ser consciente ou inconsciente e constitui um dos fatores que levam à gravidez na adolescência. Ele também pode estar sendo influenciado por fatores internos e externos. Um deles é o tipo de relacionamento familiar, especialmente entre pais e filhos, que propicia determinados comportamentos (Correa e Coates,1991).

Evidências têm demonstrado que a maioria das adolescentes que engravidam são filhas de mães que também engravidaram durante a adolescência. Um fenômeno psicológico (inconsciente) de repetição da história materna, podendo ser a gravidez uma tentativa de reconciliação entre mãe e filha (Correa e Coates,1991; Schiller, 1994; Moreira, 1997 ;Abdallah et all 1998).

Conforme Moreira (1997), mais da metade das adolescentes engravidada por outras causas que não o desejo pela maternidade em si. Segundo depoimento de uma adolescente em seu estudo, *"Engravidar para não perder o namorado, para sair da casa dos pais e evitar o clima familiar desagradável, para afirmar sua feminilidade através da fertilidade, para encontrar nos cuidados com o filho um objetivo para sua vida, para aplacar a solidão na companhia do filho, etc., por uma vida tortuosa, a tentativa de preencher um vazio interior"* (Moreira, 1997).

Outro fato interessante é que tem crescido a proporção de adolescentes grávidas em todas as classes sociais, onde se considera haver um maior acesso às informações, à educação sexual e a maiores esclarecimentos em casa e nas escolas, orientação médica e métodos de anticoncepção. Muitas adolescentes engravidam em busca de um desejo inconsciente de auto-afirmação como mulher sexualmente ativa. Outras buscam um objeto de amor que pode ser o filho, para preencher o vazio interior, compensar insatisfações e tristezas.

A adolescente sonha com o amor romântico, mas sonha principalmente em

formar uma nova família reparadora da família de origem. Ter um companheiro, pai da criança ou não, é uma forma de se manter dentro de um conceito de moralidade ou de ter um provedor. Há pouca clareza sobre o papel do pai da criança que, quando se torna companheiro, é visto apenas como parceiro sexual e referência afetiva para suas feridas de filha (Brandão, 2007).

Existem algumas condições que propiciam a gravidez na adolescência, levando milhares de jovens a uma experiência fora de hora, dada a inexperiência e conseqüente dificuldade em cuidar do filho que chega. Dentre os variados fatores que colaboram para que ocorra este fenômeno em grande número, destacamos a falta de objetivos encontrada nos jovens de classe social mais baixa, que acaba vislumbrando num filho a chance de ter um projeto de vida, além de encontrar a oportunidade de constituir uma identidade, uma vez que não consegue se inserir na vida profissional. Outras condições também se encontram presentes na vida desta população que engravida neste período, tais como lares desestruturados e com pequeno nível de comunicação entre pais e filhos (Ballone, 2003).

Além desses fatores, a gravidez pode resultar do desconhecimento ou uso inadequado dos métodos contraceptivos, ignorância da fisiologia da reprodução e das conseqüências das relações sexuais, utilização de métodos de baixa eficiência, diminuição da capacidade de julgamento devido ao efeito de bebidas alcoólicas e drogas, entre outros.

A busca da etiologia tem implicado em uma visão reducionista do fenômeno, pois, muito embora a gravidez na adolescência encontre-se com freqüência relacionada a um contexto de desvantagem social das garotas, é preciso considerar que sua ocorrência já se dá num âmbito pontuado por oportunidades restritas, poucas opções de vida e marcado por interrupções na trajetória escolar. Em cenários como

esse, inclusive, a maternidade pode adquirir centralidade, impondo-se muitas vezes, como uma alternativa de vida para as adolescentes, em um universo de escolhas bastante restrito. Desta forma é preciso considerar as diferenças sociais que marcam de forma distinta as etapas da vida humana e as múltiplas e variadas implicações que o evento produz sobre as trajetórias das meninas e suas redes familiares. Ademais, a utilização do critério etário na definição da adolescência, tende a obscurecer a assimetria nas relações de gênero e as possibilidades concretas e distintas de "escolha" para as garotas das diferentes camadas sociais (Stern & Garcia, 1999).

É preciso lembrar que a adolescência é caracterizada pela complexidade dos fenômenos que se desenvolvem e pela maior vulnerabilidade a diversas situações hostis.

A expressão recorrente “gravidez indesejada” e mal empregada pois em muitos casos as adolescentes “desejam” a gravidez como uma alternativa de acesso a bens de serviços e de *status*; ou, ainda, pode ser fruto da falta de acesso a métodos contraceptivos e a outras informações sobre reprodução, como também da imaturidade para negociar o uso de camisinha (Cavasin, 2004).

Quando não há perspectivas favoráveis para a elaboração de um projeto de vida, que permitam às adolescentes alçarem altos vãos, a construção do seu projeto permanece vinculado à realidade que vivenciam e atrelado às influências socioculturais que recebem. Engravidar, para muitas adolescentes é a única esperança que conseguem vislumbrar como solução para saírem da situação em que se encontram (Mandu, 2002; Pinto e Silva, 1998).

Em relação à mudança no perfil epidemiológico, a Dra. Albertina Duarte respondendo a questionamentos no Chat da Globo em 25/09/2007 21:41, refere que a gravidez na Adolescência ocorre atualmente em todas as classes sociais. Agora há

uma mudança de perfil, pois no estado de São Paulo, as adolescentes que tinham mais de 11 anos de estudo, foram 5 mil que deram à luz, enquanto que as analfabetas, foram 200. As adolescentes estão engravidando e estão na escola. O perfil predominante é filha de mãe adolescente, incidência de pai ou mãe alcoólatra e sensíveis (Duarte, 2007).

Recente estudo antropológico, no entanto, sugere outras possibilidades de interpretação, apontando o quanto tomar a idade da mãe como fator isolado para analisar os indicadores materno-infantis pode implicar uma visão reducionista do fenômeno (Pantoja, 2003). Com base nos indicadores de mortalidade perinatal, baixo peso ao nascer (BPN) e prematuridade, Costa (2002) defende ser entre os filhos de mulheres na faixa de 10 a 14 anos que o risco recai com maior ênfase e não entre todas as mães adolescentes.

É preciso romper com a atenção verticalizada em relação a adolescentes e jovens. Impor, de acordo com interesses comportamentos, escolhas e perspectivas do universo adulto, ultrapassa limites e determina obstáculos na relação, seja ela de que natureza for, quando não uma total obstrução do canal de comunicação com esses indivíduos em fase de amadurecimento físico, psíquico e social.

Muitas vezes, em situações mais favorecidas, as adolescentes são pressionadas à interrupção da gravidez, praticamente sem direito de escolha, seja pelos pais, parceiros ou responsáveis, gerando situações de violência de outras naturezas. Muitas vezes, a construção de um projeto de vida a partir da “interferência” direta da própria família se torna o motivo do desejo inconsciente ou consciente, de ter um bebê e iniciar o real protagonismo de suas vidas. A inexistência do poder de decidir pode servir de estímulo para engravidar. Isso constitui a situação inversa, mas semelhante em sua essência, ao que freqüentemente ocorre às adolescentes em

situação de pobreza, que, ao contrário, terminam levando a gravidez adiante, frente à impossibilidade de executar suas decisões. Ou aumentam os números de mortalidade materna secundária a abortamentos clandestinos.

As adolescentes têm o direito de engravidar. O que é necessário para o livre uso desse direito é o livre arbítrio, que é exercido a partir de uma escolha consciente, informada, responsável pelas suas conseqüências. É direito da adolescente priorizar a função procriativa em detrimento de seus interesses educacionais, culturais ou profissionais. Se este for seu desejo e houver condições biopsicosociais de assim o realizar, por que entender como um problema? Em relações em que não haja a desigualdade de poder, em que não haja presunção de violência, frente a escolhas conscientes, trabalhadas com as famílias, não devem ser taxadas de “problema”. O grande problema é, no entanto, que ocorre uma transferência de dependência, da família de origem para o parceiro ou para a família dele. Esse é o ponto nevrálgico em que a construção de desigualdades de gênero é apontada como determinante de desequilíbrios psicoemocional e outros oriundos desta condição. As adolescentes engravidam e ainda não se auto-sustentam, por uma organização social dos tempos atuais. Conforme já descrito no capítulo sobre adolescência, os adolescentes e jovens hoje estão sendo preparados para entrar no mercado de trabalho mais tardiamente, como mão de obra mais qualificada. Desta forma, a organização social atual “não comporta” adolescentes dependentes e ainda com filhos.

O Projeto de vida é fundamental nessa fase da vida, como em qualquer outra. Mas ele é elaborado baseado na realidade individual, nas vivências e construções feitas. Depende de inúmeros fatores, entre eles a maturidade, a espiritualidade, a configuração personológica, a cultura, a condição sócio-econômica, o meio social, enfim, as perspectivas de um futuro construídas a partir de uma base real. O melhor

projeto que muitas adolescentes podem elaborar, conscientemente ou não, pode ser engravidar, o mais rápido possível, como forma de sair da condição em que vivem, que para a percepção delas é a pior possível, desavisadas sobre a possibilidade de não ser o melhor caminho. Muitas vezes são estimuladas pelos próprios provedores, já aos 12, 13, 14 anos a namorar, como forma de sair de casa, situações em que a gravidez passa a ser uma das soluções frente ao difícil contexto econômico dos pais ou responsáveis.

Diferenças no número de adolescentes grávidas entre os países desenvolvidos são causadas, principalmente, pela garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos para adolescentes e jovens e pela disposição de efetivos métodos contraceptivos e não pelas diferenças de comportamento sexual.

Pesquisas realizadas na América Latina têm verificado que mulheres com baixa escolaridade iniciam seus relacionamentos sexuais mais precocemente em relação às de maior escolaridade.

Acredita-se hoje que o risco da gravidez na adolescência não seja apenas biológico ou obstétrico, mas muito determinado por fatores psicossociais. Esse fato estaria ligado, segundo vários estudos, à atenção inadequada destas gestantes, que ficariam imersas na problemática social e econômica de sua condição de adolescente, enfrentando situações penosas, familiares e existenciais, somadas à própria crise da adolescência. Não se encontra nada que possa fundamentar antigos conceitos de risco apenas biológico, mesmo quando se estudam as gravidezes mais precoces, em meninas mais jovens (Sant'Anna e Coates, 2006).

Entretanto, ressalta-se o importante papel do desconhecimento dos adolescentes sobre sexualidade e saúde reprodutiva, tanto por falta de orientação da família, como da escola ou do serviço de saúde. Adolescentes sem suporte

emocional, seja pela presença de conflitos na família ou ausência dos pais, apresentam poucos planos e expectativas quanto à escolaridade e profissionalização, sendo mais vulneráveis aos fatores de risco desta faixa etária.

A gravidez freqüentemente é desejada, porém não planejada. É importante salientar que a gravidez na adolescência, na maioria das vezes, parece estar ligada a fatores psicossociais associados ao ciclo de pobreza e educação que se estabelece e, principalmente, à falta de perspectiva; no horizonte dessas meninas falta escola, saúde, cultura, lazer e emprego (Sant'Anna e Coates, 2006).

Repercussões e riscos

Estudos mostram que complicações biológicas do bebê tendem a ser tanto mais freqüentes, quanto mais jovem for a mãe: há maior freqüência de prematuridade, de baixo peso ao nascer, apgar mais baixo, doenças respiratórias, trauma obstétrico, além de maior incidência de doenças perinatais e mortalidade infantil. A mortalidade pela síndrome de morte súbita durante os primeiros seis meses de vida é mais freqüente entre os filhos de mães adolescentes, que também tendem a sofrer maior número de hospitalizações por infecções ou acidentes durante toda a infância. É preciso considerar que estes riscos se associam não só à idade materna, mas a outros fatores, como a baixa escolaridade, pré-natal inadequado ou não realizado, baixa condição socioeconômica, intervalos interpartais curtos (< de 2 anos) e estado nutricional materno comprometido. (Correa e Coates, 1993).

Devido às características próprias da adolescência, período este de conflitos, oposição à realização de tarefas e a responsabilidades, ambivalência de opiniões, alteração de temporalidade, a qualidade da atenção que as mães adolescentes dispensam aos seus filhos é freqüentemente questionada, dentre tantas outras. Com

relação ao aleitamento materno, a maternidade pode ser geradora de ansiedade na mãe que não estiver adequadamente amparada, comprometendo o desempenho da lactação, sendo mais intensamente vivido por mães adolescentes. Dados da literatura revelam maior incidência de desmame precoce em mães adolescentes comparativamente às mães adultas (Sant'Anna e Coates, 2006).

A gestação pode trazer complicações orgânicas para a adolescente de várias naturezas. Há maior índice de desproporção feto-pélvica, especialmente naquelas muito jovens e ainda com seu crescimento e desenvolvimento corporal incompletos. É mais freqüente a ocorrência de morbidades e mortalidade no parto e no puerpério, assim como é também maior o número de abortos espontâneos, natimortos e mortes perinatais. Estas complicações biológicas para a mãe e filho são mais freqüentes e de maior gravidade quando a adolescente tiver 15 anos ou menos, idade ginecológica menor que dois anos ou quando ocorrem gestações múltiplas durante a adolescência, com intervalos menores do que dois anos.

Problemas físicos, psicológicos e sociais podem transtornar a adolescente gestante, que não raramente se isola da família, dos amigos, abandona a escola e procura atenção médica tardiamente, quando não somente no parto. As gestantes adolescentes, por pertencerem, na sua maioria, a classes sociais menos favorecidas, têm menor acesso a atenção médica durante a gravidez. Este isolamento da adolescente muitas vezes é endossado pela família e escola, que têm dificuldades em reconhecer e admitir a sexualidade da jovem grávida.

Entre as conseqüências psicossociais, preocupa a interrupção da escolarização e da profissionalização. São comuns a evasão, o abandono e dificuldade de retorno à escola. A baixa escolaridade e o despreparo dificultam a inserção no mercado de trabalho, perpetuando o ciclo de pobreza. Diferentes

pesquisas têm mostrado alta incidência de baixa escolaridade e pouca profissionalização entre adolescentes grávidas (Sant'Anna e Coates, 2006)..

A Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde (PNAD) de 1996, mostrou um dado alarmante: 14% das adolescentes já tinham pelo menos um filho e as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior. Entre as garotas grávidas atendidas pelo SUS no período de 1993 a 1998, houve aumento de 31% dos casos de meninas grávidas entre 10 e 14 anos. Nesses cinco anos, 50 mil adolescentes foram parar nos hospitais públicos devido a complicações de abortos clandestinos. Quase três mil na faixa dos 10 a 14 anos (Ballone, 2003).

A base de dados Sistema Único de Saúde (DATASUS/TABWIN/AIH/MS) é uma fonte importante de informação sobre a incidência de mães entre 10 a 14 anos que utilizaram os serviços por gravidez e/ou aborto. Essas informações são fornecidas pelos registros das internações para cuidados obstétricos. Os dados apontam uma diminuição do número de partos nos últimos anos entre as adolescentes.

Segundo o DATASUS, pode-se perceber que o número de nascimentos por idade da mãe apresenta uma tendência à diminuição em todas as faixas etárias. Em relação à adolescência, considerando o período entre 2000 e 2005, último ano disponível para esta análise, o número de nascimentos, considerando a faixa etária de 15 a 19 anos passa de 721.564 em 2000 para 634.385 em 2005. Na faixa de 10 a 14 anos, de um total de 28.973 em 2000 houve queda gradativa, passando para 26.752 em 2005. (Brasil. DATASUS, 2008). Apesar disso, entre todas as faixas etárias, é na adolescência que a queda na fecundidade feminina se dá de maneira mais discreta.

Para analisar a mortalidade materna e neonatal, utilizando a escolaridade como indicador de situação socioeconômica, percebe-se claramente a existência da relação direta entre os fatores. Em 1999, no grupo de mães brasileiras com menos de quatro anos de estudo, em cada 1.000 nascimentos, 93 crianças morreram. Quando a mãe tinha mais de oito anos ou mais de escolaridade, o número de mortes cai para 29,7/1.00013. Esse dado relativiza a hipótese de que os nascidos mortos, filhos de mulheres de 10 a 14 anos, estão relacionados unicamente à idade da grávida, mas também ao impacto da falta de escolaridade, que é um indicador socioeconômico de pobreza.

A escolaridade pode influir sobre outros fatores e pode ser potencializada por outros elementos de desigualdade. A chance de uma criança da região Nordeste morrer antes dos 5 anos se tiver uma mãe com até quatro anos de estudo é de 124,7 por mil. É um índice seis vezes maior do que a chance de uma criança da região Sul morrer antes dos 5 anos se tiver uma mãe com mais de oito anos de estudo (Rede Feminista de Saúde, 2003).

Considerando os óbitos por causa obstétrica na faixa etária de 10 a 14 anos, os dados demonstram que em 2005 foram 9, enquanto que dos 15 aos 19 anos foram 153. Em 2000, esse número era de 120 entre 15 a 19 anos e 7 dos 10 aos 14 anos.

Segundo dados do Datasus, o percentual de abortos, admitidos legalmente na rede de saúde, realizados em adolescentes de 10 a 14 anos tem indicado tendência de crescimento. Para as faixas etárias entre 15 a 19 anos e entre 20 a 24 anos os percentuais tem permanecido praticamente estáveis, chegando a indicar suave decréscimo nos últimos anos. Este dado indica principalmente um maior uso dos Direitos sexuais e dos Direitos Reprodutivos por essas adolescentes em situação de maior vulnerabilidade. Os casos de violência sexual, que a princípio podem incluir

todas as gestações ocorridas até os 14 anos, têm amparo da lei para a realização do aborto legal, pela presunção de violência, caso seja este o desejo da vítima. Isto significa uma maior proteção do estado, da saúde e da justiça para com a exposição e riscos a que estão sujeitas estas adolescentes (Brasil. DATASUS, 2008).

Para Berquó (2003), quando a mídia e as campanhas informativas se referem ao exercício sexual e reprodutivo dos/das adolescentes e jovens, apontam, utilizando as estatísticas, um crescimento na taxa de fecundidade das adolescentes, utilizando títulos como “gravidez precoce”, “susceptibilidade às doenças sexualmente transmissíveis”, “violência e abuso sexual”. Para a opinião pública de modo geral, a gravidez nessa fase da vida é prejudicial para as jovens, pois comprometeria suas perspectivas profissionais, além de condená-las a se tornarem chefes de família precoces, num círculo vicioso de pobreza.

Foi somente há algumas décadas que a gravidez na adolescência foi tomada como um "problema social", inserido em um quadro de "gravidade" e "risco" que passou a demandar a tomada de ações efetivas. Essa noção sobressai no contexto de um aumento significativo do número de partos realizados em hospitais, contribuindo para que, tanto no Brasil como em outros países, a questão do risco médico fosse evidenciada, difundida amplamente entre jornalistas, políticos e demógrafos (Pantoja, 2003).

O Brasil ainda tem sido apontado como um dos países que apresentam taxas acima da média mundial de gravidez na adolescência, que é de 50 nascimentos por mil mulheres (Relatório Mundial sobre População da ONU). Estudos tendem a argumentar que a gravidez na adolescência, além de repercutir em abandono da escola, redução da escolaridade contribui para a formação de famílias sem a presença do pai e pauperização dessas famílias (Abeche, 2002).

Em relação às questões que envolvem o recorte de gênero, é preciso destacar que tais repercussões atingem as mulheres jovens e adultas, uma vez que em nossa estrutura social o cuidado com os filhos é ainda exercido por elas. O Brasil dispõe de poucas creches públicas. Não há, por exemplo, uma política escolar que favoreça às jovens mães continuarem seus estudos, a despeito de terem filhos, não há políticas que favoreçam a participação dos parceiros no cuidado com os filhos (Cavasin, 2004).

Surpreendentemente, um grupo de adolescentes apresenta uma segunda, terceira ou até quarta gestação durante a adolescência, a maioria sem ter planejado (Pinto e Silva e Nogueira, 1988). Diversos autores constataram altas porcentagens de repetição da gravidez na adolescência (10 a 45%) acontecendo após pequenos intervalos entre as gestações (12-24 meses). *"Parece que a primeira gravidez indesejada não é um recurso significativamente forte para prevenir a ocorrência de outras gestações"* (Pinto e Silva, 1998; Pinto e Silva JL, 1988; Rubin, 1999; Pfitzner 2001; Coard, 1998).

A reincidência da gravidez na adolescência, embora seja freqüente em todos os níveis sociais, apresenta maior freqüência nas populações de baixa renda e nas adolescentes mais jovens, principalmente quando não há orientação contraceptiva após o parto. Pode levar à desorganização familiar, abandono escolar, afastamento social e do mercado de trabalho, além de envolver questões emocionais. Em casos de realização de pré-natal multiprofissional e seguimento do binômio mãe-filho após o parto, com orientação contraceptiva, a reincidência da gravidez no ano seguinte ao parto é consideravelmente menor.

Visto por outro ângulo, considerado o evento um fator de risco social, a gravidez nesta faixa etária resultaria da pobreza, da precariedade e da falta de

acesso aos serviços de saúde, portanto, é considerada como um reforço à pobreza e marginalidade. Uma vez indesejada, a gravidez acarretaria prejuízos para as adolescentes como, *abandono dos estudos*, dificuldade em encontrar emprego, contando as mesmas apenas com uma ajuda limitada da família (Carneiro e Matos, 1999; Pantoja, 2003).

A gravidez vista por uma nova perspectiva

Segundo Heilborn (1997), há que se ter cuidado para não incorrer em generalizações, pois a adolescência enquanto uma fase, é repleta de singularidades. Na história de vida do ser humano, é fundamental levar em consideração que não existe uma adolescência, mas sim adolescências, em função do político, do social, do momento e do contexto em que está inserido o adolescente. O mesmo autor sublinha que o tempo é marcado de forma desigual nas sociedades de classe e que em decorrência dessa desigualdade, a infância e a adolescência passam a ser pensadas e vividas de maneiras distintas.

Compondo essa rede de relações, Pantoja (2003), em sua análise, percebeu que há maior afinidade entre as adolescentes grávidas e as que vivenciam a experiência da maternidade, inclusive exercendo estas sobre as demais, grande influência e admiração. Em geral, as experiências já vividas por outras em relação à gravidez e maternidade são repassadas para aquelas que se deparam com semelhante situação, dando dicas sobre como conciliar gravidez/maternidade, escola e trabalho.

A gravidez e a maternidade podem envolver dimensões complexas, o que remete tanto à mudança de *status*, quanto à reafirmação de projetos de mobilidade social. Nas narrativas das adolescentes esse episódio foi, por diversas vezes, referido

como parte de um projeto de vida, uma espécie de "passaporte" para entrar na vida "adulta" e ser reconhecida pela família e por colegas da escola como tal. É fundamentalmente a gravidez/maternidade que propicia a reafirmação dos projetos de ascensão social, atualizando-se no esforço despendido por elas e pela família no sentido da continuidade dos estudos. Segundo uma delas: *"...Depois que tive neném deixei de ser adolescente e agora sou uma mulher adulta, não posso mais sair como antes. Agora que sou mãe tenho mais responsabilidade. Mudou muita coisa na minha vida, mudou pra melhor, sou mais respeitada pela minha família. Agora que tenho ela [a filha], a responsabilidade é muito grande, tudo o que faço é pensando nela. Agora mesmo é que preciso estudar pra poder dar um futuro melhor pra ela...porque sem o estudo a gente não é ninguém"* (R, 16 anos) (Pantoja, 2003).

Nesse contexto, o evento do chá de bebê é que expressa com maior nitidez, o caráter positivo da experiência da gravidez/maternidade. O caráter social do qual se reveste o mesmo, ficou patente tanto na forma coletiva de sua organização, quanto na maneira como todos, indistintamente, compartilharam do mesmo. Perguntas eram dirigidas à menina grávida, sobretudo em relação à gravidez e ao seu parceiro. Indagou-se pela reação de sua mãe diante da gravidez, ao que a menina respondeu ter *"recebido muito apoio"*. Perguntou-se ainda, se o futuro pai havia assumido a paternidade; à resposta positiva ficou claro que o mais importante é que o parceiro assuma o compromisso (mesmo que seja parcial) em relação ao filho. Vale assinalar ainda que, não "se amigar", nem sempre significa que a relação (namoro) não seja mantida (Pantoja, 2003).

A permanência na escola ou a continuidade dos estudos mantém uma correlação com vários fatores, entre eles, manter as redes de sociabilidades construídas nesse ambiente. Os projetos profissionais, pensados em termos de

mobilidade social futura, foram ressaltados pela maioria das entrevistadas. Do grupo de meninas entrevistadas, apenas uma afirmou não ter planos profissionais para o futuro. A continuidade dos estudos é justificada pelo desejo de entrar na faculdade para obter uma profissão e uma inserção no mercado de trabalho em condições mais favoráveis. A ênfase nos estudos mostrou-se recorrente nas falas das meninas e expressou-se em afirmações do tipo "*o estudo é tudo, pois disso depende o meu futuro e o futuro do meu filho*", relatou uma adolescente de 14anos (Pantoja, 2003).

Para a maioria das adolescentes entrevistadas, a escolarização constitui parte de um projeto de realização também pessoal, ocupando, junto com a maternidade, um lugar central nas suas vidas. Se, é importante constituir família, esta nem sempre necessita ser reproduzida sob as mesmas condições de vida de suas famílias de origem. Apesar da importância da maternidade nesse contexto, das dificuldades e das poucas alternativas de vida para essas meninas, elas não se mostram dispostas a aceitar tão somente a encenação de papéis de mães e donas-de-casa, embora sejam estes bastante valorizados por elas (Pantoja, 2003).

Portanto, ir à escola sem ter vergonha da barriga, trocar experiências com colegas e professores, ser admirada, receber elogios e, sobretudo, ser homenageada com o chá de bebê, compõe os aspectos que marcam o cotidiano dessas meninas na escola, indicativos do valor social que o evento assume nesse universo. Isso sugere a importância de se considerar a diversidade de situações em que a gravidez ocorre, não sendo a mesma, apenas indícios do desempenho de uma atividade biológica (Paim, 1998), constituindo eventos também culturais com significados distintos.

Para Pantoja, a valorização das experiências dos adolescentes, com ênfase aos episódios que antecederam a gravidez/maternidade, como o ficar/namorar, transar e, sobretudo, a rede de sociabilidade construída na escola, permitiu uma

leitura da singularidade do fenômeno para além de uma situação que tem sido, com frequência, rotulada como homogênea (Pantoja, 2003).

Ainda são poucos os serviços de saúde que atendem os/as adolescentes e jovens em suas necessidades específicas, sendo este um obstáculo ao acesso às informações e serviços que protejam a saúde e a tomada de decisão responsável dos mesmos.

Quanto maior a escolaridade da mulher, menor é a taxa de fecundidade. A diferença existente entre as taxas de fecundidade e os anos de estudo da mulher coloca em discussão a importância da educação, bem como indica a necessidade de incorporar essa perspectiva nas políticas públicas. O incremento da educação no país, o incentivo para que brasileiros/as prossigam na educação formal além do ensino fundamental têm reflexos imediatos na saúde reprodutiva de toda a população. Essa lógica vale para cidadãos de ambos os sexos e para as diferentes faixas etárias (Parker et al, 2000).

Tema de intensos debates na esfera da saúde reprodutiva, a gravidez na adolescência tem adquirido maior visibilidade social, muito às custas de um discurso vitimizador, homogeneizador e alarmista da questão, no qual o evento assume um caráter negativo, instaurador de mudanças radicais na vida das adolescentes e de suas famílias, sendo o abandono dos estudos referido como um dos seus principais prejuízos (Pantoja, 2003).

A partir da compreensão dos significados socioculturais do evento nesse universo, uma vez que para além daquilo que é normatizado como fracasso, sob outro olhar, pode estar implícita a concretização de um sonho (Hernández, 2001, *apud* Costa, 2002), ou a realização de projetos de vida e, portanto, como sucesso. Adotar essa perspectiva implica o reconhecimento de uma abordagem em que o

evento possa ser visto/estudado senão como parte importante, pelo menos como possibilidade a ser considerada dentro das experiências que definem o processo de transição juvenil, para além, portanto, da noção de "risco", "queda" ou "ruptura" freqüentemente associada ao mesmo (Costa, 2002; Bozon & Heilborn, 2001).

Considerando as perspectivas próprias das adolescentes, a partir dos significados culturais do evento gravidez nesse contexto, o mesmo não implica, para muitas, a ruptura ou abandono de projetos de vida. Ao contrário, a gravidez/maternidade é frequentemente valorizada por traduzir tanto mudanças de status social para as mesmas, quanto a afirmação de projetos de mobilidade social no futuro, justificando assim, a continuidade dos estudos diante das dificuldades que a situação impõe (Pantoja, 2003).

É importante lembrar que a gestação não programada não implica necessariamente em gravidez indesejada ou em crianças não desejadas. Muitas são rapidamente aceitas ou se transformam ao longo do processo gestacional em, claramente, desejadas, resultando em situações felizes e equilibradas (Persona *et all*, 2004).

Certamente que ampliar a rede de proteção às adolescentes e ajudá-las para que façam um bom uso do seu livre – arbítrio é de grande valia. Ao mesmo tempo, o acolhimento, o estímulo, o cuidado e se possível, outras ajudas, para a manutenção e execução de seus projetos de vida, frente a uma situação de gravidez, são as ações mais motivadoras e redutoras de danos para qualquer mulher de qualquer idade, situação socioeconômica, cor, religião, escolaridade ou com outras especificidades.

2.6 VIOLÊNCIA SEXUAL

Definições, dados epidemiológicos e fatores associados

A violência é reconhecida como um problema de saúde e de segurança pública em todo o mundo. É necessário desenvolver estratégias de tratamento para a doença violência (Lima, 2005).

Chauí (2008) define que ocorre violência toda vez que uma pessoa trata a outra como um objeto. Já a violência contra a mulher é uma relação de força que converte as diferenças entre os sexos em desigualdade. O objetivo é a dominação e toma o ser humano como uma coisa a quem resta apenas o silêncio (Chauí, 1984).

Segundo o glossário do Ministério da Saúde Violência sexual significa toda ação na qual uma pessoa em relação desigual de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização da qual o agressor tenta obter gratificação (Brasil. Glossário, 2008).

A Organização Mundial da Saúde definiu pela primeira vez em 2002, a violência como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade” (WHO, 2002).

A idéia de que a violência faz parte da natureza humana e tem raízes biológicas vem sendo atualmente contestada pela maioria dos estudiosos (Minayo, 1994). Por se tratar de um fenômeno histórico construído socialmente, a violência precisa ser compreendida por intermédio da observação das relações cotidianas associadas ao âmbito político, econômico e cultural (Minayo & Souza, 1999).

As reivindicações da sociedade civil por direitos à saúde, justiça e cidadania culminaram nas Conferências das Nações Unidas que tratam do tema saúde e direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres e jovens. No que se refere à violência, destaca-se a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará/ONU (1994), da qual o Brasil é signatário, que traz como foco principal o reconhecimento de que a violência doméstica, sexual e/ou psicológica contra a mulher é uma violação dos direitos humanos.

Nessa mesma Convenção (Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos, 1994) foi definida a violência contra a mulher como *“qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto privada”* (Taquette et all, 2003).

As desigualdades sociais, econômicas e políticas estruturais entre homens e mulheres, a diferenciação rígida de papéis, as noções de virilidade ligadas ao domínio e à honra masculina, comuns a essas sociedades e culturas, são fatores da violência de gênero. Seu impacto não se observa somente no âmbito individual, mas implicam perdas para o bem-estar, a segurança da comunidade e os direitos humanos.

O Código Penal Brasileiro, quando trata dos crimes contra a liberdade sexual e integridade física da pessoa, que inadequadamente denomina Crimes Contra os Costumes (crime de estupro, atentado violento ao pudor, sedução de menores, rapto), agrava a pena do infrator quando a vítima encontra-se na faixa etária de 14 a 21 anos. Da mesma forma, presume crime qualquer ato sexual com menor de 14 anos, constituindo um critério etário para decidir sobre o exercício da sexualidade (Brasil, 2005). Absurdamente, perante a lei, a violência sexual ainda é um crime

contra os costumes e não contra os direitos humanos, à integridade física psíquica e social.

A maturação sexual humana é acompanhada por alterações hormonais e por fatores culturais presentes no ambiente, que influenciam o comportamento sexual da adolescente, gerando relações sociais cada vez mais erotizadas. No entanto, o comportamento sexual é um comportamento biologicamente determinado, encontrando-se social e culturalmente controlado, o que não significa que o comportamento sexual da adolescente é controlado por um único conjunto de procedimentos. De acordo com alguns autores, este comportamento durante a adolescência deve-se às expectativas sociais e à modelação a partir da televisão, filmes e músicas que influenciam o espectador desde a mais tenra idade (Ballone, 2005).

A vulnerabilidade das meninas e adolescentes brasileiras frente aos estímulos e apelos socioculturais ao desenvolvimento da puberdade e ao despertar sexual precoce é imensa. O Brasil é um país tropical, banhado pelo mar de norte a sul, convidativo ao lazer e a exposição do corpo pelo clima e caracterizado internacionalmente por músicas e danças sensuais, pelas festas (carnaval, etc) e pelo futebol.

As meninas, desde muito pequenas, absorvem a cultura regional e convivem com os costumes, introjetando-os em vários aspectos. Incorporam os comportamentos, as tendências e preferências nacionais, como a alusão à bebida alcoólica e ao sexo, com muita naturalidade, por serem a referência popular e permearem o inconsciente coletivo. Faz parte do cotidiano delas os programas televisivos erotizados, o uso de pouca roupa, as músicas e danças potencialmente sensuais.

Conforme vão crescendo se inicia o processo inconsciente de demonstrar o que foi aprendido. Interpretam coreografias, dançam e cantam esbaldando sensualidade em qualquer lugar, seja na rua, na escola, na praia ou na balada, com todos os direitos que sua condição garante. Não percebem o grau de exposição em que se colocam, totalmente desprotegidas, despertando a atenção e os desejos de pessoas com as quais, na maioria das vezes, nunca teriam o menor interesse de se relacionar amorosa ou sexualmente.

A condição da maturação sexual em idades cada vez menores pode ser considerada entre os fatores determinantes para a condição de risco de violência sexual devido a fatores biológicos, psicológicos e sociais se somarem e se converterem em uma maior exposição associada à desproteção e desempoderamento. Muito antes de se apropriarem da sua capacidade de sedução ou mesmo de entendimento contextual frente a pessoas mais adultas, homens ou mulheres, que doentia ou “desavisadamente” as remetem a uma conotação sexual, seu desenvolvimento biológico e a desenvoltura física já estão bastante adiantados, enquanto a rede de proteção normalmente é muito frágil e repleta de “furos”.

A violência sexual ocorre, muitas vezes, de uma maneira sutil, de certa forma autorizada pelo inconsciente coletivo. A capacidade de seduzir que uma adolescente de 11, 12 ou 13 anos descobre dentro de si pode ser traduzida como uma forma de empoderamento em relação aos adultos, em um universo em que a beleza, o poder e o sexo põem as cartas e definem os futuros. Muitas vezes, estimuladas pelas próprias famílias as adolescentes aprendem esse caminho como “moeda de troca” e ingressam na comercialização do seu próprio corpo, vivenciando situações desumanas de violência sexual, em uma faixa etária que normalmente não permite

ainda o desenvolvimento de uma maturidade psicoemocional e social para o enfrentamento de dificuldades dessa natureza.

Em outras situações sentem-se felizes e seguras após a conquista de um namorado mais "maduro" (mais velho) e com condições de "cuidar" delas. Muitas vezes vêm nesses relacionamentos a possibilidade de sair da situação hostil ou precária em que se encontram para outra muito melhor. O relacionamento sexual acontece muitas vezes fundamentado no medo de perder essa chance, ou mesmo o namorado, estabelecendo previamente uma incapacidade para decidir e consentir na prática do ato sexual. É um enorme paradoxo, pois se sentem sedutoras e poderosas por conquistarem um homem mais velho que vai tirá-las da família de origem e oferecer a elas uma chance de reconstruir suas próprias famílias a partir de outros referenciais. Infelizmente é o que elas pensam e o que elas esperam, mas não o que mais frequentemente acontece.

A violência sexual vai ocorrendo de forma sutil, permitindo que relações desiguais de poder, seja pela sedução, pelas desigualdades sociais, culturais ou de gênero determinem e transversalizem as relações de adultos com adolescentes. Estas por sua vez, completamente imaturas em vários aspectos, permitem a transformação do que configura uma violência em uma situação normal e freqüente.

Muitas meninas somente vivem as dores do abuso, a consciência da violência bem mais tarde, quando o rumo dos acontecimentos não ocorre de acordo com suas fantasias e desejos. Quando se percebem usadas para a satisfação do outro em relações de diferentes sentimentos e interesses. Quando se deparam com outros tipos de situações às quais não conseguem administrar, como é o caso das DST, das violências físicas pelo próprio parceiro, o alcoolismo, as drogas e a gravidez não planejada.

Para muitas meninas a violência começa em casa ou em ambientes bastante familiares e “seguros”. Pais, padrastos, tios, avôs, vizinhos, e outros indivíduos, mais comumente do sexo masculino e que representam a proteção e a segurança para elas, iniciam “rituais” repetitivos de violência sexual muitas vezes desde muito cedo e dentro da própria casa. O período de maior incidência deste tipo de violência é dos 7 aos 16 anos, com situações que vão desde a observação à distância até o estupro propriamente dito, permeadas por uma infinidade de formas desautorizadas e desagradáveis e dolorosas para a vítima (Brino e Williams, 2003).

É importante perceber que é na faixa etária dos 8 anos que se inicia o processo de maturação sexual ao qual este estudo se refere, coincidindo com a faixa etária de início da maior incidência de violência. Desta forma é possível relacionar que as meninas e as adolescentes estejam francamente expostas e vulneráveis situações de violência sexual, desde o atentado violento ao pudor aos crimes de sedução e estupro, com todas as suas repercussões físicas, psicoemocionais, sociais a curto, médio e longo prazo, e outras tantas conseqüências de variadas naturezas, ainda pouco visibilizadas.

Outro aspecto é a exposição ao risco de envolvimento com drogas, com criminalidade, de exploração sexual. A vulnerabilidade em que se encontram as adolescentes é imensa. Embora sejam sujeitos com direitos, dispõem de liberdade e responsabilidade relativa, que precisam ser dadas e cobradas de forma gradual, construídas no cotidiano com os/as responsáveis.

A interrupção do processo natural de desenvolvimento, principalmente quando o início da vida sexual é acompanhado de intimidação, de violência, de exploração, tem certamente conseqüências desastrosas. A gravidez e a maternidade precoces, os abortos provocados, as mortes maternas de adolescentes, os suicídios, a

transmissão do vírus da Aids e ainda os traumas psicológicos que permanecem por toda a vida, são conseqüências da violência e exploração sexual.

A adolescência soma as vulnerabilidades relacionadas às questões de gênero àquelas inerentes à situação de desproteção que envolvem o recorte etário em pauta.

É freqüente entre as meninas e adolescentes vítimas de violência sexual a dificuldade de comunicação com os pais, principalmente em relação à sexualidade. Da mesma forma a distância afetiva dificulta muito a revelação sobre a violência vivida (Rodrigues *et all*, 2006).

É nesse momento que as/os adolescentes se tornam mais vulneráveis, mais expostas/os. Os amigos se transformam no “porto-seguro”, no referencial. O uso de drogas alivia o sofrimento de algum hiato na relação de confiança, de pertencimento, de amor da família, que muitas vezes, em lugar de acolher, ajudar, compreender as dificuldades e limitações dessa fase em profundo processo de questionamento com a vida e desenvolvimento de sua própria identidade, não aceita o/a adolescente em sua integralidade, no seu processo de transformação. Desrespeita-o como sujeito de direitos, enquanto impõe deveres e realiza cobranças, sem considerar suas necessidades, dificuldades ou desejos.

Segundo alguns estudos, adolescentes e jovens que sofreram violência sexual na infância provêm de famílias com ambiente familiar precário, com vínculo parental pobre e cuidado maternal insuficiente, sendo frequentemente punidas com violência física quando menores (Rodrigues *et all*, 2006).

O início da vida sexual dos adolescentes tem se tornado cada vez mais precoce. É importante que o profissional avalie o contexto no qual o ou a adolescente está inserido e considere sua solicitação. Se uma adolescente procura um serviço de

saúde com alguma questão relacionada à sua vida sexual, é importante que ela seja acolhida, ouvida e atendida mesmo que ela tenha menos do que 14 anos de idade e que não esteja acompanhado por um responsável (Portaria 527/04 - SMS). A saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes causa tantas controvérsias porque os tabus que envolvem o sexo ainda estão muito arraigados em nossa cultura. Toda aparente liberação da prática sexual ainda carrega conceitos arcaicos sobre o direito ao exercício da vida sexual de cada um (Lourenço, 2006).

O profissional de saúde deve tomar cuidado para não permear suas ações com crenças pessoais, impedindo o acesso do adolescente ao atendimento que lhe seja necessário. Deve ser feita uma avaliação sobre o nível de vulnerabilidade a que esse adolescente esteja exposto. A ação do profissional de saúde não deverá aumentar essa vulnerabilidade. Se o profissional não se sentir seguro para tomar uma decisão individualmente, é aconselhável que o faça após discutir com a equipe de trabalho. E se a situação for muito delicada e gerar muitas dúvidas, a equipe pode buscar ajuda com o Conselho Tutelar e/ou Vara da Infância (Brasil, 2005).

Quando envolvidas em relacionamentos violentos, a falta de entendimento pode desprotegê-las em relação tanto às DST/Aids quanto a gravidez não planejada (Ruzany *et all*, *apud* Taquette, 2003). Portanto, é possível afirmar que nas relações sexuais com desigualdade de poder, onde um dos parceiros subestima, amedronta e faz calar o outro, há um grande risco de se contrair DST/AIDS.

Alguns aspectos legais

Como dito anteriormente, nos casos de gravidez em pessoa menor de 14 anos, em princípio, é permitida a realização do aborto em razão da presunção de violência e agravando a pena nos casos de crimes de estupro ou atentado violento

ao pudor, quando a vítima estiver na faixa etária de 14 a 18 anos. A jurisprudência vem reduzindo o rigor do dispositivo, desde que fique comprovado o discernimento do adolescente para consentir a prática do ato sexual.

No art. 214 do Código Penal, é caracterizado o atentado violento ao pudor como o crime de *"constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal"*. Aqui, incluem-se todas as situações diferentes do coito vaginal, a exemplo das manobras digitais eróticas e a cópula anal ou oral. O atentado violento ao pudor pode ser praticado contra pessoas de ambos os sexos, sob as mesmas formas de constrangimento previstas para o estupro;

A presunção de violência, art. 224 do Código Penal, define condições nas quais não ocorre o constrangimento pelo uso de força ou de grave ameaça, mas que caracterizam, igualmente, o estupro e o atentado violento ao pudor. Presume-se a violência quando *"a vítima é menor de 14 anos; é alienada ou débil mental e o agressor conhece esta circunstância; ou quando não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência"*;

A Norma Técnica expedida no ano de 1999 pelo Ministério da Saúde para "Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes", revisada e ampliada em 2005, regulamentou o atendimento ao aborto legal por meio do Sistema Único de Saúde, dando cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n.º 258, de 6/11/1997) e o artigo 128 do Código Penal que autoriza o aborto nos casos de gravidez resultante de violência sexual. O serviço proposto na Norma Técnica não se limita à realização do aborto, mas executa atendimento amplo de todos os agravos resultantes de violência sexual (Brasil, 2005).

A Norma Técnica do Ministério da saúde intitulada “Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes” (Brasil, 2005), prevê a autorização do representante legal da adolescente apenas para os casos de aborto. Recomenda-se que, caso ocorra divergência entre a vontade da vítima e do seu responsável legal, deve prevalecer a vontade da adolescente. Porém, considerando o grau de complexidade da questão, a equipe deve encaminhar o caso para o Conselho Tutelar ou Promotoria da Infância e Juventude que deverão, por intermédio do devido processo legal, solucionar o impasse.

Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher (Drezzet *et. all*, 1996). Com relação à idade, o código penal estabelece como marco para caracterização da violência presumida a idade de 14 anos em que o fundamento legal é determinado pela *innocencia consilli*, traduzida pela completa falta de ciência da menor em relação aos fatos sexuais. Mesmo que a menina concorde com o contato sexual, o “consentimento” seria destituído de valor, segundo a norma jurídica (Oliveira, 1987; Drezzet, 2000). A gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos está muito mais relacionada a situações de violência do que em outras faixas etárias. Em pesquisa sobre a gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos, foram colhidos depoimentos contundentes indicando que muitas adolescentes menores de 15 anos engravidam em circunstâncias de abuso e violência sexual. Essa gravidez torna-se, ironicamente, muitas vezes, a primeira oportunidade da denúncia. Muitas dessas jovens foram vítimas de abuso sexual por longo período de tempo. Uma relação sexual não é moralmente legítima quando uma ou ambas as partes carecem da capacidade de consentir, livre e espontaneamente, no ato sexual, amplamente entendido. Este é, via de regra, o caso de menores de idade, isto é, quando existem boas razões para dizer que existe doação explícita (uso

de força, ameaças ou extorsão, bastante comuns nesse tipo de abuso) ou suspeita de compulsão (por chantagem ou engano) (Morales & Schramm, 2002).

Segundo Faúndes, entre as possíveis conseqüências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e médicas que provoca. Geralmente é encarada como segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres (Faúndes *et. all*, 1998).

Estudos mostram que a verdadeira incidência dos crimes sexuais é desconhecida, sendo um dos delitos de maior subnotificação e sub-registro (Drezett, 2000). Um estudo realizado pelo Dr. Jefferson Drezett (2000), no Hospital Pérola Byington, de São Paulo, um dos poucos serviços que presta assistência a vítimas de violência sexual, mostra que dos 1200 casos notificados no serviço, em 84,5% dos casos de violência sexual contra a criança o agressor era conhecido (em 21,6% dos casos o pai era o agressor; em 16,7%, o padrasto; em 11,6%, o tio; em 16,7%, o vizinho; e em 21,7%, outro conhecido da família).

Inserido na complexidade que envolve a sexualidade, é preciso enfrentar o dilema que envolve o direito à liberdade sexual e o desempoderamento, a imaturidade e o despreparo dos/das adolescentes. Outro aspecto importante é como lidar com essa liberdade no caso de adolescentes que podem ser vítimas de abuso sexual ou estar sendo coagidas e manter relações sexuais? Como definir que uma jovem de 12, 13 ou 14 anos está exercendo o seu direito individual de viver sua sexualidade? Como atuar de maneira a não reprimir a liberdade individual de decidir sobre a vida sexual e ao mesmo tempo garantir a proteção de adolescentes muito jovens que podem estar sendo vítimas de abuso sexual? (Cavasin *et all*, 2004).

No Brasil, apesar do artigo 128 existir há mais de 60 anos, a interrupção dessas gestações tem sido feita de forma excepcional pelos serviços públicos de

saúde, agravando sobremaneira a situação das mulheres. Com pouca ou nenhuma oportunidade de obter seus direitos, parte considerável das adolescentes recorre ao aborto clandestino e inseguro, com impacto nas taxas de mortalidade e morbidade relacionadas ao aborto (Faúndes *et. all*, 1998).

A violência contra as mulheres – seja ela física, psicológica, sexual ou de outra ordem – constitui um grave risco à saúde e amplia as possibilidades de infecção por doenças sexualmente transmissíveis e pelo HIV/aids (Brasil, 2007).

O atendimento médico à vítima de estupro deve sempre considerar e avaliar o risco de gravidez, oferecendo medidas contraceptivas de emergência eficientes (Brasil. Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da violência sexual, 2007). É difícil calcular, precisamente, a carga de todos os tipos de violência sobre os sistemas de assistência à saúde, ou seus efeitos sobre a produtividade econômica. A evidência disponível mostra que mulheres em situação de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde, maiores custos com assistência e utilizam com maior frequência os serviços de saúde e as emergências.

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. As mulheres que sofrem violência física perpetrada por parceiros íntimos também estão sob risco de violência sexual.

A violência sexual pode levar diretamente à gravidez indesejada ou a doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, a infecção pelo HIV, influenciando sobre o uso de contraceptivos e sobre a adoção de práticas de autocuidado, assim como tem grande impacto sobre o estado psicológico da mulher.

No plano internacional, as Conferências das Nações Unidas, das quais o Brasil é signatário, reconhecem a importância do problema no campo da saúde e da autodeterminação sexual e reprodutiva. Segundo a Conferência Mundial sobre

Direitos Humanos, Viena (1993), *"os direitos das mulheres e meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais"*.

No mesmo sentido, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo (1994), e a Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing (1995), afirmam que os direitos reprodutivos são fundamentais para os direitos humanos. Incluem o direito de todo casal e indivíduo a ter controle e decisão sobre as questões relativas à sua sexualidade e reprodução, livres de coerção, discriminação e violência. Na conferência de Cairo+5, acrescenta-se que *"em circunstâncias em que o aborto não é contra a lei, o sistema de saúde deve treinar e equipar os provedores de serviços de saúde e deve tomar outras medidas para assegurar-se de que tais abortos sejam seguros e acessíveis"*.

A importância específica dos serviços de saúde, dentro desse contexto, é destacada pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979) e pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (OEA, 1994). A prevenção da gravidez não desejada, do abortamento e de suas conseqüências é de alta prioridade para profissionais de saúde. Às mulheres em qualquer idade deve ser garantido o acesso à informação e orientação humana e solidária; ao abortamento previsto em lei; à atenção de qualidade em complicações derivadas de abortamentos; e ao planejamento reprodutivo pós-abortamento para, inclusive, evitar abortamentos repetidos. (Brasil. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual, 2007)

A relativização da presunção legal na condução das questões que envolvem a assistência à saúde sexual e reprodutiva deste segmento, estabelecida a partir da ponderação de princípios éticos e legais envolvidos, como anteriormente

demonstrado, para os casos de comunicação obrigatória, nos permite afirmar que não constitui ato ilícito a prescrição, orientação ou manutenção do sigilo de atividade sexual de adolescente com menos de 14 anos, se não for verificado abuso, exploração sexual ou outro tipo de situação pessoal ou social que afete ou possa afetar negativamente o adolescente, e desde que este tenha consciência de seus atos e das repercussões para sua vida e saúde (Ventura e Corrêa, 2006).

A visibilidade e o reconhecimento da prevalência da violência contra a mulher e sua caracterização como fenômeno social de grande magnitude, vêm avançando, impondo desafios a todos que lidam com o problema. Por sua complexidade, a resposta à violência, e em particular à violência contra a mulher, exige o engajamento e a contribuição de diferentes profissionais, setores sociais e comunitários e das três esferas de governos. Estes esforços vêm construindo amplo campo de reflexão e ação, que coloca o bem-estar, a segurança da comunidade e os direitos humanos como agenda comum às diferentes áreas de atuação de políticas públicas, envolvendo fortemente serviços e profissionais de saúde.

Violência física

As violências intrafamiliar, comunitária, ou institucional sempre afetaram a saúde e a qualidade de vida de milhares de crianças e adolescentes no Brasil e em outros países. Esses meninos e meninas muitas vezes não são reconhecidos como sujeitos de direitos ou como pessoas em fase especial de desenvolvimento (Lima, 2005).

A violência contra crianças e adolescentes, de acordo com diversos autores da área de saúde, é definida como todo ato ou omissão cometidos pelos pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar dano físico, sexual e ou psicológico

a vítima. Implica, de um lado, uma transgressão no poder e ou dever de proteção do adulto e da sociedade em geral.

Ao invés de diminuírem, os maus-tratos contra a infância aumentam. Em geral, as crianças sofrem caladas todo tipo de abuso à sua dignidade e integridade física. E os adultos que as agridem não recebem sequer um sinal de que seu comportamento será penalizado ou ao menos castigado socialmente (ANDI, 2007).

Uma grave forma de violação aos direitos infanto-juvenis é a violência praticada nos lares e no âmbito familiar. Os dados não são animadores e retratam o silêncio que tende a dominar a imprensa do continente quando a pauta é a violência que atinge meninos e meninas dentro de suas casas – seja por meio de maus-tratos físicos, violência emocional ou negligência. De maneira geral, só costumam transcender o espaço familiar para o público os casos extremos, em que castigos ou abusos têm conseqüências graves, como mortes ou seqüelas irreparáveis.

Crianças, adolescentes ou seus familiares, na maior parte das vezes, não apresentam denúncias contra os maus-tratos, que passam despercebidos ou não são encarados como uma violação dos direitos humanos. Até porque predomina em vários países certa tolerância social em relação aos castigos físicos. Noticiar apenas que bebês, crianças e adolescentes são maltratados, espancados ou mesmo mortos dentro de suas próprias casas é pouco para impedir que eles continuem sendo vitimados. Mais do que isso, é preciso discutir uma diversidade de aspectos, como as causas desse fenômeno, as formas de denúncia existentes, a legislação pertinente e, principalmente, quais são os direitos de meninas e meninos (ANDI, 2007)..

As adolescentes vítimas de violência estrutural e familiar muitas vezes as perpetram nos ambientes que freqüentam, com as pessoas com quem se relacionam. Na esfera da psicanálise, Levisky (1997) *apud* Taquette (2003) afirma

que a perversidade humana pode aflorar em determinadas circunstâncias. Segundo este autor, os adolescentes têm maior tendência a descarregar seus impulsos agressivos e sexuais diretamente, buscando satisfação imediata dos desejos. Primeiro agem, depois pensam. Portadores de um ego instável que busca auto-afirmação, eles são extremamente vulneráveis às pressões pulsionais e às influências externas.

As mudanças na legislação e a construção social de novos paradigmas em relação às questões de gênero e dos direitos das mulheres vêm modificando, embora discretamente, o panorama da violência contra as mulheres, seja ela sexual, doméstica, física, psicológica, ou de outras naturezas. O empoderamento estimula o encorajamento à não aceitação das condições hostis nas relações e à notificação.

A visibilidade à questão da violência somente é possível a partir do conhecimento, da documentação da realidade, o que depende muito do fornecimento dos dados pelas vítimas. As conseqüências diretas ou indiretas são extremamente importantes para quem sofre, assim como para suas famílias e para toda a sociedade. As comorbidades, agudas ou crônicas, e a mortalidade decorrentes da violência apontam para a urgência na promoção de medidas de proteção e de segurança às mulheres em todas as idades, na instituição de ações preventivas, na elucidação do diagnóstico precoce, ou mesmo da exposição ao risco, assim como no tratamento imediato e no acompanhamento pós-traumático.

Quando as mulheres, desde muito pequenas, se apropriarem de seus verdadeiros valores e reconhecerem a sua capacidade, a possibilidade de não aceitação da violência, desde seu primeiro indício, poderá ser uma realidade. Trabalhar com a auto-estima e com o empoderamento feminino talvez seja a melhor

profilaxia e a maior arma contra as inúmeras vulnerabilidades a que as mulheres estão cotidianamente expostas.

OBJETIVOS

O Objetivo deste estudo se concentra em avaliar a associação entre a idade da maturação sexual feminina com as diversas condições de vulnerabilidades, como a idade de iniciação sexual, à suscetibilidade às DST, à gravidez e à violência sexual, em uma população de 201 adolescentes do DF.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, observacional, descritivo, cuja população alvo foi composta pelas adolescentes que procuraram atendimento médico ginecológico em uma Unidade Básica de Saúde por motivos variados e desconhecidos previamente. As adolescentes devidamente informadas sobre o estudo, que aceitaram participar e entregaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE assinado pelos(as) responsáveis, responderam ao questionário elaborado para esse estudo em consultas médicas individuais, durante o atendimento clínico-ginecológico realizado rotineiramente pela pesquisadora responsável.

Antes e durante todo o período do estudo foi realizada ampla revisão da literatura, incluindo revisão sistemática a partir dos descritores do resumo, conforme descrito nas referências bibliográficas a seguir. Essa foi a base do referencial teórico utilizado.

Local

Centro de Saúde nº 2 da Secretaria de Estado de Saúde, integrante da regional de Sobradinho, cidade satélite do Distrito Federal, situada a 22 km de Brasília. Ambulatório de ginecologia/adolescentes. O Centro de Saúde nº 2 é uma instituição pública que disponibiliza atendimento em várias especialidades à população em sua maioria pertencente às classes de baixo poder aquisitivo, residente nas proximidades do centro de saúde -população urbana, e também, ocasionalmente, oriunda de áreas rurais circunvizinhas.

Duração

O estudo foi realizado entre setembro de 2006 a fevereiro de 2008, com atendimentos semanais.

Características da população

A população incluída no estudo foi constituída de 201 adolescentes do sexo feminino, de 10 a 19 anos, que freqüentam ambulatório de ginecologia para adolescentes, com interesses e necessidades variados. Elas têm em comum entre si, além da faixa etária, o fato de utilizarem uma unidade básica de saúde pública, o que indica sua situação sócio-econômica menos favorecida e seu local de residência ser nas proximidades do centro de saúde nº 2, na maior parte dos casos.

Durante o período de realização do estudo todas as adolescentes atendidas em consulta foram convidadas a participar da pesquisa. A amostra estudada consistiu no grupo que aceitou o convite e entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por elas e seus respectivos responsáveis. Um número significativo de adolescentes, embora tenha aceitado o convite, não devolveu o TCLE assinado, o que resultou em uma redução significativa no número da amostra.

Critérios de Inserção

1. Idade: de 10 a 19 anos.
2. Menarca prévia

Critérios de exclusão

Associação de qualquer doença ou uso de medicações que possam influenciar no amadurecimento dos hormônios sexuais precocemente

Como os critérios de inserção no estudo foram amplos, é possível considerar que a inclusão das mesmas no estudo foi realizada de forma aleatória, não tendo sido perguntado inicialmente o motivo da consulta para a participação no referido estudo,

mas se era ou não do seu desejo participar. Houve duas adolescentes que não puderam participar devido à não aprovação de seus responsáveis, que foram respectivamente a madrastra de uma e o parceiro da outra. Como o objetivo do estudo não foi avaliar o número de adolescentes que têm ou não atividade sexual, o número de gestantes ou outros fatores contemplados, mas a relação entre a idade da menarca e a associação entre cada variável, não constitui um “vício” na amostragem.

Etapas do estudo

Inicialmente foi feita uma revisão ampla da literatura acerca do tema envolvido na pesquisa, que foi mantida até a finalização da inserção dos dados. A pesquisa de campo propriamente dita, com a coleta de dados, iniciou logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília – UnB. A coleta dos dados foi realizada entre setembro de 2006 e fevereiro de 2008, com a inserção de 201 adolescentes. A análise estatística contou com consultoria estatística de Mirian Lúcia Palhares Bittencourt, e foi realizada entre abril e maio de 2008. Os resultados foram elaborados a partir do banco de dados, da avaliação estatística e da interpretação da pesquisadora, a partir de conhecimentos práticos e experiências profissional no atendimento prestado à adolescentes, assim como de alguns referenciais teóricos citados na parte inicial desta dissertação.

Variáveis envolvidas no estudo

A proposta inicial desse estudo constituiu-se em avaliar se há associação entre a maturação sexual precoce, representada aqui pela idade da menarca, com a idade de início da atividade sexual, a idade de ocorrência da primeira gestação, a ocorrência de DST e de Violência sexual na adolescência. Estas foram as variáveis principais.

Em decorrência de inúmeros outros fatores integrarem a complexidade e a contextualização do que está sendo avaliado, foram introduzidas outras variáveis, de importância secundária apenas a nível dos objetivos deste estudo, porém essenciais para o melhor entendimento dos fenômenos que constituem o objetivo dessa investigação. Dessa forma, as variáveis podem ser classificadas em principais e secundárias, de natureza biológica e social conforme disposto a seguir.

Variáveis principais:

1. Idade da menarca: anos de vida da adolescente, obtida pela data de nascimento;
2. Idade da primeira relação sexual: anos de vida da adolescente na ocasião de seu primeiro intercursos sexual;
3. Idade da primeira Gravidez: idade da adolescente quando ocorreu a primeira gravidez;
4. Ocorrência de Doenças Sexualmente Transmissíveis: conhecimento e auto-declaração pela adolescente ou dados no prontuário sobre quantas e quais as DST que já apresentou a partir de diagnóstico clínico ou por outros recursos propedêuticos;
5. Vivência de Violência Sexual: idade da adolescente na ocasião do incidente e natureza do relacionamento da vítima com o agressor;

Variáveis secundárias:

1. Escolaridade: maior nível de estudo obtido. Foram utilizados como parâmetros de classificação: Ensino Fundamental/ Ensino Médio/ Ensino Superior;
2. Quantidade de gestações (gravidezes): quantos diagnósticos de gravidez, tendo sido elas terminadas em parto, aborto ou estejam em curso;

3. Idade dos sujeitos responsáveis pela violência sexual sofrida, na época do incidente;
4. Violência Física: idade da adolescente e na ocasião do incidente e natureza do relacionamento do(a) agressor(a) com a vítima ;

Instrumento utilizado na coleta dos dados

Para a obtenção dos dados para análise, algumas variáveis principais e secundárias passaram a fazer parte da anamnese / ficha clínica, que habitualmente é utilizada nas consultas gineco-obstétricas (anexo1), conforme modelo resumido a seguir.

O questionário foi preenchido exclusivamente pela pesquisadora, por meio de perguntas diretas e direcionadas sempre às adolescentes, que responderam de forma livre e independente. Em alguns casos de adolescentes até 13 anos, quando acompanhadas, uma terceira pessoa participava como informante de alguns dados.

A inserção de adolescentes com idade predominante entre 15 e 18 anos foi devido, principalmente, à menor autonomia das adolescentes em idade inferior, que conseqüentemente apresentavam maior dificuldade em retornar a consulta, assim como em trazer o TCLE assinado.

Todas as adolescentes que participaram do estudo receberam atendimento biopsicossocial e ginecológico da mesma forma que as que não participaram, tendo sido realizadas ações promotoras de saúde, preventivas de doenças, propedêuticas e terapêuticas indistintamente e sempre que houve indicação.

CONSULTA MÉDICA
FICHA CLÍNICA/ ROTEIRO DE ANAMNESE

1. IDENTIFICAÇÃO:

Número:

Nome:

Data:

Data de Nascimento:

Cor/Raça / etnia(auto declarada):

Naturalidade:

UF:

Nacionalidade:

Endereço:

Tel:

Responsável legal 1:

Tel:

Responsável legal 2:

Tel:

Acompanhante (mãe, pai, responsável):

Escolaridade:

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL GINECO-OBSTÉTRICA:

Surgimento das mamas:

Surgimento dos pelos axilares/pubianos:

Menarca:

Ciclos posteriores:

DUM:

1ª Relação sexual:

Nº de parceiros:

Idade dos parceiros:

Uso de preservativo:

Contracepção anterior e atual:

Doenças Sexualmente Transmissíveis:

Gestações:

Partos:

Abortos:

Curetagens:

Complicações na gravidez:

RN: () Normal () Prematuro () Baixo peso () Outros:

Incidentes de Violência Física: Idade

Autor (a)

Incidentes de Violência Sexual: Idade

Autor (a)

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília. Foi assegurada a confidencialidade das informações prestadas durante a consulta e utilizadas no preenchimento dos questionários, que passaram a possuir apenas um número de identificação sem qualquer referência nominal, a partir do momento em que foram retirados do prontuário. A garantia do direito à recusa pelas participantes voluntárias e seus responsáveis em participar, assim como o direito de desistir a qualquer momento, com a retirada do seu questionário do banco de dados foi efetivada por meio de comunicação escrita e assinada pela pesquisadora e adolescentes sujeitos da pesquisa.

Este estudo seguiu as normas das “Boas Práticas Clínicas”, estabelecendo uma relação de cuidado, proteção e respeito à paciente e para com seu (sua) representante legal/ responsável, desde o preenchimento do “Consentimento Livre e Esclarecido”, observando as “Normas para Pesquisa em Seres Humanos”, cumprindo as formalidades e especificidades que envolvem especialmente estudos clínicos com populações de crianças e adolescentes.

Análise dos dados

O banco de dados foi constituído com a utilização do *software* Excel 2000. A análise estatística foi efetuada utilizando-se o *software* SAS v 8.02.

Os testes estatísticos utilizados foram o ANOVA, o Mann Whitney e um modelo matemático de regressão linear.

A significância estatística foi avaliada a partir do valor de p (*probabilidade*), onde p -valores menores que 0,05 indicam resultados estatisticamente significativos. Foi também utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, que busca quantificar o

grau de associação entre duas variáveis. Seu valor pode variar de -1 a 1 . Valores entre 0 e 1 indicam que as duas variáveis crescem conjuntamente. Quanto mais próximo de 1 , mais forte é considerada a associação.

Para cumprir com os objetivos deste estudo a análise estatística priorizou a associação entre as variáveis principais, cruzando os dados em relação à idade da menarca com os outros dados: idade da 1ª relação sexual, idade da 1ª gravidez, ocorrência de DST e violência sexual.

Posteriormente foram analisados e cruzados outros dados envolvendo a idade da menarca e sua relação com as variáveis secundárias: escolaridade, quantidade de gestações, idade dos sujeitos responsáveis pela violência sexual e violência física, sendo que estes dados foram cruzados entre si e com as variáveis principais, devido à possibilidade de uma análise contextual representativa de maior qualidade e quantidade de dados.

4. RESULTADOS

“Na pesquisa clínica, a ética deve ser a do pesquisador, não a do clínico”.

Os resultados apresentados a seguir referem-se à análise dos dados de 201 adolescentes inseridas nesse estudo de acordo com a metodologia descrita anteriormente.

Como os critérios de inserção no estudo foram amplos, é possível considerar que a inclusão das mesmas no estudo foi realizada de forma aleatória, não tendo sido perguntado inicialmente o motivo da consulta para a participação no referido estudo, mas se era ou não o seu desejo participar. Houve duas adolescentes que não puderam participar devido à não aprovação de seus responsáveis, que foram respectivamente a madrasta de uma e o parceiro da outra.

Como o objetivo do estudo não foi avaliar o número de adolescentes que têm ou não atividade sexual, o número de gestantes ou outros fatores contemplados, mas a relação entre a idade da menarca e a associação entre cada variável, a inserção no estudo foi feita de forma aleatória e não houve “vícios” na amostragem.

O objetivo desse estudo **é estudar as variáveis coletadas individualmente e a existência ou não de associação entre elas**. Inicialmente serão analisadas as variáveis principais, conforme descrito nos métodos desse estudo, e em seguida, serão avaliadas as demais variáveis, cruzando-as entre si. Para verificar isso, foram calculadas freqüências, médias, desvios padrões, intervalos de confiança.

Para avaliar a associação entre 2 variáveis, uma quantitativa e outra qualitativa, com 3 ou mais categorias, foi utilizado o teste estatístico ANOVA, que tem como objetivo testar a hipótese de igualdade de médias. Quando o p-Valor for menor que 0,05 indica diferença estatisticamente significativa entre as médias comparadas.

O coeficiente de Correlação de Pearson busca quantificar o grau de associação entre as duas informações. Seu valor pode variar de -1 a 1. Valores entre 0 e 1 indicam que as duas variáveis crescem conjuntamente. Quanto mais próximo de 1, mais forte é considerada a associação.

Inicialmente cada variável foi analisada individualmente para depois proceder-se à análise estatística da associação entre a variável independente com as outras variáveis, cruzando os dados em relação à idade da menarca com os outros dados: idade da 1ª relação sexual, idade da 1ª gravidez, e violência sexual. Para verificar isso, foram calculadas freqüências, médias, desvios padrões, intervalos de confiança.

Análise geral da casuística

As tabelas e gráficos abaixo trazem a distribuição da idade, menarca e da idade da 1ª relação sexual na população estudada.

A média idade entre as meninas foi de 16,9 anos, sendo que cerca de 41% do total apresentava idade atual de 18 anos.

Tabela 3: Distribuição da idade

IDADE		
Média: 16,9 anos DP: 1,3 IC: (16,7 - 17,1)		
IDADE	N	%
13	2	1,02
14	8	3,55
15	15	7,11
16	50	24,87
17	39	19,29
18	82	41,62
19	5	2,54
Total de respondentes	201	100%

A razão do predomínio de a idade das adolescentes inseridas ser maior que 15 anos parece estar relacionada principalmente a três fatores: a maior liberdade e independência para ir ao Centro de Saúde e a outros lugares; a maior necessidade

de atenção acerca da saúde sexual e reprodutiva (busca de métodos contraceptivos, consultas pré-natais e outros motivos); a maior autonomia na decisão de participar da pesquisa e possibilidade de entregar o TCLE.

O número elevado de gestantes nesse estudo se justifica, à princípio pela necessidade de acompanhamento no pré-natal, um dos fatores que modifica sobremaneira a freqüência de adolescentes em unidades de saúde.

Outra parcela importante das adolescentes procurou o centro de saúde em busca de métodos contraceptivos, principalmente preservativos.

As demais tinham como motivo principal a busca de alguma medicação ou investigação para irregularidades menstruais, entre elas a dismenorréia, vulvovaginites, tensão pré-menstrual e a busca de informações e orientações gerais sobre a normalidade no funcionamento do seu aparelho reprodutor e sobre sexualidade. Muitas delas foram trazidas pelas mães, avós ou outra cuidadora, que acompanhava total ou parcialmente as consultas.

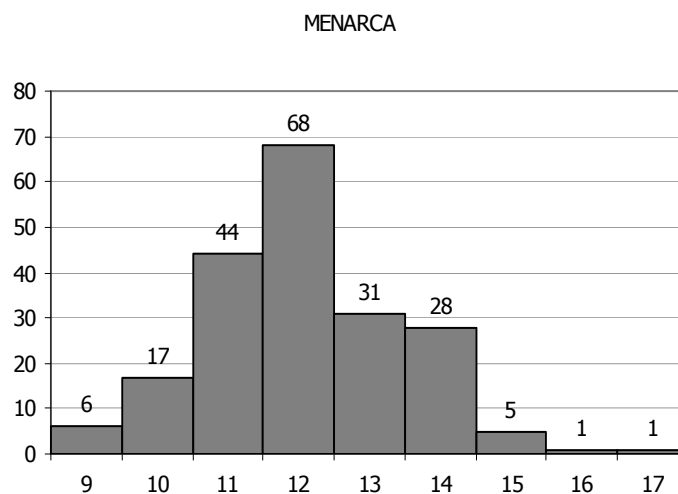
Análise das Variáveis Principais

Entre elas, a média de idade da menarca foi aos 12,1 anos, com DP: 1,4 e IC: 11,9 - 12,3. Das 201 adolescentes, 135 delas (67%) menstruaram até os 12 anos e 66 (33%) dos 13 anos em diante.

Tabela 4: Distribuição da menarca

Menarca			
Média: 12,1 anos DP: 1,4 IC: (11,9 - 12,3)			
Menarca	N	%	
9	6	2,99	
10	17	8,46	
11	44	21,89	
12	68	33,83	
13	31	15,42	
14	28	13,93	
15	5	2,49	
16	1	0,5	
17	1	0,5	
Total de respondentes: 201		N	%

Gráfico 3: Distribuição da menarca



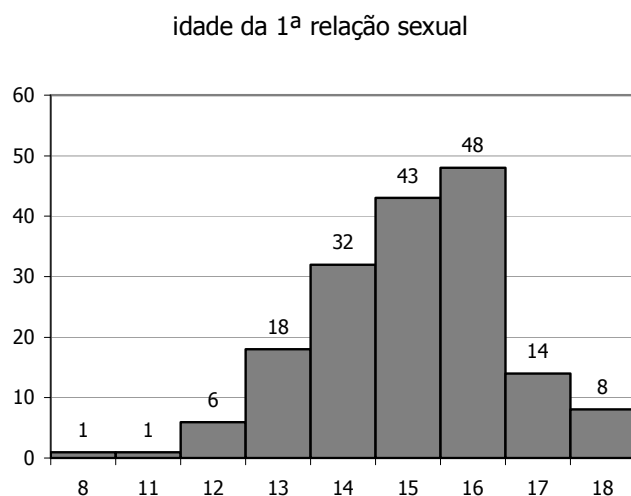
Em relação à idade da 1ª relação sexual, a idade média de sua ocorrência foi aos 12 anos. Observa-se que, embora 28,07% a tiveram aos 16 anos e mais da metade delas a tiveram até os 15 anos.

Tabela 5: Distribuição da idade da 1ª relação sexual

Idade da 1ª relação sexual		
Média: 15,0 anos DP: 1,5 IC: (14,8 - 15,2)		
idade da 1ª relação sexual	N	%
8	1	0,58
11	1	0,58
12	6	3,51
13	18	10,53
14	32	18,71
15	43	25,15
16	48	28,07
17	14	8,19
18	8	4,68
Total de respondentes	171	100

Não Respondentes: 30 (sem atividade sexual)

Gráfico 4: Distribuição da idade da 1ª relação sexual



Como se observa, entre os 171 sujeitos da pesquisa que afirmaram ter tido alguma relação sexual, a tendência da idade da 1ª relação sexual foi gradativamente crescente dos 12 aos 16 anos, com maior casuística entre 15 e 16 anos. O somatório de adolescentes que tiveram a 1ª relação sexual até os 16 anos é de 149 indivíduos, enquanto após os 16, somente 22 casos.

Embora ainda haja certa polêmica em relação ao tema, segundo a justiça, todas as relações sexuais com adolescentes até os 14 anos podem ser consideradas como vítimas de violência sexual presumida. Por outro lado, uma parte delas não considera ter sofrido qualquer violência e declara que sua iniciação sexual foi de forma natural, de acordo com seu desejo e sem arrependimento, visto que foi fruto de um relacionamento amoroso estável ou até mesmo ocorreu em uma relação ocasional, mas sem desigualdade de poder ou uso de algum tipo de pressão. Esta questão será avaliada adiante, no item que se refere à violência sexual.

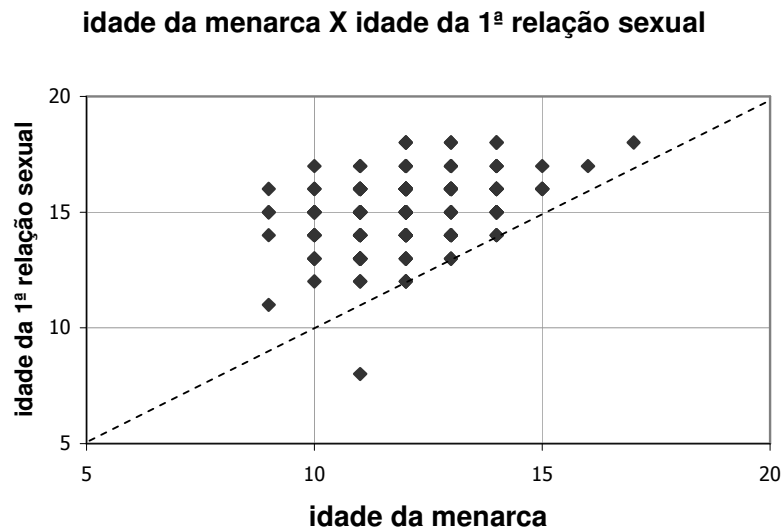
A tabela e o gráfico abaixo trazem a relação entre menarca e idade da 1ª relação sexual.

Neste caso a Correlação é de 0,38, considerada uma associação moderada entre as duas informações. O p-valor dá o grau de certeza dessa afirmação. Sua hipótese inicial é de que não há qualquer associação entre a idade da menarca e a idade da 1ª relação sexual. Neste caso, como o p é menor que 0,0001, rejeitamos essa hipótese e afirmamos que a associação encontrada é estatisticamente significativa.

Tabela 6: Relação idade da menarca x idade da 1ª relação sexual

Idade da menarca x idade da 1ª relação sexual	
Correlação de Pearson	0,38371
P-Valor	<0,0001

Gráfico 5: Relação idade da menarca x idade da 1ª relação sexual



A partir da distribuição conjunta no gráfico, pode-se observar que a grande maioria dos dados se encontra na parte acima da linha diagonal, indicando que a idade da 1ª relação sexual, em geral vem após a menarca, e que quanto mais tarde a menarca ocorre, mais tarde também a 1ª relação sexual também ocorrerá.

Em suma, a **idade da menarca influencia de forma estatisticamente significativa na idade da 1ª relação sexual.**

As tabelas e gráficos abaixo trazem as informações sobre a incidência, a idade e o número de repetições de gestações das entrevistadas.

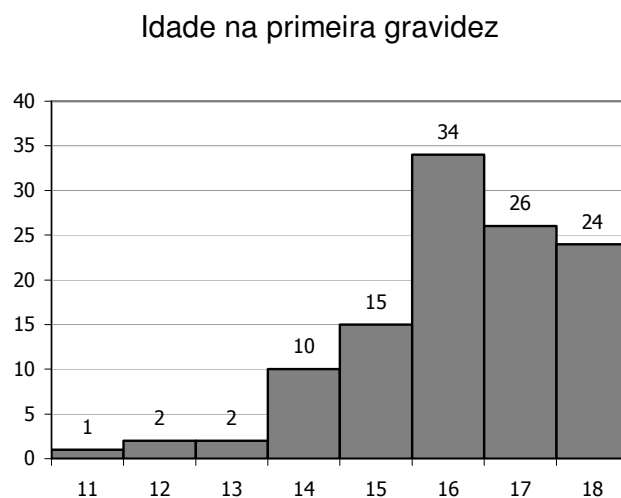
Dentre as que já engravidaram, observa-se uma idade média de 16,2 anos com DP: 1,5 e IC: 15,9 - 16,5 para a primeira gravidez. As idades observadas variaram dos 11 aos 18 anos.

Tabela 7: Distribuição da idade da primeira gravidez

Idade da primeira gravidez			
Média: 16,2 anos DP: 1,5 IC: (15,9 - 16,5)			
Idade na primeira gravidez	N	%	
11	1	0,88	
12	2	1,75	
13	2	1,75	
14	10	8,77	
15	15	13,16	
16	34	29,82	
17	26	22,81	
18	24	21,05	
Total de respondentes	114	100	

Não Respondentes: 30 (sem atividade sexual) + 57 (nunca engravidaram)

Gráfico 6: Distribuição da idade da primeira gravidez



Observa-se uma quantidade média de 1,2 gestações por entrevistada, considerando aquelas que haviam tido alguma relação sexual, sendo que mais da metade (56,1%) apresentou apenas uma gravidez.

Em relação a incidência, a idade e o número de repetições de gestações das entrevistadas que tinham vida sexual ativa, observa-se uma quantidade média de 1,2

gestações por entrevistada, considerando aquelas que haviam tido alguma relação sexual, sendo que mais da metade, ou 56,1%, apresentou apenas uma gravidez, 8,8% duas gestações; 1,2% 3 gestações e em 0,6% (1 caso) foram 4 gestações. Deste total de 171 adolescentes com atividade sexual, 57 nunca engravidaram, ou seja, 33% delas, conforme pode ser visto na tabela 8.

Tabela 8: Distribuição da quantidade de gravidezes

Quantidade de gravidezes		
Média: 1,2 gravidez DP: 0,5 IC: (1,1 - 1,3)		
Quantidade de gravidezes	N	%
Nenhuma	57	33,3
1	96	56,1
2	15	8,8
3	2	1,2
4	1	0,6
Total de respondentes	171	100

Não Respondentes: 30 (sem atividade sexual)

Tabela 9: Idade da menarca X idade da 1ª gravidez

Idade da menarca X idade da 1ª gravidez	
Correlação de Pearson	0,32527
P-Valor	0,0004

Gráfico 7: Distribuição da quantidade de gravidezes

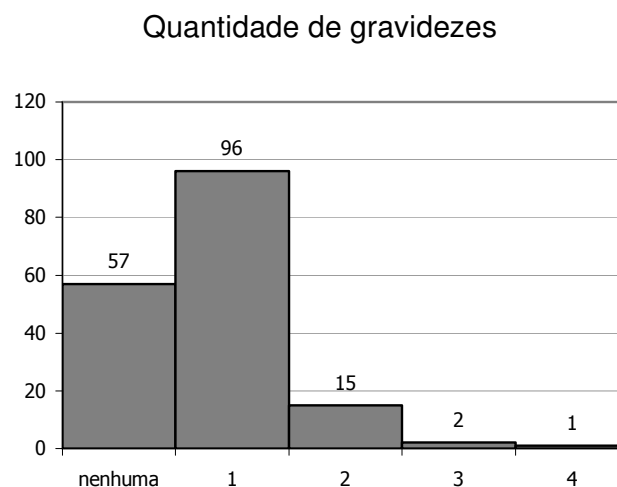
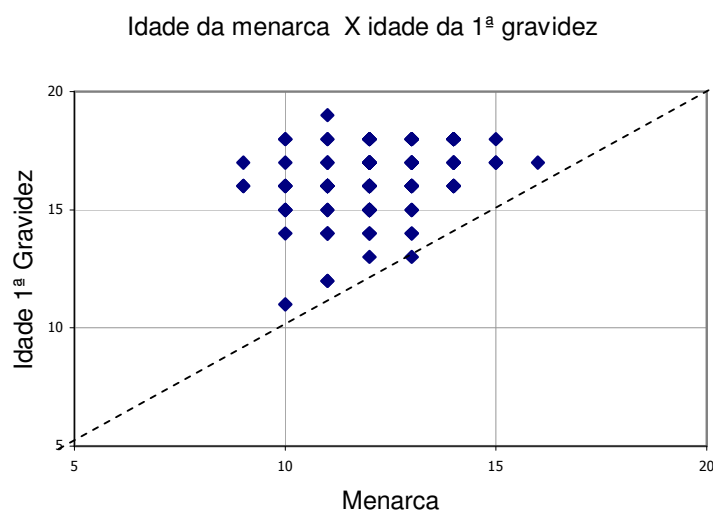


Gráfico 8: Idade da menarca x idade 1ª gravidez

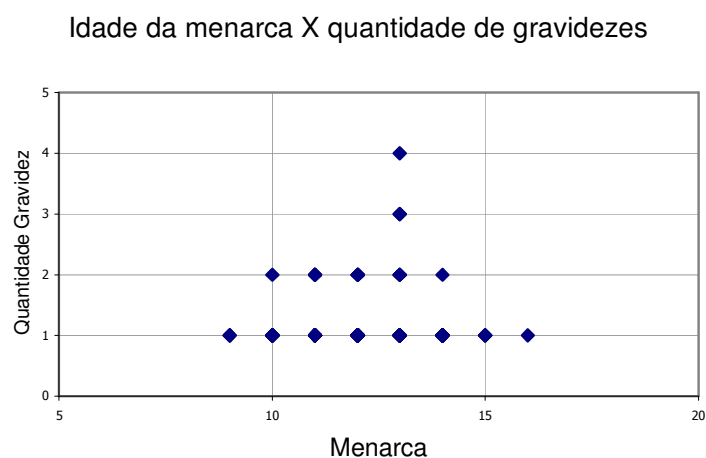


O gráfico 8 traz a relação entre a idade da menarca e a idade da 1ª gravidez que se mostraram significativamente associadas. Seu coeficiente de correlação de Pearson foi de 0,33, o que confere uma associação entre as duas informações. O p-valor=0,0004 dá o grau de certeza dessa afirmação. Neste caso afirmamos que a associação encontrada é estatisticamente significativa e a idade da menarca também exerce influencia na idade da 1ª gravidez.

Tabela 10: Idade da menarca X quantidade de gravidezes

Idade da menarca X quantidade de gravidezes	
Correlação de Pearson	-0,01767
P-Valor	0,8034

Gráfico 9: Idade da menarca X quantidade de gravidezes



A quantidade de gravidezes quando cruzada com a idade da menarca, não mostrou associação.

As tabelas e gráficos abaixo trazem a freqüência e a associação das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) com a menarca.

Para a variável DST, observa-se que do total de entrevistadas 6,97% responderam positivamente ao questionamento. A DST com maior freqüência foi o HPV.

Tabela 11: Distribuição de DST (se teve ou não e qual a DST)

Distribuição de DST (se teve ou não e qual a DST)					
Já teve	N	%	Qual	N	%
Sim	14	6,97	HPV	5	35,7
			HSV	2	14,3
			HPV e HSV	1	7,1
			Tricomonas	3	21,4
			Não sabe qual	3	21,4
Não*	157	78,11	-	-	-

*N=157: 30 (sem atividade sexual) + 127 (nunca tiveram)

Gráfico 10: Distribuição de DST

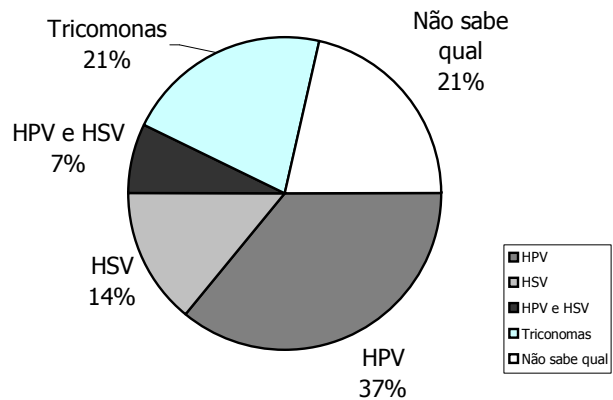


Gráfico 11: Idade média da menarca X DST

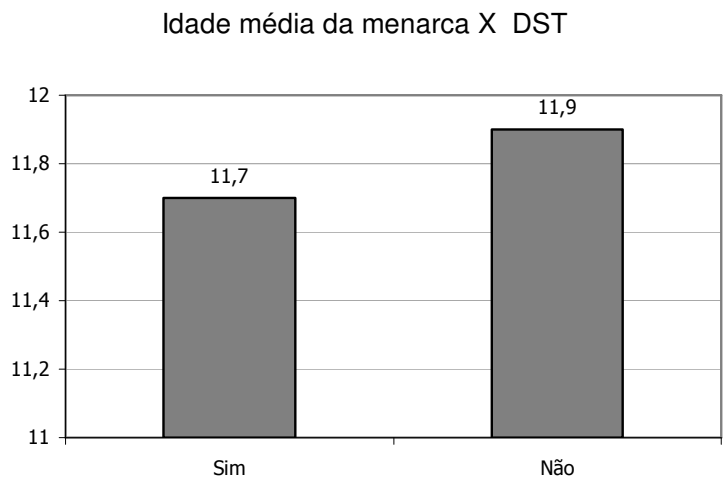


Tabela 12: Idade da menarca X DST

DST	N	Idade Média da Menarca X DST			P-Valor*
		Média	Desvio Padrão	Intervalo de Confiança	
Sim	14	11,7	1,2	(11,0 - 12,4)	0,6538
Não	11	11,9	1,4	(11,7 - 12,2)	

* Teste Mann-Whitney

Embora positiva a associação entre a idade da menarca e as DST, a correlação não apresentou resultado estatisticamente significativo. Esta análise foi prejudicada principalmente por dois fatores: tanto a deficitária compreensão pelas adolescentes sobre o assunto, quanto à quase inexistência de testagem nessa faixa etária, exceto nos casos de gravidez, em que se realiza rotineiramente o VDRL e Anti-HIV. Esse fator e a falta de outros dados disponíveis em prontuário dificultam sobremaneira sua investigação. A abordagem sindrômica é uma forma eficiente de conduzir as DST, minimizando risco e danos aos indivíduos. Resta saber se o diagnóstico sindrômico das DST está sendo devidamente comunicado aos e às suas portadoras.

As tabelas abaixo trazem a freqüência e a idade em que as adolescentes viveram violência sexual e a sua associação com a idade da menarca.

Com relação a violência sexual (VS), observa-se uma grande proporção de não respondentes. Para violência sexual, tem-se uma prevalência de 13,9% de declaradas e 11,4% de presumidas pela entrevistadora. O principal agente citado nas violências sexuais declaradas pelas adolescentes foi o padrasto. Os agentes da Violência Sexual presumida variaram entre os namorados ou parceiros de uma relação ocasional (“ficante”).

Tabela 13: Freqüência de violência sexual

Violência Sexual		
Violência Sexual	N	%
Declarada	28	13,9
Presumida	23	11,4
Não	62	30,8
Não sabe/Não informou	88	43,8
Total	201	100

Tabela 14: Idade da adolescente durante a VS declarada

Idade da adolescente durante a VS declarada		
Idade da VS	N	%
4	1	3,6
8	2	7,1
9	4	14,3
10	5	17,9
11	2	7,1
12	4	14,3
13	1	3,6
15	1	3,6
16	1	3,6
várias	1	3,6
Não declarou	6	21,4
Total	28	100

Tabela 15: Agente da VS declarada

Agente da VS declarada		
Agente	N	%
Padrasto	6	21,4
Vizinho	3	10,7
Tio	3	10,7
Estranho	2	7,1
Diversos	1	3,6
Não declarou	13	46,4
Total	28	100

Tabela 16: Idade do agente na VS declarada

Idade do agente na VS declarada			
Agente	Idade do	N	%
15		1	3,6
16		1	3,6
17		1	3,6
24		2	7,1
25		1	3,6
26		1	3,6
30		2	7,1
38		1	3,6
40		3	10,7
45		1	3,6
48		1	3,6
50		2	7,1
54		1	3,6
Não declarou		10	35,7
Total		28	100

Devido ao significado extremamente delicado e difícil para qualquer pessoa, o número de entrevistadas que respondeu ao questionamento sobre violência sexual, tendo como base o referencial teórico utilizado, foi de 103 adolescentes. Destas, 51, ou 49%, viveu algum tipo de violência sexual. O total de casos de violência sexual declarado por elas foi de 28, enquanto que em 23 casos houve presunção de violência por se tratar de adolescentes com menos de 14 anos envolvidas em relacionamentos sexuais com homens em condições desiguais de idade, maturidade e poder. O critério utilizado aqui foi a diferença de idade de cinco anos ou mais do parceiro em relação à adolescente menor de 14 anos.

Outro fator importante é a possibilidade de equívocos em relação à idade em que viveram a violência, pois é um dado retrospectivo, e portanto, sujeito a algum viés de memória pela entrevistada. O mesmo viés foi considerado em relação à idade aproximada do agressor na época do incidente, que era relatada de acordo com as lembranças e significados para elas, como ocorre em outros estudos que envolvem violência e necessidade de informações retrospectivas, que normalmente não são disponíveis em sua exatidão.

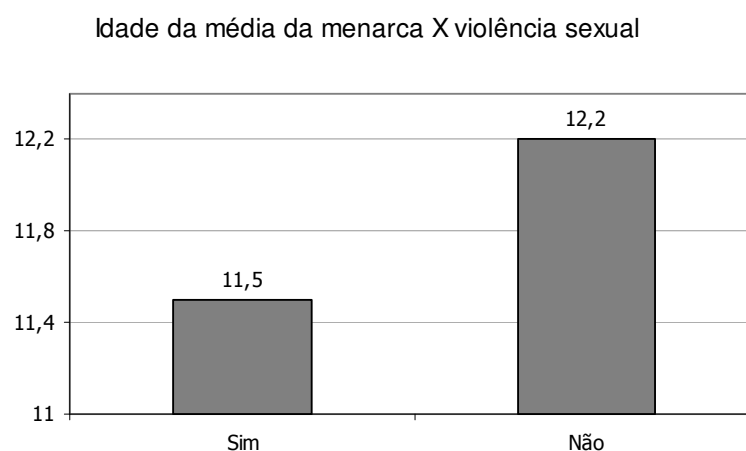
A vivência de violência sexual também se mostrou significativamente associada à idade mais precoce da menarca, com uma média de 11,5 anos, diferente dos casos negativos para esse evento, em que a média etária de 12,2 anos. Foi aplicado o teste de Mann-Whitney, conforme tabela 13. A diferença de idade da menarca entre as adolescentes que sofreram violência sexual foi considerada estatisticamente significativa e o coeficiente de correlação entre as duas variáveis possui $p\text{-valor} < 0,05$.

Tabela 17: Menarca x violência sexual

Menarca x Violência Sexual					
VS	N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de Confiança	P-Valor*
Sim	51	11,5	1,2	(11,1 - 11,8)	0,0008
Não	62	12,2	1,3	(11,9 - 12,6)	

* Teste Mann-Whitney

Gráfico 12: Idade média da menarca x violência sexual



Com relação à violência sexual, observa-se tanto para violência sexual quanto física uma grande proporção de não respondentes. Para violência sexual, tem-se uma prevalência de 13,9% de declaradas e 11,4% de presumidas pelas entrevistadoras. O principal agente citado foi o padrasto. Em suma, há associação estatisticamente significativa entre a idade mais precoce da menarca e a vivência de violência sexual.

O Modelo estatístico que se segue é uma tentativa de observar quais fatores se relacionam com a menarca. Os resultados obtidos refletem o que as correlações calculadas já concluíram. A Idade 1ª da Relação Sexual e Idade da 1ª Gravidez estão associados à Idade da Menarca. O R^2 do modelo é um valor que varia entre 0 e 1

indicando o grau de eficiência do modelo. Neste caso, o modelo pode ser considerado altamente conclusivo.

Entretanto, uma ressalva deve ser feita aqui. Em geral, modelos de regressão linear são idealizados para reunir fatores (variáveis independentes) que ajudam a explicar o comportamento de um outro fator (variável dependente).

Nos dados aqui analisados tem-se, conceitualmente, a situação inversa: vários fatores sendo explicados pela menarca. Esta ressalva não invalida as conclusões do modelo. Deve-se, portanto, concluir *que a Idade da 1ª Relação Sexual e Idade da 1ª Gravidez estão associados à Idade Menarca e não que a Idade da 1ª Relação Sexual e a Idade da 1ª Gravidez ajudam a explicar a idade de Menarca.*

Tabela 18: Regressão Linear: menarca = idade da 1ª relação sexual + Idade 1ª gravidez + quantidade de gravidez

MODELO DE REGRESSÃO*		
(R ² : 0,9865)		
Menarca = 0,3935 (idade da 1ª relação sexual) + 0,3825 (Idade 1ª Gravidez) - 0,0034 (Quantidade de Gravidez)		
Variável	Parâmetro	P-valor
Idade da 1ª relação sexual	0,39346	0,0049
Idade 1ª Gravidez	0,38254	0,003
Quantidade Gravidez	-0,00344	0,8154

* Modelo de Regressão Linear sem intercepto

Análise das variáveis secundárias

De acordo com a metodologia descrita, a seguir serão analisadas as variáveis secundárias, assim como as suas relações com as principais, vistas até aqui.

As tabelas e gráficos abaixo trazem os valores médios, desvios padrões e intervalos de confiança por nível de escolaridade. Cada tabela traz também o teste ANOVA. P-valores menores que 0,05 indicam que há diferença estatisticamente

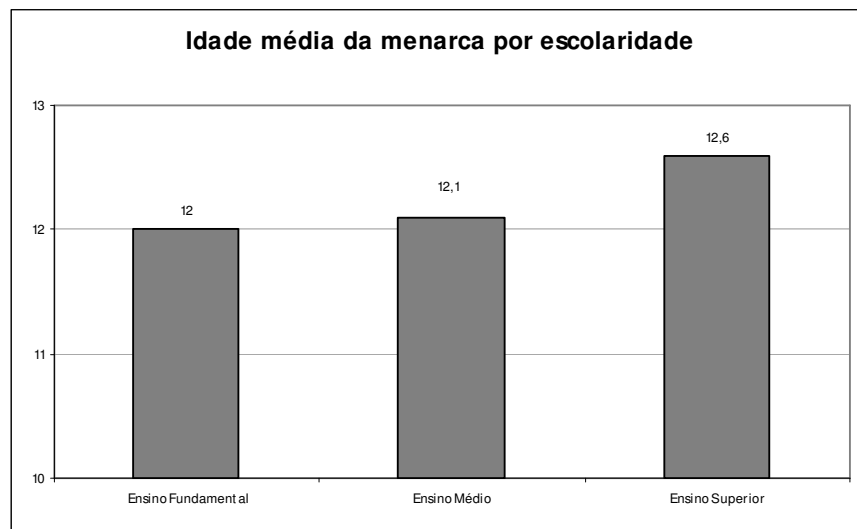
significativa entre os níveis de escolaridade, ou seja, a variável em questão está associada com a escolaridade.

Tabela 19: Idade média da menarca x escolaridade

Idade média da menarca por escolaridade					
Escolaridade	N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de Confiança	P-Valor*
Ensino Fundamental	70	12	1,4	(11,7 - 12,3)	0,5124
Ensino Médio	116	12,1	1,4	(11,8 - 12,3)	
Ensino Superior	8	12,6	1,5	(11,4 - 13,9)	

* Teste ANOVA

Gráfico 13: Idade média da menarca x escolaridade



De acordo com o gráfico, há uma tendência discreta em relacionar que quanto menor a idade da menarca, menor a escolaridade, assim como a média de idade da menarca das adolescentes que estão no Ensino superior é relativamente maior. Quando aplicado o teste estatístico, este não demonstrou significância estatística. Portanto, com os resultados obtidos não é possível afirmar que haja associação entre as variáveis.

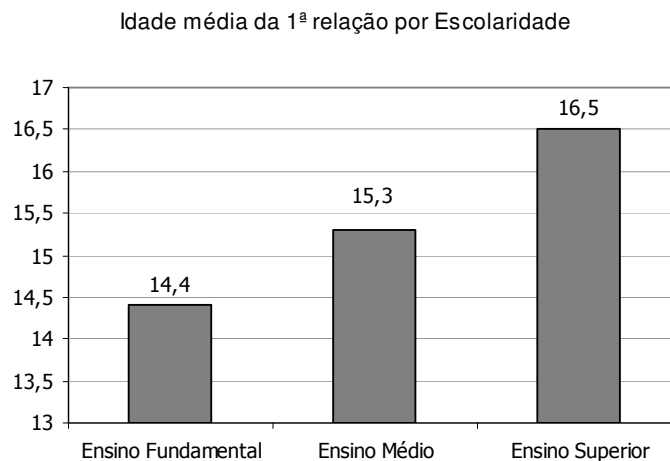
Para a idade da 1ª relação sexual, observam-se médias crescentes quanto maior a escolaridade. Como P-valor < 0,0001, podemos afirmar que quanto maior a escolaridade, maior a idade da 1ª relação sexual.

Tabela 20: Idade da 1ª relação sexual por escolaridade

Idade média da 1ª relação sexual por Escolaridade					
Escolaridade	N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de Confiança	P-Valor*
Ensino Fundamental	70	14,4	1,5	(14,0 - 14,8)	<0,0001
Ensino Médio	116	15,3	1,4	(15,0 - 15,6)	
Ensino Superior	8	16,5	1	(14,9 - 18,1)	

* Teste ANOVA

Gráfico 14: Idade da média 1ª relação sexual X escolaridade



A idade média da primeira gravidez cresce com o nível de escolaridade.

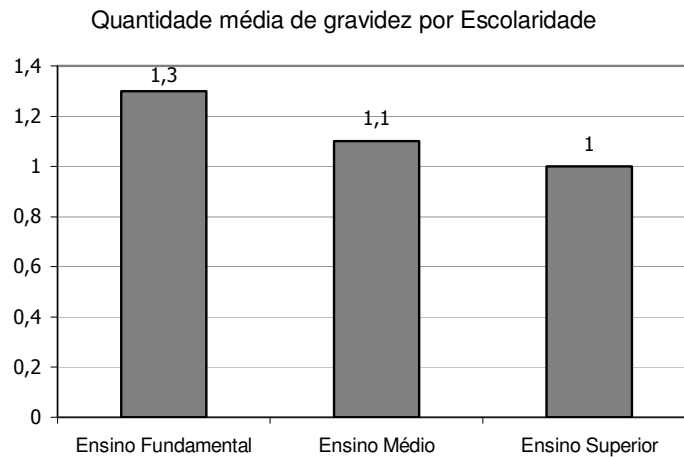
Essa informação também é estatisticamente significativa (p=0,0009).

Tabela 21: Quantidade média de gravidez por escolaridade

Quantidade média de gravidez por escolaridade					
Escolaridade	N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de Confiança	P-Valor*
Ensino Fundamental	51	1,3	0,7	(1,1 - 1,5)	0,0188
Ensino Médio	58	1,1	0,3	(1,0 - 1,1)	
Ensino Superior	1	1	-	-	

* Teste ANOVA

Gráfico 15: Quantidade média de gravidez por escolaridade



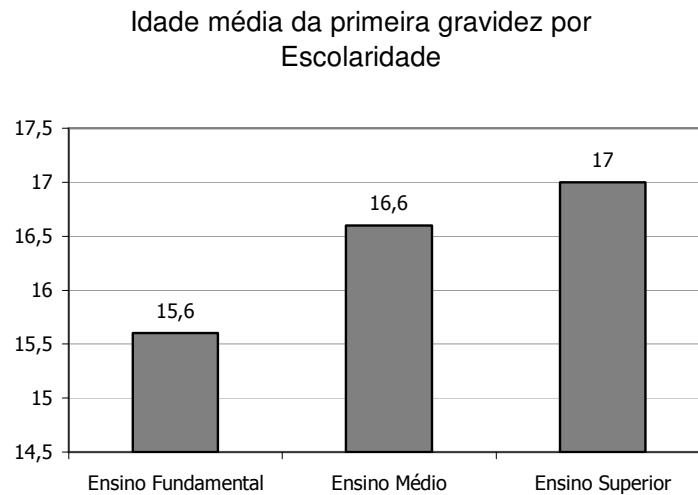
Para a informação sobre a quantidade de gravidezes, observa-se uma diminuição do valor médio quanto maior a escolaridade. Aqui se pode afirmar que quanto maior a escolaridade, menor a quantidade de gravidezes ($p=0,0188$).

Tabela 22: Idade média da primeira gravidez por escolaridade

Idade média da primeira gravidez por escolaridade					
Escolaridade	N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de Confiança	P-Valor*
Ensino Fundamental	70	15,6	1,6	(15,1 - 16,0)	
Ensino Médio	116	16,6	1,2	(16,3 - 16,9)	0,0009
Ensino Superior	8	17	-	-	

* Teste ANOVA

Gráfico 16: Idade média da primeira gravidez por escolaridade



Ao contrário do gráfico anterior, a média da idade encontrada da primeira gravidez foi tanto menor quanto menor a escolaridade. Isto significa que quanto menor a escolaridade, mais cedo elas engravidaram, o que está de acordo com a literatura. O $p = 0,0009$ dá significância estatística a uma associação positiva entre as variáveis.

Em relação à violência física (VF), do universo de 75 informantes, 32% declararam já a ter sofrido.

Tabela 23: Frequência de violência física

Frequência de violência física		
Violência Física	N	%
Sim	23	11,4
Não	52	25,9
Total de informantes	75	37,3
Não sabe/Não informou	126	62,7
Total	201	100

Tabela 24: Agente da violência física declarada

Agente da violência física declarada		
Agente	N	%
Avo	1	4,3
Ex-namorado	1	4,3
Mãe	9	39,1
Marido	1	4,3
Pai	2	8,7
Pais (M+P)	2	8,7
Parceiro	2	8,7
Não declarou	5	21,7
Total	23	100

Tabela 25: Idade da violência física declarada

Idade da violência física declarada		
IDADE DA VF	N	%
10	1	4,3
12	1	4,3
13	1	4,3
15	2	8,7
16	1	4,3
18	1	4,3
Não declarou	16	69,6
Total	23	100

O que chamou a atenção em relação à violência física é que a mãe foi a agressora em mais de 40% dos casos, se forem considerados os casos em que os agressores eram o pai e a mãe. Absurdamente, houve casos em que **aos 18 anos** as adolescentes relataram que ainda apanhavam.

5. DISCUSSÃO

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, embora incessantemente discutidos, ainda não estão garantidos aos adolescentes. Os motivos são diversos, transversais a todas as classes sociais, culturas, raças, etnias e níveis de escolaridade. As barreiras e limitações impostas por valores religiosos, perpetuadas pelas escolas e pelos profissionais de saúde, envolvendo as famílias e toda a sociedade, impedem que estes indivíduos, em intenso e amplo processo de desenvolvimento, possam dispor de informações claras e seguras a respeito da sexualidade, assim como dos aspectos e recursos que envolvem a reprodução.

Para que estes direitos sejam garantidos, inicialmente a sociedade como um todo, precisa se desnudar de falsos valores morais e da hipocrisia e investir na ética, em relações mais humanas e verdadeiras, olhando para a adolescência a partir da perspectiva dos e das adolescentes, enxergando-a melhor e aceitando-a como ela realmente é, em sua integralidade, com todas as suas dificuldades, necessidades, possibilidades e riquezas.

Frente à sexualidade, é “estranho” dissociar o fenômeno biológico do que é considerado cultural e socialmente aceito. A prática sexual entre adolescentes só adquire visibilidade por meio de dados catastróficos de mortalidade materna e neonatal ou pela taxa de internamentos por partos ou abortos no país (Brasil. Pacto Nacional. 2004). Ou quando a “menina” aparece grávida. Ou ainda quando sofre violência sexual e tem coragem de revelar e pedir ajuda.

Se a menarca e todas as transformações hormonais, metabólicas e outras mudanças físicas que a acompanham estão se antecipando, como é possível que continuemos com o discurso de precocidade sexual, gravidez indesejada, se estamos

meramente assistindo imóveis a esses fenômenos? Esta tendência à precocidade na maturação sexual induz a uma lógica sobre o que acontecerá em um futuro próximo, em que a média de idade da menarca acontecerá aos 9 ou 10 anos. Essa condição se dará ainda na infância, fase em que poderá provocar uma série de prejuízos, já citados anteriormente. As vulnerabilidades tendem a aumentar, acompanhando esse processo. Quanto menor a criança, maior a exposição aos diversos fatores de risco.

O objetivo deste estudo também foi elucidar e dar visibilidade a esse fenômeno e às suas possíveis associações – iniciação sexual despreparada, contaminação com DST, gravidez e violência sexual, ao ser considerado como mais um fator de vulnerabilidade, devido às outras “demandas” biológicas e sociais que traz consigo.

A partir do conhecimento mais detalhado destes fatores, aumenta a possibilidade na instituição de medidas promotoras da saúde em relação à diminuição da incidência de obesidade entre as crianças e adolescentes. A adequação alimentar e aumento das atividades físicas podem contribuir para a profilaxia e o tratamento do sobrepeso e obesidade, eliminando um fator de risco à maturação sexual precoce.

Da mesma forma, ações preventivas e protetoras acerca da exposição desses indivíduos à mídia e outras influências sócio-culturais erotizadas possam ser implementadas. Pais, responsáveis, educadores, profissionais de saúde, enfim todos os atores sociais precisam dividir este desafio e multiplicar esforços, já que é previsível que, em períodos muito mais curtos do que se imagina, meninas - mulheres ainda crianças estarão vivendo como adultas, sem que o seu direito à infância lhes seja resguardado.

A associação positiva entre as variáveis abordadas nesta pequena amostra remete a um questionamento: por que não investir na prevenção dos fatores relacionados à antecipação da maturação sexual, como forma de enfrentamento de

suas prováveis conseqüências? Como aumentar e melhorar a rede de proteção às adolescentes frente às vulnerabilidades a que estão expostas?

Toda a população assiste passivamente ao estímulo da mídia, seja televisiva, escrita ou falada em relação à “coisificação”, a tornar o corpo da mulher, das adolescentes, das meninas um objeto de consumo. Desde cedo é estimulado e cobrado permanentemente que sejam magras, *sexys*, charmosas, atrativas, como forma de garantir o futuro.

De acordo com Ballone (2003), as meninas ainda pequenas absorvem o desejo, o objeto de realização das mães, que indiretamente transferem suas fantasias para as filhas, muitas vezes transformando-as em crianças amadurecidas precocemente em alguns aspectos, sensualizadas, o que está de alguma forma associado aos fatores culturais e à situação sócio-econômica da família. Não é incomum ver bebês ou crianças até três anos de idade com roupas e adereços que remetam a personagens adultos. Quando começam a freqüentar escolas, clubes e outros ambientes, a pressão social das próprias colegas, pais, familiares, professoras, auxiliares, para um comportamento “mais adolescentizado” é facilmente identificável. Nas músicas, nas danças, na maquiagem, nos tamanquinhos e sandalinhas de salto mais alto, nas roupas justas e sensuais é perceptível o desejo inconsciente e coletivo em alguns grupos sociais de que a filha se torne, em um futuro mais ou menos próximo, algo parecido àquela modelo, atriz ou cantora famosa idolatrada pela sociedade em geral.

Quanto menor a escolaridade e nível sócio-econômico dos pais maior o risco do desenvolvimento desse padrão, principalmente devido às perspectivas restritas em relação a estudo, trabalho e ao futuro em geral (Ballone. 2003) Nas classes menos favorecidas existe a expectativa de que as filhas encontrem um príncipe encantado

que as cuide e lhes dê uma vida melhor, perpetuando dessa forma o padrão familiar de desempoderamento, de objetização da mulher, de desqualificação, em uma relação de gênero sempre marcada pela desigualdade, desde a família de origem àquela que tende a se formar.

Os resultados desse estudo demonstraram que a média de idade para menarca de 12,1 anos indica uma tendência à diminuição para 11 anos, de acordo com a literatura que considera uma redução de três a quatro meses a cada década (Guazzelli *et all*, 2005; Carvalho *et all*, 2007). Esses fatos são percebidos pelas mães, tias, professoras e assustam muitas vezes, devido à infantilidade da menina frente a um fenômeno, a menarca, que entre elas e no milênio passado ocorria em idades mais compatíveis com o amadurecimento psicoemocional e social das jovens.

Apesar de ter importância para a saúde pública, a maturação sexual em idades cada vez mais precoces permanece em segredos familiares, ou até, diante da estranheza e insegurança das mães, somente chegam aos consultórios médicos, onde são mantidos invioláveis, constituindo mais uma condição de invisibilidade social.

As condições de vulnerabilidade, a desproteção e a incompreensão da condição em que se encontram as meninas-mulheres é propícia para que os dados encontrados nessa pequena amostra, reflita o quanto é urgente e necessário que haja alguma intervenção. É muito difícil entenderem o grau de exposição a que estão submetidas. Apesar de ser considerada uma violência presumida, uma parte delas não considera ter sofrido qualquer violência e declara que sua iniciação sexual foi de forma natural, de acordo com seu desejo, visto que foi fruto de um relacionamento amoroso sem desigualdade de poder ou uso de algum tipo de força ou pressão. Só consideram o seu poder de sedução, mas não compreendem o poder infinitamente

maior de sedução em vários sentidos que um adulto pode exercer sobre elas, a fim de relacionar-se com uma pessoa de diferente grau de percepção, maturidade e vulnerabilidade.

Muitas vezes é o “rótulo” de prostitutas, que meninas e adolescentes recebem, quando exploradas sexualmente. De acordo com Campos Júnior (2007), em artigo publicado no Correio Brasiliense, é possível que a sociedade esteja cometendo uma violência a mais sobre elas, que na verdade, estão sendo prostituídas e exploradas em seus corpos frágeis em troca de poucas moedas ou de comida. Elas não têm a perspectiva do amanhã. O autor diz: *“Não chegam a ser adolescentes porque a vida nem lhes permite ser crianças. São usadas e abusadas, como mercadorias, por monstros covardes que só querem ejacular a bestialidade de mente grotesca.”* Oriundas de condições miseráveis, oferecem seus corpinhos à selvageria do turismo sexual. Nem mesmo pode-se chamar de “prostituição infantil”, pois inculpa quem ainda não tem maturidade para decidir. As crianças e adolescentes muitas vezes são prostituídas covardemente por adultos.

De acordo com o filme “Anjos do Sol”, lançado em 2006 e dirigido por Rudi Lagemann, que retrata bem esta realidade brasileira, as “meninas” escolhidas para venda e prostituição eram sempre as que apresentavam características sexuais secundárias, ou de maturação sexual mais “proeminentes”. Esse é mais um fato que ilustra como esse fenômeno, quando muito precoce, as expõem a riscos variados de vida e saúde, principalmente aquelas que vivem em condições mais hostis.

É semelhante, de alguma forma, à violência sexual que ocorre nos domicílios. De acordo com os relatos das adolescentes sujeitos deste estudo, inicialmente elas não se deram por conta do que estava acontecendo. Não tinham tradução em seu universo infantil para compreender. E o início é muitas vezes sutil, silencioso,

enquanto estão dormindo. Segundo elas, algumas vezes o agressor aproveitou-se do fato delas serem crianças ainda, ou mesmo do grau de parentesco, dizendo que tudo aquilo era normal. Para uma parte, a dependência civil e financeira, a pressão psicológica frente a ameaças e outras formas de poder, além da introjeção de sua condição de desqualificação junto à vergonha, o medo e outros sentimentos confusos as impediram de qualquer reação e permitiu que a violência acontecesse repetidamente durante longos períodos. Mais da metade delas relata a violência ter iniciado a partir dos 8 ou 9 anos, na época em que se iniciaram as primeiras manifestações externas da presença dos hormônios sexuais. Do total de adolescentes que declararam ter vivido violência, poucas conseguiram reagir.

A Violência Sexual compreende aspectos extremamente complexos para uma pesquisa quantitativa. A maior parte das adolescentes não sabia o que significa “Violência Sexual”. As que arriscavam uma resposta atribuíam estupro à essa definição. Foi necessário, muitas vezes, uma explicação mais abrangente sobre o tema para que pudessem responder. Algumas adolescentes, após um período, em uma nova visita, pediam para alterar sua resposta de negativa para positiva. Ficou claro a necessidade de um tempo para poder responder, quando conseguiram ultrapassar a dificuldade inicial de negação ou de reconhecimento de ter vivenciado tal experiência. Este aspecto deve ser considerado e remete à necessidade de uma complementação dessa pesquisa, que apresentou falhas relacionadas a essa variável, em se tratando de assunto extremamente complexo e difícil de ser abordado em consultas de rotina, necessitando outro modelo de estudo, de mais tempo e outras atividades educativas-vivenciais em grupos ou outras estratégias, que torne possível um maior entendimento acerca do significado de violência sexual, para

posteriormente ser investigado e para que possa permitir alguma intervenção terapêutica, sempre que necessário.

Aos 11, 12 anos é difícil para as adolescentes, normalmente em companhia das mães, responderem sobre sexualidade, namoros, etc. Mesmo quando têm algum tipo de relacionamento, na maioria das vezes ficam extremamente intimidadas com esse tipo de pergunta ou conversa, sendo necessário mais tempo e novos encontros, para que a relação de confiança entre cliente, profissional e responsável seja desenvolvida, possibilitando respostas mais fidedignas.

Por outro lado, duas adolescentes do grupo engravidaram durante uma vivência de violência sexual com os padrastos, o que já ocorria há algum tempo, antes mesmo de iniciarem os ciclos menstruais. A gravidez denunciou a violência. Uma delas nem chegou a menstruar antes de engravidar, o que aconteceu aos 11 anos. A outra ciclou poucos meses e engravidou aos 12 anos.

Transformações sociais fizeram surgir novas imagens de mulher e de infância que contribuem para adiar a idade socialmente aceita para uma primeira gravidez. Portanto, a gravidez na adolescência é vista como um grave problema na nossa cultura, influenciada pela visão reducionista da saúde, a partir da reação dos responsáveis, englobando nesse momento também o governo, a educação, os pares e outros atores. Assim como Pantoja (2003), Altmann (2007), e a partir dos resultados desse estudo, considero que própria atenção à saúde precisa mudar o foco, o modo como administra este acontecimento, muitas vezes desejado e positivo na vida de uma mulher, mesmo que seja adolescente, a fim de promover a redução de danos.

Quando acolhida e apoiada pelo sistema, esta cidadã de direitos passa a apresentar maiores possibilidades em enfrentar os desafios que estão se apresentando. Motivada e segura, na maioria das vezes, permanece na escola e ao

se deparar com um maior grau de responsabilidade pode passar a ter mais objetividade e força para concretização de seus objetivos e projeto de vida.

A partir da literatura (Altmann, 2007) e da experiência com a atenção e convivência com adolescentes, fica claro que o estímulo à elaboração e executabilidade do projeto de vida é uma iniciativa que precisa ser trabalhada rotineira e repetidamente com eles/as, como forma de promover o amadurecimento saudável dos/as mesmos/as. A motivação para a concretização das metas os/as leva a um processo de autoconhecimento, descoberta de suas próprias habilidades e melhora da auto-estima. Sentem-se autônomos/as na determinação de seus planos e protagonistas da história de suas vidas. Livres, mas responsáveis e comprometidos/as com seus próprios objetivos e fortalecidos/as na realização de seus projetos, sempre voltados à construção de resultados positivos.

Por outro lado, os conhecimentos sobre o exercício da sexualidade saudável, o estímulo positivo para o conhecimento e prazer com o seu próprio corpo e para com a vida têm sido bastante restritos. Os programas de saúde e de educação não inserem tais ações na prática. Alguns estudos como os de Lourenço (2006), Ventura (2006) e Altmann (2007), têm demonstrado que quando há um trabalho sério acerca dessas questões, há um aumento na idade de início sexual, provavelmente devido à diminuição da curiosidade, da tensão e à desmistificação que envolve esses assuntos durante a adolescência.

É possível, dentro de uma perspectiva moderna de educação, introduzir informações acerca da saúde sexual e reprodutiva de forma lúdica, gostosa, permeando outros assuntos de interesse dos e das adolescentes.

Fornecer informações em relação a como construir um bom relacionamento com o próprio corpo, sobre autoconhecimento, necessidades, autocuidado, promoção

da saúde sexual e reprodutiva não estão na pauta dos/as profissionais, mesmo porque, em grande parte das vezes, eles/as próprios/as não estão devidamente qualificados nesse tema. Investimentos na perspectiva da saúde sexual de adolescentes e jovens baseadas na ciência, de forma livre de preconceitos e juízos de valor consiste em uma das estratégias que deveria ser adotada nas escolas, a partir do ensino fundamental, assim como nas unidades de saúde, desde o atendimento pediátrico, envolvendo, enfim, diversos atores que convivem de forma direta ou indireta com eles. Desta forma é criada uma possibilidade de novas construções acerca de si próprio/a e também com seus pares, em uma perspectiva ampla de empoderamento, de respeito à sua condição de sujeito livre e responsável (Brasil, 2000 a).

Da mesma forma que a educação sexual tem sido realizada de forma tímida e em alguns pontos estratégicos (escolas, *sites educativos*, unidades de saúde), ainda utilizados como referência no Brasil, grande parte da população de adolescentes começa a vivenciar a sexualidade sem as informações e recursos necessários para seu exercício saudável e com responsabilidade. Discussões e “construções” com adolescentes acerca de como, quando e com quem se relacionar sexualmente não são feitas por professores ou pelos profissionais de saúde. Normalmente estes últimos se limitam a dar orientações ou ditar regras sobre DST ou contracepção, em uma concepção verticalizada. O modelo autoritário detentor do conhecimento, imposto como certo e melhor não tem dado resultados satisfatórios, pois mesmo dispondo das informações, os e as adolescentes não estão “sensibilizados” a utilizá-las em seu próprio benefício. A motivação precisa estar vinculada ao conhecimento. A postura dos profissionais que trabalham com adolescentes merece ser revista. Os pais também precisam reaprender a se comunicar com os/as filhos/as nessa fase. Os

tempos mudaram e as crianças e adolescentes também. Para que os resultados positivos sejam atingidos é preciso rever a forma e o conteúdo, enfim, as estratégias que vem sendo aplicadas.

Algumas adolescentes assumem até ter informações e a disponibilidade de métodos anticoncepcionais, mas que não fazem uso por desejarem ter um/a filho/a, ou mesmo por curiosidade. Elas não têm a dimensão do que representa a maternidade e a responsabilidade sobre uma criança em suas vidas. A situação, que normalmente já se encontra extremamente difícil para elas, com a gravidez e o nascimento de outra criança, só tende a piorar muito, em vez de ser uma solução, como elas tendem a acreditar. Segundo muitos autores citados anteriormente, culmina, na maioria dos casos, com o rompimento no relacionamento com o pai do bebê e no abandono dos estudos para cuidar da criança ou para trabalhar.

Já para Pantoja (2003), o evento gravidez não implica, para as meninas, a ruptura ou abandono de projetos de vida. Ao contrário, a gravidez/maternidade muitas vezes é valorizada por traduzir tanto mudanças de status social para as mesmas, quanto a afirmação de projetos de mobilidade social no futuro, justificando assim, a continuidade dos estudos diante das dificuldades que a situação impõe.

Em nosso país, na maior parte das situações, uma gravidez nessa fase é um acontecimento difícil para a adolescente e para a sua família. A dependência financeira limita as escolhas e as decisões. Para que haja um maior respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das adolescentes é preciso parar de correr atrás do “prejuízo”, onde em prejuízo leia-se gravidez indesejada, doenças, violências.

Em se tratando de mulheres adolescentes, é preciso compreender melhor os fatores que contribuem para a exposição delas ao risco. Quando se somam outras especificidades, além daquelas em que as desigualdades de gênero já são

responsáveis por dificultar mais ainda as situações que enfrentam, como a pobreza, a baixa escolaridade, a cor/raça/etnia, a orientação sexual, as possibilidades se restringem ainda mais.

É necessário substituir a postura preconceituosa, resistente e derrotista que hoje reina entre vários atores que cuidam, trabalham, ou convivem com adolescentes, frente a uma gravidez. Depois que ela acontece, quando não é planejada, é fruto de uma incompetência do sistema (Cavasin *et all*, 2004). É o reflexo da falha de todos no empoderamento da adolescente para que ela possa fazer uso do livre-arbítrio. Mais do que nunca, se justifica o investimento nas e nos adolescentes, a fim de que se sintam motivados na elaboração e execução de seus próprios projetos de vida. Em qualquer idade a maternidade absorve muito a mulher na realização dessa função, que é extremamente gratificante, prazerosa e que traz consigo um amadurecimento, fruto de todo um processo repleto também de dificuldades de diversas naturezas. Empoderada, finalmente, essa adolescente poderá se sentir mais forte e capaz para vencer novos obstáculos e conquistar seu lugar a partir das suas próprias perspectivas.

A gravidez talvez não seja considerada um “desastre” para a própria adolescente enquanto mulher, indivíduo, mas represente para o sistema, uma decepção em relação ao seu papel social, onde não cabe este “desvio” do planejamento idealizado para elas. Para o mundo adulto, em vez de significar trabalho qualificado, passa a ser mais uma ou duas pessoas dependentes do mesmo provedor.

As adolescentes perderam o direito a engravidar enquanto não estiverem formadas ou trabalhando, provendo o seu próprio sustento, o que na atual conjuntura, é praticamente impossível nessa fase. A gravidez, quando desejada e programada

pelo casal ou pela própria adolescente, como provavelmente ocorria no tempo de suas avós e até mesmo das mães, passa a ter uma conotação social e cultural extremamente negativa e muitas vezes até discriminatória.

Experiências de intervenção que trabalham a vulnerabilidade dessa população, combatendo a violência, as discriminações de gênero, promovendo a auto-estima, estimulando a elaboração de um projeto de vida e garantindo os direitos de cidadania, mostram os benefícios que tais medidas apresentam na vida dessas jovens.

Em relação aos direitos reprodutivos, algumas ações têm sido implementadas no sentido da prevenção da gravidez e na melhoria da atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Dimenstein (2007), em artigo intitulado o “Aborto reduz o crime?” refere que o poder público não deve deixar de facilitar o acesso a preservativos e a pílulas, nem de oferecer a interrupção da gravidez, uma forma dolorida, indesejável, que consiste num último recurso nos casos previstos por lei. Se for de livre e espontânea vontade, a realização do aborto legal em menores de 14 anos por presunção de violência é uma das conquistas dos adolescentes em relação aos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

No mundo moderno, o adolescer é um processo de características muito complexas. Se por um lado não há simpatia por uma auto-sustentabilidade e independência precoce em função dos estudos e da qualificação profissional, por outro, a sexualidade e a gravidez na adolescência também não são bem vindos. É como se fosse uma forma de desempoderar temporariamente os e as adolescentes e promover o status de incapaz que o adolescente normalmente assume, em função dos objetivos socialmente considerados ideais. Retira-se, desconsidera-se a independência social, mas o corpo continua com o seu desenvolvimento, suas

necessidades. Ao tornar o adolescente incapaz, são invisibilizadas medidas preventivas e protetivas quanto à sua sexualidade. Se não é considerado um adulto, produtivo, passa a não ter direito à função sexual. Ou melhor, em tempos “modernos”, mesmo com a pseudopermissividade sexual, não é permitida a reprodução, enquanto, considerando as construções desiguais de gênero, a mulher não garante seu próprio sustento.

Se a maternidade não pode ser vista como um fenômeno natural em si mesma, o equivalente pode ser dito em relação à adolescência e à juventude. O que significa ser jovem? Onde se situam as fronteiras entre juventude e idade adulta? De um ponto de vista sociológico, essas perguntas não poderiam ser respondidas de modo essencialista ou funcionalista, pois a juventude é uma invenção social, historicamente situada (Galland, 1996). Se a gravidez na adolescência é indesejada pelos pais, educadores e outros atores sociais, é preciso investir em educação sexual de uma forma mais abrangente, para que quando acontecer, tenham sido respeitados os direitos da adolescente: a gravidez era desejada, ou planejada.

Desse modo, uma das primeiras questões a ser problematizada é o modo generalizado de se referir à juventude. Desconsidera-se que os modos de entrar na vida adulta não são homogêneos, variando segundo uma série de fatores, entre outros, origem social e gênero.

A independência das mulheres permite uma maior liberdade de escolhas, mas está relacionada a uma série de responsabilidades que não são divididas quando da ruptura da estrutura familiar, em que naturalmente os cuidados e os proventos para os filhos cabem exclusivamente, ou quase isso, a elas, na maioria das vezes.

Os resultados encontrados no presente estudo indicam a necessidade de novas investigações com maior amostragem, que possibilitem uma melhor avaliação

das variáveis individualmente, assim como as suas associações, a fim de verificar sua reprodutibilidade.

Além disso, para permitir o aprofundamento de alguns dados, são necessárias mais de uma consulta. Uma maior compreensão sobre aspectos fundamentais como as inter-relações na família, na escola e com os pares, pode possibilitar a obtenção de dados que esclareçam melhor alguns aspectos no comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes.

É preciso entender melhor, e a partir das perspectivas delas, a relação entre a maturação sexual, a escolaridade e a sexualidade; o contexto e os motivos que levam à proteção e à desproteção às DST e em relação à possibilidade de engravidar. Fica um vácuo entre as informações sobre contracepção e a disponibilidade de escolhas contraceptivas em distintas formas de relacionamento afetivo-sexual e o que as levam a fazer outras escolhas.

A associação encontrada entre a idade da menarca com a idade da primeira relação sexual e a idade da 1ª gravidez e à incidência de violência sexual responde à pergunta que fundamenta esse estudo. Como já foi dito, a investigação sobre violência remete a uma pesquisa qualitativa, que será realizada em um segundo momento, pois envolve vários aspectos que não integravam este estudo inicialmente, prejudicando essencialmente a obtenção dos dados em uma grande parte das entrevistadas. De qualquer forma, entre as adolescentes que responderam foi possível analisar os dados e a associação com a idade da menarca foi significativa estatisticamente, tanto nos casos de violência declarada, quanto nos em que foi considerada presumida.

Em relação às DST, conforme descrito no capítulo 2.4 sobre *Saúde sexual e saúde reprodutiva* no item DST e no capítulo 4 sobre *Resultados*, a associação entre

a idade da menarca e as DST, a correlação não apresentou resultado estatisticamente significativo. As dificuldades encontradas foram eminentemente técnicas – falta de investigação - e relacionadas à total desinformação por parte das adolescentes sobre esse assunto, assim como em uma grande parte delas, sobre seu próprio histórico de saúde. Tal ausência de dados indica a necessidade de novas estratégias em relação à documentação sobre a suspeita diagnóstica nos casos de abordagem sindrômica e de um maior cuidado em relação à comunicação com a usuária do Sistema de Saúde, em qualquer fase de sua vida a respeito de eventos referentes à sua própria saúde.

No entanto, ficou claro nesse estudo que a escolaridade influenciou sobre as escolhas sexuais e reprodutivas, já que de acordo com os resultados, quanto menor a escolaridade, menor também a idade em que as adolescentes tiveram sua primeira gravidez. Ao mesmo tempo, as que já atingiram o ensino superior, engravidaram mais tardiamente. Em relação à quantidade de gravidezes, também foi constatado que quanto maior a escolaridade, menor o número de gravidezes.

Quanto à iniciação sexual, os resultados demonstraram também uma relação direta com a escolaridade, ou seja, quanto menor a escolaridade, mais cedo elas tiveram sua primeira relação sexual, ao passo que as que se encontravam no ensino superior, viveram esta experiência significativamente mais tarde. A partir desses dados é possível elaborar as seguintes perguntas: as adolescentes que chegam ao ensino superior têm, de alguma forma, melhores condições de vida, possibilitando-as a concretizar seus projetos de estudo ou profissionais mais cedo? Isto as faz desenvolver uma maior “maturidade” em relação à sexualidade, priorizando seus objetivos “sócio-educativos” em detrimento às vivências com outros adolescentes, em relacionamentos de amizade ou amorosos-sexuais?

Foi notória a dificuldade de uma parte delas em compreender o significado e a elaborar um sucinto projeto de vida, o que também demonstra a falta de estímulo e embasamento por parte do sistema que integram e traduz, segundo o referencial teórico utilizado nesse estudo, a maior vulnerabilidade sexual e reprodutiva destas adolescentes.

A hipótese que construí a partir de diálogos sobre projetos de vida com esse grupo é que a pequena parcela que alcançou o ensino superior na adolescência era composto pelas que se preocupavam muito com o que a família e a sociedade esperava delas e tinham algumas características psicológicas de baixa auto-estima. O objetivo de se desenvolver ações com adolescentes que reforcem sua auto-estima e empoderamento, para a elaboração e a execução de seus objetivos baseados em escolhas informadas, é justamente no sentido de garantir um maior protagonismo de suas ações. O avanço na escolaridade pode acontecer paralelamente ao exercício saudável e seguro da sexualidade, ao contrário do que foi dito pela maioria das adolescentes com maior escolaridade. Para elas, estudar é incompatível com namorar e segundo seus “referenciais”, “*é melhor deixar isso pra mais tarde*”.

A pior realidade é a que também foi verificada nesse estudo, pois retrata nos extremos as falhas de todo o sistema: família, saúde, educação e sociedade. A partir da concepção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, não parece saudável que elas deixem de se relacionar amorosa e sexualmente durante a adolescência devido a exigências sociais e/ou familiares, direta ou indiretamente, assim com não é bem aceito o fato de se desinteressarem ou abandonarem os estudos por falta de perspectiva.

É preciso trabalhar, antes de mais nada, o autoconhecimento, a auto-estima,

as relações de desqualificação que elas vivenciam, o empoderamento e o protagonismo. Desta forma a complexidade de fatores que envolvem o comportamento afetivo - sexual adotado pelas adolescentes adquire novas e maiores possibilidades de auto-proteção e incorporem as múltiplas dimensões da questão para que os programas de educação sexual tenham efetividade. A melhor estratégia contra a violência é ampliar as redes de proteção que envolve a família, a escola e outros atores sociais e a conscientização do indivíduo em relação ao seu valor, poder e capacidade de não aceitação dessa situação.

Ao que parece, as campanhas de prevenção da Aids e a ampla difusão de conhecimentos sobre o uso do preservativo masculino e feminino podem estar influenciando na prevenção das DST e permitindo um melhor planejamento reprodutivo, ainda que a maioria dos encontros sexuais dos adolescentes continuem ocorrendo sem qualquer proteção. É recomendável que as estratégias de intervenção sobre estes grupos populacionais promovam a integração de conteúdos e ações para qualificar a atenção à saúde sexual e reprodutiva e desta forma garantir os respectivos direitos dos e das adolescentes.

Ajudar os e as adolescentes na elaboração dos seus projetos de vida pode ser uma forma de empoderamento e motivação no direcionamento de suas vidas. Estimulá-los ao exercício da cidadania, da liberdade responsável, da busca gradativa da autonomia contribui no processo de amadurecimento psicossocial e capacita-os na busca de seus objetivos e a assumirem o protagonismo de suas histórias.

Para finalizar, acredito que é possível e necessário melhorar a relação com os e as adolescentes, respeitando-os como sujeitos de direitos e protegendo-os em relação às condições vulneráveis às quais estão expostos. É preciso investir na educação sexual, dentro de um novo formato, conforme abordado anteriormente

nesse estudo, como forma de proporcionar escolhas informadas e o fornecimento de recursos, essenciais para a prática do livre-arbítrio e do exercício da sexualidade com responsabilidade.

É fundamental que as políticas públicas direcionadas a adolescentes realmente representem os interesses sociais destes indivíduos a partir de suas necessidades, dificuldades e perspectivas, assim como apresentem ações concretas para garantia dos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos.

6. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo sugerem a existência de associação entre a maturação sexual e as outras variáveis, demonstrando que quanto menor a idade da menarca, menor a idade da 1ª relação sexual, a idade da 1ª gravidez e maior a incidência de violência sexual.

É possível estabelecer um paradoxo entre o amadurecimento sexual precoce e a maturidade psicoemocional e social, o que pode ser considerado mais um fator de vulnerabilidade na adolescência, em relação à ocorrência da iniciação sexual despreparada e desprotegida, das DST/Aids, da gravidez e da violência sexual.

Reconhecer os direitos sexuais e os direitos reprodutivos dos e das adolescentes e considerar a responsabilidade dos diversos atores sociais na educação sexual de uma forma ampla e no fornecimento de recursos imprescindíveis, contribui para promover a sexualidade saudável e protegida na adolescência. Às adolescentes grávidas ou mães é necessário desenvolver estratégias de acolhimento e apoio, para que possam prosseguir em busca de seus projetos pessoais e profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdallah, V.O.S, Mayrink, L., Gonsalves, R.M.P., Nishioka, S.A. Gravidez na adolescência: experiência em um hospital universitário. *Pediatr Mod* 1998; 34(9):561-70.
- Aberastury A, Knobel M. *Adolescência Normal*. Porto Alegre, Artes Médicas, 10ª ed., 1992.
- Adair, L.S., Gordon-Larsen P. Maturational timing and overweight prevalence in US adolescent girls. *Am J Public Health* 2001;91:642.
- Adih WK, Alexander CS. Determinants of condom use to prevent HIV infection among youth in Ghana. *J Adolesc Health* 1999;24: 63-72
- Adorno (2001). *Capacitação Solidária: um olhar sobre os jovens e sua vulnerabilidade social*. 1a. ed. São Paulo: AAPCS – Associação de Apoio ao Programa de Capacitação Solidária, 2001.
- Ahima, R.S.; Dushay, J.; Flier, S.N.; Prabakarma, D. & Flier, J.S. Leptin accelerates the onset of puberty in normal female mice. *J Clin Invest* 1997; 99:391.
- Albino, G.C., Vitalle, M.S.S., Schussel, E.Y., Batista, N. A sexualidade pelo olhar das jovens: contribuições para a prática do médico de adolescentes. *Rev Paul Pediatr*.2005;23(3):124-9.
- Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani R. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev. Saúde Pública* v.37 n.5 São Paulo out. 2003
- Altmann, H. Gênero, sexualidade e educação. *Educ. rev.* n.46. Belo Horizonte dez. 2007
- ANDI. Agência de Notícias dos Direitos das Crianças –. Direitos, infância e agenda pública: uma análise comparativa da cobertura jornalística latino-americana / Agência de Notícias dos Direitos da Infância; Rede ANDI América Latina. --- Brasília : ANDI, 2007
- Apraiz AG. In. uence of family size and birth order on menarcheal age of girls from Bilbao City (Biscay, Basque Country). *Am J Hum Biol* 1999;11:779-83.
- Aquino, E.M.L., Heilborn M.L., Knauth D., Bozon M., Almeida M.C., Araújo J,. *Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais*. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 2:S377-88.
- Bagga A, Kulkarni S. Age at menarche and secular trend in Maharashtrian (Indian) girls. *Acta Biol Szeged* 2000 ;44:53-7
- Ballone GJ - Abuso Sexual Infantil, in. *PsiquWeb*, Internet, disponível em "www.psiqweb.med.br, revisto em 2005 (acesso em 23 05 2008).
- Ballone GJ - Depressão na Adolescência - in. *PsiquWeb*, Internet, disponível em ~~www.psiqweb.med.br~~, revisto em 2004. (acesso em 13 05 2008).
- Ballone GJ - Gravidez na Adolescência - in. *PsiquWeb*, Internet, disponível em revisto 01.12.2004. <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=55&sec=20>

(acesso em 23 de maio 2008).

Ballone GJ – Infância e Adolescência - in. PsiquWeb, Internet, disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=49> revisto em 2005 (acesso em 23 de maio 2008).

Ballone, G. J. - Adolescência e Puberdade - in. PsiquWeb, Internet, disponível em <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc.html> >2003 (acesso em 12 de abril 2008).

Beauvoir S. *The Second Sex*. New York: Knopf, 1953.

Bem-Estar Familiar no Brasil - BENFAM. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996. Rio de Janeiro; 1997.

Béria J, (org.). Ficar, transar... a sexualidade do adolescente em tempos de Aids. Porto Alegre: Tomo Editorial; 1998.

Berkey CS, Gardner JD, Frazier AL, Colditz GA. Relation of childhood diet and body size to menarche and adolescent growth in girls. *Am J Epidemiol* 2000;152:446-51

Berquó, E. e Cavenaghi, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária *Cad. Saúde Pública* vol.19suppl. 2. Rio de Janeiro, 2003.

Bezerra, V.C. Estar adolescente – uma concepção sistêmico complexa. In: *Treinamento em Serviço. Coletânea de textos 2007. Adolescente – Centro de Referência, Pesquisa, Capacitação e Atenção Integral à Adolescência*. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2007.

Beznos, G.W. Crescimento e Desenvolvimento Físico. SEÇÃO III: Atenção Integral da Saúde. In: *Manual de atenção à saúde do adolescente. / Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS*. São Paulo: SMS, 2006. 328p.

Biassio LG, Matsudo SM, Matsudo VK. Impacto da menarca nas variáveis antropométricas e neuromotoras da aptidão física, analisado longitudinalmente. *Rev Bras Ci e Mov* 2004;12:97-101

Biro FM, Huang B, Crawford PB, Lucky AW, Striegel-Moore R, Barton BA et al. Pubertal correlates in black and white girls. *J Pediatr* 2006;148:234-40.

Blanc AK, Way AA. Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. *Stud Fam Plann* 1998;29:106-16.

Blos, P. *Adolescência*. São Paulo: L. Martins Fontes, 1985. 260p.

Bonato, N. M. da C. *Educação [sexual] e sexualidade: o velado e o aparente*. Rio de Janeiro: UERJ, 1996. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, UERJ. Disponível em: <http://www.geocities.com/Athens/Ithaca/9565/tese/indice.html>. (Acesso em 10 mar de 2008)

Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):499-

Borges GA, Schwarztbach C. Idade da menarca em adolescentes de Marechal

Cândido Rondon – PR. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum 2003;5:15-21

Borges ALV. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. Rev. esc. enferm. USP v.41 n.4 São Paulo dez. 2007

Brandão C. Gravidez na adolescência e transformação dos papéis na família. Inserido em 10/09/2007. <http://www.forumjunguiano.com.br/texto.php?id=54> (acessado em 03 de março de 2008)

Brasil. Lei Federal n.º8.069/90. Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids. Brasília (DF): Coordenação Nacional de DST e Aids; 2000. (Série Avaliação, 4).

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística., 2000, in www.ibge.gov.br (acesso em 10 de maio de 2008)

Brasil Ministério da Saúde. Brasil Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer- INCA. 2002. www.inca.gov.br (acesso em 10 de setembro de 2006).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Comissão Intergestores Tripartite(18/03/04). Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição - CGPAN. Estratégia Global de promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, 2004. http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/doc_eg_final_submetido.pdf (acesso em 10 de setembro de 2006).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição - CGPAN. Novas curvas de avaliação de crescimento infantil adotadas pelo MS. <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/curvas.php>. 2004 (acesso em 10 de setembro de 2006).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, 2000a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). Pesquisa sobre comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2000b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente

Transmissíveis / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Série A. Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 6 Brasília – DF, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Integrado de ENFRENTAMENTO da FEMINIZAÇÃO da Epidemia de Aids e outras DST. Março, 2007. www.aids.gov.br. <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9DAF1EC6PTBRIE.htm>. (acesso 10 de março de 2008).

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS Informações de Saúde. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>. (acesso em 23 de abril de 2008)

Brasil. Ministério da Saúde. Glossário. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf (acesso em 21 de abril de 2008).

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/ Área Técnica de Saúde da Mulher. 1ª reimpressão. Brasília, 2007.

Brino, R. F. & Williams, L. C. A. Concepções da professora acerca do abuso sexual infantil. Cadernos de Pesquisa, 2003. 119, 113-128.

Cabral JT. A sexualidade no mundo Ocidental. Campinas: Papyrus, 1995.

Cabral, J.T. A sexualidade no mundo Ocidental. Campinas: Papyrus, 1995.

Campos Junior, D. Meninas prostitutas ou prostituídas? Correio Brasiliense, Brasília, 13 de junho de 2007.

Cano, M.A.T., Ferriani, M.G.C. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. Rev.latinam. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abril 2000.

Cano, M.A.T.; Ferriani, M.das G.C. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. Rev.latinam. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abril 2000.

Cardozo DM, Freitas IC, Fontoura MSH. Comportamento sexual de adolescentes do gênero feminino de estratos sociais distintos em Salvador, Bahia, Brasil. Rev Paul Pediatr. 2002;20(3):122-8.

Carlini-Cotrim B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana de São Paulo. Rev Saúde Pública. 34(6):636-45, 2000.

Carneiro, A. B. A. & Matos, C. M. A. S., Gravidez aos 11 anos de idade. Revista Médica de Minas Gerais, 1999, 9:119-121.

Carvalho WRG, Farias ES, Guerra-Júnior G. A idade da menarca está diminuindo? Rev Paul Pediatría 2007;25(1):76-81.

- Conceição, I.S.C. Educação sexual. In: Vitiello, N. et al. Adolescência hoje. São Paulo: Roca, 1988. p. 71-76.
- CODEPPS. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – Manual de atenção à saúde do adolescente. Secretaria da Saúde. São Paulo: SMS, 2006.
- Correa MM, Coates V. Implicações sociais e o papel do pai. In: Maakaroun MF, Souza RP, Cruz AR. Tratado de Adolescência. Rio de Janeiro (RJ): Cultura Médica; 1991. p.408-15
- Costa M. Sexualidade na adolescência: dilemas e crescimento. 8. ed. São Paulo: L & PM Editores, 1986.
- Costa MNJT. Gravidez na adolescência: um estudo de caso sobre a maternidade na faixa de 10 a 14 anos em Juiz de Fora, MG. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Ciências Humanas e Saúde do IMS da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.
- Costa, M. Sexualidade na adolescência: dilemas e crescimento. 8. ed. São Paulo: L & PM Editores, 1986.
- Costa, T. Histórias que Merecem ser Ouvidas e Contadas: Uma Abordagem Antropológica da Gravidez em Adolescentes de 10 a 14 Anos. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.
- Danubio, M.E., De Simone M, Vecchi F, Amicone E, Altobelli E, Gruppioni G. Age at menarche and age of onset of pubertal characteristics in 6-14- year-old girls from the province of L'Aquila (Abruzzo, Italy). Am J Hum Biol 2004;16:470-8
- Demerath EW, Towne B, Chumlea W. C, Sun SS, Czerwinski SA, Remsberg KE et al. Recent decline in age at menarche: the Fels Longitudinal Study. Am J Hum Biol 2004;16:453-7.
- Demerath, E.W; Towne, B.; Wisemandle,W.; Blangero, J.; Chumlea, W.C. Serum leptin concentration, body composition, and gonadal hormones during puberty. Int J Obes 1999; 23:678-85
- Dias ACG, Gomes WB. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: A percepção dos pais. Estud Psicol. (Natal) 1999;4(1):79-106.
- Dietz, W.H. Prevalence of obesity in children. In: Bray G, Bouchard C, James, WPT. Handbook of obesity. New York: Marcel Decker; 1998. p.93-102.
- Dimenstein G. Aborto reduz o crime? Folha de S.Paulo, São Paulo, 11 de março de 2007.
- Dimenstein G. Criança é mãe. Folha de S.Paulo, São Paulo, 12 maio 2002. Cotidiano, Caderno C, p. 6
- Diniz, S. Gênero e prevenção das DST/aids, 2001
- Dreizen, S; Spirakis, C.N.; Stone, R.E. A comparison of skeletal growth and maturation in undernourished and well-nourished girls before and after menarche. J Pediatr 1967; 70:256-63.

Drezett, J et all. Estudo de Mecanismos e Fatores Relacionados com o Abuso Sexual em Crianças e Adolescentes do Sexo Feminino. Vol. 77(5). São Paulo: Jornal de Pediatria (Cremesp), 2001. p. 413-19.

Drezett, J. Estudo de Fatores Relacionados com a Violência Sexual Contra Crianças, Adolescentes e Mulheres Adultas. (Tese de Doutorado – Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil). São Paulo: USP,2000.

Drezett, J. et all. Aspectos Biopsicossociais em Mulheres Adolescentes e Adultas Sexualmente Vitimizadas: resultados da implantação de um modelo integrado de atendimento. Vol. 1. Revista do Centro de Referência, 1996. p. 23-8.

Duarte A. Chat de globo em 25/09/2007 21:41. Disponível em: <http://videochat.globo.com/GVC/arquivo/0,,GO4799-3362,00.html>. (acesso em 10 de maio de 2008)

Duarte, A. Gravidez na adolescência. Ai como sofri por te amar. Rio de Janeiro, Editora Artes & contos , 1996.

Engels, F. A origem da família, da propriedade privada e do estado. Tradução Leandro Konder.8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

Erikson, E.H. Identidade Juventude e Crise. Rio de Janeiro: Zahar, 1976a. 323p.7.

Erikson, E.H. Infância e Sociedade. Rio de Janeiro: Zahar, 1976b. 404p.

Espin Neto J. , Barros Filho A.A. Tendência secular de crescimento em crianças do Brasil: evidências de evolução positiva desde a primeira metade do século XX. Rev Ciênc Méd 2004;13:95-104.

Faundes, A., Oliveira, G.; Andalafat, J.A., Lopes, J.R.C. II Fórum Interprofissional sobre o Atendimento ao Aborto Previsto em Lei. Vol. 26. São Paulo: Femina, 1998. p. 134-8.

Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. Saúde da adolescente. Manual de orientação. São Paulo; 2001.

Fonseca VM, Sichieri R, Veiga GV. Fatores associados à obesidade em adolescentes. Rev Saude Publica 1998;32:541-9

Françoso, L.A.; Tejer, D & Reato, L.F.N.R. Sexualidade reprodutiva na adolescência. São Paulo: Atheneu; 2001.

Frisch RE, McArthur JW. Menstrual cycles: fatness as a determinant of minimum weight for height necessary for maintenance or onset. Science 1974;185:949-51.

Frisch, R.E. e Revelle, R. Height and weight at menarche and a hypothesis of critical body weights and adolescent events. Science, 169:397, 1970.

Galland, Olivier. Les jeunes. 5e ed. Paris: La Découverte, 1996

Galleta M. Revista criativa, nº 129, editora globo

Gera NF. Gravidez na adolescência: conhecimentos e uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de baixa renda [Dissertação de

Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

Giddens, A. A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. Trad. Magda Lopes. 2. ed. São Paulo: Editora UNESP, 1993.

Giffin K. Esfera de reprodução em uma visão masculina: Considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 1994a. 4:23-40.

Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Pública* vol.18 suppl. Rio de Janeiro, 2002.

Goellner, S. V. A educação física e a construção do corpo. In: *Motrivivência*, v. 12, n. 16, março 2001. p. 35-52.

Goldberg, MAA. Educação sexual: uma proposta, um desafio. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1984.

Gomes WA, Costa MCO, Sobrinho CLN, Santos CAST, Bacelar EB. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. *J Pediatr. (Rio de J)* 2002;78(4):301-8.

Gondra, J. G. Artes de civilizar: medicina, higiene e educação escolar na corte imperial. 2000. 475f. (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, USP, São Paulo, 2000. v. 1 e 2

Gonzales GF, Villena A, Ubilluz M. Age at menarche in Peruvian girls at sea level and high altitude: effect of ethnic background and socioeconomic status. *Am J Hum Biol* 1996;8:457-63

Guajardo SN, Ñonederra RD, Henríquez MEC, Adaros KM. El adolescente y sus principales motivos de consulta en una unidade especializada. *Cuad Méd Soc. (Santiago de Chile)* 24(2):55-9, 1983.

Guazzelli, C.A.F., Lindsey, P.C., Aldrighi, J.M., Petta, C.A. Anticoncepção na adolescência. In: Aldrighi, J.M., Petta, C.A. (editores). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Atheneu; 2005. p.129-34.

Häggsström-Nordin E, Hanson U, Tydén T. Sex behavior among high school students in sweden: Improvement in contraceptive use over time. *J Adolesc Health*. 2002;30(4):288-95.

Halbe, H. W. Tratado de Ginecologia. 3ª ed. Vol III. São Paulo; Rocca, 2000.

Hassan EA, Creatsas GC. Adolescent sexuality: A developmental milestone or risk: taking behavior ? The role of health care in the prevention of sexually transmitted diseases. *J Pediatr Adolesc Gynecol* .2002;13(2):119-24.

Heilborn ML et al. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 13-44, jun. 2002.

Helm P, Grolund L. A halt in the secular trend towards earlier menarche in Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:198-200

Helm P, Helm S. Decrease in menarcheal age from 1966 to 1983 in Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984;63:633-5.

Instituto Cidadania. Escotismo em Ação. São Paulo, 2005. Disponível em <http://www.cidadaniativa.org.br/proj.asp> (acesso em 10 de maio de 2008)

Herman-Giddens ME, Slora EJ, Wasserman RC, Bourdony CJ, Bhapkar MV, Koch GG, and Hasemeier CM. Secondary Sexual Characteristics and Menses in Young Girls Seen in Office Practice: A Study from the Pediatric Research in Office Settings Network. *Pediatrics*. Vol. 99 No. 4 April 1997, pp. 505-51.

Jaruratanasirikul S, MO-Suwan L, LEBET L. Growth pattern and age at menarche of obese girls in a transitional society. *J Pediatr Endocrinol Metab* 1997; 10:487-90.

Jung CG. Os arquétipos e o inconsciente coletivo . [Tradução Maria Luíza Apy, Dora Mariana R. Ferreira da Silva]. - Petrópolis, RJ. Vozes, 2000.

Junqueira do Lago M, Faerstein E, de Souza Lopes C, Werneck GL. Family socio-economic background modified secular trends in age at menarche: evidence from the Pró-Saúde Study (Rio de Janeiro, Brazil). *Ann Human Biol* 2003;30:347-52.

Juul A, Teilmann G, Scheike T, Hertel NT, Holm K, Laursen EM et al. Pubertal development in Danish children: comparison of recent Europe and US data. *Int J Androl* 2006;29:247-55

Kac, G; Coelho, A.S.C, Velasques-Melendes G. Secular trend in age at menarche for women born between 1920 and 1979 in Rio de Janeiro, Brazil. *Ann Human Biol* 2000;27:423-8.

Kaplowitz, P.B., Slora, E.J., Wasserman, R.C., Pedlow, S.E., Herman-Giddens, M.E. Earlier onset of puberty in girls: relation to increased body mass index and race. *Pediatrics*, 2001;108:347-53.

Kahhale EMSP. Revista criativa, nº 129, Editora Globo.

Khan AD, Schroeder DG, Martorella R, Haas JD, Rivera J. Early childhood determinants of age at menarche in rural Guatemala. *Am J Hum Biol* 1996;8:717-23

Kraiczuk J. Construção das representações de ser adolescente e ser jovem e a interface com os direitos sexuais e reprodutivos. São Paulo: ECOS; 2005.

Lima AJ, Linares, J.C., Otani, K., Otani, P.T. e Rezende, J. Antecipação da menarca. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 83:53, 1977.

Lima CA. Exploração Sexual comercial de Crianças e Adolescentes e Tráficos para os mesmos fins – Contribuições para o enfrentamento a partir de experiências em Corumbá MS – OIT, Brasília, 2005.

Linhares, A.C. O desenvolvimento Psicossocial do Adolescente – uma visão sistêmica e complexa do desenvolvimento biopsicossocial da adolescência. In: *Treinamento em Serviço. Coletânea de textos 2007. Adolescentes – Centro de Referência, Pesquisa, Capacitação e Atenção Integral à Adolescência. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2007.*

Lin-Su K, Vogiatzi MG, New MI. Body mass index and age at menarche in an adolescent clinic population. *Clin Pediatr (Phila)* 2002;41:501-7

Lourenço B. Trabalho em grupos de adolescentes: reflexão em saúde. In: Manual de atenção à saúde do adolescente. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006b.

Lourenço B. Vulnerabilidades: desafios do atendimento sob um olhar de resiliência . In: Manual de atenção à saúde do adolescente. Secretaria da Saúde.Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. p 61-65.

Lowndes CM. Doenças Sexualmente Transmissíveis na mulher. In: Giffin K, Costa H. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1999. p.253-80.

Machado DRL, Barbanti VJ. Estado de maturação e aptidão motora em escolares do sexo feminino. Rev Bras Ativ Fis Saude 2003;8:5-11

Machado, N. J. Projeto de Vida. Diário Na Escola – Santo André, 2004, in http://www.redenoarsa.com.br/biblioteca/Escola_14_05_3639.pdf (acesso em 08 de maio de 2008)

Madeira, F. A trajetória das meninas dos setores populares: Escola, trabalho ou reclusão. In: Quem Mandou Nascer Mulher? Estudos sobre Crianças e Adolescentes no Brasil (F. Madeira, org.), pp. 45-133, Rio de Janeiro: Editora Record/Rosa dos Tempos, 1997.

Mandu ENT. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual: Brasil, século XX. Rev Latino-Am Enfermagem 2002 maio-junho;10(3):358-71.

Manning WD, Longmore MA, Giordano PC. The relationship context of contraceptive use at first intercourse. Fam Plann Perspect 2000;32:104-10.

Marcondes, E, Setian, N. Fatores do crescimento. Mecanismo e tipos de crescimento. In: Marcondes et al. Crescimento normal e deficiente. São Paulo : Sarvier, 1978.

Marques RM, Marcondes E, Berquó E, Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros. II- Altura e peso. São Paulo: Brasileira de Ciências, 1982.

Martinez, M; Velasco,R. & Blanco, R. Serum leptin body mass index and metabolic rate: in malnourished and normal children. Pediatrics 2000; 2:131-4.

Martins LBM, Costa-Paiva L, D'Osis MJ, Sousa MH, Pinto Neto AM, Tadini V. Conhecimentos sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. Rev Saúde Pública. 2006;40(1):57-64.

Martins, Ferdinando e Outros. 2003. A erotização da infância nos meios de comunicação de massa brasileiros: algumas observações.

Martins, L., Avancini, M. Jornal O Estado de S. Paulo. IBGE mostra: estão nascendo menos brasileiros: relatório divulgado juntamente com estudo da ONU que relaciona crescimento populacional e ambiente. Quarta-feira, 12 de dezembro de 2001. Citado por Dossiê Adolescência: Saúde Sexual e Reprodutiva. Rede Feminista de Saúde, 2003.

Matkovic, V.; Ilich, J.Z.; Skugor,M.; Badenhop, N.E.; Golel, P.; Clairmont, A. Leptin is inversed related to age at menarche in human females. J Clin

Endocrinol Metab 1997; 82: 3239-45.

Maturana, H. e Varela, F. ~~A árvore do conhecimento — As Bases Biológicas do Conhecimento Humano~~. Campinas: Ed. Psy, 1995. São Paulo: Ed. Palas Athena, 2004.

Mead, M. Adolescência, sexo y cultura en Samoa. Barcelona, Laia, 1972.

Melo AV, Yazaki LM. O despertar do desejo. In: São Paulo (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). 20 anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista. São Paulo; 1998. p. 119-25.

Midyett, K.; Moore, W.V. & Jacobson, J. Are pubertal changes in girls before age 8 benign? Pediatrics, 2003;47-51.

Minayo, M. C. de S. O Impacto da Violência Social sobre a Saúde. Cadernos de Saúde Pública - volume 10 - suplemento 1. ENSP. Rio de Janeiro, 1994.

Minayo, M. C.; Souza, E. R. "É Possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública". Ciências e Saúde Coletiva, 4 (1): 7 – 23, 1999.

Monteiro CA, Benício MH, Gouveia NC. Evolução da altura dos brasileiros. In: Monteiro, CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil - A evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, 1995.

Morales, A. E. & Schramm, F. R.. A Moralidade do Abuso Sexual Intrafamiliar em Menores. Vol. 7. São Paulo: Ciência e Saúde Coletiva, nº 2, 2002.

Moreira, C.C. Fique alerta quando: a adolescente engravida. Pediatr Mod 1997; 33(5):320.

Moreira, D.M, Fragoso, M.I.J, Oliveira Júnior A.V. Níveis maturacional e socioeconômico de jovens sambistas do Rio de Janeiro. Rev Bras Med Esporte 2004;10:16-23.

Mulheres de olho. Instituto Patrícia Galvão. Disponível em <http://www.mulheresdeolho.org.br> – (acesso em 15.05.2008)

Murphy DA, Durako SJ, Moscicki AB, Vermund SH, Ma Y, Schwarz DF, et al. No change in health risk behaviors over time among HIV infected adolescents in care: role of psychological distress. J Adolesc Health 2001;29S:57-63.

Muza GM, Costa MP. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes. O olhar dos adolescentes. Cad Saúde Pública. 2002; 18(1)321-8.

Narring F, Wydler H, Michaud PA. First intercourse and contraception: a cross-sectional survey on the sexuality of 16-20-year-olds in Switzerland. Schweiz Med Wochenschr 2000;130:1389-98.

Negrão, A.B. e Licínio, J. Leptina: o diálogo entre adipócitos e neurônios. Arq Bras Endocrinol Metab 2000; 44:205-14

Neinstein LS. Adolescent Health Care. A Pratical Guide. 3ª ed., 1996.

Neto ACS. Gravidez na adolescência, 2004. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/imprimir.php?codigo=A0178>. (acesso em 14 de maio de 2008)

- Ohsawa S, Ji C, Kasai N. Age at menarche and comparison of the growth and performance of pre- and post-menarcheal girls in China. *Am J Hum Biol* 1997;9:205-12.
- Olesen AW, Jeune B, Boldsen JL. A continuous decline in menarcheal age in Denmark. *Ann Hum Biol* 2000;27:377-86.
- Oliveira CS, Veiga GV. Estado nutricional e maturação sexual de adolescentes de uma escola pública e de uma escola particular do Município do Rio de Janeiro. *Rev Nutr* 2005;18:183-91.
- Oliveira, J. Código Penal. 25^o ed., São Paulo, Saraiva, 483 p., 1987.
- Oliveira, R.G. A obesidade na infância e adolescência como fator de risco para doenças cardiovasculares do adulto. In: *Obesidade e anemia carencial na adolescência: simpósio*. São Paulo: Instituto Danone; 2000. p.65-75.
- Oliveira-Costa MC, Lima LC, Martins Jr. DF, Santos CAST, Araújo FPO, Assis DR. Gravidez na adolescência e a co-responsabilidade paterna: trajetória sócio-demográfica e atitudes com a gestação e a criança. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 3: 719-27.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO. *Juventude e sexualidade*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2004.
- Osório, L.C. *Adolescente hoje*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- Padez C, Rocha MA. Age at menarche in Coimbra (Portugal) school girls: a note on the secular changes. *Ann Hum Biol* 2003;30:622-32.
- Paiva V, Bugamelli L, Leme B, Ventura-Filipe E, Tunala L, Santos N. A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? [citado 24 abr 2003]. Disponível em: <http://www.usp.br/nepaids/>. (acesso em 14 de maio de 2008)
- Pantoja, A. L. N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* v.19 supl.2 Rio de Janeiro 2003.
- Parent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Topparri J, Bourguignon JP. The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. *Endocr Rev* 2003;24:668-93.
- Parker, R.; Pimenta, M.C; Rios, L.F.; Junior, I.B.V.T. *Passagem Segura Para a Vida Adulta: oportunidades e barreiras para a Saúde Sexual dos jovens brasileiros*. Escolaridade. Coleção Abia (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids). Nº 1. Rio de Janeiro, 2000.
- Parker, R.G. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller, 1991. 295p.
- Petroski EL, Velho NM, De Bem MFL. Idade de menarca e satisfação com o peso corporal. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 1999;1:30-6
- Pfzner M, Hoff C, Mcelligott K. Repeat pregnancy in program for pregnant and parenting teens: 15 years of experience. *J Adolesc Health* 2001 February; 28(2):129.

Picanço MRA. Brincando de ser mãe. *Jornal de Brasília*. Portal do Programa Nacional de DST/Aids. Disponível em 02.02.2007. http://www.aids.gov.br/portalaids_services/#!/data/Pages/LUMISDA56F374ITEMID9107C85A1778411484BCCDBA009B2984PTBRIE.htm (acesso em 06 de janeiro de 2008)

Picanço MRA. A idade da menarca da menina brasileira: os fatores socioeconômicos e as diferenças regionais. *Análise dos dados da PNSN, 1989* [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, 1995.

Picanço MRA. Caderneta de Saúde da Adolescente. Manuscrito. Área Técnica do Adolescente e do Jovem-Documento preliminar (em elaboração) Ministério da Saúde/Universidade de Brasília. Brasília, 2008

Pinto e Silva JL, Nogueira CWM. A multigravidez na adolescência. In: Organização Panamericana da Saúde e OMS. *Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro*. Brasília (DF): Organização Panamericana da Saúde/OMS; 1988. p.101-11.

Pinto e Silva JL. Gravidez na adolescência: desejada X não desejada. *Femina* 1998; 26(10):825-30.

Popkin, B.M., Udry, J.R. Adolescent obesity increases significantly in second and third generation U.S. immigrants: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Nutr* 1998; 128:701-6.

Rappaport, C. *Encarando a adolescência*. São Paulo, Ática, 1995.

Rasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/matuf.def> (acesso em 20 de maio 2008)

Reatto, L.F.N. Desenvolvimento da sexualidade. SEÇÃO III: Atenção Integral da Saúde. In:Manual de atenção à saúde do adolescente./ Secretaria da Saúde.Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006.328p.

Rede Feminista de Saúde. *Adolescentes saúde sexual e saúde reprodutiva: dossiê*. – Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004.

Ricardo, I., Life choices of African-American youth living in public housing: Perspectives on drug trafficking. *Pediatrics*, 1994, 93:1055-1059.

Rodrigues JL, Brino RF, Williams LCA. *Paidéia* (Ribeirão Preto) v.16 n.34. Ribeirão Preto, maio/ago. 2006

Romero KT, Medeiros EHGR, Vitalle MSS, Wehba J. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo *Rev. Assoc. Med. Bras.* v.53 n.1 São Paulo jan./fev. 2007.

Romero, K.T., Medeiros E.H.G.R., Vitalle, M.S.S., Wehba, J. O conhecimento das Adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v.53 n.1 São Paulo jan./fev. 2007

Rubin V, East PL. Adolescents' pregnancy intentions. *J Adolesc Health* 1999; 24(5):313-30.

Rudelic-Fernandez D. A sexualidade dos jovens em tempos de AIDS: atos e falas. In: Borillo D, Fédida P, Fraise G, Gayon J, Matlock J, Rudelic-

- Fernandez. A sexualidade tem futuro? São Paulo: Edições Loyola; 2002. p.55-72.
- Saito MI. Adolescência, sexualidade e educação sexual. *Pediatr Mod.* 2001;37(1):3-6.
- Saito MI. Sex education in school: Preventing unwanted pregnancy in Adolescents. *International J Gynecol Obstet.* 1998;63 (Suppl 1): S157-60.
- Sales, J.M. de. Os pais dos adolescentes. In: Vitiello, N. et al. *Adolescência hoje.* São Paulo: Roca, 1988. p.29-34
- Sant'Anna M JC, Coates V. In: *Gravidez na Adolescência: Um Novo Olhar. SEÇÃO IV: Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados. Manual de atenção à saúde do adolescente./ Secretaria da Saúde.Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS.* São Paulo: SMS, 2006. p 153 – 158.
- Sant'Anna M JC, Coates V. In: *Gravidez na Adolescência: Um Novo Olhar. SEÇÃO IV: Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados. Manual de atenção à saúde do adolescente./ Secretaria da Saúde.Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS.* São Paulo: SMS, 2006. p 153 – 158.
- Scaf G, Freitas JAS, Damante JH. Determinação da idade da menarca em meninas brancas, Brasileiras, da Região de Bauru. *Pediatria (S.Paulo)* 1984;6:63-8
- Schiller R. Gravidez na adolescência: uma questão de hereditariedade. *Pediatr Mod* 1994; 30(6):984-6
- Schramm FR. Cuidados em saúde da mulher e da criança, proteção e autonomia. In: Schramm FR, Braz M, organizadores. *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 39-66.
- Silva, A.C.G., Leal, C.S., Nunes Maia, H.G.S. Idade da Menarca e do Câncer de Mama no Estado da Paraíba. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* Volume 8 Número 2, páginas 175-182. 2004.
- Silva, J.L.P.- Aspectos biológicos e sociais da gravidez na adolescência. *J bras Ginec,* 94(6): 227-232, 1984.
- Souza EAC, Medeiros Filho JG, Souza ESM. Estudo da maturação sexual em escolares do sexo feminino no Município de João Pessoa – Paraíba. *Pediatria (S.Paulo)* 1996;18:59-64
- Stark, O.; Peckham, C.S., Moynihan, C. Weight and age at menarche. *Arch Dis Child* 1989; 64:383-7.
- Stern, C. & Garcia, E., Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. *Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción,* 1999, 13:1-21.
- Suplicy, M. *Conversando sobre sexo.* 17. ed. Petrópolis: Edição da Autora, 1991. 407p.
- Suplicy, M. et al. *Sexo se aprende na escola.* São Paulo: Olho d'água, 1995.

- Takiuti A. Sexualidade e plano de vida do adolescente em São Paulo. Projeto de pesquisa. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; s.d
- Tang CS, Yeung DY, Lee AM. Psychosocial correlates of emotional responses to menarche among Chinese adolescent girls. *J Adolesc Health* 2003;33:193-201
- Tanner, J. N. Age of menarche in a history of the study of human growth. Cambridge: University Press;1981.
- Taquette SR, Andrade RB, Vilhena MM, Campos de Paula M. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v.51 n.3 São Paulo maio/jun. 2005
- Taquette SR, Ruzany MH, Meirelles Z, Ricardo I. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. *Cad. Saúde Pública* v.19 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2003
- Tassi, M.M. Adolescência. 2003. Disponível em: <http://www.reprodusite.hpg.ig.com.br/adolescência.htm>.
- Tavares CH, Haeffner LS, Barbieri MA, Bettiol H, Barbieri MR, Souza L. Idade da menarca em escolares de uma comunidade rural do Sudeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2000;16:709-15
- Teixeira, RJ, Silva VEG, Guimarães MM, Freitas JR, Oliveira BC, Bordallo MA, Dimetz T, Gazolla HM, Guimarães AA, Henriques JLM. Estudo clínico, laboratorial e por métodos de imagem da puberdade precoce verdadeira em meninas: puberdade precoce em meninas, características clínicas, níveis hormonais, achados radiológicos, ultra-sonografia pélvica. *Jornal de Pediatria. (Rio J.)*.1995;71(1):36-40. 1995.
- Teles, M.G., Bianco, S., Brito, V.N., Trarbach, E.B., Kuohung, W, Xu, S. et al. A GPR54-activating mutation in a patient with central precocious puberty. *The New England Journal of Medicin.* Number 7, Volume 358:709-715. February 14, 2008
- Tiba, I. Puberdade e adolescência: desenvolvimento biopsicossocial. São Paulo: Ágora, 1986. 236p.
- Tiba, I. Puberdade e adolescência: desenvolvimento biopsicossocial. São Paulo: Ágora, 1986. 236p.
- Torres-Mejía G, Cupul-Uicab LA, Allen B, Galal O, Salazar-Martínez E, Lazcano- Ponce EC. Comparative study of correlates of early age at menarche among Mexican and Egyptian adolescents. *Am J Hum Biol* 2005;17:654-8.
- United Nations. Committee on the Rights of the Child. General comment n. 4 (2003). Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a0044f331/504f2a64b22940d4c1256e1c0042dd4a/\\$FILE/G0342724.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a0044f331/504f2a64b22940d4c1256e1c0042dd4a/$FILE/G0342724.pdf) (acessado em 07/Jun/ 2003).
- Ventura M, Corrêa S. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. *Cad. Saúde Pública* v.22 n.7 Rio de Janeiro jul. 2006

Villela WV, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. Cad. Saúde Pública v.22 n.11 Rio de Janeiro nov. 2006.

Virtualpsy. <http://www.virtualpsy.org/infantil/gravidez.html> (Acesso em 13 nov 2006)

Vitalle, M.S.S., Tomioka, C.Y., Juliano, Y., Amancio, O.M.S. Índice de massa corporal, desenvolvimento puberal, e sua relação com a menarca. Trabalho realizado na Universidade Federal da São Paulo/ Escola Paulista de medicina, São Paulo- SP. Revista da Associação Médica Brasileira, 2003, 49(4): 429-33.

Vitiello N; Conceição ISC. O exercício da sexualidade na Adolescência.I. Aspectos Biopsicossociais. Revista Brasileira de Sexualidade Humana volume 1, número 2, 1990.

Waiselfilsh J. Juventude, violência e cidadania: os jovens de Brasília. São Paulo: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Cortez Editora; 1998.

Wajchenberg, B.L. Tecido adiposo como glândula endócrina. Arq Bras Endocrinol Metab 2000; 44:13-20.

Wang Y. Is obesity associated with early sexual maturation? A comparison of the association in American boys versus girls. Pediatrics 2002;110:903-10.

Whitaker DJ, Miller KS, May DC, Levin ML. Teenage partners' communication about sexual risk and condom use: The importance of parent-teenager discussions. Fam Plan Perspect. 1999;31(3):117-21.

Wiggers, I. D. Corpos desenhados: olhares de crianças de Brasília através da escola e da mídia. Florianópolis, UFSC, 2003. Tese doutorado.

World Health Organization - WHO. Family and reproductive health, women's health and development program. Geneva: World Health Organization; 1997.

World Health Organization - WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of the WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO; 1998.

World Health Organization - WHO. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

World Health Organization - WHO. Adolescent Friendly Health Services. An Agenda for Change.WHO/FCH/CAH/02.14. WHO Picture Library, Geneva, 2003. disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cah_docs/cah_02_14.pdf. (acesso em 14 de maio de 2008)

Wu T, Mendola P, Buck GM. Ethnic differences in the presence of secondary sex characteristics and menarche among US girls: the third national health and nutrition examination survey, 1988-1994. Pediatrics 2002;110:752-7

Zerwes, E.P.; Simões, P.M. Determinação da idade da menarca em relação ao estado nutricional, em escolares de estabelecimentos municipais, estaduais e particulares, da zona urbana da cidade de Pelotas – RS. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, nº2. 1993.

Revisão sistemática

Para realização desse estudo foi utilizada revisão sistemática solicitada à COCHRANE - Biblioteca Virtual em saúde nas seguintes bases:

BIREME/OPAS/OMS - Biblioteca Virtual em Saúde

Base de dados : ADOLEC

Pesquisa : "SEXUALIDADE" [Descritor de assunto] and ("GRAVIDEZ") or ("DST") or ("VIOLENCIA SEXUAL") [Limites]

Total de referências : 23

Estratégia de busca:

Search	Time	Result
#10 Search Most Recent Queries ("Sexuality"[Mesh])or ("Sexual Maturation"[Mesh])) AND ("Sexually Transmitted Diseases"[Mesh]) OR ("Pregnancy"[Mesh]) OR "Sex Offenses"[Mesh]) Limits: Clinical Trial, Meta- Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Adolescent: 13-18 years	09:30:58	220
#9 Search ("Sexuality"[Mesh])or ("Sexual Maturation"[Mesh])) AND ("Sexually Transmitted Diseases"[Mesh]) OR ("Pregnancy"[Mesh]) OR "Sex Offenses"[Mesh])	09:28:59	10801

Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Adolescent: 13-18 years

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cara adolescente,

Como médica ginecologista, pesquisadora e aluna da pós-graduação (mestrado) da Universidade de Brasília, estou realizando um estudo, neste Centro de Saúde, intitulado: “**Há associação entre a Maturação Sexual Feminina Precoce e exposição a condições de vulnerabilidade como o início sexual precoce, incidência de DST, gravidez e violência sexual na adolescência?**”

Este estudo tem como objetivo analisar a relação entre a idade em que ocorre a primeira menstruação (menarca) e o início das atividades sexuais, uso de contracepção, ocorrência de Doenças Sexualmente Transmissíveis, de gravidez e de situações de Violência Sexual durante o decorrer da adolescência. Ele se justifica pela necessidade atual em adquirir conhecimentos sobre a associação entre as condições de maior vulnerabilidade/risco a que podem estar expostas as adolescentes que apresentam a menarca mais precocemente para os eventos acima citados, quando comparadas àquelas com amadurecimento da produção dos hormônios sexuais/reprodutivos mais tardiamente.

O conhecimento desses dados poderá ser útil para você, para sua família, profissionais de saúde, educadores, gestores, e à sociedade em geral em relação à necessidade de implementar medidas e ações na atenção à saúde das adolescentes com objetivo na redução da exposição aos fatores de risco e à diminuição dos danos que podem se perpetuar ao longo da vida da mulher.

Para sua participação nesse estudo será necessário seu consentimento na utilização dos dados de seu prontuário clínico, por meio da assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por um adulto responsável. Caso você tenha mais de 16 anos, é necessário que você também assine, salvo em situações especiais, conforme disposto nos artigos 3º, 4º e 5º do Código Civil Brasileiro (anexo).

Como profissional responsável, gostaria de esclarecer que você não precisará utilizar nenhum tipo de medicamento ou realizar qualquer tipo de exame clínico por motivo da participação neste estudo. Caso sejam necessários, tais procedimentos serão indicados e utilizados normalmente como rotina de seu atendimento, a fim de garantir as melhores condições de saúde, segundo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e Entidades Científicas afins, observando as “Boas Práticas Clínicas” para a atenção à saúde de adolescentes.

Contrato Ético

É importante esclarecer que você tem toda a **liberdade** de participar ou não desta pesquisa e **tem o direito** de desistir em qualquer momento da mesma, sem prejuízo ou interrupção do atendimento que lhe é oferecido no Centro de Saúde.

Garanto o **sigilo** de suas informações, sua **privacidade** e o anonimato quanto aos dados utilizados. Em nenhum momento será possível associar as informações que você forneceu com a sua pessoa, porque elas serão agrupadas segundo a natureza e o tipo de informação. Ninguém que não faça parte da pesquisa, sobre nenhum pretexto, terá acesso às mesmas, nem mesmo após o encerramento e publicação.

Se em algum momento da pesquisa você se sentir constrangida ou tiver alguma outra queixa, você ou o seu responsável tem o direito e o dever de reclamar ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília – Faculdade de Medicina, utilizando o telefone **(61) 3307-2276** ou se preferir, no endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro (UnB) - Asa Norte. CEP 70.910-900 Brasília – DF.

Esta pesquisa não tem conflito de interesse e não recebe subsídio de nenhum órgão público ou privado.

Pesquisadora responsável – Giani Silvana Schwengber Cezimbra

Este TCLE será obtido individualmente e somente às menores de 18 anos, por relativa incapacidade, será solicitado o consentimento do (a) responsável.

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, documento de identidade nº _____, revogo o consentimento prestado no dia _____ e afirmo que não desejo prosseguir na participação do estudo que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data.

Data Nascimento ____ / ____ / ____

Assinatura

____ / ____ / ____

Data

Adulto Responsável

Eu, _____, documento de identidade nº _____, responsável legal (_____) da menor _____, reitero seu consentimento.

Data Nascimento ____ / ____ / ____

Assinatura

____ / ____ / ____

Data

PARECER DO CEP