

Sexualidade, Prática Sexual na Adolescência, Prevenção de DST/aids e Gravidez Não-Planejada

*Incluindo
CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA*



Rede Brasileira de Promoção
de Informação e
Disponibilização da
Contraceção de Emergência



Juventudes
&
Vulnerabilidades



FUNDAÇÃO PARA O
DESENVOLVIMENTO DA
EDUCAÇÃO

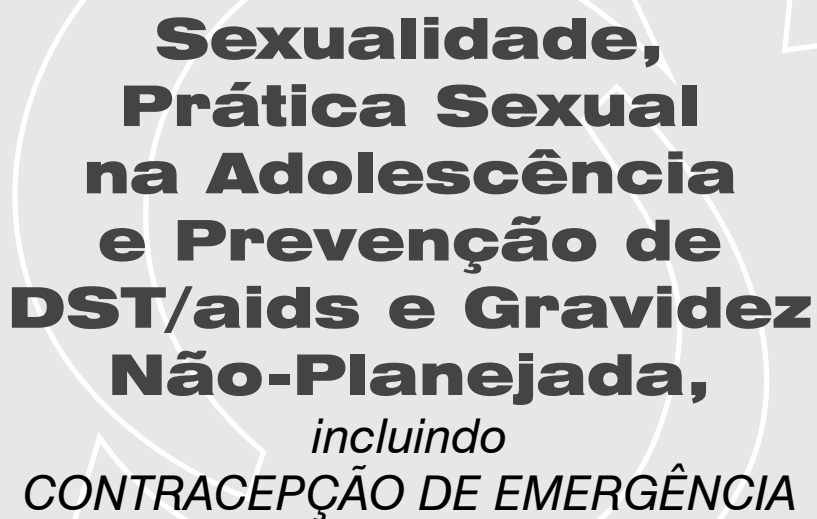


INSTITUTO
DE SAÚDE

Secretaria de Educação do Estado de SP
2008



Instituto de Saúde - SES/SP



**Sexualidade,
Prática Sexual
na Adolescência
e Prevenção de
DST/aids e Gravidez
Não-Planejada,
incluindo
CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA**

Instituto de Saúde
2008
São Paulo

Sexualidade, Prática Sexual na Adolescência e Prevenção de DST/aids e Gravidez Não-Planejada, incluindo contracepção de emergência

(Versão final atualizada da pré-edição distribuída em 2005).

ISBN 978-85-88169-11-1 Sexualidade, Prática Sexual na Adolescência e Prevenção de DST/aids e Gravidez Não-Planejada, incluindo contracepção de emergência.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Elaborado por: Carmen Campos Arias Paulenas

Figueiredo, Regina

Sexualidade, prática sexual na adolescência e prevenção de DST/AIDS e gravidez não-planejada, incluindo contracepção de emergência/ Regina Figueiredo, Suzana Kalckmann, Sílvia Bastos. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 78p.

1. Saúde Pública 2. Educação em Saúde 3. Anticoncepção 4. Gravidez na Adolescência I. Kalckmann, Suzana. II. Bastos, Sílvia. III. Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização de Contracepção de Emergência Rede – CE



INSTITUTO
DE SAÚDE

Instituto de Saúde
Rua Santo Antônio, 590 – 3º andar (Bela Vista)
CEP 01211-000 São Paulo – SP
<http://www.isaude.sp.gov.br>



Governador do Estado de São Paulo:

José Serra

Secretário de Saúde:

Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenadora de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde:

Maria Cecília M. M. A. Correa

Diretor do Instituto de Saúde:

Otávio Azevedo Mercadante

Comissão Editorial:

Lenise Mondini

Olga Sofia F. Alves

Regina Figueiredo

Silvia Bastos

Sandra Greger

Monique Borba Cerqueira

Autores:

Regina Figueiredo

Suzana Kalckmann

Silvia Bastos

Revisão:

Nadja Figueiredo Araújo

Dolly Mac Dowell

Editoração, Impressão e Acabamento:

Rettec Artes Gráficas

Agradecimentos

.....

Agradecemos à Equipe do Projeto Prevenção Também se Ensina – FDE/SE-SP, em especial Nivaldo Leal dos Santos, Edison Almeida, Maria da Penha Lopes e Silvio Antônio Miranda, pela revisão técnica sobre educação;

Ao CEVAM – Centro Vergueiro de Atenção à Saúde da Mulher que vem abrigoando a REDE CE e à Semina Ltda. através de Maria Luísa Eluf, pelo apoio para a produção de conteúdos e originais do Álbum Seriado Sexualidade (no prelo), que permitiram as reflexões para construção da primeira parte desta publicação;

À Equipe da ECOS – Comunicação em Sexualidade, Maria Lúcia Teixeira da Silva (Bio-Médica e Terapeuta Corporal), Ronaldo Pamplona Costa (Psicoterapeuta), Rosana Gregori (Socióloga), Silvani Arruda (Psicóloga), Vera Paiva (Psicóloga Social), Wilza V. Villela (Psiquiatra) pelo comentários e contribuições.

A Jorge Andalaft Neto (ginecologista e membro da FEBRASGO) pela revisão técnica em tecnologias contraceptivas.

Apresentação

A discussão sobre os altos índices de gravidez na adolescência, somada à necessidade surgida nos anos 90 de discutir práticas sexuais e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e aids nas escolas, foi aquecida recentemente com a divulgação e acesso à contracepção de emergência, chamada popularmente como “pílula do dia seguinte”.

Preocupados em dar bases científicas para todas essas discussões, o Instituto de Saúde, órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que tem por objetivo a produção do conhecimento e ensino em Saúde Coletiva, e da Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência (REDE CE), articulação de entidades que difundem esclarecimentos sobre este método, estabeleceram uma parceria com a Fundação para o Desenvolvimento Educacional (FDE) da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo para a elaboração de materiais técnicos e de formação para profissionais que atuam em escolas públicas do estado.

Esta publicação pretende fornecer subsídios técnicos e contribuir para difusão de conhecimentos relativos à sexualidade e prática sexual na adolescência, informações sobre métodos contraceptivos, em especial, sobre a contracepção de emergência.

Acreditamos, assim, estar subsidiando e facilitando a atuação profissional de educadores que lidam com adolescentes e jovens, para que difundam estratégias de promoção à saúde.

Regina Figueiredo

Socióloga, Antropóloga, Pesquisadora Científica do Núcleo de Práticas em Saúde – IS – SES e Articuladora Nacional da Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência

Sumário:

1	Prática Sexual e Gravidez na Adolescência: quando isso começou?	7
	Desenvolvimento da Sexualidade	7
	Sexo Precoce??!!!.....	12
	A Realidade Sexual de Jovens e Adolescentes no Brasil.....	13
2	O difícil papel do educador lidando com a diversidade cultural e religiosa	15
	Educar Cabe Tudo?.....	15
	Educação Pública Escolar.....	15
	Educadores Preparados para Quê?.....	16
	A Sexualidade na Escola	17
3	Cultura e Ciência: os métodos de prevenção à gravidez não-planejada	18
	Métodos contraceptivos para uso regular	19
4	Contraceção de Emergência (Pílula do Dia Seguinte).....	22
	Pílula do Dia Seguinte: esse método é novo?	22
	Contraceção de Emergência: como age, como funciona.....	23
	Contraceção de Emergência e Aborto: Por quê tanta confusão???	23
	Em que Casos e Como Usar a Contraceção de Emergência: a orientação do Ministério da Saúde	24
	Adolescentes Devem Ser Informados sobre a Contraceção de Emergência?	26
	Onde Obter Mais Informações sobre Contraceção de Emergência.	27
5	E a Questão da DST/Aids, como fica?	28
	Entenda a Problemática	28
	Prevenção e Tratamento das DST	31
	Educação combinando Prevenção de DSTs e Gravidez	32
6	Quando a Escola e Serviços de Saúde Devem Compartilhar Responsabilidades	34
	Interface e a Inter-atuação entre Escola e Serviços de Saúde	35
	Qual o papel dos Serviços de Saúde no Atendimento aos adolescentes?	36
	O Papel preventivo da Escola	37
	Acolhimento dos Jovens nas UBS	37
	Bibliografia	39

1

Prática Sexual e Gravidez na Adolescência: quando isso começou?

Se olharmos com atenção para nossos antepassados, vamos nos deparar, com certeza (especialmente em famílias vindas do campo), com a gravidez na adolescência. Não era incomum, mulheres terem filhos com 15, 16 e até, em alguns casos, com 13 ou 14 anos.

Ou seja, a gravidez na adolescência não é um fenômeno novo, ela sempre existiu. Tanto nas nossas próprias famílias, como também, em grupos indígenas, tribos africanas, povos orientais, da Oceania, no mundo todo... desde o surgimento da espécie humana.

Mas por quê essa ocorrência de filhos nesta faixa etária? Aqui, cabe lembrar que é a própria Natureza a responsável por sua existência, visto que antes das vacinas, das operações cesarianas, entre outros avanços do conhecimento científico, a maioria das pessoas vivia em média 40 anos. A mortalidade infantil era altíssima e a nossa espécie só sobreviveria, para estarmos aqui hoje, se as mulheres, desde cedo, comessem a ter filhos, aumentando a chance de alguns “vingarem”.

Nos sítios, fazendas ou tribos, esse fato era facilmente ajeitado pela sociedade, que acolhia o rebento pondo mais um prato de comida, pois, nesse estilo de vida, a sobrevivência alimentar está garantida pela colheita que as próprias famílias retiram diretamente da terra. Ao contrário da cidade, onde temos que arranjar um emprego, para então receber uma remuneração e sair para comprar o alimento para, enfim, consumi-lo. Esse processo é muito mais complexo e exige uma série de variantes, incluindo creches para que as mulheres possam dispor de seu trabalho.

Desenvolvimento da Sexualidade

Para pensarmos porque existe esse impulso, essa busca que faz adolescentes iniciarem suas práticas sexuais, é importante que conheçamos um pouco a longa trajetória que compõe a formação da sexualidade humana...

A sexualidade começa? Essa seria uma primeira questão bastante complexa. Na realidade a sexualidade não tem início (um marco), mas se forma, com o acúmulo de sensações prazerosas, desde que o indivíduo tem capacidade de registrá-las em seu sistema nervoso. Ou seja, a sexualidade é física, vivida no corpo e, depois, se amplia para as emoções.

A sexualidade não é apenas sexo, mas muito mais do que ele. Ela engloba toda uma série de experiências de bem-estar geradas por confortos físicos e emocionais provocadas pelo auto-contato, carinhos, relacionamentos com outras pessoas, toques físicos e, até o sexo propriamente dito. A compreensão dessa magnitude da sexualidade é um dos aspectos mais importantes para melhor compreendê-la.

► *Experiências Uterinas*

Desde a formação do sistema nervoso, que nos permite sentir no período em que estamos no útero, vivemos nossas primeiras experiências de sexualidade. O bebê sente o calor, o úmido do líquido amniótico, percebe (sentindo), por meio das pálpebras, o ambiente escurecido. Sente-se acolhido e confortável: esta é a primeira noção de prazer (entendido aqui como bem-estar) que vivemos.

Não é por acaso, que, inconscientemente, buscamos um ambiente similar na sexualidade adulta. Você já reparou que a prática sexual normalmente é feita em ambientes aconchegantes, com pouca luz, quentes e, muitas vezes, envolvendo elementos úmidos, como a água, o suor?

Emoções fortes, estresses ou problemas físicos, vividos pela gestante durante a gravidez, liberam descargas de adrenalina que atingem o bebê. São as primeiras sensações estranhas de tensão que ele experimenta, opostas ao bem-estar que as experiências prazerosas da sexualidade lhe proporcionam.

Também é durante a gestação, entre o 3º e o 4º mês, que se formam os órgãos sexuais e reprodutivos internos e externos. Este desenvolvimento é acionado pela descarga hormonal que ocorre nesse período, “acordando” os genes que estão nos cromossomos X ou Y.

Para o sexo biológico “macho”, o Y ativará o desenvolvimento da base do “pênis” primordial, que cresce e vira o pênis propriamente dito; formará as gônadas (glândulas sexuais), que descem para “fora do corpo”, conformando-se como testículos recobertos pelo saco escrotal. Para o sexo biológico “fêmea”, o X irá provocar a retração da base do “pênis”, transformando-o em clitóris; manterá as gônadas dentro do corpo como ovários e provocará a abertura da pele externa inferior correspondente ao saco escrotal, conformando a vagina, os pequenos e os grandes lábios.

Sabemos que em casos raros, esse desenvolvimento pode ocorrer de forma incompleta, trazendo má formação fetal, como as anomalias observadas nos intersexos (hermafroditas e outros tipos). Nesta situação, pode haver atrofia física ou órgãos externos trocados com os internos. Tal desenvolvimento fora de padrão não impedirá, no entanto, que o indivíduo possua uma identidade sexual que se formará no início da infância, apenas provocará problemas com relação à funcionalidade física dos órgãos, fertilidade e/ou contratempos devidos a sua aparência externa.

Esses órgãos não terão uma importância específica para o desenvolvimento da sexualidade do bebê durante a gravidez, apenas no futuro serão catalisadores das sensações sexuais.

► *Experiências Depois do Nascimento*

Quando nascemos, são somadas à sexualidade novas sensações descobertas: o toque com outros materiais (com a pele de pessoas, com a roupa, o ar), a percepção térmica (frio, calor, seco), o odor (cheiro de leite, cheiro da mãe...) e sons. Também são experimentadas novas sensações provocadas por outra necessidade: a fome; que vem junto com a percepção da saciedade, garantida pelo mamar.

A satisfação de preencher o estômago e de praticar a sucção (ou movimentar a boca) ficará para sempre registrada na memória física do indivíduo como forma de conter ansiedades, angústias, desconfortos ou medos. Não por acaso, muitos de nós, mesmo quando adultos continuamos a buscar na oralidade a descarga de tensões: ao chupar o dedo, roer as unhas, falar muito, gritar, ranger os dentes, comer, beber ou fumar.

As sensações ligadas à liberação das excreções também são sentidas como bem-estar: soltar a urina e as fezes gera alívio e isso é muito prazeroso. Quando crescemos, no entanto, a cultura nos ensina a evitar as excreções, classificando-as como “feias” ou “sujas”; porém, é notória a permanência das sensações de bem-estar diante do bom funcionamento dessas funções, assim como se percebe a tensão gerada pelo mau funcionamento das mesmas.

Assim, a sensação de expulsão de excrementos está fortemente ligada ao prazer, portanto à sexualidade. Por isso, para muitas pessoas essas funções funcionam como verdadeiros “termômetros” de tensão, fazendo-as terem prisão de ventre, diarreia, ou vontade de urinar, quando estão preocupadas, nervosas ou com medo.

Em todo o desenvolvimento humano da sexualidade, mesmo que haja predomínio dos componentes biológicos orientando, principalmente nos primeiros anos de vida, já há interferência das interações sociais que chegam no indivíduo através da família e da escola. O comportamento dos adultos vai “moldando” a forma como este indivíduo em crescimento vai lidando com a sexualidade; por exemplo: como reagem frente a descoberta do sexo da criança? E na amamentação? Que reação tem quando as crianças ainda não conseguem largar a fralda?

É importante que hajam posturas que respeitem a individualidade da criança, seu momento físico, psicológico e cognitivo. É muito importante constatar se o excesso de expectativas não está gerando coerção ou sofrimento infantil.

► *Experiências no Início da Infância*

O movimento e as dimensões corporais são uma grande fonte de prazer para crianças pequenas. Essa percepção provoca as tão comuns brincadeiras com partes do próprio corpo (mãos, pés, barriga, umbigo e órgãos sexuais) pelo toque da própria criança ou de outras pessoas (fazendo cócegas, dando beijos).

A percepção de si mesmo é fundamental e é uma experiência também corporal. Junto dela vem a conquista do espaço (lugares) e a vontade de conhecê-lo. É a famosa fase do “mexer em tudo”, brincar de se esconder... Ao mesmo tempo, a criança aprende a “entender” as pessoas e querer imitá-las. Brinca, faz-de-conta, experimentando o mundo, com seus personagens e exercendo diversos papéis.

A criança já se percebe como “alguém”, experimentando o início de sua identidade. Ela é, se sente, baseando-se não no que dizem dela, mas no que percebe e sente de si mesma. É nessa fase, entre 1 ano e 8 meses até 2 anos e meio, em média, que se identifica também sexualmente como menino ou menina. Essa identidade sexual é individual, não está sujeita a interferências externas e se perpetua durante a vida.

A criança sabe se é menino ou menina. Ela sente isso antes mesmo de ter consciência do significado atribuído aos seus órgãos sexuais externos, que só ocorrerá mais tarde. A maioria sentirá na sua identificação, o que mais tarde (aos 3 anos e meio, 4 ou 5) será confirmado, quando relacionar o sexo genital com o ser: menino-pênis, menina-vagina.

Uma exceção de casos terá identidade oposta ao sexo biológico; não à toa, tentam escondê-los, extirpá-los ou modificá-los com a realização de tratamentos e cirurgias hoje disponíveis. Sentem-se “fora do corpo do que são verdadeiramente”, infelizmente, ainda hoje boa parte de pais, professores e adultos, ao invés de acolhê-los e apoiá-los na resolução de suas angústias, passam a pressioná-los para que se adequem ao sexo físico, ou seja, àquilo que eles não são!

É muito importante compreender que esta identidade sexual sentida não tem relação com preferências ou práticas sexuais, importante não se configura como hetero, bi ou homossexualidade, mas sim com “o que eu sou”.

► *Experiências nos Meados da Infância*

Por volta dos 4 a 5 anos a criança “descobre” seus genitais. Essa descoberta é bem diferente da manipulação da primeira infância, ela é especial, porque a criança percebe as sensações específicas provocadas pela ereção do pênis ou do clitóris. Isso faz com que fique manipulando-os mais intensamente, explorando essa sensação nova, sem nenhuma noção de “sexo”, como encaram alguns adultos, mas espontaneamente conhecendo e manifestando a sua sexualidade.

Por esse motivo explora seu próprio corpo e, muitas vezes, o de colegas, em brincadeiras conjuntas. Nesta idade, ainda não tem condições de compreender as regras sociais que ensinam que ações sexuais cabem aos espaços íntimos, portanto, qualquer restrição ou recriminação severa de suas “brincadeiras” servirá como manifestação de que está fazendo algo errado e negativo, desencadeando a repressão de sua sexualidade. Sugere-se que os adultos que não consigam ou não queiram presenciar tais manifestações apenas convidem a(s) criança(s) a realizarem outra atividade...

► *Experiências no Final da Infância*

Com 6/7 anos as crianças ampliam a sua capacidade cognitiva, ou seja, a sua compreensão acerca das relações, entre outras coisas, de idéias e de pessoas.

Enquanto ampliam suas brincadeiras, passam a entender regras e orientações de adequabilidade social: podem compreender a lógica de códigos de escrita, de jogos mais complexos, relacionar coisas, objetos e idéias. Essa capacidade faz com que percebam que, em nossa sociedade, os adultos esperam diferentes comportamentos de meninos e meninas e tendem a separá-los. Observando essas orientações, meninos e meninas encarnam a busca de sua identidade de gênero (feminina ou masculina), protagonizando condutas, brincadeiras, formas de ser e, até, a segregação em relação ao outro sexo,

extremamente estereotipadas, atendendo às expectativas de adultos que vêm nessa educação diferenciada (e na maioria das vezes, desvantajosa e repressora) a confirmação de seus sexos biológicos. Na verdade, o adulto deveria orientar indistintamente crianças de ambos os sexos e integrar a convivência com as diferenças, já que a separação e padronizações no jeito de se comportar masculino e feminino apenas reforça a discriminação de quem se comporta diferente, impedindo a livre manifestação do jeito individual de ser de cada um, que limita potencialidades diante da vida.

Enquanto ocorre essa socialização de “clubes de meninas e de meninos”, as brincadeiras de manipulação genital se tornam mais íntimas, transformando-se (caso não haja repressão) em masturbação.

► *Experiências na Pré-Adolescência*

A pré-adolescência traz mudanças hormonais. Essas mudanças não trazem apenas alterações físicas:

- nos meninos – engrossamento da voz, crescimento dos testículos e do pênis, aparecimento da barba e bigode e pêlos pelo corpo, no púbis e nas axilas;
- nas meninas - afinação da voz, crescimento dos seios, aumento do volume dos quadris e coxas, crescimento dos pêlos no púbis e nas axilas e o início da ovulação, que traz a menstruação.

As alterações são também mentais (adequação ao novo corpo, busca de nova identidade, insegurança) e no modo de se relacionar idealmente (aproximação de amigos e namorados, busca de referências no grupo, atração física). Esse movimento ocorre em direção a pessoas que também alteraram seus hormônios, pelo efeito de atração dos feromônios, que guia a busca de contato com outros que também estão numa fase de ampla produção de hormônios sexuais, eventualmente transformando-os em parceiros. Por isso, a experiência da sexualidade nessa fase inclui contato ou brincadeiras físicas com amigos(as), início de toques mais intensos em parceiros, com carinhos, abraços, mãos dadas, beijos, fidadas e, até, relações sexuais.

A atração física leva ao toque e, um dia qualquer, definido pelos próprios jovens como “oportuno”, pode levar ao sexo. Motivo pelo qual a orientação sobre a paternidade e a maternidade planejada e sobre as formas de contracepção seja tão fundamental nessa fase, e, por isso, deva ser introduzidas logo (e ao longo) dessas mudanças físicas: para evitar situações de risco desnecessárias. Também a informação e a orientação do uso de preservativos para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive a aids, devem ser explicitadas.

A sexualidade passa a ter um caráter predominantemente de contato sexual dessa fase até o final da juventude, consolidando-se conforme as orientações de desejo e impulso sexual. Não é incomum que ocorram, portanto, toques ou relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, sem se configurar, no entanto, como homossexualidade, mas sim como experiências e variações por impulso ou curiosidade de contatos.

► **Experiências na Adolescência**

As experiências sexuais da pré-adolescência tendem a se intensificar definindo gostos e preferências de cada um, resultando, para a maioria, no exercício da prática sexual completa. Essa solidificação do processo de auto-conhecimento leva à noção da orientação sexual homo, hetero ou bissexual pelo indivíduo. Essa percepção de desejo independe de ele ser posto em prática e não é modificada (apenas escondida) em caso de pressões externas do grupo ou de adultos.

É importante que as pessoas entendam que essa orientação do desejo sexual não é uma opção, já que não temos como parar de senti-la ou eliminá-la. É uma sensação subjetiva que nos leva a sentir atração física, desejo ou paixão por pessoas, mesmo que racionalmente não façamos essa escolha.

Por isso, qualquer pressão ou confronto com a identidade ou com a orientação sexual que é sentida pela pessoa só leva a sua exposição pública, humilhação, desrespeito de sua intimidade, à promoção de sua baixa-estima e, conseqüentemente, a comportamentos defensivos de isolamento social, ou destrutivos, de agressividade e/ou baixo-cuidado.

A sexualidade humana precisa ser respeitada, as sensações e práticas de cada adolescente ou jovem devem ser encaradas como íntimas e sérias e, portanto respeitadas e todas as práticas sexuais da adolescência devem ser subsidiadas de orientação preventiva quanto às DST e aids, já que quase a totalidade dos jovens fará sua iniciação sexual nesse período e precisam saber sobre formas de redução de riscos de suas práticas. Cabe a toda a sociedade adulta, nas suas diferentes áreas de relação com esse público (família, escola, clubes, ou outras organizações) garantir o acesso das novas gerações às técnicas e conhecimentos preventivos comprovadamente eficazes e seguros, acumulados pela humanidade.

Sexo Precoce?!!!!

Para muitos de nós, fica a inevitável pergunta: Por que todo esse processo de interesse sexual que leva à prática do sexo, que pode propiciar uma gravidez, começa, conforme pensam os adultos, “tão cedo”? Voltando ao princípio, lembramos que essa é uma característica universal de todos os seres humanos desde o início de nossa espécie.

O relógio biológico que rege as etapas de nossa vida definiu o período da adolescência como a idade de início da fertilidade feminina e masculina para garantir a própria sobrevivência humana. Devemos imaginar que, sem remédios sofisticados, antibióticos, vacinas, etc, a sobrevivência de uma pessoa antigamente durava em média 35 a 40 anos, conforme o país de origem. A natureza definiu que um grande número de filhos deveria ser procriado antes da morte dos adultos, garantindo que, ao descontar a alta mortalidade infantil (pela falta dos recursos que dispomos hoje), sobrassem indivíduos para repor e perpetuar a espécie.

Apesar das conquistas científicas e médicas dos últimos 300-200 anos, nossa constituição biológica não mudou. Por isso, ao invés de negá-la ou “brigarmos” com ela, precisamos encará-la com carinho e utilizar as técnicas de que dispomos atualmente para acomodá-la ao estilo de vida que desejamos. Para informação, pro-

moção da auto-estima e auto-cuidado dispor de metodologias e conteúdos para realizar uma educação sexual; para prevenir as gestações, orientar o uso e fornecer os métodos contraceptivos, principalmente os preservativos, para todos os jovens que iniciarem suas práticas sexuais.

Tais estratégias são, com certeza, muito mais eficazes, como demonstram vários estudos para esses fins, além de estarem pautadas no respeito ao ser humano e na democratização dos recursos e informações. Essas formas são opostas às utilizadas pelas gerações anteriores, que terminavam por preconizar a vigília dos namoros, a separação dos jovens nas escolas por sexo, a discriminação das meninas grávidas, casamentos forçados, estratégias essas que disseminam a culpa, o medo e muita, muita, repressão, principalmente da mulher, que ficava circunscrita ao espaço doméstico.

Da mesma forma, esse respeito e o acesso democrático à informação devem ser garantidos também àqueles jovens que não fazem sexo por escolha, mas que um dia podem vir a praticá-lo.

A Realidade Sexual de Jovens e Adolescentes no Brasil

A prática sexual entre adolescentes é ampla e deve ser considerada para todas as políticas que envolvem este público, tanto de educação, como de saúde. Segundo a UNICEF, 33% dos adolescentes antes de 18 anos já tiveram relação sexual.

Cabe lembrar que entre adolescentes, essa prática do sexo, como é recriminada, tende a ser escondida e não-planejada, o que leva a uma série de situações de risco, vividas pelo jovem:

- risco de ser descoberto: como a sociedade proíbe ou recrimina o sexo nessa faixa etária, ele tende sempre a ser “repentino”, feito quando, onde e como dá, expondo os jovens a um não planejamento do lugar, do espaço, das condições de privacidade e, até, de segurança onde ele acontece. Isso ocorre juntamente com o medo e com a insegurança de ser “pego” por adultos, principalmente familiares, que os obrigam a criar situações onde a ocorrência da burla e da mentira é constante;
- risco de engravidar: lembrando que o uso de métodos contraceptivos de prevenção à gravidez é algo que se aprende, toda essa falta de planejamento e troca de informações com adultos dificulta o seu uso. Meninas não podem antecipar a sua utilização, pois culturalmente isso demonstra que são “fáceis” ou “galinhas”; meninos, da mesma forma, são instruídos a não desperdiçar relações sexuais, têm que encará-las “porque são machos”, independente de portarem ou não formas de prevenir a paternidade; a cultura ensina que devem confirmar sua condição de homens através da prática sexual. Assim, boa parte dos jovens não planeja, não porta e nem dispõe com facilidade da prevenção contraceptiva. Após algumas situações de risco, que muitas vezes geram gestações ou abortos e muita tensão, adotam finalmente o uso de algum método, normalmente por si mesmos, pela experiência de risco-tentativa-falha-medo e, finalmente, prevenção;
- risco de pegar doenças e aids: além de ter que assumir a prática sexual e ter que aprender e realizar a prevenção da gravidez, os jovens hoje têm uma preocu-

pação a mais do que as gerações anteriores: prevenir as DST e a aids. Portanto, precisam (e nem todos chegam a esse ponto), adquirir a noção de auto-cuidado, a percepção de risco quanto às DST e da necessidade de usar preservativos. Esse cuidado quase sempre surge depois que já foram resolvidas as duas preocupações anteriores consideradas mais emergenciais (as de ter sua prática sexual descoberta e de engravidar).

65,2% dos jovens menores de 19 anos declararam ter usado preservativo em sua primeira relação sexual.

Essa escala de riscos e o processo de aprendizado das noções de prevenção revelam a exposição dos jovens aos problemas constatados atualmente: apesar da maior adesão ao uso de camisinha na primeira relação sexual (apontado por 65,2% dos jovens brasileiros segundo o Ministério da Saúde), a prática sexual anterior ao uso de qualquer contraceptivo ainda ocorre para muitos e dura, em média, cerca de 1 ano; a gravidez costuma ocorrer antes, nos primeiros 6 meses após o início desta prática. Isso explica porque a UNICEF constatou que 16% das adolescentes haviam engravidado, 13% tinham filhos e, das com vivência de gestações, 29% haviam tido algum aborto.

Contra todos esses fatores que vulnerabilizam o jovem, a existência de atividades educativas têm se mostrado promotoras de um grande impacto na mudança de comportamentos preventivos da população, inclusive de jovens. As campanhas de prevenção à aids têm contribuído para manter o número de casos da doença mais ou menos estável em nosso país e ao mesmo tempo, propagar amplamente o uso da camisinha masculina. Segundo a UNICEF, quem mais utiliza preservativos são os jovens, 51% adotam o método, número ainda aquém do desejado, mas bem superior às observadas em outras faixas etárias. Mesmo assim, no Brasil, tirando as infecções de aids e o fato de 85% das mulheres usarem algum método contraceptivo (incluindo a camisinha), do total de gestações, 50% são não-planejadas, em todas as faixas etárias.

Por esse motivo, uma grande porcentagem, estimada em 1.000.000 de gestações por ano, termina em abortos provocados, motivo de mais de 200.000 internações anuais em hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Essa situação, além de trazer desperdícios de recursos da Saúde que poderiam estar sendo investidos em atividades de prevenção, aponta os riscos efetivos a que as mulheres que os realizam estão expostas, visto que vários casos terminam com a morte da gestante; sem contar o sofrimento e conflitos vivenciados por elas.

Todos esses dados confirmam a grande vulnerabilidade a que os adolescentes estão sujeitos: dos bebês nascidos vivos, 22,63% são filhos de mães entre 15 e 19 anos; o crescimento dos casos de aids está ocorrendo na faixa entre 15 e 24 anos, ou seja, entre pessoas que se contaminaram na adolescência, principalmente meninas. Os jovens apresentam o despertar do desejo e da busca do sexo, precisam desenvolver o aprendizado e o suporte para as práticas preventivas que essa situação requer.

2

O Difícil Papel do Educador Lidando com a Diversidade Cultural e Religiosa

Educar Cabe Tudo?

Na língua portuguesa, assim como em outras, a palavra educar, abrange uma série de ações de contribuição, troca, orientação de limites ou diretrizes que passam, desde a educação paterna e materna, como a familiar, institucional, social, profissional. Por vezes, essa indiscriminação traz confusões para os adultos quanto ao nosso papel frente à formação de crianças, adolescentes e jovens.

Cabe lembrar, que a educação paterna ou materna, ou seja, a paternagem e a maternagem, assim como a educação familiar, está permeada por emoções e costumes específicos de determinado grupo familiar. É na família, que as formas de relacionamento afetivo e amoroso, valores morais e éticos e hábitos com relação a abordagens de temas “tabus” (como, por exemplo, a sexualidade) são transmitidos de geração em geração. Na maioria das vezes, essa reprodução do modelo de criação é inconsciente, uma mera repetição da forma como fomos criados, daquilo que nos foi ensinado como certo ou errado, feio ou bonito.

Essa característica específica da educação familiar é responsável pela diversidade que vemos na sociedade: tantas formas de cuidar da casa, das crianças, de cozinhar, de educar, de por limites; tantas orientações morais diferentes, tantas religiões, jeitos de ser da família, enfim, de se comportar. Chamamos isso de alteridade social.

Em instituições religiosas, grupos de amigos, associações e até, em algumas escolas particulares (voltadas a um público específico), essa opção por uma forma X de educação das condutas das pessoas está propositalmente expressa, pois são locais com características próprias, freqüentados por grupos nelas interessados.

Educação Pública Escolar

A grande diferença das instituições públicas, incluindo as escolas, é que distintamente das instituições citadas, elas têm outro caráter: devem atender a todos, universal e indiscriminadamente. Isso está garantido na própria definição da serventia e funcionamento de suas funções em estatutos como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), na Constituição Federal brasileira, e outras leis, dando aos cidadãos da nação, aos jovens, crianças e adolescentes das famílias o direito de acesso à saúde, educação, entre outros bens que devem ser garantidos pelo Estado. Esses bens são (ou deveriam estar sendo) direcionados para todos, englobando pessoas de diferentes origens, sexos, raças, formações sociais ou religiosas e costumes familiares.

ECA:Artigo 4º

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde....

- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Não cabe à escola pública defender ou se posicionar por um grupo específico ou outro, mas proporcionar o ensino socializador aos alunos, para que adquiram, ao longo do seu desenvolvimento, informações e estratégias de participação, relacionamento e ética na vida pública e, assim, possam exercer a sua cidadania. Essa função da escola pública brasileira fez com que se buscasse um modelo de inclusão social (o acesso por todos), pela escolha de conteúdos cientificamente aceitos e comprovados e por opção de ser laica, visando não privilegiar um grupo religioso frente a outro. Com este posicionamento e, também, com a adoção de metodologias de ensino participativas, conforme a recomendação da Lei de Diretrizes e Bases, proporcionando aos estudantes uma base de conhecimento e troca de vivências que visa facilitar a construção de sua autonomia.

Com a percepção de novos temas de interesse que perpassam a vida dos adolescentes e jovens, em 1996, foram incluídos nos parâmetros curriculares do Ministério da Educação, temas abrangentes que cotidianamente estão presentes na sociedade: sexualidade, drogas, meio ambiente, entre outros, definidos inicialmente como “temas transversais”, ou seja, que deveriam atravessar as disciplinas e ações escolares e por elas serem abordados e incluídos no processo educacional.

Ministério da Educação introduziu nos parâmetros curriculares brasileiros da LDB, por meio da Portaria Interministerial nº 766/GM, os conteúdos chamados temas transversais a Orientação Sexual.

Educadores Preparados Para Quê?

Com o objetivo de atingir esse “plano de educação”, o processo de formação de professores procura contemplar uma variável de diversidade de conteúdos, metodologias e técnicas de trabalho, da educação primária geral ou específica por áreas de ensino. No entanto, com relação aos temas chamados “transversais”, não há ainda uma formação acadêmica especial para os docentes, que saem sem critérios de abordagem, metodologia ou orientação condutas dos mesmos na escola.

Com exceção de projetos desenvolvidos por determinadas secretarias ou municípios, que atualizam os profissionais em exercício para introduzirem ações nesses temas, não há uma formação acadêmica inicial genérica para orientar o educador a abordá-los.

Esse aspecto de não-preparação se intensifica nos temas considerados “tabus”, como os referentes à sexualidade e ao uso de drogas. Isso faz com que a maioria dos educadores tenha que entrar na escola recorrendo a seu próprio “arsenal” de conhecimentos individuais, familiar e de vivência, quando se depara com questões práticas, onde se faz necessário abordá-los no ambiente escolar.

A Sexualidade na Escola

Todos nós educadores de crianças, adolescentes ou jovens nos deparamos ou iremos nos deparar com situações relativas à sexualidade, porque ela é inerente e absolutamente expressiva nessas fases da vida. Crianças, adolescentes e jovens são sexualizados e estão no processo de descoberta desta potencialidade, que só tem menor expressão no espaço público quando se chega à vida adulta.

A tentativa do educador de trazer suas referências pessoais para tratar da sexualidade na escola, longe de ser mal intencionada, termina invariavelmente por “atrapalhar” e confundir o seu papel profissional na escola. Ele acaba transferindo noções do privado para um local onde a diversidade pública predomina, onde seus referenciais não foram “eleitos” como padrões a serem adotados.

Por isso, é necessário que o educador execute um processo contrário, de isenção de valores pessoais; que se ponha à parte de suas concepções individuais e comportamentos familiares para que possa adquirir uma nova posição: de facilitador de discussões de opiniões e condutas que garantam a expressão da diversidade familiar e individual por seus alunos. Esse processo, nem sempre é fácil, ainda mais sem uma preparação que deveria ter sido dada em sua formação acadêmica. O importante é que seja entendido que ao dar este “salto”, ele realmente estará cumprindo seu papel profissional, transformando a educação escolar num processo de proposição de discussão e de reflexão e fortalecimento de condutas autônomas e individuais de estudantes.

Diferente de como atuam com parentes ou filhos, acompanhando seus comportamentos na vida privada, o educador não estará “lá” no momento de ocorrência ou vivência das situações íntimas de seus alunos e não poderá acompanhá-los no cotidiano pessoal, não é o seu papel. Por isso deve instrumentalizá-los para saber pensar e agir por si mesmos nas situações da vida.

Desta maneira ele garante, não só que sua postura seja construtiva, mas que também lhe proporcione respeito por parte de todos, uma vez que essa “neutralidade” profissional não adota condutas invasivas que, invariavelmente, resultam em confrontos com posições culturais ou familiares de estudantes ou parentes. Fortalece a sua posição de educador público, na medida em que atua em benefício e respeito ao seu conjunto de educandos.

3

Cultura e Ciência: os métodos de prevenção à gravidez não-planejada

Evitar a gravidez ou reduzir o número de filhos não é novidade. Registros históricos apontam que a tentativa de controle de natalidade é tão remota quanto os seres humanos. Desde as sofríveis e terríveis práticas de infanticídio e abandono de bebês, observadas em alguns povos ou tribos, até as técnicas abortivas, o objetivo tem sido um só: grupos ou indivíduos adultos tentando conter o número de dependentes por motivos ligados à garantia da sobrevivência, sobretudo pela distribuição de alimentos, ou pela tentativa de proporcionar uma melhor qualidade de vida para um grupo menor de pessoas. Todos nós somos descendentes de povos que utilizaram tais estratégias.

A grande “revolução”, que alterou o uso dessas práticas pela humanidade, foi o desenvolvimento de formas de reduzir a fecundidade, ou seja, os métodos contraceptivos.

Inicialmente criados como métodos de barreira, as formas tradicionais de prevenção à gravidez consistiam em usar coisas ou substâncias para evitar o contato do sêmen com a vagina. Assim registros históricos descrevem o uso de camisinhas de couro, tripa ou bexiga de porco ou de cabras, tampões feitos com cascas de frutas ou folhas, substâncias ácidas (suco de laranja, limão, vinagre) e o uso antiqüíssimo do coito interrompido. Cabe ressaltar que todos esses métodos têm altos índices de falha, por isso as famílias continuavam tão numerosas até a década de 60.

O surgimento de métodos contraceptivos desenvolvidos e testados cientificamente foi o que garantiu e maximizou o controle da natalidade e da fecundidade, trazendo mais segurança e menos danos para as mulheres que antes recorriam a práticas extremamente precárias, invasivas e também emocionalmente desgastantes como as formas antigas de controle de filhos.

Hoje, no Brasil existem métodos contraceptivos disponíveis em toda rede de saúde pública e também na privada (farmácias e consultórios). Todos os métodos distribuídos ou comercializados no país têm licença da Secretaria da Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que segue as normas de segurança quanto aos efeitos à saúde e eficácia de utilização reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde.

LEI 9.263 DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, sancionada em 12 de janeiro de 1996 regulamenta o Parágrafo 7º do art.226 da Constituição Federal.

CAPÍTULO I Art. 1º - O planejamento familiar é direito de todo cidadão...

Art. 2º - Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Art. 3º - O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. ..

Métodos contraceptivos para uso regular

► Métodos de Barreira

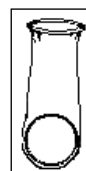
- Camisinha Masculina



Anel de borracha recoberto com látex, que os homens colocam no pênis para evitar a ejaculação na vagina. O líquido masculino fica retido no interior da “camisinha”. Evita a gravidez em até 98% quando bem colocada. Não deve ser usada fora do prazo de validade, nem com lubrificantes a base de óleos animais, vegetais ou minerais (como a vaselina). Pode ser usada no sexo vaginal, anal e oral para a prevenção das DST (doenças sexualmente transmissíveis), incluindo a aids. É descartável.

- Camisinha Feminina

“Saquinho” de poliuretano transparente com um anel dentro para facilitar a colocação na vagina. Evita o contato com o esperma, protegendo da gravidez com eficácia de 97,3% e também das DST (doenças sexualmente transmissíveis) e a aids. É descartável.



- Diafragma

Capa de silicone ou látex, macio, com aro flexível que é colocada antes ou na hora da relação sexual no fundo da vagina pela própria mulher, cobrindo o colo do útero e impedindo que o esperma entre. Tem cerca de 98% de eficácia contra a gravidez, se utilizado corretamente. Seu tamanho deve ser medido em consulta com um profissional de saúde. Após o uso, deve ser retirado no mínimo 8 horas após a relação sexual, lavado e guardado para outros usos. Dura cerca de 3 anos. Também pode ser usado com espermicida.



► Métodos Químicos Hormonais

- Pílula anticoncepcional hormonal combinada (Oral ou Vaginal)

Pílulas feitas com hormônios artificiais que servem para evitar a ovulação. Existem com dosagens alta, média e baixa para ingestão oral diariamente. Há também as disponíveis para introdução por via vaginal. Tem eficácia de 98,5% para evitar a gravidez. Deve ser usada com recomendação médica, pois pode predispor hipertensão e problemas vasculares.



- Contraceção Hormonal Injetável: (Mensal/Trimestral)

Hormônios sintéticos injetados para evitar a ovulação. Tem eficácia de 98,5%. Deve ser usada com recomendação médica, pois a mensal (feita com 2 hormônios) pode causar hipertensão, problemas cardiovasculares, além de alterações menstruais. A trimestral (feita de apenas 1 hormônio) com o tempo suspende a menstruação.



- Anel Vaginal

Aro de plástico para ser introduzido pela mulher dentro da vagina que libera diariamente doses de hormônio artificial que impedem a mulher de ovular. Cada anel deve ser retirado após 21 dias de uso, recolocando um novo no final da menstruação. Tem eficácia de 98,5%. Deve ser usado com recomendação médica, pois pode predispor a problemas vasculares e alterações menstruais.



- Adesivo hormonal contraceptivo

Adesivo para ser “colado” pela mulher sobre a pele que libera doses de hormônios artificiais diariamente, evitando a ovulação. É trocado semanalmente e tem eficácia de 98,5%. Deve ser usado com recomendação médica. Com o tempo, seu uso suspende a menstruação.

- Implante hormonal subcutâneo

Mini-tubo de plástico inserido pelo médico sob a pele, que libera diariamente hormônios artificiais que evitam a ovulação. Tem duração de 3 ou 5 anos, com eficácia de 98,5% contra a gravidez. Pode suspender a menstruação se usado continuamente, na maioria das mulheres. Deve ser utilizado com recomendação médica.



- Endoceptivos

Pequena peça similar ao DIU, contendo um tipo de progesterona (hormônio sintético), que é inserida pelo médico dentro do útero. Libera diariamente doses hormonais que evitam a ovulação. Tem duração de até 5 anos, com eficácia de 98,5% contra a gravidez. Com o tempo, seu uso suspende a menstruação, na maioria das mulheres. Necessita acompanhamento médico periódico.



► **Outros Métodos Químicos**

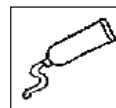
- DIU(Dispositivo Intra-Uterino)

Pequena peça de plástico, haste recoberta de fio de cobre que é colocada pelo médico dentro do útero. O cobre provoca uma alteração química que evita o deslocamento dos espermatozoides em direção ao óvulo, evitando a gravidez com eficácia de 98%. Necessita acompanhamento médico periódico.



- Espermicidas(em pomadas, óvulos, ou esponjas)

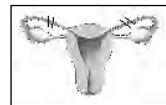
Substância química para ser colocada na vagina com o objetivo de matar os espermatozoides. A mais utilizada é o nonoxinol-9. Deve ser colocado, no máximo, 2 horas antes do ato sexual para não perder o efeito e recolocada em caso de nova relação. Geralmente é utilizado com métodos de barreira, como camisinhas, que já vêm com este produto.



► **Métodos Cirúrgicos**

- Laqueadura

Costura ou corte das trompas, realizado através de cirurgia, que impede a passagem do óvulo das trompas para o útero. Só deve ser realizada por pessoas com certeza de não quererem mais filhos, pois tem difícil reversão. Tem eficácia de 99,9% contra a gravidez.



- Vasectomia

Corte dos canais deferentes, realizado por cirurgia. que impede a saída dos espermatozoides dos testículos, Só deve ser realizado por pessoas com certeza de não quererem mais filhos, pois tem difícil reversão. Tem eficácia de 99,9% contra a gravidez.



Ainda se Usam Métodos de Risco à Gravidez e à Saúde....

A regulamentação dos métodos contraceptivos criados pela Ciência não banuiu a utilização de diversas formas de se evitar filhos que persistem em nosso país, como:

► **métodos comportamentais:**

- o coito interrompido que tem grande risco para a gravidez porque expõe a vagina ao contato da lubrificação que já contém espermatozoides, antes do homem ejacular.
- a tabelinha ou ter a relação no período de menstruação, que traz riscos de falhas, principalmente para adolescentes e jovens que não têm o ciclo menstrual regularizado.

► **outras práticas utilizadas:**

A realização de lavagens, uso de chás e a prática abortiva que ocorre devido a diversos fatores que muitas vezes se sobrepõem: falta de experiência preventiva, orientação ou acesso a métodos ou até falha de algum método contraceptivo utilizado.

A avaliação dessas ocorrências de risco e as altas taxas de abortamento levaram o país a regulamentar, em 1996, outras opções contraceptivas de uso não-regular, como a contracepção de emergência, indicada para usos pontuais, com o objetivo de auxiliar na redução das gestações não-planejadas e de suas conseqüências práticas, como o aborto provocado. Confirmando aquele velho ditado: “É melhor prevenir (mesmo que tarde), do que remediar...”.

4

Contraceção de Emergência (Pílula do Dia Seguinte)

Pílula do Dia Seguinte: esse método é novo?

Muito se tem falado sobre a pílula do dia seguinte, como novo método contraceptivo disponível no país. Novo? Não! Este método denominado contraceção de emergência existe e vem sendo cientificamente utilizado desde a década de 70, há mais de 30 anos, quando Albert Yuzpe seu principal formulador, descobriu que o uso de uma super-dosagem de pílulas anticoncepcionais orais comuns provocava a prevenção da gravidez também DEPOIS da relação sexual.

Desde então, estudos internacionais, inclusive formulados pela Organização Mundial de Saúde passaram a recomendá-la, confirmando seu efeito, segurança e potencialidade como método pós-coito, o único até então descoberto com esta capacidade. Por isso, vários países europeus, desde a década de 70, começaram a disponibilizá-lo em farmácias e serviços. Na China, passou a ser dado no serviço público de saúde, como forma de evitar abortos.

Esta inclusão em serviços estava crescente, quando na década de 80, foram registrados os primeiros casos de aids, mobilizando a atenção da maioria dos programas e políticas de saúde para um problema maior: a expansão epidêmica dessa doença e a necessidade de difundir o uso de preservativos. Com as políticas de aids desenvolvidas, a discussão sobre a importância da contraceção de emergência retornou na década de 90, inclusive no Brasil, quando o Ministério da Saúde a incluiu nas suas Normas de Planejamento Familiar editadas em 1996, recomendando-a entre os métodos contraceptivos que deveriam ser disponibilizados nos serviços públicos de saúde.

No entanto, sua inclusão, ocorreu basicamente em serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência (estupro), deixando outras recomendações de lado, sendo raramente orientadas em consultórios ginecológicos. Essa situação se modificou quando o Departamento de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde permitiu o lançamento, em 1998, do primeiro produto pronto para realizar a contraceção de emergência no mercado farmacêutico brasileiro, que impulsionou uma re-discussão do tema.

Com o objetivo de democratizar o acesso de todas as mulheres ao método (não só as que podem comprá-lo em farmácias), o Ministério da Saúde está procurando integrá-lo à rede básica de saúde, visando disponibilizá-lo à maior parte da população que o necessita: as mulheres pobres. Desde 2002, foram iniciadas licitações e compras da contraceção de emergência, que em 2005, finalmente, chegou a uma quantidade que será distribuída pela quase totalidade dos municípios brasileiros, incluída nos kits de Planejamento Familiar enviados pelo Ministério da Saúde, para fornecimento em postos de saúde.

Contraceção de Emergência: como age, como funciona...

A contraceção de emergência é um composto com alta dose de progesterona, hormônio que já existe na pílula anticoncepcional comum, por isso não é abortiva. Seu efeito, assim como a pílula, é de impedir a ovulação e mudar a consistência do muco cervical uterino, que impede que os espermatozóides se desloquem em direção às trompas para encontrar o óvulo.

Esse efeito é fundamental para impedir a gravidez, porque não é no momento da relação sexual que ocorre a fecundação; os espermatozóides ficam vivos, dentro da cavidade uterina, tentando fecundar o óvulo nas 6, 12, 24... até 120 horas depois. Por isso, dá tempo de tentar impedi-los e quanto mais rápido se utilizar a contraceção de emergência, mais eficaz e segura ela será para a prevenção da gestação.

Eficácia da Contraceção de Emergência	
Tempo	Eficácia
Até 24 horas após a relação	95%
25 a 48 horas após a relação	85%
49 a 72 horas após a relação	58%
Eficácia média do método em 3 dias	85%

Fonte: Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, OMS, 1998

Se ao ingeri-la já tiver ocorrido a fecundação do óvulo e a nidação (“colagem”) deste na parede uterina, o método não tem efeito algum, nem em altas dosagens, e nem provoca riscos para o desenvolvimento da gestação ou do bebê.

Contraceção de Emergência e Aborto: Por quê tanta confusão???

O engano com relação a considerar-se o efeito da contraceção de emergência como abortivo tem duas origens:

Em primeiro lugar, o método foi divulgado na imprensa no final da década de 90 com o apelido de “pílula do dia seguinte”, sugerindo seu uso após a relação sexual como uma possível semelhança de ação dos chás e remédios tomados para “descer a menstruação”, usados no país; estes sim abortivos.

Tal confusão se intensificou quando surgiram em países europeus em que o aborto é permitido, a pílula abortiva RU 486, dada em serviços públicos onde a mulher se internava e, após o aborto provocado, recebia alta no dia seguinte. Para piorar, vários jornais brasileiros da época divulgaram erroneamente a pílula abortiva RU 486 também com o nome de “pílula do dia seguinte”, igualando-as.

É importante frisar que a contracepção de emergência (popular “pílula do dia seguinte”, no Brasil) é feita à base de levonorgestrel, um hormônio sintético de efeito contraceptivo. A pílula que provoca o aborto, a RU 486, é feita à base de mifepristona, uma substância que provoca a interrupção do desenvolvimento do óvulo fecundado no útero e, conseqüentemente, o aborto.

Ambas são pílulas, mas possuem composições e efeitos distintos e estão disponíveis de forma diferente nos países, conforme suas legislações e serviços. A mifepristona (RU 486) não está autorizada no Brasil.

Outro fator, que perpetuou a não diferenciação dos dois medicamentos foi o não esclarecimento dos mecanismos de ação da contracepção de emergência até 2002, quando finalmente, pesquisas científicas revelaram que o método não age impedindo a fixação do óvulo fecundado no útero, processo considerado abortivo para alguns. Seu efeito é anterior: impedir a fecundação, pela não ovulação ou atrapalhando a mobilidade dos espermatozóides.

Em que Casos e Como Usar a Contracepção de Emergência: a palavra do Ministério da Saúde

A contracepção de emergência é um método, como o nome diz, de emergência; ou seja, não é para ser adotada e nem utilizada como método contraceptivo de uso opcional ou freqüente. Por quê?

- Primeiro, vale lembrar, que este método é feito com altas doses hormonais de progestogênio, hormônio sintético similar ao produzido pelo nosso corpo. Ela concentra de 4 a 8 comprimidos (conforme o tipo) das pílulas anticoncepcionais orais comuns tão usadas. Essa sobrecarga hormonal possui efeitos colaterais já indicados nas pílulas: aumento da pressão arterial, vasodilatação, náuseas e dores de cabeça. Esse efeito não se comprova quando se faz um uso pontual, ou seja em eventos de risco como é indicado para a contracepção de emergência.

Se está havendo ocorrência ou necessidade de uso do método de emergência com freqüência, o melhor e mais seguro é a adoção da pílula anticoncepcional oral comum, que possui uma dosagem diária adequada e dá mais segurança contraceptiva.

- Um segundo motivo para a contracepção de emergência não ser utilizada repetidamente é justamente que ela irá provocar alterações hormonais que irão desregular os ciclos menstruais, dificultando a periodicidade da ovulação. Isto facilita que haja gravidez em caso de relação sexual.

Essa é a principal informação que deve ser dada aos jovens e adolescentes: quem usar a contracepção de emergência com freqüência ou muito, ao contrário do que deseja, não estará se protegendo de uma gravidez.

► Quando Usar a Contracepção de Emergência ?

O uso desse método deve ser pontual, em casos que, por uma razão especial, houve exposição ao risco de gestação. Esses motivos são:

► **1) Falha de Uso do Método Contraceptivo Regular Durante a Relação Sexual:**

- rompimento ou vazamento de esperma da camisinha masculina
- deslocamento da camisinha feminina
- expulsão do DIU no dia após a relação
- relação sexual no período de esquecimento de 2 dias ou mais da pílula oral comum

► **2) Relação sem Uso de Método de Prevenção à Gravidez:**

- caso em que deve ser fornecida a contracepção de emergência, independente do momento do ciclo menstrual e já orientada a escolha de um método contraceptivo de uso regular (camisinhas, pílulas ou outros).

► **3) Relação sexual vaginal forçada/estupro;**

A contracepção de emergência está disponível em alguns serviços públicos de saúde e em farmácias na dosagem única, ou seja, na quantidade adequada para a sua função de emergência. Há diversas marcas comerciais apresentadas em 1 (Postinor-Uno® ou Pozato Uni®) ou 2 comprimidos (Postinor-2®, Norlevo®, Pilem®, No- gravid®, Pozato®, Poslov®, Minipil2-Post® e Diad®); não importa o nome, uma vez que o acúmulo hormonal é o mesmo, de 1,5 mg de levonorgestrel.

Esta dosagem pode ser utilizada de uma só vez (tomando 1 ou 2 comprimidos juntos conforme a apresentação da cartela) ou, no caso da apresentação em 2 comprimidos dividida, fazendo-se a ingestão de 1 cápsula e, após 12 horas, da cápsula final. **As duas formas de uso têm o mesmo efeito**, conforme se comprovou em diversos estudos internacionais

Em casos raros, onde não há disponibilidade da dosagem única (pronta), o Ministério da Saúde, orienta, desde 1996, que seja realizada uma dose composta utilizando comprimidos de pílulas anticoncepcionais orais comuns. No Brasil podem ser utilizadas

- pílulas de média dosagem, com 50 mcg de etinil-estradiol e 250 mcg de levonorgestrel (Evanor® ou Neovlar®) quando se deve tomar 4 comprimidos juntos ou 2 e mais 2 após 12 horas,

ou

- pílulas de baixa dosagem, com com 30 mcg de etinil-estradiol e 150 mcg de levonorgestrel (Microvlar® ou Nordette®) quando se deve tomar 8 comprimidos juntos ou 4 e mais 4 após 12 horas.

► **Efeitos Colaterais**

A contracepção de emergência pode causar enjoos, dor de cabeça e mal-estar momentâneos. Esses efeitos se reduzem se for ingerida com alimentos.

Em caso de vômito até 2 horas após a sua ingestão, **deve-se repetir a dose** que possivelmente não foi absorvida. Se, novamente, ocorrer vômito, deve-se introduzir o comprimido pela via vaginal, onde ele será igualmente absorvido.

► *E depois de tomar ?*

Em todos os casos de necessidade de uso, a contracepção de emergência está protegendo a relação sexual tida antes de sua ingestão e não as posteriores. Para proteger todas as relações sexuais praticadas depois, é preciso usar preservativos até que a menstruação desça.

A menstruação tende a atrasar ou adiantar alguns dias, isso é normal, devido à influência hormonal. No momento que vier deve-se fazer a opção do método contraceptivo de uso regular: ou dar continuidade ao uso do preservativo como opção contraceptiva ou iniciar o uso de outro método, conforme orientação médica.

Adolescentes Devem Ser Informados sobre a Contracepção de Emergência?

Não só adolescentes, mas todas as pessoas, principalmente mulheres, devem ser informadas sobre a existência e como ter acesso à contracepção de emergência. Isso porquê:

- ela é **normatizada** e recomendada pelo Ministério da Saúde para todas as situações de relações sexuais sem uso de contracepção, para todas as mulheres, inclusive explicitamente para adolescentes, sem ter contra-indicações médicas;
- ela precisa ser usada em situações de risco de forma **rápida**, pois o sucesso de seu efeito depende do tempo passado após a relação sexual, portanto seu uso tardio pode ser inútil;
- o seu **não uso** pode gerar uma gravidez indesejada, com conseqüentes desvantagens para o público jovem, principalmente as meninas, que precisam se escolarizar e profissionalizar para garantir um bom padrão sócio-econômico para si e para seus filhos;
- o seu **não uso** pode levar à ocorrência de abortos provocados, uma das maiores causas de mortalidade materna entre jovens;
- a sua divulgação, conforme os estudos vêm demonstrando, não prejudica o uso de outros métodos contraceptivos. As pessoas que já os utilizam não abandonam este uso. Quem tende a usar repetidamente o método de emergência são meninas que vêm tendo relações sem método, com risco de gravidez e precisam deste método e também de orientação para que adotem contraceptivos para uso regular;
- seu uso não provoca o abandono do uso de camisinhas para a prevenção de DST/aids; quem faz a prevenção dessas doenças está consciente e não tende a abandoná-la. Jovens que utilizam apenas a contracepção de emergência nas relações estão confirmando o risco que já vinham correndo anteriormente, de se contaminarem com doenças e pegarem infecções;
- instruir os jovens assegura que eles recebam informações seguras e corretas, para que não adotem práticas baseadas em mensagens distorcidas ou mal entendidas obtidas na rua ou em grupos de jovens;
- o jovem bem informado e atualizado é um potencial reprodutor de informações corretas de prevenção à saúde em sua família e entre seu grupo etário, funcionando como um importante multiplicador de segurança, podendo promover a prevenção de

gestações não-planejadas e abortos e, ao mesmo tempo, coibir usos errôneos do método por pessoas sem informação.

Além de todos esses aspectos, recordamos que os códigos de ética médica e enfermagem brasileiros asseguram o atendimento aos jovens e adolescentes com a garantia ética de sua privacidade, ao mesmo tempo que lhes garante todos os procedimentos necessários para zelar pela sua saúde, entendida aqui como o bem estar físico, mental e social do indivíduo.

Código de Ética Médica, capítulo IX – Artigo 103:

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

Portanto, informar, dar acesso e encaminhar problemas ou riscos vividos é um direito do adolescente e do jovem, aqui compreendido como cidadão que está passando por um período da vida com demandas específicas até se tornar adulto.

Estatuto da Criança e do Adolescente,

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Para Obter Mais Informações sobre Contraceção de Emergência

- Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br>
- Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contraceção de Emergência: <http://www.redece.org>
- Consórcio Internacional de Anticoncepção de Emergência - <http://www.cecinfo.org>
- Consórcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergência - <http://www.clae.info/index2.html>
- Population Council - <http://www.anticoncepcao.org.br>
- IPPF – <http://www.ippf.org>
- BEMFAM - <http://www.bemfam.org.br>
- Biblioteca Virtual em Saúde - <http://www.bireme.br>
- IPAS Brasil: <http://www.ipas.org.br>

5

E a Questão das DST/Aids, como fica?

Entenda a Problemática

As DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), como o nome revela, são doenças que passam de uma pessoa para outra através das relações sexuais (sexo vaginal, anal ou oral) e/ou pelo compartilhamento de fluídos e secreções corporais, como a menstruação, a lubrificação vaginal e o sêmen.

Há diversos tipos de DSTs desde as mais comuns e de tratamento simples, como a candidíase e tricomoníase, até a aids, que ainda não tem cura.

A maioria das DST se manifestam através de corrimentos, feridas e verrugas, coceiras ou vermelhidão nos órgãos genitais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que ocorram, no mundo, cerca de 340 milhões de casos de DST por ano. Nessa estimativa não estão incluídos os casos de herpes genital e de condiloma, causado pelo HPV (Papiloma Vírus Humano); esta última conhecida mais popularmente como crista de galo.

No Brasil, apesar dos dados disponíveis serem sub-notificados e das diferenças regionais, municipais e estaduais, a prevalência de DSTs é alta, o que nos faz lembrar que **todo e qualquer trabalho que envolva sexualidade e prevenção de gravidez não-planejada entre adolescentes e jovens, necessariamente deve incluir a prevenção dessas doenças.**

As estimativas de infecções por transmissão sexual entre a população sexualmente ativa, segundo o Ministério de Saúde, são:

HPV:	685.400
Sífilis:	937.000
Gonorréia:	1.541.800
Clamídia:	1.967.200
Herpes genital:	640.900

► CONDILOMA

Tem sido constatada a ocorrência de DSTs em jovens, com pouco tempo de vida sexual ativa, entre as mais freqüentes está o condiloma, chamado popularmente de “crista-de-galo”. Causado pelo HPV (Papiloma Vírus Humano), que em algumas regiões urbanas, chega a atingir 20% da população sexualmente ativa.

Na verdade são muitos os tipos de HPV, entre eles estão alguns que causam o aparecimento de verrugas, no colo do útero, na vagina, vulva, pênis, ânus e períneo, etc. Outros HPV, que podem ficar latentes por anos, estão associados

ao aparecimento de câncer nesses locais, sendo o mais comum o câncer de colo de útero.

Para detectar precocemente a presença do HPV é importante a realização de consultas ginecológicas, exames de Papanicolaou periódicos e, se necessário, colposcopia e biópsia. Ao ser identificada a presença do HPV, a pessoa tem que seguir os procedimentos orientados pelos serviços de saúde (químicos e/ou cirúrgicos) para a sua remoção.

Vale informar que já foi desenvolvida uma vacina contra os HPVs que provocam o câncer de colo de útero, contudo ela ainda está restrita ao setor privado, não estando disponível nos serviços públicos.

► **SÍFILIS**

Também chamada de cancro duro, é causada pelo *Treponema pallidum*. Seu primeiro sintoma é uma pequena ferida indolor nos órgãos sexuais (pênis, vagina, ânus) que aparece cerca de 2 a 3 semanas após a relação sexual com alguém infectado. Em alguns casos aparecem também caroços (ínguas) nas virilhas.

Tanto as feridas quanto as ínguas podem desaparecer após alguns dias, mesmo sem tratamento, o que faz a pessoa pensar que está curada. Mas, se não tratada, a sífilis permanece no sangue, levando a complicações muito sérias, comprometendo o sistema nervoso, os ossos, o coração, os olhos, etc.

Na gestação a sífilis pode passar para o bebê, causando a sífilis congênita, provocando nele doenças graves, como pneumonia, cegueira, paralisia e morte.

Vale salientar que os testes laboratoriais para detecção e os tratamentos para curá-la são bem conhecidos e de baixo custo, disponíveis nos serviços de saúde.

► **GONORREIA**

É conhecida também como “pingadeira” ou “esquentamento”. Manifesta-se de 2 a 8 dias após o contato sexual com a pessoa infectada.

Os primeiros sintomas são ardência e dificuldade para urinar, acompanhados por um corrimento amarelado. Esses sintomas são evidentes nos homens, contudo, na maioria das mulheres a doença é inicialmente assintomática. Por isso, em muitos casos, as mulheres só descobrem que estão com gonorréia quando já houve comprometimento das trompas uterinas, quando já sentem dor pélvica (dor no pé da barriga).

A gonorréia em mulheres grávidas pode provocar aborto ou parto prematuro; também causa infecção nos olhos do bebê, podendo levar a cegueira.

► **HERPES GENITAL**

A doença é causada por vírus, pode atingir homens e mulheres, manifesta-se como pequenas bolhas (com líquido altamente contagioso) na vagina, vulva, cabeça do pênis e ânus. É cíclica, ou seja, aparece e vai embora sozinha e não tem cura.

Durante a manifestação das “bolhas”, há possibilidade de infecção de parceiros. Nesse momento é necessário tratá-la para que a manifestação desapareça e não ter relações sexuais.

O vírus, mesmo na ausência de sintomas, permanece sempre no organismo da pessoa, porém o risco de contágio é pequeno. Quando as “bolhas” ou vesículas estão presentes é altamente contagiosa.

► **TRICOMONÍASE**

É uma DST bastante comum. Na mulher é sintomática e causa um corrimento amarelo esverdeado de cheiro fétido, ardor e coceira na vagina e, se não for tratada adequadamente pode levar a feridas no colo do útero. No homem, é assintomática, o que muitas vezes dificulta o tratamento dos parceiros, provocando a re-infecção da mulher.

► **CLAMÍDIA**

Esta doença é também muito freqüente, os sintomas iniciais são menos exuberantes, por isso, muitas vezes ela não é percebida, tornando o seu diagnóstico mais difícil.

Na maioria das vezes só é percebida pelas mulheres quando atinge as trompas uterinas, causando dor e podendo levar a esterilidade.

Estudos recentes indicam que pode também levar a obstrução dos canais do sêmen, provocando a esterilidade nos homens.

► **HEPATITE B**

É um tipo de hepatite, causada pelo HBV (Vírus da Hepatite B), que pode ser transmitido por contato sexual, transfusão sanguínea, uso de seringas e agulhas não descartáveis, tatuagem, etc.

Não existe tratamento para hepatite B, mas a maior parte das pessoas infectadas se cura espontaneamente. Algumas delas (cerca de 10%) não apresentam sintomas, mas podem transmitir o vírus por muito tempo a parceiros.

As pessoas que tiveram hepatite B correm o risco de desenvolver doenças hepáticas graves, como cirrose ou câncer primário do fígado, o que pode ocorrer muitos anos após o contágio.

A vacina contra hepatite B está disponível nos serviços de saúde e deve ser dada a todas as crianças e, principalmente orientada aos atuais adolescentes, pois esses não receberam na infância e não tem em suas carteiras de vacinação esse pedido, uma vez que a vacina não existia anteriormente.

► **CANDIDÍASE**

Conhecida também como Monilíase ou “flores brancas” é uma patologia causada por um fungo. Na mulher, os sintomas são corrimento branco (semelhante a leite talhado) sem cheiro, coceira, ardência e vermelhidão na vagina. No homem,

os sintomas são mais leves, em alguns provoca coceira, secreção esbranquiçada e vermelhidão no pênis.

Há situações, quando a mulher está bem, que ela se mantém em equilíbrio com a flora vaginal (várias bactérias que a protegem de infecções externas).

Quando ocorre uma gravidez, doenças como a diabetes, episódios de estresses, perdas ou tratamentos prolongados de quimio ou radioterapia, esse equilíbrio é rompido, e ocorre uma intensa proliferação. Isso acontece em situações em que há baixa imunidade no corpo da mulher.

É a responsável pelo “sapinho” nos bebês e nas pessoas com baixa imunidade.

► **AIDS**

Aids é a sigla que, em português, significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, causada pelo HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana. O HIV tem uma atração especial pelos linfócitos (T4), células que coordenam o sistema de defesa (imunológico) do nosso corpo, deixando-o com baixa imunidade, propiciando o aparecimento de inúmeras doenças que podem levar a pessoa morte.

O HIV pode ficar “incubado”, sem atividade, por vários anos. Uma pessoa infectada com o HIV pode se manter assintomática por muito tempo, desconhecendo o fato de ser portadora do vírus e de poder transmiti-lo a outras pessoas. Nesta fase não há nenhum sinal externo que evidencie que a pessoa é portadora do vírus, a única forma de saber é com a realização de um exame de sangue específico. Se a gestante for soropositiva para o HIV, o vírus pode passar para o bebê, ocorrendo o que chamamos de transmissão vertical.

No caso das gestantes, se elas realizarem um tratamento específico e adequado nos serviços de saúde, o risco do bebê ser contaminado diminui muito.

Atualmente existem vários medicamentos que reduzem a reprodução do vírus, o que tem significado maior qualidade e tempo de vida para as pessoas com aids.

Mais informações atualizadas e adequadas podem ser obtidas no site: www.aids.gov.br.

► **OUTRAS DST**

Há ainda a linfogranuloma venéreo, as uretrites não gonocócicas, o cancro mole etc. Como vimos são muitas as DST, que além de acarretarem danos à saúde, facilitam a entrada do HIV.

Prevenção e Tratamento das DST

A única forma de prevenção às DST é o uso de camisinhas.

Além disso, o tratamento de cada uma é específico, por isso deve ser recomendado por profissionais de saúde e nunca ser orientado por farmacêuticos, amigos ou parentes.

Também é importante que os parceiros sexuais envolvidos na relação se tratem conjuntamente; senão, quem não se tratou, além de continuar com a doenças, re-infecta o parceiro que ficou são.

Educação combinando Prevenção de DSTs e Gravidez

Por tudo isso, é fundamental que se discuta cada alternativa contraceptiva considerando também a sua capacidade de prevenir às DSTs, ressaltando a necessidade do aprendizado de formas de viver a prática sexual com mais segurança e prazer.

Abordar este tema com os adolescentes nem sempre é fácil, muitas vezes nos perdemos em detalhes de cada doença em particular, “biologizando” a sua abordagem e nos afastando das questões fundamentais.

Neste sentido acreditamos que algumas dicas podem ajudar:

- É fundamental que o educador se sinta bem em falar sobre o assunto, caso se sinta constrangido é melhor evitar fazê-lo, orientando pesquisas ou buscando pessoas que o possam fazer nos serviços de saúde e/ou ONGs;
- Tratar as DSTs com naturalidade, como se aborda dor de dente, dor de estomago ou de cabeça;
- Incentivar para que prestem atenção ao próprio corpo e ao perceberem alterações e/ou incômodos nos órgãos genitais devem procurar um serviço de saúde;
- Não normatizar e tratar a sexualidade de forma positiva;
- Orientar, fornecer informações sem aterrorizar, pois o medo afasta as pessoas das informações adequadas;
- Incluir em qualquer discussão também a dimensão afetiva e de relacionamentos;
- Adotar várias dinâmicas participativas, que propiciem outras formas de expressão de opiniões, medos e atitudes, além da exposição oral ou escrita individual comuns na escola;
- Evitar mostrar fotografias/desenhos de casos de DST que mostram estágios graves da doenças, que fazem com que as pessoas se afastem, não se identifiquem com o risco e nem percebam os sintomas iniciais delas;
- Lembrar que os sinais e sintomas das DST são diferentes em homens e mulheres;
- Muitas vezes os sinais e sintomas de DSTs são internos ou muito pequenos e, portanto, não visíveis a olho nu; outras nem mesmo apresentam sintomas iniciais, como a aids. Por isso, é preciso explicitar que não podemos detectar quem é infectado apenas pela aparência ou por acharmos que o conhecemos, apenas por exames;
- Salientar que a forma mais simples, segura e barata de evitá-las é com o uso de preservativos. Além disso, deve ser lembrado que eles evitam conjuntamente a gravidez.

Preservativos:

O preservativo masculino e feminino (pouco disponível) são os únicos insumos que oferecem dupla proteção, ou seja, evitam a gravidez não desejada e as DSTs. Portanto, o seu uso deve ser estimulado, ressaltando que:

- É o método contraceptivo ideal para períodos da vida em que está sendo feito o conhecimento, troca e escolha dos parceiros;
- É o melhor método contraceptivo para jovens e adolescentes que estão em fase de transformação física e psicossocial, já que é de fácil aquisição, baixo custo, está disponível em muitos serviços de saúde, dispensa a orientação médica e não contém contra-indicações;
- É um método contraceptivo eficaz se for usado adequadamente, ou seja, é fundamental treinar o seu uso, não sendo necessária a utilização de outros métodos;
- É um método contraceptivo que pode ser facilmente complementado com o uso da contracepção de emergência (em caso de mau uso ou falha mecânica), associação que fornece praticamente 100% de segurança contra gestações.

Vários estudos evidenciam que as atividades educativas desenvolvidas por iguais (pares), sobre estes assuntos, são mais eficazes. Assim, pode ser uma boa estratégia, identificar, sensibilizar e instrumentalizar adolescentes/jovens para serem pessoas chaves nas atividades de prevenção, tornando-os multiplicadores.

É muito interessante entrar em contato com os serviços de saúde da área da sua escola/instituição, para saber sobre a dispensação de preservativos, horários, critérios, cotas etc. Facilitar o acesso aos preservativos, com informações concretas de “como” e “onde” consegui-los, é tão importante quanto orientá-los para o uso.

Outra atividade que pode ser proveitosa é solicitar que os adolescentes/jovens “procurem” preservativos diferentes (aromatizados de laranja, menta, chocolate, banana, etc; tamanhos e tipos) e verifiquem o preço em farmácias e supermercados. É fundamental que eles possam lidar com os preservativos com naturalidade, como algo de seu cotidiano, porque assim “estarão à mão” quando precisarem.

Promover mudanças de comportamento frente às DSTs/Aids e a vida sexual, assuntos em se mesclam informações específicas a emoções, conceitos e preconceitos, não é tarefa que se resolva apenas com palestras. É importante propiciar espaços, de preferência em grupos, onde as fantasias, dúvidas, medos e desejos possam ser expressos sem constrangimento.

O processo educativo só se concretiza, quando surge das necessidades, dos conhecimentos e das pessoas envolvidas.

É importante valorizar as experiências de cada participante, respeitando as diversidades e nunca expondo-o individualmente. Há sugestões de dinâmicas em “Mulher e Aids: Sexo e prazer sem medo” (Barbosa et al., 1995), já distribuído pela FDE - Fundação do Desenvolvimento Educacional às escolas do estado de São Paulo.

6

Quando a Escola e Serviços de Saúde devem Compartilhar Responsabilidades

O acesso universal à educação e à saúde no Brasil é um direito dos jovens garantido pela Constituição Federal e reforçado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Sabe-se que as morbidades predominantes na faixa escolar infantil sejam problemas psicossociais, deficiência visual e auditiva, ectoparasitoses, cárie dentária, anemia carencial e outros, que não impliquem em mortalidade, mas influem de forma negativa na qualidade de vida do escolar.

Na adolescência, são acrescidos a esses problemas as questões de Saúde Sexual e Reprodutiva, que também interferem na formação, no desempenho escolar e na inserção social dos jovens.

As transformações que ocorrem desde a puberdade se apresentam como processos de desenvolvimento social, familiar, físico, psicoemocional e cognitivo. Por isso, os jovens devem ter garantido o acesso a serviços de saúde, com qualidade e enfoque integrado de necessidades em matéria de nutrição, incluindo Saúde Sexual e Reprodutiva e educação, orientação e acesso a insumos que permitam alcançá-la, incluindo medidas de apoio ao autocontrole da fertilidade e proteção da gravidez e doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids e, também a pré-natal, parto e puerpério, (caso necessárias).

Essas ações de atenção à saúde dever estar nos vários espaços que o adolescente transita e devem buscar relações com este público baseadas no respeito aos valores culturais e da religião, para a conquista da autonomia dos jovens.

Os serviços de saúde compartilham, também, com as escolas, a tarefa de busca da equidade na realização das práticas, a ampliação da autonomia e a corresponsabilidade de adolescentes homens e mulheres no lidar com a vida e a prevenção de agravos à saúde. Por isso é necessário promover a articulação inter-setorial, interinstitucional, interdisciplinaridade, para promover ações de promoção a saúde dos jovens

A proposta dessas ações devem objetivar a capacitação e a mobilização deste público para a construção de auto-estima, auto-cuidado, autonomia e práticas emancipatórias que permitam comportamentos que promovam a saúde. Assim, os pressupostos da atenção à saúde para ação em saúde do adolescente são:

- direitos
- bioética
- qualidade de vida

- promoção à saúde
- educação e saúde
- redução da vulnerabilidade
- respeito à autonomia dos jovens e adolescentes

Interface e a Inter-atuação entre Escola e Serviços de Saúde

As unidades básicas de saúde (UBS), chamadas popularmente de “postos de saúde”, são a porta de entrada do sistema de saúde. É nesse espaço que se encontram as interfaces e se projeta a inter-atuação de ações de promoção de saúde básica e intervenção a serem desenvolvidas com os jovens e suas famílias, de acordo com a realidade local.

Os modelos de Atenção Básica (AB) existente hoje no estado de São Paulo são de três tipos:

- UBS com clínica básica voltada para o atendimento por demanda espontânea;
- UBS com modelo misto de clínica básica e Programa Saúde da Família (PSF);
- UBS com clínica básica com Equipes de Saúde da Família atuando.

Essas UBS são versões de Atenção Primária, denominada de Atenção Básica, porta de entrada para a resolução de ocorrências básicas de saúde da população. Elas abrangem áreas geográficas, comunidades e escolas e possuem uma equipe profissional composta, pelo menos, de: clínico geral, enfermeiro(a), ginecologista, além da coleta de papanicolaou e a oferta de medicamentos (incluindo contraceptivos) e insumos básicos (incluindo preservativos). Todas as UBS são ligadas a uma rede maior de assistência secundária e terciária, caso necessite realizar encaminhamento de consultas ou exames de especialidades mais específicas ou complexas. No geral, várias UBS já contam com assistentes sociais e psicólogos, dentistas e outras especialidades.

Assim, a escola, que tem o dever de promover a Saúde Sexual e Reprodutiva, tem duas funções: de prevenção com educação e orientação, conforme a abordagem da sexualidade orientada pela Lei de Diretrizes e Bases - Ministério da Educação, como também realizar encaminhamentos e interlocuções com serviços de saúde.

Em 2005, o Ministério da Saúde criou o projeto, atualmente feito programa “Prevenção nas Escolas”, que busca incentivar e organizar e articulação a saúde escolar de maneira intersetorial, envolvendo o setor saúde, a comunidade e as universidades. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, através da área de prevenção do CRT/Aids de São Paulo vem articulando a implantação deste programa.

Assim, além da dificuldade dos educadores de incluir o conteúdo de Saúde Sexual e Reprodutiva em aulas, que vem sendo trabalhada e superada, considera-se também um desafio para os profissionais de saúde constituírem a articulação com a escola, em busca da promoção da educação sexual e saúde sexual e reprodutiva.

Qual o papel dos Serviços de Saúde no Atendimento aos adolescentes?

Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), os serviços de saúde/UBSs prestam atenção individual e coletiva aos escolares/adolescentes, fazendo levantamento dos antecedentes obstétricos, neonatais, mórbitos, alimentares, neurológicos, ambientais, de crescimento e de desenvolvimento, familiar, escolar e levantamento de sintomas atuais, investigando o modo de ser e de viver na escola e em casa (escolaridade da criança, absenteísmo, perfil familiar, socialização, comportamento lazer e situações de stress), bem como realiza exame físico no modelo tradicional, acrescido de avaliação da visão, audição, fala, postura, coluna vertebral, saúde oral, desenvolvimento neuro-psico-motor, crescimento, estado nutricional, imunização, alimentação, escolaridade, sinais de puberdade, distúrbios da visão, audição e da fala, problemas psicológicos, situações sócio-econômicas, meio ambiente (lazer), educação sexual e distúrbios clínicos propriamente ditos.

Além disso a área de ginecologia, Planejamento Familiar e Prevenção de DST/Aids tem o dever de atuar com adolescente promovendo a Saúde Sexual e Reprodutiva, tanto preventiva como de assistência.

► AÇÕES DE PROMOÇÃO

As ações de promoção de saúde são importantes formas de abertura para o diálogo entre escola e serviços de saúde, para se criar redes para promoção de saúde e, sobretudo, manter um canal de comunicação para troca de informação e estabelecimento dos vínculos necessários ao atendimento de problemas de saúde sexual e reprodutiva. Essas ações podem envolver:

- palestras na escola, serviço de saúde ou comunidade
- debates
- trabalho de grupo e oficinas
- reuniões de articulação entre escola e serviço para organizar suas ações conjuntas e realizar o levantamento dos principais problemas e necessidades que acometem a população escolar.

► AÇÕES DE ASSISTÊNCIA

Com relação ao encaminhamento de casos, a escola pode se antecipar sugerindo o cadastro dos adolescentes nos serviços e, até, fazendo visitas monitoradas à unidade de saúde, buscando facilitar e aproximar o acesso do público.

Com relação a queixas escolares, qualquer intercorrência ocorrida no espaço escolar pode ser encaminhada para as UBS:

- amenorréia
- sangramento vaginal (mais intenso que a menstruação normal)
- excesso de cólicas menstruais
- problemas ginecológicos como dor ao urinar, dores nos membros inferiores, dor no baixo ventre

- vômitos
- diarréias
- necessidade de orientação ou de insumo contraceptivo;
- orientação sobre prevenção de DST/Aids e busca de preservativos
- acompanhamento de gravidez
- abortamento,
- alcoolismo
- uso de drogas ilícitas
- depressão e risco de suicídio
- situação de violência física ou sexual doméstica ou de rua
- obesidade, asma,
- transtornos alimentares (ganho ou perda de peso evidente)
- dificuldades escolares sem explicação

Quando se trata de interfaces entre os serviços de saúde e as escolas no atendimento à questão de Saúde Sexual Reprodutiva, deve-se considerar, principalmente, as UBSs. Porém, pela especificidade dessas questões, é necessário também que a escola estabeleça interlocução com a rede de atenção secundária para atendimentos de emergência, como serviços de pronto atendimento.

O Papel preventivo da Escola

De qualquer forma, a equipe escolar deve entender que seu papel é predominantemente preventivo e orientador, uma vez que as ocorrências são pontuais. Esse papel educativo é fundamental, na medida em que evita e protege o aparecimento e agravamento de casos problemáticos. A escola deve atuar com o não-caso, se antecipando a todos os tipos de problema, e não esperar ou só atuar quando esses se instalam.

Acolhimento dos Jovens nas UBS

Para acolhimento das demandas encaminhadas pelas escolas, as UBS têm o dever de oferecer tecnologias de “cuidado complexo” para dar apoio à escola e famílias, com a atenção multiprofissional de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, que considere as vulnerabilidades específicas de cada etapa da juventude e ofereça procedimentos como:

- imunização e reforços para idades acima de 14 anos
- orientação com relação à iniciação sexual, escuta ativa para os jovens e seus parceiros, prevenção de DST (informação, orientação, escuta sensível, fornecimento de preservativos, exame clínico e laboratorial de DSTs e HIV e orientação individual e de grupo)
- consulta ginecológica com direito a exames e medicamentos
- contracepção contínua ou de emergência (caso necessário)

- pré-natal e exames incluídos em sua rotina
- encaminhamento para partos
- acompanhamento social e psicológico

Conforme o ECA, os códigos de ética de enfermagem e medicina, o atendimento ao adolescente não necessita da presença de pais ou responsáveis e deve ser sigiloso quanto ao seu conteúdo, priorizando o acesso à saúde do jovem, enquanto indivíduo e cidadão, independente da postura ou opiniões da família.

O roteiro de atendimento da UBS deverá considerar a queixa e os fluxos de acolhimento, porém de maneira geral deverá se organizar para oferecer:

- contato inicial de maneira amigável e culturalmente aceitável ao jovem
- consultas clínicas (com anamnese, exame físico geral, exame físico específico para saúde sexual e reprodutiva)
- consulta de enfermagem
- consulta psicológica
- seguimento psicológico
- consulta ginecológica
- atendimento fisioterápico
- referências para outros exames
- terapias especializadas

► **SITUAÇÕES EMERGENCIAIS**

É importante que serviços de saúde e as escolas estabeleçam integração também com o conselho tutelar, hospitais, etc local para poder conhecer e definir os fluxos no atendimento de urgência de violência. E de saúde hospitalar para casos de parto, aborto, drogadição (overdose) suicídio e outras urgências.

Admite-se que ainda existe despreparo dos serviços de saúde para o trabalho com jovens, para a atenção às peculiaridades e complexidade das suas necessidades, faltando espaços e suporte apropriados às suas demandas, seja no campo da orientação, da proteção ou recuperação da sua saúde e também para a interlocução com a escola.

A vivência, os processos e os significados do corpo e da própria sexualidade são freqüentemente ignorados. Há uma tendência à homogeneização e simplificação da saúde do jovem. Além disso, a integração entre os serviços de apoio social é uma etapa a ser alcançada, de forma a proporcionar um trabalho em “rede”, que possa favorecer as oportunidades de acesso e participação dos jovens. Por isso, quanto mais informação difundirmos sobre o papel da escola e da saúde na promoção dessas ações, mais criaremos um ponto de partida importante para mobilizar a necessidade de dar início a essas articulações e atividades e beneficiar esta população e seus anseios.

No Brasil a inclusão da problemática do jovem e do adolescente vem sendo crescente desde a década de 90 com criação do ECA, esse potencial precisa ser multiplicado e implantado por todos nós profissionais que temos compromisso com a melhoria das condições de vida do nosso país.

Referências Bibliografia

- Asociación Pro-bienestar de la Familia Colombiana. Derechos sexuales y reproductivos de los varones. Bogotá: PROFAMILIA/IPPF, 1998.
- Bartlett, E.E. The contribution of school health to community health promotion: what can we reasonably expect? American J. Of Public Health 71(12): 1384-1391. 1981. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1619951&blobtype=pdf>
- Dimenstein G. A doença do silêncio. Reportagem da F.S.Paulo, 25.11.07.
- Garcia V G, Moreno DMFC. Caminhos de ação em saúde mental na Unidade Básica de Saúde/SMS-PMSP. In Proceedings of the 1th Simpósio Internacional do Adolescente, 2005, São Paulo (SP) [online]. 2005 [cited 27 November 2007]. Available
- Paulussen T, Kok G, Scahaalma H, Parcel G S. Diffusion of aids curricula among dutch secondary school teachers. Health education Quarterly, may, 1995: vol. 22(2):227-243 .
- Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo de Enfermagem da Saúde da Mulher. São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2004.
- Prefeitura Municipal de São Paulo. Escolas Promotoras de Saúde. Disponível em : <http://www.portaleducacao.prefeitura.sp.gov.br/Arquivos/downloadAction.do?actionType=download&idArquivo=10635>
- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Diretrizes Básicas em Saúde Escolar. Acesso em 27 de novembro de 2007.
- Disponível em: http://www.sbp.com.br/img/documentos/doc_diretrizes_saude.pdf
- Bibliografia Sobre Sexualidade:**
- ARATANGY, Lidia Rosenberg. Sexualidade - A Díficil Arte do Encontro. São Paulo, Ed. Ática, 1995. Série Discussão Aberta.
- BARBOSA, R., KALCKMANN, S., AFRAN, S.ALDANA, A., KALCKMANN, O. Mulher e AIDS: sexo e prazer sem medo, São Paulo, MCCA, 1992, 1994, 1995.
- CONSELHO ESTADUAL DA CONDIÇÃO FEMININA. Construindo a Igualdade entre os Sexos. São Paulo, Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo, novembro de 1994. Cadernos CECF Nº 5 – Educação.
- COSTA, M. organizador. Amor e Sexualidade: a resolução dos preconceitos. São Paulo, Ed. Gente, 1994.
- COSTA, Ronaldo Pamplona. Os Onze Sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana. São Paulo, Ed. Gente, 1994.
- ECOS, Caderno de Treinamento 2 - Relações de Gênero e Cidadania: a caminho da igualdade. São Paulo, ECOS, 1993.
- ECOS, Caderno de Treinamento 3 - Gênero e Planejamento Familiar. São Paulo, ECOS, 1993.
- FIGUEIREDO, Regina. Prevenção às DST/Aids em Ações de Saúde e Educação. São Paulo, NEPAIDS/USP, 1999.
- FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. Quando os Filhos Perguntam Certas Coisas... . São Paulo, Fundação Carlos Chagas, s/d. Coleção Esse Sexo Que é Nosso nº 3 (cartilha).
- GREGERSEN, Edgar. Práticas Sexuais – a história da sexualidade humana. São Paulo, Roca, 1983.
- LOYOLA. Maria Andréa (org.) A Sexualidade nas Ciências Sociais. Rio de Janeiro, Ed. UERJ, 1998.
- MAIA, Mônica e LOPES, Gerson. Conversando com Crianças sobre Sexo. Belo Horizonte, Ed. FUMEC, 2002.
- MAIA, Mônica e LOPES, Gerson. Conversando com Adolescentes sobre Sexo. Belo Horizonte, Ed. FUMEC, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que Podemos Fazer Juntos – Desenvolvimento Global e atividades de Crianças até 3 Anos. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.
- MOTT, Luiz. O Jovem Homossexual. O Prazer e o Pensar. São Paulo, Editora Gente, 1999.
- PAMPLONA, Ronaldo. Os Onze Sexos. Ed. Gente, São Paulo, 1985.
- PARKER, Richard. Corpos Prazeres e Paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo, Best Seller, 1991.
- PAIVA, Vera. Fazendo Arte com a Camisinha - sexualidades jovens em tempos de aids. São Paulo, Summus Editora, 2000.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Dossiê Adolescentes Saúde Sexual e Reprodutiva. Belo Horizonte, Rede Feminista de Saúde, 2004.
- SILVA, Maria Lúcia Teixeira da. Nesse Corpo Tem Gente! um olhar para humanizar o nosso corpo. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.
- SUPLICY, M. Sexo para Adolescentes. São Paulo, FTD, 1988.

Legislações:

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Brasília, CFM, 1988.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Brasília, Ministério da Educação, 1996. Disponível em <http://www.educacao.org.br>. Acessado em 30 de Maio de 2005.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação Saúde e Orientação Sexual. Brasília, Ministério da Educação, 2001.
- MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990. Disponível em <http://www.mj.gov.br/sedh/conanda/eca.htm>. Acessado em 30 de Maio de 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do mutiplificador: Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- Sobre Pratica Sexual, Gravidez, Métodos Contraceptivos e Contracepção de Emergência, DST e Aids:
- ANDALAFI, Jorge. Comportamento sexual na Adolescência – o papel da anticoncepção de emergência. *Jornal da SOGIA - BR*, Ano 4, nº 6, jan,fev,março/2003.
- FILHO, José F. N. Formiga. Anticoncepção de emergência no contexto do PAISM, (mimeo).
- FIGUEIREDO E PEÑA. Contracepção de Emergência: opção contraceptiva em tempos de DST e aids? São Paulo, NEPAIDS, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas Técnicas de Planejamento Familiar. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comportamento da População Brasileira Sexualmente Ativa. Brasília, Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST/Aids, 2003. Disponível em [http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/avalia4/resultados/primeira_rel.htm] – acessado em 30/10/2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anticoncepção de Emergência – perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.
- PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. Dados e Pesquisas em DST e Aids. s/d. Disponível em <http://www.aids.gov.br> – acessado em 27/05/2005.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. Dossiê de Mortalidade Materna, 2000. Disponível em <http://www.re-desau.de.org.br/dossies/dossiessr.html>. Acessado em 30 de Maio de 2005.
- TASK FORCE ON POSTOVULATORY METHODIS OF FERTILITY REGULATION, OMS. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus Yuzpe regimen of combined oral contraceptives of emergency contraception. *The Lancet*, vol. 352: 428-33, 1998.
- UNICEF Relatório: Situação da Adolescência Brasileira, 2002. Disponível em <http://www.unicef.org/brazil>. Acessado em 30 de Maio de 2005.