

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

Instituto Fernandes Figueira

**Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

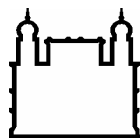
**PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS DE ADOLESCENTES BRASILEIRAS**

Análise da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde-2006

**Riva Rozenberg**

Rio de Janeiro

Dezembro de 2010



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

Instituto Fernandes Figueira

## **Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

### **PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS DE ADOLESCENTES BRASILEIRAS**

Análise da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde-2006

**Riva Rozenberg**

Dissertação apresentada à Comissão de Pós-Graduação do Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e da Mulher.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kátia Silveira da Silva**

**Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Claudia Bonan Jannotti**

Rio de Janeiro

Dezembro de 2010



## DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, Simão Rozenberg (in memoriam) e Billa Rozenberg, por terem me ensinado que o conhecimento é um dos maiores bens que podemos conquistar e pelo incentivo e apoio para que nunca abrisse mão dos meus sonhos. Obrigada pelo ambiente de amor em que fui criada, pela dedicação e confiança.

Ao meu querido marido Paulo Renato Figueiredo Travancas, por compartilhar comigo as delícias e os percalços da vida, me transmitindo otimismo e tranquilidade. Obrigada pelo amor, confiança e companheirismo.

Aos meus filhos Paula Travancas e Simon Travancas, pela oportunidade de poder sentir um amor incondicional e por darem um colorido especial à minha vida. Obrigada pelo carinho, pelos tons e sons que me ensinam a cada dia.

À Leila Tendrih, minha querida prima, pela preciosa amizade desde os nossos primeiros passos, pela solidariedade e cumplicidade ao longo de nossas vidas. Agradeço o apoio, incentivo e a cuidadosa revisão dos meus textos, durante este processo de Mestrado.

## AGRADECIMENTOS

À Profª Dra Kátia Silveira da Silva, minha querida amiga e orientadora, por ter me ensinado, com tanta generosidade, conhecimentos inestimáveis de Epidemiologia e dos caminhos para se realizar um trabalho de qualidade. Obrigada pelo compromisso e competência profissionais, pelo incentivo e acolhimento durante todos os momentos dessa jornada.

À minha co-orientadora – Profª Dra. Claudia Bonan Jannotti, por ter me estimulado a compreender a Ciência sob diferentes olhares, contribuindo para minha formação profissional e, pelo empenho e dedicação para o enriquecimento deste trabalho. Obrigada pela confiança e pelo carinho.

A todos os professores da Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, por tudo que me ensinaram.

Aos examinadores da Banca:

- Dra. Kátia Nogueira Telles, amiga e grande parceira na luta para que todos adolescentes possam se desenvolver plenamente. Agradeço a disponibilidade para contribuir, enriquecendo este trabalho.
- Dra. Eloane Ramos, por ter me ensinado a desvendar o mistério da Bioestatística e dos bancos de dados, contribuindo muito para o aprimoramento deste trabalho. Agradeço a disponibilidade e o carinho.

A todos os profissionais da Secretaria Acadêmica IFF/FIOCRUZ, pela seriedade na realização de suas tarefas.

Aos irmãos: Boris Rozenberg e Israel Rozenberg pela solidariedade, respeito e amizade.

Aos grandes e eternos amigos: Maria Cristina Guillam, Cidéia Fátima de Figueiredo e Sergio Sion, pela amizade sólida que construímos e pela torcida constante pelo meu bem-estar.

Às amigas queridas: Maria de Fátima Goulart Coutinho, Vânia Chuva e Therezinha Cruz, por me darem o enorme prazer de pertencer a este grupo tão especial de trabalho. Obrigada pelo que me ensinam, pela rica troca de experiências e pelo aconchego do dia a dia.

Às amigas de trabalho: Dilma Medeiros, Martha Villela e Maria Helena Guimarães pela parceria, conforto e amizade, que tornam o meu cotidiano profissional mais prazeroso.

A Profª Draª Maria Auxiliadora Mendes Gomes por ter me incentivado a realizar o Mestrado. Obrigada pela confiança e carinho.

A todos os colegas de mestrado, especialmente à Maria Cristina Faulhaber, Simoni Furtado, Angélica Vonk e Keila Silva, pelo incentivo e acolhimento nos momentos de ansiedade, me fazendo acreditar que no final tudo daria certo. Obrigada pela amizade.

## RESUMO

Este estudo analisou as práticas contraceptivas de adolescentes brasileiras e discutiu situações de vulnerabilidade associadas a essas práticas.

**Métodos:** Estudo com delineamento do tipo transversal, com informações obtidas no banco de dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006). Foram selecionadas 986 adolescentes, entre 15 e 19 anos, sexualmente ativas e que poderiam ter necessidade em contracepção. O desfecho do estudo foi o uso atual de métodos anticoncepcionais e foram analisadas variáveis relacionadas às características sócio-demográficas, da vida sexual e reprodutiva e do acesso e utilização dos serviços de saúde. Foi realizada análise bivariada entre o desfecho e cada variável independente, utilizando, como medida de efeito, as razões de prevalência, com intervalos de confiança de 95%. As associações entre as variáveis e o desfecho tiveram sua significância estatística avaliadas através de teste qui-quadrado de Pearson. Em seguida, foi feita regressão logística multivariada não condicional. O nível de significância para o modelo multivariado foi de 0,05. Os dados foram analisados através do programa SPSS-15. **Resultados:** A prevalência de uso de métodos anticoncepcionais foi de 78,8%. O método mais utilizado foi a camisinha masculina (51,6%), seguida pelo uso da pílula (49,2%). Na análise multivariada foram identificados quatro fatores associados ao uso atual de métodos anticoncepcionais: ter no mínimo o ensino fundamental completo ( $p = 0,03$ ;  $OR_{ajustado} = 2,17$ ; IC 95% 1,03 – 4,55); encontrar-se em união estável ( $p < 0,01$ ;  $OR_{ajustado} = 2,84$ ; IC 95% 1,45 – 5,54); ter utilizado algum método anticoncepcional na primeira relação sexual ( $p < 0,01$ ;  $OR_{ajustado} = 2,72$ ; IC 95% 1,37 – 5,42); e ter acesso a meio de transporte para chegar ao serviço de saúde ( $p < 0,01$ ;  $OR_{ajustado} = 2,90$ ; IC 95% 1,32 – 6,36). **Conclusão:** Ao analisar os resultados desta pesquisa concluímos que, no Brasil, fatores que se associaram ao uso de métodos anticoncepcionais, como escolaridade, uso de método na 1ª relação sexual e facilidade de transporte ao serviço de saúde indicam a presença de situações de vulnerabilidade associadas às práticas contraceptivas. Tais achados alertam para a necessidade de reduzir as desigualdades sociais persistentes em nossa sociedade, bem como investir nas escolas e nos serviços de saúde, como locais privilegiados para fornecer informações e propiciar a reflexão e a tomada de decisões relacionadas à sexualidade e às práticas contraceptivas. Apontam, sobretudo, para a necessidade de sensibilização de profissionais da educação e da saúde quanto às especificidades das demandas de adolescentes, para que o acesso e a utilização dos serviços de saúde, articulados às demais políticas intersetoriais, propiciem a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, desta população.

**Descritores:** Anticoncepção, adolescência, comportamento contraceptivo, vulnerabilidade, serviços de saúde.

## ABSTRACT

This study examined the contraceptive practices of Brazilian adolescents and discussed situations of vulnerability associated with these practices.

**Methods:** The study included a cross-sectional design, with information obtained from the National Demographic and Health of Children and Women Research (PNDS-2006) database. We selected 986 adolescents between 15 and 19 years, sexually active and that might have need for contraception. The study outcome was the current use of contraceptive methods and were examined variables related to socio-demographic characteristics, sexual and reproductive life and access and use of health services. Bivariate analysis was performed between the outcome and each independent variable, using, as measure of effect, the prevalence ratios, with confidence interval of 95%. The associations between variables and outcome had its statistical significance assessed using Pearson chi-square. Then, was performed non conditional multivariate logistic regression. The level of significance for the multivariate model was 0.05. Data were analyzed using SPSS-15. **Results** - The prevalence of contraceptive use was 78,8%. The most used method was the male condoms (51,6%), followed by the use of pill (49,2%). Multivariate analysis identified four factors associated with current use of contraceptive methods: to have, at least, completed basic education ( $p = 0.03$ , aOR = 2.17, 95% CI 1.03 to 4.55); to be in stable union ( $p < 0.01$ , aOR = 2.84, 95% CI 1.45 to 5.54); to have used a contraceptive method at first intercourse ( $p < 0.01$ , aOR = 2.72; 95% CI 1.37 to 5.42); and to have access to means of transportation to get to the health service ( $p < 0.01$ , aOR = 2.90, 95% CI 1.32 to 6.36). **Conclusion:** When analyzing the results of this study, we concluded that, in Brazil, factors associated with the use of contraceptive methods, such as education, use of method in the first intercourse and ease transportation to the health services indicate the presence of vulnerability associated contraceptive practices. These findings highlight the need to reduce persistent inequalities in our society and invest in schools and health services, as prime locations to provide information and promote reflection and decision making related to sexuality and contraceptive practices. They point, especially, to the need for awareness of professionals in education and health services to the specific demands of adolescents, so that access to and use of health services, articulated to other intersectoral policies, enable the guarantee of sexual and reproductive rights of this population.

**Keywords:** Contraception, adolescence, contraception behavior, vulnerability, health services.



## LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

		<b>Página</b>
<b>Quadro I</b>	Variáveis analisadas no estudo e categorias	45
<b>Figura I</b>	Modelo teórico-conceitual dos fatores associados ao uso atual de métodos anticoncepcionais em adolescentes sexualmente ativas, entre 15 e 19 anos	47
<b>Tabela1</b>	Características sócio-demográficas das adolescentes	52
<b>Tabela2</b>	Características sexuais, reprodutivas e de acesso e utilização dos serviços de saúde	53
<b>Tabela 3</b>	Distribuição percentual do uso atual de anticoncepcionais por todas as adolescentes, unidas e não unidas, de acordo com o tipo de método	54
<b>Tabela 4</b>	Prevalência e razão de prevalência bruta (IC95%) de uso de métodos anticoncepcionais segundo características sócio-demográficas de adolescentes sexualmente ativas, PNDS- 2006	55
<b>Tabela 5</b>	Prevalência e razão de prevalência bruta (IC95%) de uso de métodos anticoncepcionais segundo características da vida sexual e reprodutiva e das práticas contraceptivas de adolescentes sexualmente ativas, PNDS- 2006	56

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AIDS** - Síndrome da imunodeficiência adquirida

**CIPD** - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

**DATASUS** - Departamento de Informática do SUS

**DHEG** -Doença hipertensiva específica da gravidez

**DHS** – Demographic and Health Surveys

**DST** - Doença sexualmente transmissível

**ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente

**FIOCRUZ** - Fundação Oswaldo Cruz

**GRAVAD** - Pesquisa Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil

**IFF**- Instituto Fernandes Figueira

**HIV** - Vírus da imunodeficiência humana

**MS** – Ministério da Saúde

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**ONG** – Organização não governamental

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**PF** – Planejamento familiar

**PNDS** - Pesquisa Nacional Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

**SINASC** - Sistema de Nascidos Vivos

**SUS** - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1. Objetivos geral e objetivos específicos .....	6
<b>2. QUADRO TEÓRICO .....</b>	<b>7</b>
2.1. Adolescências.....	7
2.1.1. Adolescências : um conceito polissêmico .....	7
2.2. Sexualidade, Reprodução e Anticoncepção na adolescência .....	13
2.2.1. Panorama da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.....	13
2.2.2. Aspectos psicossociais, políticos e éticos da sexualidade e reprodução na adolescência .....	21
2.3. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens e políticas públicas .....	32
<b>3. HIPÓTESES.....</b>	<b>38</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
4.1. Artigo .....	39
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>77</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>85</b>

## 1 . INTRODUÇÃO

No século XX, vivenciamos um período de grandes transformações sociais. A industrialização e a urbanização aceleradas, as revoluções científica e tecnológica, acrescidas a mudanças no sistema de valores e nos modelos das relações afetivas, viabilizaram direitos para a mulher, possibilitando maior liberdade no exercício de sua sexualidade.

Mudanças significativas no comportamento sexual ocorreram, por um lado, após o surgimento da pílula anticoncepcional, que desvinculou a atividade sexual da reprodução. Por outro lado, a epidemia de Aids colocou em pauta a importância da adoção de práticas protetoras no campo da sexualidade. Esses processos atingiram, de forma diferenciada, os diversos grupos etários.

Este novo contexto social criou expectativas variadas, em relação aos papéis que adolescentes de ambos os sexos deviam desempenhar na sociedade. Além das expectativas em torno da vida produtiva, há também aquelas em relação à vida sexual e reprodutiva. De um lado, espera-se que, durante esse ciclo de vida, as adolescentes estejam se preparando, através da maior escolarização e qualificação profissional, para ingresso no mercado de trabalho, em melhores condições <sup>1</sup>. De outro, em vários contextos sociais, espera-se, ainda, que se casem e cuidem do lar, reproduzindo papéis de gênero tradicionais.

Na adolescência a sexualidade adquire contornos bastante significativos, tornando-se um campo de grandes descobertas e experimentações <sup>2</sup>. Deve-se considerar que, nesta etapa, o corpo passa por importantes mudanças que

conduzem a uma nova maneira de vivenciar a sexualidade e a outras formas de expressão do desejo sexual.

O desenvolvimento da sexualidade de crianças e adolescentes, em nossa sociedade, é moldado tanto pela família e os primeiros circuitos de socialização, como por influências de outros grupos sociais que vão se inserindo ao longo de suas vidas. A escola e os serviços de saúde são considerados espaços privilegiados, tanto para ampliar o conhecimento acadêmico formal, quanto para desenvolver habilidades e capacidade críticas que possibilitem às crianças e adolescentes ressignificarem valores e comportamentos naturalizados pela sociedade.

A menor influência do discurso religioso, na regulação das práticas sexuais, o surgimento e difusão dos métodos contraceptivos e mudanças sociais, tanto no âmbito da família, quanto das relações intergeracionais e de gênero, tornaram possível aos adolescentes exercerem sua sexualidade independente dos marcos de uma relação conjugal estruturada.

Uma das recentes mudanças nos costumes sexuais brasileiros diz respeito à iniciação sexual com namorado ou em outras formas de relacionamento. O namoro deixou de ser uma etapa preparatória para o casamento e se tornou uma realidade, como etapa de experimentação afetiva e sexual para os jovens<sup>3</sup>.

Estas evidências da mudança dos padrões de comportamento sexual, entre as adolescentes, tornam-se claras ao serem analisados os dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006). Pesquisas realizadas no Brasil e em outros países têm revelado que a idade

média do início da atividade sexual vem ocorrendo mais precocemente para os jovens.

A partir da década de 1990, observa-se o fenômeno do rejuvenescimento da fecundidade no país. Este se caracteriza pela tendência da concentração da fecundidade nas faixas etárias mais jovens. A reprodução na adolescência adquiriu visibilidade, neste contexto demográfico, passando a ser considerada, por vários setores da sociedade, problema de saúde pública <sup>4,5,6</sup>.

Assim, sexualidade, fecundidade e gravidez, na adolescência, tornaram-se foco de intenso debate, questionamentos e controvérsias, tanto no âmbito de planejamento das políticas públicas, quanto por instituições sociais e grupos organizados da sociedade civil.

O interesse sobre as práticas contraceptivas dos adolescentes tem aumentado, nas últimas décadas, e vem sendo acompanhado de avanços na compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos de cidadania, além da lenta, porém crescente, aceitação social do exercício da sexualidade fora dos marcos do casamento.

Vários estudos têm sido realizados para investigar a sexualidade, práticas contraceptivas e reprodução na adolescência. Duas grandes pesquisas, de abrangência nacional, destacam-se como referenciais importantes neste tema: a pesquisa Gravada<sup>3</sup> e a pesquisa “Juventudes e sexualidade”<sup>7</sup>.

A pesquisa Gravada trabalhou questões sobre reprodução e sexualidade, com dados referentes a três capitais brasileiras: Rio de Janeiro, Salvador e Porto Alegre<sup>3</sup>. A pesquisa “Juventudes e sexualidade” concentrou-se em capitais e em jovens que freqüentam escolas<sup>7</sup>. Nesta pesquisa, realizada com adolescentes e

jovens, constatou-se que, em mulheres jovens, a gravidez não planejada associou-se, de forma importante, com as dificuldades de negociação entre os gêneros, a imprevisibilidade das relações sexuais e os esquecimentos no uso dos métodos anticoncepcionais, entre outros.

Outros trabalhos identificaram fatores comumente associados ao uso de métodos anticoncepcionais, por adolescentes, como: escolaridade; escolaridade dos pais; e condições sócio-econômicas<sup>8,9</sup>.

A iniciação sexual mais precoce, o tipo de parceria, a comunicação precária com os pais sobre assuntos relacionados à sexualidade e o desejo de engravidar também estão associados à não utilização de métodos na adolescência<sup>10</sup>.

Dados da Pesquisa Nacional Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 e PNDS-2006 confirmaram os resultados de estudos mais localizados: neste período de dez anos foi observado acréscimo de 150% no uso de métodos anticoncepcionais, por adolescentes brasileiras<sup>8,11</sup>.

O objeto desta pesquisa foi a análise das práticas contraceptivas de adolescentes brasileiras, com base nos dados da PNDS-2006 (Anexo 1).

O objetivo foi a identificação de fatores associados ao uso de métodos anticoncepcionais, relacionados às características sócio-demográficas, da vida sexual e reprodutiva e do acesso e utilização dos serviços de saúde, bem como da discussão de situações de vulnerabilidade a elas associadas. Os resultados, que apresentaremos nesta dissertação, poderão contribuir para o aprimoramento de políticas que visem a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, desta parcela da população.

Para a compreensão dos fatores associados ao uso de métodos anticoncepcionais adotamos o conceito de “adolescências”, compreendendo que essa etapa da vida é plasmada por características diferentes, segundo condições sociais, culturais, raciais, de gênero, de orientação sexual, de condições de saúde, entre outros.

Adotamos, também, o conceito de vulnerabilidade, que relaciona aspectos individuais, coletivos e contextuais, determinando graus variados na capacidade dos indivíduos ou grupos sociais de proteção frente às doenças ou outros danos<sup>12</sup>. Consideramos que, no segmento da população jovem, em que há presença de múltiplos fatores, a vulnerabilidade pode estar ampliada, especialmente quando estão ausentes os direitos de cidadania<sup>8</sup>.

Frente ao início mais precoce da primeira relação sexual e dos diversos fatores relacionados ao exercício da atividade sexual adolescente, sob a ótica da garantia de direitos e do desenvolvimento da potencialidade juvenil, torna-se importante o aprimoramento de estratégias referentes à saúde e sexualidade dos adolescentes e jovens, que incorporem seus direitos sexuais e reprodutivos e ampliem sua qualidade de vida.



## **1.1 – OBJETIVOS GERAIS E OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

### **Objetivo geral**

Analisar práticas contraceptivas de adolescentes brasileiras e discutir situações de vulnerabilidade associadas a essas práticas.

### **Objetivos específicos:**

- Descrever a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais e os principais tipos de métodos utilizados.
- Descrever a utilização de métodos segundo variáveis sócio-demográficas.
- Descrever a utilização de métodos segundo variáveis relacionadas à vida sexual e reprodutiva / práticas contraceptivas.
- Descrever a utilização de métodos segundo variáveis relacionadas aos serviços de saúde.
- Identificar os fatores associados ao uso de métodos anticoncepcionais por adolescentes brasileiras.

## **2. QUADRO TEÓRICO**

### **2.1 ADOLESCÊNCIAS**

#### **2.1.1 Adolescências: um conceito polissêmico**

As etapas da vida têm sido discutidas por autores do campo das ciências humanas e sociais como construções históricas com grande variabilidade, de acordo com cada época e cultura. A classificação das idades existe desde a Antiguidade. Contudo, ao longo dos séculos, as fronteiras entre elas tem sido definidas arbitrariamente, e cada cultura privilegiou e valorizou diferentes etapas da vida <sup>13,14,15</sup>.

O reconhecimento da infância e da adolescência, como fases específicas da vida, tem origem na era moderna, com o desenvolvimento de novas formas de organização da vida social, de reprodução social, de produção econômica e de sociabilidade, expressadas pelo surgimento da família nuclear burguesa, do sistema econômico capitalista e do Estado nacional, pela industrialização e a urbanização aceleradas, pelas revoluções científica e tecnológica, entre outras <sup>16</sup>.

Nas sociedades modernas, crianças e adolescentes passaram a ser vistos como sujeitos que necessitavam de cuidado, proteção e preparação especial, a fim de que se integrassem como membros ativos da vida social, reproduzindo o modelo vigente e mantendo, assim, a coesão social.

Às famílias e a outras instituições emergentes, como a escola, foram atribuídos papéis fundamentais no processo de desenvolvimento das crianças e adolescentes. A família nuclear burguesa se estruturou em bases diferentes das formações familiares anteriores. Foram redefinidas as relações afetivas entre seus

membros (cônjuges, pais e filhos), as hierarquias e papéis em seu interior (a mãe cuidadora e o pai provedor) e a sua forma de representação perante o Estado e a sociedade (o “chefe de família” como o representante do grupo).

O investimento na educação de crianças e adolescentes – tarefa de famílias e do Estado - tornou-se prioritário para que os jovens pudessem incorporar os valores cívicos do bom cidadão, do bom pai/mãe de família e, com destaque, se inserir no mercado de trabalho com maior qualificação, potencializando oportunidades de mobilidade social da família e participando do desenvolvimento econômico do país. O intuito de propiciar aos adolescentes condições de constituir um projeto de vida autônomo e socialmente integrado ampliou-se ao longo dos últimos dois séculos, envolvendo diversas dimensões – educação, saúde, trabalho, cultura, lazer – e tornou-se necessário um olhar voltado para as particularidades desta etapa do desenvolvimento humano <sup>17,18</sup>. Reconhece-se, então, que cada etapa da vida – infância, adolescência, vida adulta – têm necessidades próprias a serem contempladas.

Diante dos novos significados e expectativas, na modernidade, a adolescência tornou-se não apenas objeto de atenções especiais das famílias e do Estado, como também objeto de debate e investigação das ciências emergentes. Podemos destacar os estudos e contribuições que surgiram nos campos das ciências biomédicas, psicologia e psicanálise, antropologia, sociologia, história e, mais recentemente, das neurociências.

Na segunda metade do século XIX surgiram os primeiros médicos interessados em acompanhar o crescimento e desenvolvimento de adolescentes.

Havia muitas lacunas no conhecimento sobre adolescência, mas a partir de suas experiências clínicas e apoiados na crença do determinismo biológico, começaram a cuidar da saúde dos adolescentes residentes em escolas e padronizar condutas para prevenir doenças e melhorar a assistência dispensada a este grupo populacional<sup>19</sup>.

Assim como a medicina, a psicanálise e a psicologia defendiam a visão de que os processos biológicos decorrentes das mudanças físicas da puberdade determinavam manifestações psíquicas características da adolescência. Partindo desta percepção, as mudanças vinculadas aos processos biológicos teriam influência decisiva na formação da personalidade e no comportamento adulto<sup>16</sup>.

Desde o início do século XX, foram incorporadas novas idéias aos discursos médicos e psicológicos. Os conceitos de “crise de identidade”, de “período de moratória psicossocial” e de “síndrome normal da adolescência” tornaram-se importantes na construção discursiva da adolescência como fase específica da vida<sup>20,21</sup>.

Porém durante o século XX, as ciências humanas e sociais passaram a questionar a homogeneidade dos processos psíquicos e comportamentais da adolescência e a idéia do determinismo biológico na construção dos hábitos e comportamentos desta população. Antropólogas, como Margareth Mead e Ruth Benedict, destacaram que os processos vivenciados na adolescência estavam intimamente vinculados ao meio social e cultural subjacente<sup>22,23</sup>.

Mais recentemente, alavancadas por contribuições das Ciências Sociais, várias linhas da medicina e psicologia passaram a levar em conta que as

diferentes realidades e experiências são fundamentais para compreender os(as) adolescentes em suas especificidades<sup>24,25</sup>.

Alguns autores contemporâneos ao procurarem uma definição conceitual à noção de adolescência têm usado com frequência a imagem de “etapa de passagem” ou de “transição” entre a infância e a vida adulta<sup>26</sup>. Embora essas idéias contribuam para a compreensão das mudanças que ocorrem nesta etapa da vida, elas não devem ser entendidas de forma absoluta, sob pena de perderem-se as especificidades da vivência real dos adolescentes e jovens contemporâneos.

Considerar a adolescência como mera fase de transição para a vida adulta pode trazer limitações para o investimento em ações que atendam às necessidades específicas deste grupo, pois os adolescentes, vistos sob esta ótica, estariam na sala de espera, preparando-se e aguardando a entrada na vida adulta<sup>27,28</sup>.

Essa etapa de passagem para a vida adulta tem sido analisada, por vários pesquisadores, sob a ótica de “trajetórias biográficas”. Assim como outras fases da vida – infância, idade adulta, idade madura, velhice, etc. –, a adolescência, como trajetória biográfica, é uma etapa socialmente marcada por um conjunto de decisões, escolhas e investimentos cruciais e específicos que vão delineando percursos que levam da dependência material e afetiva da família de origem à ampliação da sociabilidade com os pares, à vivência afetiva e da sexualidade com parceiro, ao término dos estudos e, mais adiante, à inserção no mercado

profissional, à independência econômica, à saída da casa dos pais e à constituição da própria família<sup>3,29,30</sup>.

A perspectiva analítica da adolescência através da noção de trajetórias e de percursos sociais permite uma compreensão das particularidades dessa etapa da vida. Além disso, como essa perspectiva propicia uma compreensão de processos sociais e seus contextos, ela contribui para desvelar a heterogeneidade das experiências juvenis<sup>3</sup>.

Esta heterogeneidade se relaciona principalmente à diversidade de condições sócio-econômicas, características culturais, raciais e de gênero vivenciadas por este segmento populacional, que se traduzem em diferentes projetos de vida e expectativas para a população adolescente.

As profundas desigualdades sociais contemporâneas, onde a globalização da economia aprofunda os processos de exclusão, atingem toda a sociedade, mas de maneiras específicas adolescentes e jovens que buscam sua sobrevivência e emancipação em um mercado de trabalho altamente competitivo. Por seus pertencimentos de classe, alguns grupos de jovens são favorecidos como atores nos processos de desenvolvimento econômico e social em nosso país, enquanto outros grupos que vivem em situação precária, encontram enormes desafios para sustentar-se materialmente e ter maior participação na vida social<sup>1</sup>.

Quando as condições de vida e do capital econômico e cultural são mais favoráveis, pode haver tanto o prolongamento do tempo de adolescência/juventude quanto o encurtamento desta etapa da vida<sup>31,32</sup>. Diante de perspectivas tão diversas, segundo os contextos subjacentes, apreende-se a

heterogeneidade da adolescência/juventude e a diversidade das trajetórias juvenis<sup>3</sup>.

Além da questão de classe socioeconômica, os processos vivenciados pelos adolescentes de ambos os sexos também são marcados por outras estruturas de desigualdade e diferenciais de poder como gênero, orientação sexual, raça/cor, condição de saúde e geração.

Levando em conta que as formas de vivências juvenis são múltiplas, podemos falar de *adolescências* como um grupo social constituído por um conjunto de sujeitos, submetidos a diferentes condicionantes estruturais<sup>28</sup>. Assim, a idéia de adolescências e juventudes, do que é adequado ou não a esse período, ou mesmo a sua duração, é definida pelos contextos sócio-culturais<sup>33</sup>.

Nas sociedades contemporâneas, visões sobre a adolescência e a juventude que perpassam o senso comum estão carregadas de representações e valores que vão muito além de uma delimitação etária. A adolescência e a juventude estão comumente associadas a comportamentos e estilos de vida inovadores, representando fonte importante de transformações sociais. Ao mesmo tempo, circulam visões menos positivas que associam essas etapas da vida à rebeldia, a problemas e risco generalizado. Não é incomum associar essas fases da vida à marginalização e criminalidade.

No plano legal-normativo, é de praxe a utilização de marcos etários para a definição de adolescência. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é a fase do desenvolvimento delimitada, cronologicamente, entre os 10 e os 20 anos de idade, sendo um período marcado por profundas

transformações biopsicossociais, quando se adquire as características físicas, psicológicas e sociais do adulto <sup>34</sup>. No Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se adolescente as pessoas com faixa etária entre os 12 e 18 anos <sup>35</sup>. O recorte etário pode ter sua utilidade, sobretudo para a formulação e operacionalização das políticas públicas, mas pode engessar a realidade dos sujeitos.

Neste estudo, adotaremos o conceito de “adolescências”, compreendendo que essa etapa da vida é plasmada por características diferentes, segundo condições sociais, culturais, raciais, de gênero, de orientação sexual, de condições de saúde, entre outros. Consideraremos também a importância dos fatores biológicos e psicológicos que despertam a curiosidade e desejo de experimentar as novidades que se descortinam, nesta etapa da vida. Pretendemos compreender as experiências das adolescentes através da heterogeneidade de experiências e identificar potencialidades e fragilidades das adolescentes para enfrentar situações de vulnerabilidade.

## **2.2 SEXUALIDADE, REPRODUÇÃO E ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA**

### **2.2.1. Panorama da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes**

Na sociedade brasileira moderna há um grande debate sobre sexualidade e reprodução adolescente, envolvendo Estado, profissionais de Saúde e Educação, pesquisadores, mídia, Organizações não governamentais (ONG), autoridades religiosas, entre outros.



Não se trata de debate novo. Os estudos sobre sexualidade surgiram por volta do século XVIII, alavancados pelo discurso médico, que se preocupava então, com o desvio da “normalidade”. Em *História da Sexualidade* Michel Foucault já apontava que questões como masturbação, homossexualidade, entre outras, eram fontes de grande angústia médica. Destacava também como o dispositivo da sexualidade representava o braço subjetivo das relações de poder existentes, devendo ser regulada para o “bem estar” de todos<sup>36</sup>.

Vários autores compreendem que a sexualidade, tal qual outra dimensão da vida, é socialmente construída<sup>3,29,37</sup>. Portanto, necessitam de processo de socialização, internalização e negociação de significados e tem como bases referenciais os contextos subjacentes.

Na contemporaneidade, o debate sobre sexualidade, assume contornos específicos, numa realidade demográfica e sanitária diferenciada, incorporando questões políticas, éticas e legais.

A sociedade, no decorrer do século XX passou por transformações sociais, no sistema de valores e nos modelos das relações afetivas. A maior participação da mulher no espaço público e a luta pela redução das desigualdades de gênero possibilitaram maior liberdade no exercício da sexualidade feminina. A expansão do mercado de trabalho para as mulheres, assumindo gradativamente cargos anteriormente reservados aos homens; têm contribuído para a maior mobilidade social feminina e, nos extratos socioeconômicos mais privilegiados, já se observa gradativa redução das desigualdades de gênero.

Importantes mudanças no comportamento sexual ocorreram ao haver uma desvinculação entre a atividade sexual e a reprodução após o surgimento da pílula

anticoncepcional. Por outro lado, o surgimento da epidemia da AIDS ( síndrome da imunodeficiência adquirida) trouxe questões que demandaram um conjunto de ações do poder público e da sociedade civil organizada, na tentativa de lidar com a complexidade e multiplicidade de aspectos envolvidos na adoção de práticas protetoras no campo da sexualidade.

Além disso, observa-se a preocupação de vários setores da sociedade com a iniciação sexual mais precoce, com o aumento das taxas específicas de fecundidade para adolescentes, com o abortamento inseguro, com a mortalidade materna, com a anticoncepção na adolescência, a feminização da epidemia de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e a violência sexual <sup>38</sup>. A OMS considera a saúde reprodutiva de adolescentes um elemento crucial para a Estratégia de Saúde Reprodutiva Global, valorizando a abordagem destes aspectos <sup>39</sup>.

Essas questões atingem todos os grupos etários e, em particular adolescentes, colocando em pauta a necessidade da discussão, já no início da adolescência, da sexualidade e dos aspectos envolvidos no seu exercício, possibilitando o diálogo e a redefinição de novas formas de vivência da sexualidade adolescente.

O fortalecimento do debate político sobre os direitos humanos, incluindo o direito à integridade corporal, à autonomia, à liberdade de escolha, entre outros, vem ganhando espaço em nossa sociedade <sup>38</sup>. Vale destacar que este movimento busca agregar diferentes discursos, reconhecendo a existência de uma sociedade plural, e respeitando a diversidade do ser humano.

Outro aspecto relevante para conhecer a dinâmica de reprodução e contracepção dos adolescentes é a análise de dados de morbi-mortalidade em relação à saúde reprodutiva e de fecundidade.

Em 2008, foram registradas, no DATASUS, 39.721 internações por abortamentos em adolescentes<sup>40</sup>. Parte destas complicações de abortamentos se relaciona ao abortamento inseguro. Desta forma, a gravidez não planejada, quando indesejada, é considerada um grave problema de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes. O aborto inseguro está diretamente relacionado aos índices de mortalidade materna, pois o aborto realizado em condições inadequadas expõe as mulheres à mortalidade materna.

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública com conseqüência para a saúde dos recém nascidos e das famílias. O enfrentamento deste problema envolve vários aspectos, entre estes a melhoria do acesso ao planejamento reprodutivo, buscando diminuir as complicações decorrentes de uma gravidez indesejada<sup>41</sup>.

As doenças sexualmente transmissíveis são fonte de grande preocupação. Não há dados fidedignos sobre sua prevalência, pois a notificação compulsória se aplica somente aos casos de Aids e sífilis. Nas mulheres, grande parte das DST é assintomática e as mais jovens têm risco biológico aumentado em função do epitélio uterino mais exposto. Os indivíduos que tem uma DST estão mais expostos ao risco de contrair HIV.

A faixa etária adolescente apresenta peculiaridades em relação ao percurso da infecção pelo HIV. Desde o final dos anos 90, observa-se crescimento da infecção entre mulheres, em particular entre as mais pobres<sup>38</sup>. A feminização da

epidemia de Aids é mais intensa entre 13 e 19 anos e no Brasil ,desde 1997 o número de casos em mulheres desta faixa etária tem sido maior do que o dos homens<sup>8</sup>.

Esse significativo aumento de casos nos grupos de jovens, acrescido ao fato de que as infecções que motivaram os casos notificados no início da vida adulta, provavelmente, ocorreram durante a adolescência, aponta a vulnerabilidade deste grupo etário às infecções sexualmente transmissíveis.

A violência contra a mulher atinge todos os grupos sociais e faixas etárias. Por estar menos associada à mortalidade quando comparada ao sexo masculino, adquire menor visibilidade e permanece mais velada, dificultando sua identificação. As adolescentes encontram-se em situação de maior vulnerabilidade, principalmente devido a fatores como: o não reconhecimento de seus direitos sexuais, a sua dependência econômica e a violência de gênero. A violência contra mulheres adolescentes pode apresentar-se de diversas formas: violência sexual, física ou psicológica. Na maioria dos casos ela é perpetrada por parceiros ou familiares<sup>42</sup>.

Na análise das taxas de fecundidade, observa-se que no Brasil, entre 1970 e 2000, houve importante queda na taxa de fecundidade total. Em 1970, a média de filhos, por mulher em período fértil, que era de 5,8, foi reduzida para 1,8 em 2006<sup>5,8</sup>.

Na década de 1990, observa-se o fenômeno do rejuvenescimento da fecundidade no país. Este se caracteriza pela tendência da concentração da fecundidade nas faixas etárias mais jovens. Em 1980, o maior número médio de filhos, dentre todos os grupos etários, cabia às mulheres de 25 a 29 anos. Em

1991, observa-se o primeiro deslocamento para o grupo mais jovem, de 20 a 24 anos. Até o ano de 2000, podemos observar elevação das taxas específicas de fecundidade nas faixas etárias dos 10 aos 24 anos. A partir de então, há tendência de redução destas taxas para adolescentes e jovens. A taxa específica de fecundidade, para adolescentes de 15-19 anos, foi de 82 por mil no ano de 2006<sup>8</sup>.

Em relação à anticoncepção observa-se crescente difusão da informação sobre métodos anticoncepcionais no Brasil. Apesar da prevalência de seu uso por adolescentes ter dobrado na última década, este ainda permanece em patamares mais baixos, se comparados ao uso das mulheres adultas<sup>8</sup>.

As pesquisas Demographic and Health Surveys (DHS), na seção sobre contracepção, incluem questões sobre conhecimento dos métodos, prevalência de uso e os motivos para a não utilização dos mesmos<sup>43</sup>. A realização sistemática das DHS tem permitido conhecimento amplo sobre os determinantes sociais e sua relação com o uso de métodos. Por meio destas pesquisas tem sido possível a comparação entre populações de diferentes países, de moradores de regiões urbanas ou rurais e o acompanhamento do comportamento contraceptivo, ao longo das últimas décadas.

Em estudo comparativo, realizado a partir de dados das DHS, no período de 1986 a 2006, em 40 países da África, Ásia e América Latina, observou-se disparidade na prevalência de uso de métodos entre jovens residentes em países com diferentes estágios de desenvolvimento. Na América Latina, de 42% a 68% das adolescentes sexualmente ativas, unidas ou não, utilizam algum método anticoncepcional. Nos países africanos, a prevalência de uso de métodos, para as jovens da mesma faixa etária, encontra-se entre 20% e 35%. De forma geral, o

uso atual de métodos anticoncepcionais foi maior entre as adolescentes não unidas do que entre as unidas<sup>44</sup>.

Na pesquisa “Juventudes e Sexualidade”, que teve como população de estudo estudantes de 14 capitais brasileiras, o uso atual de algum método anticoncepcional foi de, pelo menos, 85%, com proximidade para ambos os sexos, nas diferentes capitais estudadas<sup>7</sup>.

No trabalho de Rocha et al<sup>45</sup>, feito com uma amostra representativa de adolescentes entre 15 e 18 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, 89,5% das adolescentes do sexo feminino referiram uso atual de algum método anticoncepcional.

Nos diversos estudos, percebe-se diferencial de uso para populações de diferentes países, grau de escolaridade e situação conjugal<sup>44,46,47</sup>. Nas pesquisas realizadas com escolares, há elevada proporção de alunos que utilizam algum método<sup>7,48,49</sup>. Há também variações quanto aos tipos de métodos mais utilizados para evitar a gravidez, tanto entre diferentes países quanto entre adolescentes com situações conjugais distintas<sup>44,46,50</sup>.

Em relação à análise da continuidade do uso de métodos anticoncepcionais, isto é, da consistência na utilização, nos deparamos com dificuldades técnico-metodológicas na comparabilidade dos resultados das pesquisas, pois não há uma classificação/conceito uniforme nos diversos estudos. Para avaliar o tempo de uso de métodos, são utilizadas diversas medidas, como uso nos últimos 12 meses, nos 3 meses prévios à pesquisa, nos últimos 30 dias, na primeira e na última relação sexual.

O estudo Gravad revelou que 50% dos jovens utilizavam camisinha, em todas as relações sexuais<sup>3</sup>.

Na pesquisa National Survey of Family Growth realizada em 2002<sup>51</sup>, foi demonstrado que, das adolescentes de 15 a 19 anos, não unidas, que tiveram relações sexuais nas quatro semanas anteriores à pesquisa, 42% utilizaram a camisinha em todas as relações sexuais.

No estudo de Almeida et al<sup>48</sup>, realizado em escolas públicas da Bahia, evidenciou-se que 46,4% das adolescentes utilizaram algum método anticoncepcional, de forma consistente, na primeira relação sexual e na última relação sexual.

Quanto ao tipo de métodos anticoncepcionais utilizados por adolescentes, observa-se diferenças quando comparados diferentes países e conjugalidade. No estudo de Blanc et al (2009), os métodos anticoncepcionais mais utilizados por adolescentes, em 28 países, foram a pílula anticoncepcional oral e as injeções contraceptivas. Em oito países, houve o predomínio da utilização de camisinha. A tendência, verificada nas diversas DHS, foi a maior utilização de métodos anticoncepcionais modernos<sup>44</sup>.

Na PNDS-2006, observa-se que a pílula foi o método mais utilizado por adolescentes que se encontravam em união com parceiro, seguido pelo uso da camisinha. Já para adolescentes sexualmente ativas, não unidas, a camisinha foi o método mais utilizado<sup>8</sup>.

No estudo “Juventudes e Sexualidade”, o método mais utilizado por adolescentes foi camisinha, com um percentual que variou de 48% a 70%, seguido pelo uso de pílula (17% a 38%), nas diferentes capitais estudadas<sup>7</sup>.

Apesar de serem observadas mudanças importantes no padrão de uso de métodos entre adolescentes, há necessidade de investimentos em pesquisas que possam contribuir para a compreensão dos fatores associados às mudanças nos padrões de anticoncepção experimentadas pelas coortes de adolescentes e jovens brasileiros.

### **2.2.2 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS, POLÍTICOS E ÉTICOS DA SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO NA ADOLESCÊNCIA**

O exercício da sexualidade na adolescência, e dos eventos e práticas a ela relacionadas, têm sido debatidos tanto no âmbito de planejamento das políticas públicas, na área acadêmica, nas áreas da saúde pública e da pedagogia; quanto por instituições sociais e grupos organizados da sociedade civil e no senso comum, sob óticas bastante diversificadas.

Podemos destacar a polarização do debate, por um lado privilegiando os aspectos relativos aos riscos, perigos, vulnerabilidades e, por outro, priorizando o respeito aos direitos, autonomia, bem-estar e qualidade de vida. Esta polarização permeia o debate e proposições das políticas públicas relativas à gravidez e maternidade na adolescência, às DST / HIV / AIDS, ao aborto e à violência sexual. Na realidade dificilmente há representantes genuínos das posições mais extremas, mas sim das diferentes matizes deste amplo espectro.

A partir das visões de diferentes campos do conhecimento, das vivências dos diversos grupos sociais e do diálogo, torna-se possível interpretar e recombinar as idéias e construções sobre a sexualidade humana.



Neste complexo debate, reconhecemos que os riscos, perigos e vulnerabilidades, envolvidos no exercício da sexualidade adolescente, precisam ser considerados, mas que estes não podem ser enfrentados sem levar em conta os direitos sexuais e reprodutivos, a autonomia e liberdade de escolha dos indivíduos.

A sexualidade humana está presente em todas as etapas da vida. Não se refere apenas ao prazer genital, mas aos fenômenos ligados aos sentimentos, à afetividade e ao prazer, dando sentido à vida <sup>52</sup>. Constitui-se em uma das dimensões do ser humano, entre as quais se destacam: questões de gênero, orientação sexual, erotismo e reprodução <sup>7</sup>.

Na adolescência, a sexualidade adquire contornos bastante significativos, tornando-se um campo de grandes descobertas e experimentações. Deve-se considerar que, durante este período, o corpo passa por importantes mudanças que conduzem a uma nova maneira de vivenciar a sexualidade e a outras formas de expressão do desejo sexual <sup>2</sup>. As transformações no exercício da sexualidade, durante a adolescência têm sido uma experiência particular para as novas gerações, demandando, desde muito cedo, o diálogo sobre o tema dentro das famílias, nas escolas, nos serviços de saúde.

No século XX vivenciamos um período de grandes transformações sociais. No campo da sexualidade, podemos destacar a importância da participação do movimento feminista, de movimentos jovens, de corporações profissionais e; do desenvolvimento tecnológico, do surgimento da pílula, do advento da Internet, como fatores que revolucionaram o comportamento sexual, trazendo maior liberdade no exercício da sexualidade.

Observam-se, nas últimas décadas, importantes alterações nas relações intergeracionais, na posição social da mulher e na possibilidade de exercício da sexualidade e reprodução, fora dos marcos da união conjugal. Apesar da aceitação social relativa sobre o exercício sexual na adolescência, desvinculada dos marcos do casamento, há permanências estruturais expressas sob diversas formas, na sociedade brasileira. Os papéis sociais de gênero, em nossa sociedade, onde permanece a subordinação do feminino, traz grandes dificuldades às mulheres em geral, e adolescentes em particular, de exercerem sua autonomia nas questões relativas à saúde sexual e reprodutiva. Assim, o aprendizado em sexualidade, desde cedo, pode facilitar a aquisição de habilidades que possibilitem redução das desigualdades de gênero e da vivência da sexualidade de forma prazerosa e segura<sup>3</sup>.

Há múltiplos discursos sobre a sexualidade e reprodução na adolescência. Há discursos que se caracterizam pelo tom alarmista, colocando em pauta que o “desregramento das práticas sexuais juvenis” provocaria a reprodução nessa época da vida, com desdobramentos perversos nas trajetórias juvenis. Vários autores e diversos setores da sociedade advogam que a gravidez na adolescência leva à perpetuação da pobreza, em nossa sociedade. No entanto, estes discursos convivem com outros, que se caracterizam pela valorização dos aspectos positivos da sexualidade juvenil para o pleno desenvolvimento de suas potencialidades, tornando os jovens sujeitos e cidadãos participativos nas mudanças sociais<sup>53</sup>.

Para a Saúde Pública, o estudo da sexualidade tornou-se particularmente relevante a partir das questões trazidas pela epidemia de HIV/AIDS, além da

identificação da gravidez, na adolescência, como “problema social e de saúde pública”<sup>54</sup>.

O tema da gravidez na adolescência é emblemático no debate da sexualidade adolescente. Este vem suscitando discussões e preocupações em vários setores da sociedade, por motivos distintos.

Vários autores apontam riscos para a saúde da mãe e da criança, como doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), prematuridade e baixo peso ao nascimento<sup>55,56</sup>. No entanto, esses achados são controversos, pois outros autores não confirmam a maior incidência de patologias nas adolescentes do que as encontradas nas mulheres adultas e argumentam que estes achados foram observados em estudos que envolviam adolescentes em condições de desvantagem social e econômica<sup>57</sup>.

Para o maior entendimento do fenômeno da gravidez na adolescência, no entanto, é preciso considerar várias questões. Até o início do século XX, era um acontecimento habitual ter o primeiro filho durante a adolescência. A partir da segunda metade do século XX, num contexto histórico de profundas mudanças de costumes e comportamentos, a gravidez nessa etapa da vida passou a ser considerada ocorrência capaz de interferir no desenvolvimento juvenil, redefinido por diferentes expectativas de escolarização e inserção no mercado profissional<sup>58</sup>.

Diante da complexidade do tema e da multiplicidade de situações onde acontecem gravidezes na adolescência, vários estudos têm questionado o enfoque de risco generalizado que permeia a discussão sobre sexualidade e reprodução na adolescência, procurando evidenciar a heterogeneidade da questão<sup>59,60</sup>. Considerando a diversidade das adolescências, a gravidez nesta

etapa da vida é compreendida, por muitos autores, como fenômeno bastante diversificado<sup>3,59</sup>.

As experiências da gravidez e da maternidade na adolescência estão inscritas em diferentes contextos socioculturais, que delimitam possibilidades e significados para sua ocorrência. Estas podem estar relacionadas a situações de vulnerabilidade social e falta de informação e acesso aos serviços de saúde (SS)<sup>38</sup>, à reação dos jovens frente às dificuldades do contexto, optando por um projeto possível de ascensão social e da realização de um desejo<sup>61</sup>, bem como estar inserida em projetos de união com parceiro e constituição de uma família<sup>62,63,64</sup>.

Pelos motivos apontados anteriormente, a investigação sobre o comportamento contraceptivo, o uso de métodos anticoncepcionais e os fatores associados na adolescência tem sido tema de bastante interesse na área de saúde pública.

Existem vários fatores comumente associados ao não uso de métodos anticoncepcionais, por adolescentes. Muitos deles já foram amplamente estudados, como a baixa escolaridade, baixa escolaridade dos pais e condições sócio-econômicas desfavoráveis<sup>8,9</sup>. A iniciação sexual mais precoce, o tipo de parceria, a objeção feita pelo parceiro ao uso de método anticoncepcional, a comunicação precária com os pais sobre assuntos relacionados à sexualidade e o desejo de engravidar, além do pouco preparo para lidar com a sexualidade, dificuldade de administrar esperas e desejos também estão associados à não utilização de métodos na adolescência<sup>10,65</sup>.

A partir do final do século XX, estudos no campo das Ciências Humanas têm encontrado interações de outra natureza que são fundamentais para a adoção

da anticoncepção. Estas incluem desigualdades de gênero, de raça/etnia, diferenciais de poder, co-responsabilização do parceiro, entre outros<sup>3,59,66,67</sup>.

A anticoncepção na adolescência, assim como para a população adulta, deve ser oferecida como opção livre e informada, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos, de acordo com o marco legal de cada país. Há, também, a necessidade de respeito à autonomia e confidencialidade, na prescrição de métodos anticoncepcionais aos adolescentes. A escolha do método deve seguir os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais da OMS. Assim sendo, para os adolescentes podem ser prescritos quaisquer métodos, exceto os de caráter permanente, respeitando suas condições clínicas<sup>68</sup>.

A assistência à anticoncepção na adolescência possui determinadas peculiaridades, tanto na abordagem do tema durante o atendimento nos serviços de saúde, quanto nos princípios éticos e legais que envolvem a prescrição de métodos contraceptivos. Os aspectos éticos e jurídicos vêm suscitando discussões e questionamentos na sociedade e particularmente entre os diferentes profissionais envolvidos na proteção e no cuidado aos adolescentes. Este debate está presente no âmbito dos valores morais e do respaldo legal para a prescrição de métodos anticoncepcionais para adolescentes. Assim, é fundamental a difusão do conhecimento dos marcos legais existentes para a melhoria na qualidade das ações e serviços em saúde reprodutiva para esta população.

A Constituição Federal, em seu Artigo 227, determina que é dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente o direito à saúde. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera os adolescentes indivíduos capazes de

decidir, de forma autônoma, sobre vários aspectos da sua vida, assegurando a atenção integral à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

O compromisso com o respeito à legislação e à ética, na orientação e organização das ações de saúde reprodutiva para adolescentes, apontou a necessidade de formular consensos entre os atores implicados no atendimento integral à saúde de adolescentes.

Em 2002, a Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – realizou o Fórum Contracepção, Adolescência e Ética. O encontro teve a participação de pediatras, ginecologistas, advogados e juizes. No documento final foram apresentadas diretrizes que incluíram, entre outros, os seguintes pontos<sup>69</sup>:

- A prescrição de métodos anticoncepcionais deve ser feita quando solicitada pelos adolescentes, respeitando os critérios de elegibilidade da OMS, independente da idade.
- A orientação deve abranger todos os métodos recomendados pelo Ministério da Saúde (MS), com ênfase na dupla proteção (uso de preservativos), evitando-se qualquer juízo de valor.
- Na atenção a menor de 14 anos sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir quando for referida atividade sexual consentida pela adolescente e após a avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário médico.

O Código de Ética Médica<sup>70</sup>, em seu Artigo 74, determina que é vedado, ao médico, revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. Este, assim como outros códigos de ética profissionais, não adota o critério etário e sim a capacidade de entendimento do indivíduo sobre as questões que podem lhe trazer danos à saúde.

O Código Penal<sup>71</sup> cria área de dúvidas quanto à prescrição e acesso aos métodos anticoncepcionais para adolescentes menores de 14 anos. No Código Penal atualizado em 2009 (Lei nº 12015 / 2009), há presunção legal de estupro de vulnerável nas relações sexuais com menores de 14 anos estabelecendo, previamente, uma incapacidade para decidir e consentir na prática do ato sexual, nesta faixa de idade. No entanto, várias decisões de tribunais nacionais afirmam que a presunção de crime é relativa, permitindo dizer que para os casos que não foram verificados abuso, exploração sexual ou qualquer outro tipo de situação pessoal ou social que possam afetar negativamente a vida do adolescente, a relação sexual deixa de constituir ação criminosa.

O Ministério da Saúde, na perspectiva de garantir os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens, lançou o Marco Teórico e Referencial para a Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens<sup>38</sup>. O Marco aborda os direitos sexuais e direitos reprodutivos e tem como objetivo subsidiar gestores, profissionais de saúde e o movimento social na construção de políticas e práticas de saúde.

A assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, estabelecida a partir da ponderação de princípios éticos e legais envolvidos, prevê que estes têm direito à orientação sobre anticoncepção, ao acesso a preservativos masculinos e femininos sem receita médica e à prescrição de outros métodos anticoncepcionais, independente do consentimento dos pais ou responsável legal.

Mesmo ao levarmos em consideração as mudanças sociais das últimas décadas, é importante a avaliação criteriosa das adolescentes menores de 14 anos, quanto a sua autonomia em relação a sua atividade sexual, bem como da caracterização da não ocorrência de violência. Para as adolescentes menores de 14 anos a presunção legal de estupro de vulnerável deixa de existir, quando descrita em prontuário como atividade sexual consentida.

Apesar das lacunas legais ainda existentes nesta área, o caráter universal do direito estabelecido pela lei deve prevalecer, garantindo a escolha, a tomada de decisão e o acesso aos métodos anticoncepcionais e ao planejamento da vida reprodutiva de adolescentes<sup>72</sup>.

A persistência de importantes desigualdades sociais entre adolescentes brasileiros, as desigualdades de gênero, a dificuldade de negociação no uso de métodos com seus respectivos parceiros, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde compõem um contexto de vulnerabilidade, acentuando as diferenças existentes entre as adolescentes no exercício da sexualidade e adoção de práticas contraceptivas<sup>1,12,73,74,75</sup>. Neste sentido, é importante trazer a discussão do conceito de vulnerabilidade quando são analisados estes aspectos da saúde reprodutiva dos adolescentes.



O conceito de vulnerabilidade teve sua origem no campo dos Direitos Universais do Homem, para se referir a grupos ou indivíduos fragilizados na proteção ou garantia dos direitos de cidadania<sup>74</sup>.

A noção de vulnerabilidade tem sido utilizada a partir dos anos 80, mas especificamente na área da saúde, torna-se termo chave para a compreensão da epidemia da AIDS, quando se buscava uma perspectiva interpretativa capaz de reconceituar a tendência individualizante da doença<sup>76</sup>. A partir de então, o termo adquire visibilidade e se estende para os estudos e intervenções na área da Saúde Pública.

Na saúde pública, o uso do termo *vulnerabilidade* implica na concepção de que a chance dos indivíduos adoecerem resulta de um conjunto de fatores individuais, coletivos e contextuais, relacionando-se com a maior ou menor disponibilidade de recursos de distintas ordens, para se protegerem de danos e adoecimento. Na análise das condições de vulnerabilidades podem ser considerados três eixos interligados: o componente individual, componente social e componente programático<sup>12</sup>.

No plano individual, a vulnerabilidade diz respeito à qualidade de informações que as pessoas têm sobre o problema e suas possibilidades de elaborarem e transformarem suas preocupações em práticas protetoras.

No plano social, caracteriza-se pelo acesso aos meios de comunicação e à escolarização; pela disponibilidade de recursos materiais; pelo poder de influenciar decisões políticas; pela possibilidade de enfrentar barreiras culturais; e por ser livre de coerções ou poder defender-se delas.

No plano programático a vulnerabilidade relaciona-se à disponibilização de recursos sociais, com investimentos programáticos voltados à proteção aos danos e adoecimento.

A vulnerabilidade de determinados grupos sociais pode se relacionar à sua situação socioeconômica, ao ciclo vital, às questões de gênero, aos aspectos de raça/etnia e aos diferentes tipos de preconceitos. No segmento da população jovem, onde se imbricam fatores biológicos, psicológicos, culturais, socioeconômicos e políticos, a vulnerabilidade pode estar ampliada, especialmente nas situações em que não estejam presentes os direitos de cidadania.

Assim, o leque de alternativas e de recursos individuais, sociais e programáticos, disponíveis para que adolescentes tenham relações sexuais protegidas, devem ser considerados quando se analisam as práticas contraceptivas desta população.

Neste trabalho, a noção de práticas contraceptivas é compreendida como prática social. Este conceito fundamenta-se em reflexões teóricas das ciências sociais que entende as práticas como ações e interações entre indivíduos, coletivos e instituições, que ocorrem em diferentes domínios da vida social e geram alguns padrões que podem ser reconstituídos, analiticamente, pelo pesquisador.

Essas ações e interações estão inscritas em contextos sociais, políticos, econômicos, culturais e institucionais, marcados por diferenciais de poder, normas e hierarquias de distintas ordens (classe, gênero, idade, raça/etnia etc). Envolvem,

também, aspectos das subjetividades e identidades coletivas e individuais e são permeadas por dinâmicas de conflitos e negociações.

As práticas contraceptivas, nessa perspectiva, são modeladas por hierarquias, prescrições e normas vigentes existentes na sociedade, que se materializam no âmbito das vivências afetivo-sexuais e, também, por dinâmicas individuais e coletivas de resistência/conformidade, podendo ser transformadas e redesenhadas, a cada situação <sup>77,78</sup>. Assim sendo, as práticas contraceptivas adotadas por adolescentes envolvem aspectos relacionais e contextuais complexos e o acesso aos diferentes métodos anticoncepcionais não é suficiente para garantir seu uso e continuidade.

Apesar da multiplicidade de aspectos envolvidos nas práticas contraceptivas, o acesso à informação, aos serviços e a disponibilidade de métodos constituem importantes aspectos a serem permanentemente ampliados nas políticas públicas voltadas para as adolescentes e jovens, de forma a alcançar aqueles que estão em condições de vulnerabilidade e de garantir os direitos sexuais e reprodutivos de toda população adolescente.

### **2.3 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE ADOLESCENTES E JOVENS E POLÍTICAS PÚBLICAS**

Os direitos sexuais e reprodutivos são considerados direitos humanos fundamentais, já reconhecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas, 1948) e em diversas Convenções e Tratados internacionais, bem como nas legislações nacionais. Estes representam uma

conquista histórica, trazendo a perspectiva de saúde reprodutiva como direito de cidadania para adultos e adolescentes de ambos os sexos.

A Constituição Federal Brasileira (1988) estabeleceu a responsabilidade do Estado em relação ao planejamento familiar, sendo competência deste fornecer recursos para o exercício do direito, vedando a coerção por parte de qualquer instituição.

Em 1996 foi, então, sancionada a Lei do Planejamento Familiar (PF), que trouxe um grande avanço para a saúde reprodutiva de homens e mulheres. Em seu Artigo 4, a Lei garante ações educativas e preventivas e acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, vedando qualquer forma coercitiva, por instituições oficiais e privadas. Apesar da garantia do direito ao planejamento reprodutivo “em todos os ciclos vitais” <sup>79</sup>, a especificidade no atendimento aos adolescentes não é claramente pontuada, gerando dúvidas nos profissionais de saúde quanto ao direito de adolescentes aos métodos contraceptivos <sup>80</sup>.

O principal marco legal internacional referente à saúde de crianças e adolescentes foi a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, promulgada em Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1989. A partir daí, crianças e adolescentes passaram a ser sujeito de direitos individuais e sociais, independente dos direitos de seus pais ou responsáveis legais.

Em 1990, o Brasil aprovou o ECA, cumprindo os compromissos internacionais, assumindo integralmente todos os princípios e normas da Convenção Internacional sobre Direitos da criança de 1989. O ECA rompeu com o

Código de Menores, de 1979, que se restringia a crianças e adolescentes em situação irregular<sup>35</sup>.

No campo da saúde reprodutiva, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, consolidou e introduziu o conceito de saúde reprodutiva na normativa internacional.

O conceito de saúde reprodutiva, adotado a partir da CIPD, foi assim definido: “ *A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos*” Assim, está pressuposto a autonomia e liberdade das mulheres e meninas sobre seus corpos, limitando a regulação do Estado sobre a reprodução e sexualidade femininas.

A CIPD propiciou o surgimento de novo paradigma, ao mudar o enfoque do debate sobre “população e desenvolvimento” da questão demográfica para o campo dos direitos humanos. As principais mudanças foram o respeito aos direitos de livre escolha das pessoas, sobre o exercício da sexualidade, cabendo aos indivíduos decidirem sobre se desejam reproduzir-se, quando e quantas vezes pretendem fazê-lo, livre de discriminações, coerção ou violência. Representou, também, grande avanço ao reconhecer os direitos reprodutivos dos casais, de mulheres solteiras e de homens<sup>81,82</sup>.

A Plataforma de Ação do Cairo considera que adolescentes devem ser alcançados pelas normas, programas e políticas públicas. Dessa forma, a ratificação das recomendações desta Plataforma de Ação significa garantir os direitos reprodutivos de adolescentes, de ambos os sexos, possibilitando acesso à informação e aos meios para decidir livremente sobre sua saúde reprodutiva. Para

tanto, é necessário buscar estratégias que atendam às demandas juvenis, respeitando seu direito à privacidade e confidencialidade<sup>38</sup>.

Em 1995, na IV Conferência Internacional sobre a Mulher (Pequim) foi dada maior visibilidade aos direitos sexuais. O enfrentamento das desigualdades de gênero foi considerado componente fundamental para o respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos e para o desenvolvimento humano.

Em 1999, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou uma revisão e avaliação da implementação da Plataforma de Ação do Cairo, que avançou nos direitos de adolescentes, garantindo-lhes os direitos à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação sexual, inclusive no currículo escolar e à assistência à saúde reprodutiva. O pleno exercício desse direito implica, em contrapartida, a obrigação do Estado de assegurar acesso à informação e aos métodos anticoncepcionais.

No Brasil, em 1989, foram lançadas as bases programáticas do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), fundamentado em uma política de promoção de saúde, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação, com práticas educativas permeando todas as ações<sup>83</sup>.

Em 1993, foram lançadas as primeiras Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, que tinham como finalidade orientar as equipes de saúde na atenção ao adolescente. Em 1998, após Reunião Mundial de Ministros da Juventude, em Portugal, que contou com a presença do Secretário dos Direitos Humanos do Brasil, foi apontada a necessidade de inclusão do grupo etário de 20 a 24 anos nas políticas públicas<sup>34</sup>.

A partir de 1999, o MS ampliou a especificidade no atendimento em saúde, para a faixa etária de 10 a 24 anos. Em 2005, no documento “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo”, a atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens encontra-se entre as prioridades para o período de 2005-2007 <sup>34</sup>.

Para nortear ações e programas que respondam às necessidades de saúde de adolescentes e jovens, integrados às propostas do SUS, o Ministério da Saúde elaborou em 2010, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, propondo eixos prioritários para viabilizar a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens: a) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; b) atenção integral à saúde sexual e saúde reprodutiva e; c) atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens <sup>84</sup>.

No eixo da saúde sexual e reprodutiva, algumas das intervenções recomendadas são: articulação intra e interinstitucional para garantir ações na rede básica que contribuam para prevenção da gravidez não planejada e, postergação da segunda gravidez; desenvolvimento de ações que estimulem a participação juvenil na prevenção e promoção à saúde sexual e reprodutiva e garantia da continuidade no fornecimento de insumos contraceptivos para adolescentes e jovens, visando a dupla proteção. Estas diretrizes são compreendidas como elementos que facilitam a abordagem dos temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

Na perspectiva de acolher e responder às necessidades de adolescentes e jovens na garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos, em 2007 o Ministério da Saúde elaborou o Marco Teórico e Referencial – Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, sintetizando normas e diretrizes que subsidiam a reflexão e o desenvolvimento de ações que atendam às demandas específicas desta população.

Membros das organizações da sociedade civil que atuam no campo da sexualidade, adolescentes e gestores da área de saúde têm argumentado que o termo “planejamento familiar”, mais comumente utilizado para se referir à contracepção, traz limitações à presença dos adolescentes nos serviços de saúde, já que muitas vezes não responde às suas necessidades e expectativas de prevenção de doenças e anticoncepção e não ao “planejamento da família”. Nesse sentido, tem sido proposta a adoção da expressão planejamento reprodutivo.

A proposição das políticas públicas, com diretrizes claras em relação ao planejamento reprodutivo para adolescentes, norteia os serviços e ações para essa população. No entanto, para que ocorram mudanças no atual quadro de vulnerabilidades no exercício da sexualidade em adolescentes é, também fundamental, que os profissionais de saúde e da educação estejam sensibilizados e qualificados para entender e atender as demandas trazidas pelos adolescentes no cotidiano das escolas, dos serviços de saúde e de todos os espaços onde eles estejam presentes.



### **3. HIPÓTESES**

Grupos mais vulneráveis socialmente apresentarão menor prevalência de utilização de método anticoncepcional.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 ARTIGO: PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS DE ADOLESCENTES BRASILEIRAS: A VULNERABILIDADE SOCIAL EM QUESTÃO.

Riva Rozenberg, Kátia Silveira da Silva e Claudia Bonan Jannotti

#### RESUMO

**Objetivo** - Analisar práticas contraceptivas de adolescentes brasileiras e discutir situações de vulnerabilidade associadas a essas práticas.

**Método** - Trata-se de estudo com delineamento do tipo transversal, com informações obtidas no banco de dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006). Foram investigados fatores associados ao uso atual de métodos anticoncepcionais. A análise incluiu 986 adolescentes, entre 15 e 19 anos de idade, sexualmente ativas e com necessidade em anticoncepção. Foi realizada análise bivariada entre o desfecho e cada variável independente. As associações entre as variáveis foram avaliadas pelo teste  $X^2$ . Em seguida, foi feita regressão logística multivariada. O nível de significância para o modelo multivariado foi de 0,05. **Resultados** - A prevalência de uso de métodos anticoncepcionais foi de 78,8%. O método mais utilizado foi a camisinha masculina (51,6%), seguida pelo uso da pílula (49,2%). Na análise multivariada foram identificados quatro fatores associados ao uso atual de métodos anticoncepcionais: ter no mínimo o ensino fundamental completo ( $p = 0,03$ ;  $OR_{ajustado} = 2,17$ ; IC 95% 1,03 – 4,55); encontrar-se em união estável ( $p < 0,01$ ;  $OR_{ajustado} = 2,84$ ; IC 95% 1,45 – 5,54); ter utilizado algum método anticoncepcional na primeira relação sexual ( $p < 0,01$ ;  $OR_{ajustado} = 2,72$ ; IC 95% 1,37 – 5,42); e ter acesso a meio de transporte para chegar ao serviço de saúde ( $p < 0,01$ ;  $OR_{ajustado} = 2,90$ ; IC 95% 1,32 – 6,36). **Conclusão** - Adolescentes com maior vulnerabilidade social encontram-se em desvantagem para a adoção de práticas contraceptivas. Este quadro aponta para a necessidade de estabelecer articulações intersetoriais com outras políticas públicas, que reduzam situações de vulnerabilidade social, garantam o acesso e contribuam para que os direitos reprodutivos de adolescentes sejam universalizados.

**Descritores:** Anticoncepção, Adolescência, Comportamento contraceptivo, Vulnerabilidade, Serviços de saúde.

## CONTRACEPTIVE PRACTICES OF BRAZILIAN ADOLESCENTS: SOCIAL VULNERABILITY AS AN ISSUE.

### ABSTRACT

**Objective** – Assess contraceptive practices of Brazilian adolescents and discuss situations of vulnerability associated with these practices.

**Methods** - This is a study with a cross-sectional design, with information obtained from the National Demographic and Health of Children and Women Research (PNDS-2006) database. We investigated factors associated with current use of contraceptives. The analysis included 986 adolescents, between 15 and 19 years old, sexually active and in need of contraception. Bivariate analysis was performed between the outcome and each independent variable. The associations between variables were evaluated by  $X^2$  test. Then, multivariate logistic regression was performed. The level of significance for the multivariate model was 0.05.

**Results** - The prevalence of contraceptive use was 78,8%. The most used method was the male condoms (51,6%), followed by the use of pill (49,2%). Multivariate analysis identified four factors associated with current use of contraceptive methods: to have, at least, completed basic education ( $p = 0.03$ , aOR = 2.17, 95% CI 1.03 to 4.55); to be in stable union ( $p < 0.01$ , aOR = 2.84, 95% CI 1.45 to 5.54); to have used a contraceptive method at first intercourse ( $p < 0.01$ , aOR = 2.72; 95% CI 1.37 to 5.42); and to have access to means of transportation to get to the health service ( $p < 0.01$ , aOR = 2.90, 95% CI 1.32 to 6.36). **Conclusions** – Adolescents socially more vulnerable are in disadvantage for adoption of contraceptive practices. This framework points to the need to establish intersectoral articulation, with other public policies, to reduce social vulnerability situations and help guarantee that adolescents access to reproductive rights are universalized.

**Keywords:** Contraception, Adolescence, Contraception behavior, Vulnerability, Health services.

## **INTRODUÇÃO**

Nos últimos 50 anos, o mundo ocidentalizado passou por grandes transformações sociais, econômicas e culturais que repercutiram tanto nos padrões de interação nos espaços públicos e institucionais como na vida privada, afetando as relações de gênero e as dinâmicas geracionais. As mudanças nos sistemas de valores e nas formas de inserção e participação na sociedade possibilitaram novas formas de exercício da vida afetiva, sexual e reprodutiva para as mulheres e os jovens. É nesse processo histórico que surgem os debates sobre direitos sexuais e reprodutivos como parte integral dos direitos humanos, apresentando-se como uma nova perspectiva para as políticas de população e desenvolvimento, que anteriormente se revezavam entre uma orientação natalista e outra antinatalista ou de controle demográfico. Esse novo paradigma vem a se consagrar nos anos de 1990, com as conferências internacionais das Nações Unidas e com a incorporação do princípio dos direitos sexuais e reprodutivos na legislação de vários países, inclusive o Brasil.

Nessas mesmas décadas, a transição demográfica brasileira acelera-se, com diminuição da mortalidade geral, redução paulatina das taxas de fecundidade e do crescimento demográfico, aumento da expectativa de vida e transformações na pirâmide etária brasileira. No Brasil, dos anos de 1990, o fenômeno do rejuvenescimento da fecundidade tornou-se uma realidade, com maior concentração da fecundidade nas faixas etárias mais jovens. Neste contexto, a sexualidade e gravidez na adolescência adquiriram grande visibilidade. Estas questões passaram a ser foco de intenso debate, questionamentos e

controvérsias, tanto no âmbito de planejamento das políticas públicas e na área acadêmica, quanto na sociedade de forma geral.

Ocorreram mudanças significativas no comportamento sexual juvenil, como a iniciação sexual mais precoce e a aceitação social relativa sobre o exercício sexual na adolescência, desvinculada dos marcos do casamento. Esses fenômenos colocaram em pauta a discussão sobre a sexualidade adolescente, eventos e práticas a ela relacionadas.

O interesse sobre as práticas contraceptivas dos adolescentes de ambos os sexos tem crescido nas últimas décadas, com a realização de vários estudos <sup>1,2,3,4</sup>. Ao investigarmos práticas contraceptivas na adolescência devemos ter clareza que estas envolvem aspectos contextuais e relacionais complexos e que a heterogeneidade das experiências dos jovens leva a níveis diferenciados de proteção, segundo características biográficas e sociais <sup>2,5</sup>.

A persistência de importantes desigualdades sociais entre adolescentes brasileiros – como, por exemplo, dificuldades de acesso a serviços de saúde e à educação de qualidade – e as relações desiguais de gênero, acentuam a vulnerabilidade das adolescentes no exercício da sexualidade e adoção de práticas contraceptivas <sup>4,6,7,8</sup>.

Neste estudo, analisamos as práticas contraceptivas de adolescentes brasileiras, com base nos dados Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, PNDS-2006 <sup>9</sup>. O objetivo da presente pesquisa foi identificar fatores associados ao uso de métodos anticoncepcionais, relacionados às características sócio-demográficas, da vida sexual e reprodutiva e do acesso e utilização dos serviços de saúde. Pretendemos, por meio da articulação dos

resultados encontrados e na perspectiva de integração dos conhecimentos acumulados nos vários campos do saber, discutir situações de vulnerabilidade social e seu impacto nas práticas contraceptivas de adolescentes brasileiras.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **Desenho e Fonte de dados**

Trata-se de estudo com delineamento do tipo transversal, com informações obtidas no banco de dados da PNDS-2006. A PNDS-2006 é uma pesquisa domiciliar por amostragem probabilística complexa, com representatividade nacional, que teve entre seus objetivos caracterizar a população feminina em idade fértil, identificar padrões de conjugalidade, parentalidade e reprodutivos, e avaliar o acesso a serviços de saúde e a medicamentos<sup>10,11</sup>.

Participaram desse inquérito um total de 15.575 mulheres de 15 a 49 anos que responderam um questionário estruturado com questões sobre fecundidade, anticoncepção, gravidez e parto, conjugalidade e sexualidade, planejamento da fecundidade e características do cônjuge. Destas, 2.488 eram adolescentes, na faixa etária de 15 a 19 anos. O banco de dados da PNDS-2006 foi colocado à disposição pública.

Para este artigo foram selecionadas as adolescentes sexualmente ativas – ou seja, que tiveram relação sexual com parceiro nos últimos 12 meses, segundo critério da PNDS-2006 – que poderiam ter necessidade em contracepção. Segundo estes critérios, foram excluídos do estudo 1227 adolescentes sem experiência sexual, 82 adolescentes que há mais de um ano não tinham relação

sexual, 172 grávidas ou que desejassem engravidar nos próximos 12 meses, sendo selecionadas 1007 adolescentes.

O desfecho do estudo foi o uso atual de métodos anticoncepcionais. De acordo com os critérios adotados pela PNDS-2006, são considerados métodos anticoncepcionais modernos: esterilização feminina e masculina, pílula, DIU, injeção contraceptiva, implantes, camisinha masculina e feminina, diafragma, creme vaginal e pílula do dia seguinte. Os métodos tradicionais são constituídos pela abstinência periódica e coito interrompido <sup>9</sup>. Foram analisadas variáveis relacionadas às características sócio-demográficas, às características da vida sexual e reprodutiva e ao acesso e utilização dos serviços de saúde (SS) descritas no Quadro 1.

## Quadro 1 – Variáveis analisadas no estudo e categorias

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	
<b>Renda mensal per capita</b>	até ½ salário mínimo (SM) ; > ½ SM
<b>Escolaridade</b>	ensino fundamental (EF) incompleto; EF completo ou mais
<b>Escolaridade materna</b>	ensino fundamental (EF) incompleto; EF completo ou mais
<b>Trabalho</b>	trabalha atualmente; não trabalha atualmente
<b>Idade</b>	15 a 17 anos; 18 a 19 anos
<b>Cor</b>	branca; preta/parda/outras
<b>Situação conjugal</b>	unidas; não unidas
<b>Zona de residência</b>	zona urbana; zona rural
<b>Região de residência</b>	Norte; Nordeste; Sul; Sudeste e Centro-Oeste
VARIÁVEIS RELACIONADAS À VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA E PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS	
<b>Idade da iniciação sexual</b>	< 15 anos; ≥ 15 anos
<b>Gravidez</b>	Nenhuma; 1 ou mais
<b>Filhos nascidos vivos</b>	Nenhum; 1 ou mais
<b>Uso de método na 1ª relação sexual</b>	sim; não
<b>Diferença de idade entre os parceiros</b>	Até 4 anos; 5 anos ou mais
<b>Escolaridade do parceiro</b>	EF incompleto; EF completo ou mais
VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS SERVIÇOS DE SAÚDE (SS)	
<b>Visitada agente de saúde-falou sobre PF</b>	sim; não
<b>Informações sobre PF (últimos 6 meses)</b>	sim; não
<b>Tomar condução até o SS</b>	é problema; não é problema

Entre as variáveis constantes da PNDS-2006, foram selecionadas aquelas que na literatura, são descritas como importantes na ocorrência do desfecho. As variáveis: idade, cor, situação conjugal, idade da iniciação sexual, número de gestações e número de filhos nascidos vivos foram recategorizadas segundo critérios que permitissem a comparabilidade com outros estudos. As variáveis: renda mensal per capita, escolaridade da adolescente, escolaridade do parceiro e diferença de idade entre os parceiros foram criadas a partir de outras variáveis disponíveis no banco de dados. Foi considerado que as variáveis relacionadas à

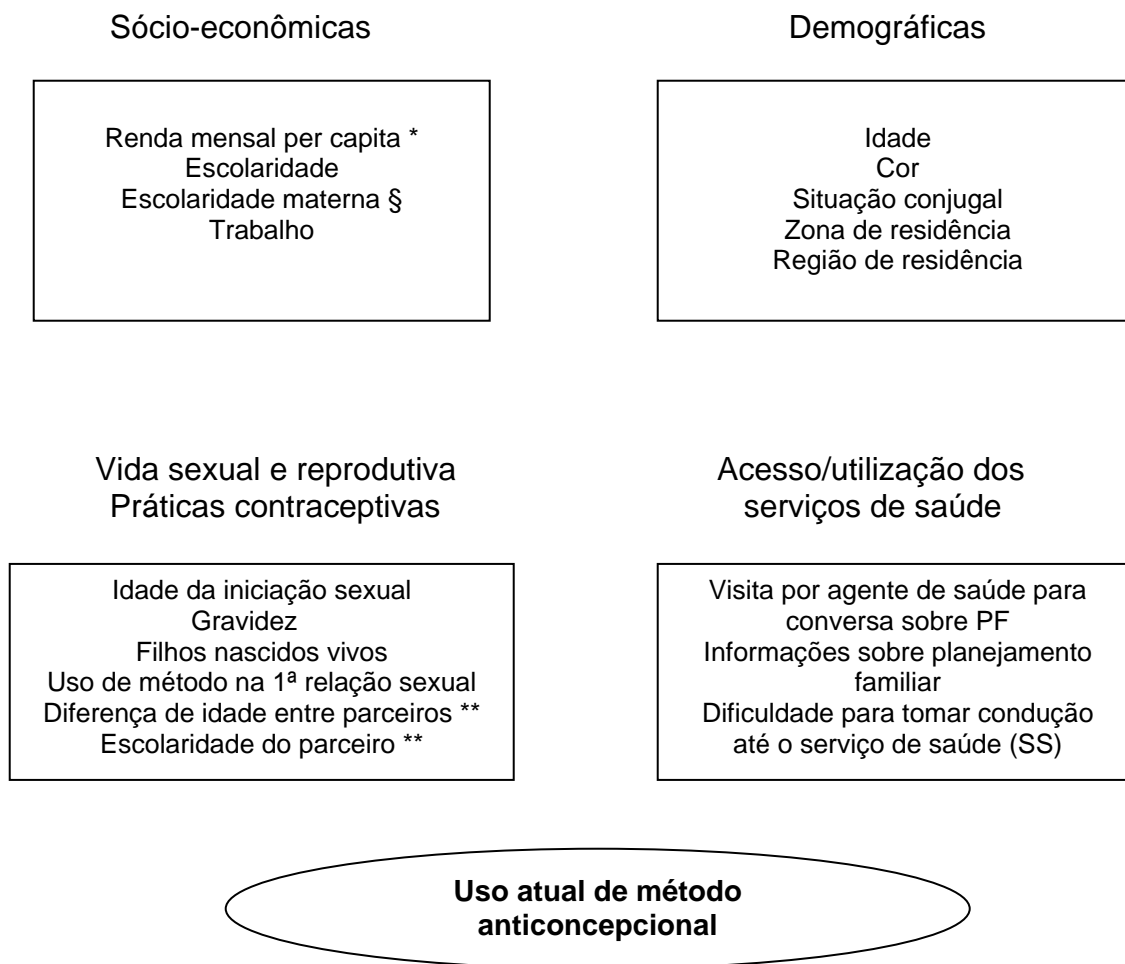


escolaridade, renda, trabalho e acesso aos serviços de saúde seriam expressões do contexto de vulnerabilidade<sup>12</sup> das adolescentes em relação ao uso de métodos anticoncepcionais.

O modelo teórico-conceitual desenvolvido para analisar os fatores associados ao uso atual de métodos é apresentado na Figura 1.

**Figura 1**

Modelo teórico–conceitual de análise da associação de uso atual de métodos anticoncepcionais em adolescentes sexualmente ativas, entre 15 e 19 anos.



\* Informações disponíveis apenas para 719 adolescentes

\*\* Informações disponíveis somente para as adolescentes atualmente unidas

§ Informações disponíveis somente apenas para 449 adolescentes

### **Análise estatística:**

Para as análises univariada, bivariada e multivariada, foi utilizado o programa estatístico SPSS, na versão 15, (SPSS Inc. Chicago, USA). Todos os procedimentos de análise utilizaram os pesos amostrais calibrados e as informações do plano amostral complexo <sup>13,14</sup>. As variáveis que apresentaram o coeficiente de variação (CV) superior a 0,30 foram excluídas da análise, devido a pouca precisão de suas estimativas.

Inicialmente, realizou-se análise descritiva das características sócio-demográficas, da vida sexual e reprodutiva, do acesso e utilização dos serviços de saúde. Em seguida, procedeu-se a descrição da prevalência de uso atual de métodos anticoncepcionais, por tipo de método, e a participação de cada método utilizado, de acordo com a situação conjugal.

Após esta etapa, foi realizada análise bivariada entre o desfecho e cada variável independente, utilizando, como medida de efeito, as razões de prevalência, com respectivos intervalos de confiança de 95%. As associações entre as variáveis categóricas e o desfecho tiveram sua significância estatística avaliada através de teste qui-quadrado de Pearson. As variáveis, cujos testes bivariados apresentaram nível de significância menor que 0,25 <sup>15</sup>, foram selecionadas para o modelo multivariado. Após a realização da análise bivariada, foi feita regressão logística multivariada não pareada, sendo utilizado o método direto como procedimento de seleção das variáveis <sup>16</sup>. Na análise multivariada foram estimadas as razões de chance com os respectivos Intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

O nível de significância para o modelo multivariado foi de 0,05. Variáveis com mais de 10% de valores ignorados não foram incluídas na regressão logística multivariada. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

## **RESULTADOS**

A população de estudo foi constituída por 986 adolescentes, devido à ausência de informação sobre uso de métodos anticoncepcionais para 21 adolescentes. Na análise das características sócio-demográficas (Tabela 1), evidenciou-se que mais da metade da população estudada vivia em famílias com renda mensal per capita maior que  $\frac{1}{2}$  salário mínimo; tinham, no mínimo, o ensino fundamental completo (73,3%) e estavam fora do mercado de trabalho (76,9%). Estas adolescentes, em sua maioria, tinham idade igual ou maior que 18 anos (60,3%) e consideraram-se pretas ou pardas (65,0%). Além disso, grande parte não referiu situação de união estável (58,0%). Quanto à escolaridade materna; 39,1% das adolescentes eram filhas de mães que tinham, no mínimo, o ensino fundamental completo. A informação para esta variável estava disponível apenas para 449 adolescentes.

Nas questões que envolvem a vida sexual e reprodutiva, as adolescentes tiveram majoritariamente a iniciação sexual após os 15 anos de idade (70,3%) (Tabela 2). Um pouco mais de um terço delas já tinha engravidado pelo menos uma vez. Do total da população, 32,0% tinham no mínimo um filho nascido vivo. A frequência de uso de método anticoncepcional na primeira relação sexual foi de 80,3%.

A análise das características referentes aos parceiros das adolescentes demonstrou que a maior parte (55,9%) tinha cinco anos ou mais anos de idade que suas parceiras e havia completado o ensino fundamental (52,1%). As informações para estas variáveis estavam disponíveis apenas para 393 e 378 adolescentes, respectivamente.

Em relação ao acesso e ao uso dos serviços de saúde, cabe ressaltar que 17,3% das adolescentes relataram ter recebido visita de agente de saúde que conversou sobre planejamento familiar (PF), nos últimos 12 meses, e somente 9,7% obtiveram informações sobre PF nos serviços de saúde, nos últimos 6 meses (Tabela 2).

O uso atual de métodos anticoncepcionais alcançou uma prevalência de 78,8%. Nota-se que os métodos utilizados pelas adolescentes concentraram-se na camisinha masculina e na pílula (Tabela 3). Existe uma inversão no perfil de utilização de métodos de acordo com a situação conjugal. Enquanto as adolescentes unidas, em sua maioria, utilizavam pílula (58,3%) e, em segundo lugar, a camisinha masculina, as não unidas usavam predominantemente a camisinha masculina (65,5%) e em segundo lugar, a pílula.

Os resultados das análises bivariadas estão descritos nas Tabelas 4 e 5. De acordo com os critérios definidos para a análise estatística, as seguintes variáveis foram selecionadas para o modelo de regressão logística multivariado: escolaridade da adolescente, cor, situação conjugal, uso de método anticoncepcional na primeira relação sexual, informações sobre PF nos últimos 6 meses e dificuldade de acesso a meios de transporte até o serviço de saúde. As

variáveis renda mensal per capita foi excluída devido ao elevado percentual de informação ignorada. As variáveis relacionadas aos parceiros também foram excluídas, pois essas informações foram obtidas apenas para as adolescentes unidas.

A análise multivariada identificou quatro fatores associados ao uso atual de métodos anticoncepcionais pelas adolescentes: ter no mínimo o ensino fundamental completo ( $p = 0,03$ ;  $OR_{ajustado} = 2,17$ ; IC 95% 1,03 – 4,55); encontrar-se em união estável ( $p < 0,01$ ;  $OR_{ajustado} = 2,84$ ; IC 95% 1,45 – 5,54); ter utilizado algum método anticoncepcional na primeira relação sexual ( $p < 0,01$ ;  $OR_{ajustado} = 2,72$ ; IC 95% 1,37 – 5,42); e ter acesso a meio de transporte para chegar ao serviço de saúde ( $p < 0,01$ ;  $OR_{ajustado} = 2,90$ ; IC 95% 1,32 – 6,36).

**Tabela 1**  
Características sócio-demográficas das adolescentes

	n	%
<b>Renda mensal per capita</b>	n = 719	
Até ½ salário mínimo		48,3
> que ½ salário mínimo		51,7
<b>Escolaridade</b>	n = 983	
Ensino Fundamental incompleto		26,7
Ensino Fundamental completo ou mais		73,3
<b>Escolaridade materna §</b>	n = 449	
Ensino Fundamental incompleto		60,9
Ensino Fundamental completo ou mais		39,1
<b>Trabalho</b>	n = 986	
Sim		23,1
Não		76,9
<b>Idade</b>	n = 986	
15-17 anos		39,7
18-19 anos		60,3
<b>Cor</b>	n = 979	
Branca		35,0
Preta ou parda / outras		65,0
<b>Situação conjugal</b>	n = 986	
Unidas		42,0
Não unidas		58,0
<b>Zona de residência</b>	n = 986	
Urbana		81,8
Rural		18,2
<b>Região de residência</b>	n = 986	
Norte		10,3
Nordeste		26,3
Sudeste		41,0
Sul		15,6
Centro-Oeste		6,8

Fonte: Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde, 2006 (Ministério da Saúde, 2008).  
§ CV superiores a 15%. Demais CV são inferiores a 15%

**Tabela 2**

Características sexuais, reprodutivas e de acesso/utilização dos serviços de saúde

		%
<b>Idade da iniciação sexual</b>	n = 985	
< 15 anos		29,7
≥ 15 anos		70,3
<b>Gravidez</b>	n = 986	
Nenhuma		64,8
1 ou mais		35,2
<b>Filhos nascidos vivos</b>	n = 986	
Nenhum		68,0
1 ou mais		32,0
<b>Método na primeira relação</b>	n = 975	
Sim		80,3
Não		19,7
<b>Diferença de idade entre parceiros *</b>	n = 393	
Até 4 anos		44,1
5 ou mais anos		55,9
<b>Escolaridade do parceiro *</b>	n = 378	
Ensino Fundamental incompleto		47,9
Ensino Fundamental completo ou mais		52,1
<b>Visita por agente de saúde ( falou sobre PF)</b>	n = 984	
Sim		17,3
Não		82,7
<b>Informações sobre PF no serviço de saúde</b>	n = 984	
Sim		9,7
Não		90,3
<b>Dificuldade p/tomar condução até o SS</b>	n = 986	
Sim		36,4
Não		63,6

Fonte: Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde, 2006 (Ministério da Saúde, 2008).

\* Informações disponíveis somente para as adolescentes atualmente unidas  
Todos os CV são inferiores a 15%



**Tabela 3**

Distribuição percentual do uso atual de anticoncepcionais por todas as adolescentes, unidas e não unidas, de acordo com o tipo de método, PNDS-2006

---

	<b>Todas adolescentes</b> n = 986	<b>Unidas</b> n = 393	<b>Não unidas</b> n = 593
<b>Uso de método atual§</b>			
Sim	78,8	84,9	74,4
Não	21,2	15,1	25,6
<b>Tipo de método usado atualmente</b>			
Pílula	49,2	58,3	41,7
Injeção contraceptiva§	8,7	9,7	7,9
Camisinha masculina	51,6	34,7	65,5
Outros	4,6	6,1	3,5

---

Fonte: Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde, 2006 (Ministério da Saúde, 2008).  
§ CV superiores a 15%. Demais CV são inferiores a 15%

**Tabela 4**

Prevalência e razão de prevalência bruta (IC95%) de uso de métodos anticoncepcionais segundo características sócio-demográficas de adolescentes sexualmente ativas, PNDS- 2006

		Uso %	Não uso %	RP Bruta	IC (95%)	p
<b>População de estudo</b>	<b>n = 986</b>	78,8	21,2	–	–	–
<b>Renda mensal per capita</b>	<b>n = 719</b>					
Até ½ salário mínimo	n = 354	69,0	31,0	1		
> ½ salário mínimo	n = 365	88,1	11,9	1,28	(1,00-1,63)	<0,01
<b>Escolaridade</b>	<b>n = 983</b>					
Ensino Fundamental incompleto	n = 326	68,3	31,7	1		
Ensino Fundamental completo ou mais	n = 657	82,5	17,5	1,21	(0,99-1,47)	0,06
<b>Trabalho</b>	<b>n = 986</b>					
Sim	n = 286	83,3	16,7	1,08	(0,93-1,23)	0,27
Não	n = 700	77,4	22,6	1		
<b>Idade</b>	<b>n = 986</b>					
15 a 17 anos	n = 436	78,4	21,6	1		
18 a 19 anos	n = 550	79,0	21,0	1,01	(0,85-1,20)	0,92
<b>Cor</b>	<b>n = 979</b>					
Branca	n = 350	85,7	14,3	1,15	(0,98-1,34)	0,05
Preta ou parda / outras	n = 629	74,7	25,3	1		
<b>Situação conjugal</b>	<b>n = 986</b>					
Unidas	n = 393	84,9	15,1	1,14	(0,96-1,35)	0,07
Não unidas	n = 593	74,4	25,6	1		
<b>Zona de residência</b>	<b>n = 986</b>					
Urbana	n = 694	78,0	22,0	0,95	(0,82-1,09)	0,44
Rural	n = 292	82,4	17,6	1		
<b>Região de residência</b>	<b>n = 986</b>					
Norte	n = 220	74,3	25,7	1		
Nordeste	n = 183	83,8	16,2	1,13	(0,97-1,31)	0,09
Sul	n = 214	84,0	16,0	1,13	(0,97-1,32)	0,11
Sudeste §	n = 176	74,5	25,5	1,00	(0,78-1,29)	0,97
Centro-Oeste	n = 193	79,7	20,3	1,07	(0,91-1,26)	0,37

Os CV encontram-se entre 15% e 30%, exceto para a região Sudeste

§ CV = 32%. Foi mantido para que fosse possível descrever todas as regiões do Brasil

**Tabela 5**

Prevalência e razão de prevalência bruta (IC95%) de uso de métodos anticoncepcionais segundo características da vida sexual e reprodutiva e das práticas contraceptivas de adolescentes sexualmente ativas, PNDS- 2006

		Uso %	Não uso %	RP Bruta	IC (95%)	p
<b>Idade da iniciação sexual</b>	<b>n = 985</b>					
< 15 anos	n = 304	75,1	24,9	1		
≥ 15 anos	n = 681	80,3	19,7	1,26	(0,67-2,37)	0,46
<b>Gravidez</b>	<b>n = 986</b>					
Nenhuma	n = 644	78,4	21,6	0,99	(0,83-1,17)	0,86
Uma ou mais	n = 342	79,5	20,5	1		
<b>Filhos nascidos vivos</b>	<b>n = 986</b>					
Nenhum	n = 676	78,7	21,3	1,00	(0,83-1,18)	0,96
Um ou mais	n = 310	79,0	21,0	1		
<b>Uso de método na 1ª relação</b>	<b>n = 975</b>					
Sim	n = 771	82,4	17,6	1,28	(1,05-1,56)	0,01
Não	n = 204	64,5	35,5	1		
<b>Diferença de idade entre parceiros*</b>	<b>n = 393</b>					
Até 4 anos	n = 168	90,4	9,6	1,12	(0,99-1,26)	0,05
> 5 anos	n = 225	80,6	19,4	1		
<b>Escolaridade do parceiro *</b>	<b>n = 378</b>					
Ensino Fundamental incompleto	n = 174	79,2	20,8	1		
Ensino Fundamental completo ou mais	n = 204	89,8	10,2	1,13	(0,99-1,30)	0,04
<b>Visita agente de saúde / falou PF</b>	<b>n = 984</b>					
Sim	n = 168	79,0	21,0	1,00	(0,84-1,19)	0,96
Não	n = 816	78,7	21,3	1		
<b>Informações sobre PF</b>	<b>n = 984</b>					
Sim	n = 276	86,9	13,1	1,14	(0,99-1,31)	0,05
Não	n = 708	76,2	23,8	1		
<b>Dificuldade p/ tomar condução até SS</b>	<b>n = 986</b>					
Sim	n = 320	66,0	34,0	1		
Não	n = 666	86,1	13,9	1,30	(1,02-1,67)	<0,01

\* Informações disponíveis somente para as adolescentes atualmente unidas  
 Todos os CV encontram-se entre 15% e 30%

## DISCUSSÃO

Os dados publicados no Relatório da PNDS-2006 apontaram que adolescentes sexualmente ativas, unidas ou não, apresentaram prevalência de 66% no uso de métodos anticoncepcionais<sup>9</sup>. Os percentuais encontrados neste trabalho foram mais elevados, ou seja 78,8%, pois foram excluídas do total da amostra as adolescentes sexualmente ativas, as grávidas e as que desejavam engravidar nos próximos 12 meses. Considerando que as adolescentes de nossa amostra, presumidamente, tinham necessidade contraceptiva, podemos estimar em 21,2% a necessidade insatisfeita por métodos contraceptivos.

Devemos ser bastante cautelosos ao compararmos nossos resultados com os de outros trabalhos, pois o local do estudo, a população estudada, a faixa etária e as metodologias utilizadas são bem distintas, nas diversas pesquisas.

Duas pesquisas, de abrangência nacional, destacam-se como referenciais importantes na compreensão da sexualidade e reprodução na adolescência: a pesquisa “Gravidez na adolescência. Gênero e Sexualidade: Estudo multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil – Gravada”<sup>2</sup> e “Juventudes e sexualidade”<sup>17</sup>. Na pesquisa Gravada, foi encontrada prevalência de 81,1% no uso de métodos anticoncepcionais para jovens de uma faixa etária mais elevada - 18 a 24 anos<sup>2</sup>. A pesquisa “Juventudes e sexualidade” demonstrou variação de 83,6% a 96,5% na prevalência de uso de anticoncepcionais e foi feita exclusivamente com escolares de 10 a 24 anos residentes em áreas urbanas de 14 capitais brasileiras<sup>1</sup>.

Outras pesquisas brasileiras, de caráter mais local, desenvolvidas a partir do ano 2000, identificaram percentuais de uso de métodos que variaram de 56% a 89%<sup>18,19,20</sup>. De maneira geral, os maiores percentuais foram observados nos trabalhos realizados com população de escolares e em grupos com maiores faixas etárias.

As pesquisas nacionais e internacionais, realizadas com dados da Demographic and Health Surveys (DHS), permitem maior comparabilidade entre si, pois fazem parte do Projeto MEASURE (Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results). Estas pesquisas fornecem dados de monitoramento e avaliação, na área de saúde, de mulheres e crianças, nos países em desenvolvimento<sup>11</sup>. A PNDS-2006, inserida neste projeto, utiliza metodologia semelhante.

Pesquisas internacionais, realizadas com dados da DHS mostraram disparidades na prevalência da anticoncepção na adolescência em países com diferenças socioeconômicas, culturais e políticas. Em estudos realizados a partir de 2000, a prevalência do uso de métodos anticoncepcionais, para adolescentes sexualmente ativas, variou de 5,9% na Etiópia a 67,6% na Colômbia<sup>21,22</sup>.

A pesquisa de Blanc et al<sup>21</sup>, ao comparar a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais, por adolescentes, em 40 países da África, Ásia e América Latina, observou que, na região latino-americana, Colômbia, Peru, Brasil e Nicarágua destacam-se pela maior prevalência, fazendo parte do grupo de países que atingiram percentuais acima de 50% na utilização de contracepção. Por outro lado; Madagascar, Uganda, Guiné, Tanzânia, Burkina, Nigéria, Etiópia, Mali, e

Chad constituem um grupo de países onde a prevalência de uso de métodos entre adolescentes encontra-se abaixo do percentual de 20% .

As pesquisas realizadas nos países desenvolvidos apontam maior prevalência na utilização de métodos anticoncepcionais. O trabalho de Darroch et al <sup>23</sup>, estudo colaborativo realizado em cinco países desenvolvidos, avaliou o percentual de adolescentes que não faziam uso atual de métodos anticoncepcionais e tinham risco para gravidez não planejada, no ano de 1996. Observou-se que os Estados Unidos apresentaram as maiores taxas de não utilização de métodos (20%), enquanto a Suécia (4%) e a Inglaterra (7%) apresentaram as menores taxas.

Trabalho comparativo, realizado com dados das PNDS-1996 e PNDS-2006, confirmou o que já era mostrado em estudos mais localizados: o aumento no uso de métodos anticoncepcionais, por adolescentes brasileiras, nos últimos 10 anos <sup>24</sup>. Este trabalho incluiu todas adolescentes sexualmente ativas na análise da prevalência de uso de métodos anticoncepcionais.

A prevalência do uso de métodos anticoncepcionais, na faixa etária de 15 a 19 anos, era de 54% para as adolescentes unidas e 66% para as sexualmente ativas, não unidas, em 1996 <sup>25</sup>. Esta alcançou 66%, para todas as adolescentes sexualmente ativas, no ano de 2006 <sup>9</sup>, ou seja um aumento apenas para as mulheres unidas.

Mudanças sociais e no sistema de valores, tanto no âmbito da família, quanto no das relações intergeracionais e de gênero, o aumento da escolaridade, acrescidos do fortalecimento do debate sobre o exercício da sexualidade na adolescência e de avanços na consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos,

podem ter contribuído para o maior uso de métodos anticoncepcionais, por adolescentes, a partir da década de 90.

Alem das disparidades na prevalência de uso de métodos observadas entre os diferentes países, percebe-se a heterogeneidade quanto ao tipo de métodos utilizados. Nos países onde a prevalência é maior, constata-se tendência ao uso de métodos modernos, particularmente da pílula e dos injetáveis. No entanto, o uso de métodos tradicionais, como abstinência periódica e coito interrompido, continua comum em alguns países menos desenvolvidos<sup>21</sup>.

Ao comparamos os dados da PNDS-1996 com a PNDS-2006, foi possível constatar o expressivo aumento da utilização da camisinha masculina quando se considera todas as adolescentes entre 15 a 19 anos, de 3,3% em 1996 para 13,9% em 2006.

Em nosso estudo o método mais utilizado foi a camisinha masculina (51,7%), seguida pela pílula (49,2%). O aumento na utilização da camisinha observado no Brasil provavelmente reflete o impacto de um conjunto de ações no âmbito governamental e de outros setores da sociedade, para a prevenção do HIV/AIDS, com a ampla disponibilização de camisinhas para a população brasileira.

Se, por um lado, há uma tendência à maior utilização da camisinha, para todas as adolescentes; por outro, nota-se padrão de uso diferenciado segundo conjugalidade. A pílula foi o método preferido por adolescentes unidas (58,3%) e a camisinha o mais utilizado pelas não unidas, sexualmente ativas (65,5%). Este dado sugere que as adolescentes estejam adotando a camisinha, para o sexo esporádico, e, no caso de sexo freqüente, a opção principal seja a pílula. Estes

achados são semelhantes aos encontrados na literatura sobre o tema. Observa-se que, em relacionamentos estáveis, há uma tendência ao uso da pílula e abandono do uso da camisinha <sup>26</sup>. No Brasil, relações desiguais de gênero favorecem a permanência na crença feminina que a flexibilização no uso da camisinha é prova de fidelidade e de confiança no parceiro, nas relações amorosas <sup>2,4</sup>.

Blanc et al <sup>21</sup> observaram predomínio no uso de pílula ou métodos hormonais injetáveis por adolescentes residentes na África, Ásia e América Latina, na maioria dos países estudados. Pesquisa realizada em países desenvolvidos da Europa e da América do Norte identificou que a primeira escolha anticoncepcional das adolescentes também foi pílula ou métodos hormonais injetáveis. Somente nos Estados Unidos da América, o uso de pílula (32,5%) foi semelhante ao da camisinha masculina (33%) <sup>23</sup>.

A maioria dos fatores associados ao uso de métodos, observada neste estudo, é amplamente conhecida: escolaridade, situação conjugal e utilização de anticoncepção na primeira relação sexual. A facilidade de transporte ao serviço de saúde apareceu, também, como fator associado ao uso de métodos, mas ainda é questão pouco estudada. Heiborn et al <sup>2</sup> já haviam identificado que a relação dos adolescentes com os serviços de saúde é tema que carece de mais estudos.

Nossos achados corroboram a hipótese inicial do trabalho que grupos mais vulneráveis socialmente apresentariam menor prevalência no uso de métodos anticoncepcionais. Dentre os componentes propostos por Ayres et al <sup>12</sup>, para avaliar a vulnerabilidade social, foi possível identificar, nos dados disponíveis na PNDS-2006, o acesso a informações e a escolarização, discutidos a partir do grau



de escolaridade; e a disponibilidade de recursos materiais e sociais, avaliada através da facilidade de transporte ao serviço de saúde.

Neste estudo, fatores que se associaram ao uso de métodos - como escolaridade, uso de método na 1ª relação sexual e facilidade de transporte ao serviço de saúde - indicam a presença subjacente de componentes de vulnerabilidade social que afetam as práticas contraceptivas de adolescentes.

Variáveis socioeconômicas, como escolaridade, têm sido estreitamente associadas ao uso de métodos. Outros trabalhos já haviam observado que maior escolarização associa-se tanto a percentuais mais elevados no uso de métodos, quanto à menor incidência de gravidez na adolescência <sup>2,5,27,28,29,31,32</sup>.

Em nosso estudo, estar vivendo em algum tipo de união estável associou-se ao maior uso de métodos anticoncepcionais. Longo <sup>27</sup> já tinha observado o mesmo fenômeno, ao analisar os dados da PNDS-1996. Entretanto, há achados divergentes. O estudo de Blanc et al <sup>21</sup>, utilizando dados da DHS de 40 países da América Latina, Ásia e África, mostrou maior uso de métodos anticoncepcionais entre as adolescentes não unidas do que entre as unidas, com maiores diferenças para os países africanos. Cleland et al <sup>22</sup> encontraram padrão semelhante ao estudar as DHS de 18 países da África Sub-Saariana. Pullum et al <sup>33</sup> realizaram estudo sobre planejamento familiar com casais de países africanos, vivendo em união estável, utilizando dados da OMS e apontaram que as relações de gênero assumem papel fundamental nas práticas contraceptivas. Quando as mulheres têm maior informação e, em contextos de relações de gênero menos desiguais, a discussão sobre planejamento familiar acontece com mais frequência, repercutindo nas práticas contraceptivas dos casais.

O papel da conjugalidade na adoção de práticas contraceptivas não é uma questão linear. Provavelmente, o tipo de parceria e a negociação sobre o uso de métodos com o parceiro envolvem aspectos relacionados a várias dimensões, como: contexto sociocultural, econômico, quadro de valores, questões de gênero e classe, entre outros. Em alguns contextos sociais e relacionais, a união estável facilita o uso de métodos anticoncepcionais. Em outros, atua como barreira tanto para a prevenção da gravidez inesperada, quanto das DST/AIDS.

Pela complexidade dos fatores envolvidos e a dinâmica existente entre eles, é necessário maior investigação sobre esse tema, para o avanço no conhecimento da influência dos diversos aspectos da conjugalidade no processo de adoção de práticas contraceptivas.

A associação, estatisticamente positiva, entre o uso de métodos na primeira relação sexual e uso atual de métodos anticoncepcionais foi encontrada em outros estudos. Dessa forma, se reforça a idéia de que a primeira experiência sexual é um marco na vida das pessoas e influencia as práticas contraceptivas futuras<sup>9,27,34,35</sup>. Cabe ressaltar que o uso de métodos na primeira relação sexual também é influenciado pela escolaridade<sup>9,36,37</sup>.

Devido à identificação do papel importante do uso de métodos na primeira relação sexual no comportamento contraceptivo, a reflexão sobre sexualidade junto aos adolescentes deveria acontecer antes do início da atividade sexual, nos diferentes espaços freqüentados por eles, particularmente nas escolas e nos serviços de saúde. Contudo, os serviços de saúde têm priorizado a contracepção, no âmbito do planejamento familiar, para adolescentes que já iniciaram sua vida reprodutiva<sup>38</sup>.

Outro fator que influenciou o desfecho foi a facilidade de transporte até o serviço de saúde. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde também expressa vulnerabilidade social e tem reflexos sobre os cuidados em saúde dos adolescentes. O fato de 36,4% das adolescentes de nossa amostra terem referido dificuldade no acesso a meios de transporte para chegar aos SS pode, em parte, explicar a baixa frequência de informações sobre PF (9,7%) nos SS.

Em linhas gerais, segundo os estudiosos, o acesso engloba vários componentes, como a oferta de serviços no território, a possibilidade de chegar ao serviço, a qualidade do acolhimento e dos cuidados prestados, entre outros <sup>39</sup>. Para Moura et al <sup>40</sup> e Bruce <sup>41</sup>, a disponibilidade de serviços próximos ao local de residência, a facilidade na entrega e o acompanhamento no uso de métodos têm sido considerados elementos norteadores na avaliação da qualidade dos serviços de planejamento reprodutivo.

Taquette <sup>42</sup>, em estudo realizado com adolescentes moradoras de 10 favelas do município do Rio de Janeiro, constatou dificuldade de acesso, tanto pela falta de serviços próximos à residência quanto pela discriminação racial perpetrada pelos profissionais de saúde. Claro et al <sup>6</sup>, ao pesquisarem a relação de adolescentes de escolas públicas e privadas com os serviços de saúde, verificou associação positiva entre conseguir atendimento no primeiro serviço procurado e estudar em escola privada.

Pesquisas realizadas com adolescentes grávidas mostraram que muitas delas passaram pelos serviços de saúde antes da gravidez. O acesso prévio aos serviços de saúde associou-se à maior utilização de métodos anticoncepcionais <sup>8,43</sup>. Entretanto, a questão do acesso de forma geral e, mais especificamente, a

facilidade de transporte até os serviços de saúde, não garante a qualidade da atenção prestada. No modelo teórico-conceitual que construímos para analisar os fatores associados ao uso de métodos anticoncepcionais, incluímos a variável *“visita por agente de saúde nos últimos 12 meses, que conversou sobre PF”*. Esta não foi estatisticamente significativa na análise bivariada, mostrando percentuais semelhantes de uso de método para as adolescentes que receberam visita (79,0%) ou não (78,8%). Este achado nos surpreendeu, sinalizando que outros aspectos precisam ser discutidos na análise da relação de adolescentes e serviços de saúde reprodutiva.

As questões referentes ao acesso são relevantes para refletir sobre a relação dos adolescentes com os serviços de saúde. No entanto, há outras barreiras a serem enfrentadas pelos adolescentes na procura dos serviços de saúde. Estudos identificaram que esses jovens preocupam-se com sua saúde, necessitam informações precisas, mas temem o julgamento e o preconceito dos profissionais de saúde na abordagem de questões relacionadas à sexualidade 44,45,46,47 .

Em nosso estudo, observamos elevados percentuais de adolescentes que declararam ter medo de não serem atendidas nos serviços de saúde (54%) (dados não apresentados em tabela). Uma das possibilidades é que exista desconhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos de adolescentes. Acreditamos que as dificuldades não se restringem à falta de informações precisas sobre questões ético-legais, como o direito ao sigilo e privacidade, mas que envolvem relações desiguais de poder, aspectos da subjetividade dos profissionais, em particular sobre a discussão da sexualidade adolescente e de

seu papel fundamental no desenvolvimento e na conquista da autonomia desta parcela da população <sup>45,48</sup>. Esta pode ser uma das explicações para que adolescentes, muitas vezes, sintam-se envergonhados e constrangidos, nos serviços de saúde, e tenham medo de terem sua intimidade exposta nos territórios onde residem.

Este panorama revela que o acesso aos serviços de saúde é de fundamental importância. Porém, a entrada no sistema de saúde deve contar com acolhimento e atenção qualificados, baseados nos princípios da integralidade e da equidade, para que os adolescentes possam ter suas necessidades em saúde reprodutiva atendidas e seus direitos respeitados. Nesse sentido, o estudo reitera a necessidade de investimento nos serviços e nos profissionais de saúde, com sensibilização quanto às especificidades das demandas de adolescentes.

A questão da saúde reprodutiva de adolescentes deve ser pensada também de forma mais global, estabelecendo-se articulações intersetoriais com outras políticas públicas, para que a sociedade e suas instituições possam lidar com a sexualidade adolescente de forma positiva, enfrentando as condições de vulnerabilidade e possibilitando o bem estar e desenvolvimento dos adolescentes. As estratégias de ampliação do acesso e utilização dos serviços de saúde, articulados às demais políticas intersetoriais com foco em adolescentes, devem fortalecer a garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Por fim, os achados deste estudo nos levam a considerar a necessidade de maior investigação sobre variáveis relacionadas aos serviços de saúde, que atuem como determinantes na efetividade do cuidado em saúde reprodutiva, para a população adolescente.

Neste estudo, realizado a partir de dados secundários, podemos apresentar algumas limitações que dificultaram a análise mais abrangente das práticas contraceptivas, para as adolescentes brasileiras. Destacamos a disponibilidade restrita de informações sobre escolaridade materna e renda familiar. Além disto, os dados referentes a informações sobre parceiros só estavam disponíveis para adolescentes unidas. Portanto, enfrentamos alguma restrição para caracterizar melhor alguns aspectos da vulnerabilidade social e de questões relacionais envolvidas nas práticas contraceptivas das adolescentes.

No entanto, a PNDS-2006 teve abrangência nacional e, apesar de não ter sido realizada para analisar especificamente a situação de adolescentes, para as variáveis selecionadas, a amostra utilizada é representativa da população brasileira correspondente. Portanto, os achados deste estudo podem ser generalizados para as adolescentes brasileiras, entre 15 e 19 anos de idade, sexualmente ativas, com necessidade de contracepção.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Castro MG, Abramovay M. Juventudes no Brasil: Vulnerabilidades negativas e positivas. [Apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População; 2004 set 30; Caxambu, Brasil].
2. Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Editora Garamond/Editora Fiocruz; 2006.
3. Marinho LB, Aquino EML, Almeida MCC. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. Cad. Saúde Pública 2009; 25(sup.2): S227-S39.
4. Alves CA, Brandão ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens : interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2009; 14(2): 661-70.
5. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Cad. Saúde Pública 2003; 19(Sup. 2):S377-S88.
6. Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa MLG. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública 2006; 22(8):1565-74.
7. Correa SMS. Brasil: uma sociedade de jovens?. In: Telles N, Santo WE, organizadores. Um olhar sobre o jovem no Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
8. Leite AFDM. Práticas contraceptivas de mães adolescentes antes e depois da gestação : o papel dos serviços de saúde [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. PNDS 2006 Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2008.
10. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília DF : Ministério da Saúde; 2009.
11. Berquó E. Sobre o sistema internacional de pesquisas em demografia e saúde reprodutiva. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(supl 1): 72-89.

12. Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009, 121-144.
13. Silva PLN, Pessoa DGC, Lila MF. Análise estatística de dados da PNAD : incorporando a estrutura do plano amostral. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 7(4): 659-70.
14. Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(supl 1): 38-45.
15. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: Wiley-Interscience publication; 1989. p. 86.
16. Kleinbaum DG, Klein M. *Logistic Regression A Self-Learning Text*. New York: Springer; 2010. Acessado em 04 de julho de 2010.  
[http://books.google.com.br/books?id=J7E0JQweHkoC&printsec=frontcover&dq=Logistic+regression+self+learning+Kleinbaum&source=bl&ots=YuLrqMv-hh&sig=pCM1KdMZYnlgEbuem8YjTLYaMfU&hl=ptBR&ei=PnrxTPXREsys8AajyZmCDA&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=2&ved=0CCoQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.br/books?id=J7E0JQweHkoC&printsec=frontcover&dq=Logistic+regression+self+learning+Kleinbaum&source=bl&ots=YuLrqMv-hh&sig=pCM1KdMZYnlgEbuem8YjTLYaMfU&hl=ptBR&ei=PnrxTPXREsys8AajyZmCDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CCoQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false)
17. Castro MG, Abramovay M, Silva LB. *Juventudes e sexualidade*. Brasília: Unesco; 2004.
18. Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikinb L, Magnanic RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5):566-75.
19. Martins LB. *Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais, prevenção de DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do município de São Paulo [ Dissertação de Mestrado ]*. Campinas: Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual de Campinas; 2006.
20. Rocha CLA, Horta B, Pinheiro RT, Cruzeiro ALS. Use of contraceptive methods by sexually active teenagers in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(12):2862-68.
21. Blanc AK, Tsui AO, Corft TN, Trevitt JL. Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2009; 35(2): 63-71.



22. Cleland J, Ali MM, Shah I. Trends in protective behavior among single vs. married young women in Sub-Saharan Africa: The big picture. *Reproductive Health Matters* 2006;14(28):17–22.
23. Darroch JE, Singh S, Forst JJ. Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: the roles of sexual activity and contraceptive use. *Fam Plann Perspect* 2001; 33(6): 244-50.
24. Perpétuo IHO. Juventude e contracepção na PNDS 2006. Trabalho apresentado no Ciclo de debates, Democracia, estado laico e direitos humanos. São Paulo, 4 de dezembro de 2008. Acessado em 04 de setembro de 2010. <http://www.ccr.org.br/uploads/eventos/iiciclo/apresentacoes/IgnezPerpetuo.pps>
25. Bemfam - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Macro Internacional. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996; Brasil : 1997.
26. Espejo Carvacho IL. Gestantes adolescentes: conhecimento sobre reprodução e percepção de acesso a serviços de saúde. [Tese de Doutorado]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas.Faculdade de Ciências Médicas; 2005.
27. Longo L. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. *Revista Brasileira de Estudos de População* 2002; 19(2): 229-47.
28. Leite IC, Rodrigues RN, Fonseca MC. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(2): 474-81.
29. Gomes KRO, Speizer IS, Delvianne DCO, Moura LNB, Gomes FM. Contraceptive Method Use by Adolescents in Brazilian State Capital. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008; 21:213-19.
30. Villela W V, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(11): 2467-72.
31. Were M. Determinants of teenage pregnancies: the case of Busia District in Kenya. *Econ Hum Biol* 2007; 5(2):322-39.
32. Wilkinson P, French R, Kane R, Lachowycz K, Stephenson J, Grundy C et al. Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. *Lancet* 2006; 25(11): 1879-86.
33. Pullum T, Cleland J, Shah I. Consensus, Power and Trust in the Use of Family Planning and Condoms by Couples in Eastern and Southern Africa. Trabalho

apresentado no XXV International Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Session 124, France; 2005.

34. Delva W, Wuillaume F, Vansteelandt S, Claeys P, Verstraelen H, Temmerman M. Sexual behaviour and contraceptive use among youth in the Balkans. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2007;12(4):309–15.

35. Bozon M. L'entrée dans la sexualité adult: le premier rapport et ses suites. *Du calendrier aux attitudes. Population* 1993: (5); 1317-52.

36. Paiva V, Aranha F, Bastos FI. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev Saúde Pública* 2008: 42(Supl 1): 54-64.

37. Barros RCR. Fatores envolvidos na adesão das adolescentes aos métodos contraceptivos. In: Monteiro D, Trajano A, Bastos A, organizadores. *Gravidez e Adolescência*. Rio de Janeiro : Editora Revinter; 2009, p 295-300.

38. Ministério da Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2007.

39. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (Sup 2): S190- S98.

40. Moura ER, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no programa Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(4): 961-70.

41. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Stud Fam Plann* 1990; 21: 61-91.

42. Taquette SR, organizadora. *Aids e juventude: gênero, classe e raça*. Rio de Janeiro, EdUERJ; 2009.

43. Brandão ER. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. *Ciência&Saúde Coletiva* 2009; 14(4): 1063-71.

44. World Health Organization. *Adolescent Friendly Health Services. An Agenda for change*. Geneva; 2002.

45. Branco VMC. *Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente [Dissertação de Mestrado]*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.

46. Albuquerque C, Granja E, Oliveira AR, Medrado B, Lyra J. Acolhimento de jovens no Sistema Público de Saúde; Instituto Papai 2005. Acessado em 30/08/2010.[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/.../pdf/trab\\_completo\\_36.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/.../pdf/trab_completo_36.pdf)

47. Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Souza MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. Cad. Saúde Pública 2006; 22(11):2481-90.

48. Adamchak S, Bond K, MacLaren L, Magnani R, Nelson K, Seltzer J. Monitoring and Evaluating Adolescent Reproductive Health Programs. Focus on young adults. Washington DC: Tool series; 2000.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados encontrados neste estudo, observamos que o uso atual de métodos anticoncepcionais, por adolescentes brasileiras, associa-se positivamente com ter maior escolarização, viver em união estável, ter utilizado algum método anticoncepcional na primeira relação sexual e ter facilidade de transporte até os serviços de saúde.

Ao analisar estes achados podemos inferir que adolescentes, em situação de maior vulnerabilidade social, encontram-se em situação de desvantagem para a adoção de práticas contraceptivas.

A escolaridade tem se mostrado associada ao uso de métodos, tanto em estudos nacionais, quanto internacionais. Ao longo das duas últimas décadas, observam-se avanços importantes na situação educacional da população brasileira. Vivemos uma situação onde a universalização do ensino fundamental está muito próxima de ser alcançada. A realidade é bem diferente para o ensino médio.

A média de anos de estudo, para adolescentes de 15 a 17 anos, que era de 5 anos, em 1992; alcançou 7,2 em 2007. Apesar desta evolução, a situação ainda é bastante precária. A defasagem escolar permanece como realidade para cerca de 44% dos adolescentes desta faixa etária e cerca de 15% destes desistiram de estudar. A situação escolar, para os jovens brasileiros de 18 a 19 anos, também é fonte de preocupação, pois somente 46% destes permanecem estudando<sup>85,86</sup>.

A educação, em nosso país, ainda tem grandes desafios a superar. Há necessidade de propor formas inovadoras de aprendizado, que sejam capazes de manter o interesse dos jovens em permanecerem estudando. Quanto ao papel das escolas, na promoção da saúde sexual e reprodutiva, permanece o desafio de estimular a reflexão e a capacidade crítica, que possam auxiliar adolescentes a fazerem escolhas conscientes.

Observamos avanços no marco legal e na efetivação de políticas públicas, para a abordagem do tema sexualidade e reprodução, nas escolas. A abertura para este debate pode propiciar a discussão sobre aspectos relacionais e individuais envolvidos nas práticas contraceptivas, fortalecendo a capacidade de negociação e escolha do uso de métodos anticoncepcionais, na perspectiva da liberdade e autonomia, favorecendo a consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos<sup>87</sup>.

No entanto, a prática cotidiana é diversificada ao tratar as questões sobre sexualidade adolescente. Estas envolvem valores pessoais, convivendo abordagens moralistas e preconceituosas, com visões de respeito e valorização dos aspectos positivos do exercício da sexualidade juvenil<sup>88</sup>.

Neste estudo foi observado que adolescentes que vivem em algum tipo de união estável são mais propensas ao uso de métodos anticoncepcionais. O papel da conjugalidade não parece ser um fator que atua de modo linear na adoção de práticas contraceptivas, pois achados de diferentes estudos são divergentes. Possivelmente, a união estável pode exercer papel protetor ou dificultador para a utilização de métodos anticoncepcionais, de acordo com contextos socioculturais e relações de gênero.

Sugerimos que a questão da conjugalidade na adolescência e sua influência para a adoção de práticas contraceptivas mereçam maior investigação, que incluam as relações que se estabelecem entre os casais, em diferentes contextos.

A associação positiva entre ter usado método na primeira relação sexual e usar atualmente corrobora achados de outros estudos. Assim, o uso de métodos anticoncepcionais na iniciação sexual assume importância capital nas práticas contraceptivas futuras. Portanto, informações claras sobre sexualidade e reprodução, que favoreçam relações interpessoais igualitárias e respeitadas, abordando a discussão de sentimentos e valores, devem ocorrer previamente à iniciação sexual.

Partindo do pressuposto que o desenvolvimento da sexualidade de crianças e adolescentes, em nossa sociedade, é moldado tanto pela família, como por influências de outros grupos sociais que vão se inserindo ao longo de suas vidas, este aprendizado deve ser responsabilidade das famílias, das instituições de educação, saúde, e da sociedade em geral. A possibilidade de diálogo entre adolescentes, suas famílias e profissionais de saúde e educação podem contribuir para que adolescentes exerçam sua sexualidade com prazer e segurança.

Neste estudo, foi observada associação entre facilidade de transporte até o serviço de saúde e uso de métodos anticoncepcionais. Observamos também que ter conversado com agente de saúde sobre PF, nos últimos 12 meses, não teve impacto algum no uso de métodos.

Estes achados levam ao questionamento sobre a qualidade do atendimento nos serviços de saúde, permitindo supor que existam fragilidades na interlocução entre profissionais de saúde e adolescentes, de tal forma que as informações sobre cuidados com a saúde reprodutiva não se traduzam em adoção de práticas contraceptivas, para adolescentes com necessidade em anticoncepção.

Para que ocorram mudanças, neste quadro, sugerimos que haja investimento na maior qualificação dos profissionais de saúde para entender e atender às demandas de adolescentes, de forma que a oferta de métodos seja acompanhada de informações adequadas sobre seu uso, possíveis efeitos colaterais dos métodos hormonais e orientação sobre quais os serviços de saúde devem ser procurados em caso de dúvidas na utilização do método.

A persistência de importantes desigualdades sociais entre adolescentes brasileiros, os altos índices de evasão escolar, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, acrescidas de relações desiguais de gênero, de classe, entre outras, acentuam a vulnerabilidade das adolescentes para a adoção de práticas contraceptivas.

Este panorama aponta para a necessidade de se pensar a questão da saúde reprodutiva de adolescentes de forma mais global, estabelecendo-se articulações intersetoriais com outras políticas públicas, para que a sociedade e suas instituições possam lidar com a sexualidade adolescente de forma positiva, enfrentando as condições de vulnerabilidade e possibilitando o bem estar e desenvolvimento dos adolescentes.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Correa SMS. Brasil: uma sociedade de jovens?. In: Telles N, Santo WE, organizadores. Um olhar sobre o jovem no Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
2. Reato L. Desenvolvimento da sexualidade. In: Coates V, Beznos GW, França LA, organizadores. Medicina do Adolescente. São Paulo: Editora Sarvier; 2003 p. 45-50.
3. Heilborn ML. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Editora Garamond/Editora Fiocruz; 2006.
4. Berquó E, Cavenaghi S. Increasing adolescent and youth fertility in Brazil: A new trend or a one-time event? [Apresentado no Annual Meeting of the Population Association of America; 2005: Philadelphia, United States of America].
5. Simões CCS. A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas. São Paulo: Arbert Factory Editora e Comunicações; 2006.
6. Barbosa AM. Análise sociodemográfica da fecundidade de adolescentes e jovens no Brasil: 1970/2006. [Apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008: Caxambu, Minas Gerais, Brasil].
7. Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventudes e sexualidade. Brasília: Unesco; 2004.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. PNDS 2006 Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2008.
9. Barros RCR. Fatores envolvidos na adesão das adolescentes aos métodos contraceptivos. In: Monteiro D, Trajano A, Bastos A, organizadores. Gravidez e Adolescência. Rio de Janeiro : Editora Revinter; 2009, p 295-300.
10. Unicef. A voz dos adolescentes. Brasília; 2002. Acessado em 16/11/2009. [http:// www.unicef.org](http://www.unicef.org).
11. Bemfam - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil , Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Macro Internacional. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996; Brasil : 1997.
12. Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.



In:Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009, p 121-144.

13. Ariés P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Editora Livros Técnicos e Científicos S.A; 1981.

14. Bourdieu P. A “Juventude” é apenas uma palavra. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero; 1983.

15. Groppo LA. *Juventude ensaios sobre sociologia e história das juventudes modernas*. Rio de Janeiro: Editora Difel; 2000.

16. Ketl JF. Descubrimiento e Invención de la adolescência em la historia. *J. Adolesc. Health* 1993; 14: 664-72.

17. Castro MG, Abramovay M, Rua MG, Andrade ER, organizadores. *Cultivando vida desarmando violências*. Brasília DF: Edições Unesco; 2001.

18. Rozenberg R, Tendrih L. Adolescentes no Rio de Janeiro: educação, trabalho e riscos à saúde. *Adolescência & Saúde* 2007; 4(3): 33-36.

19. Coates V. Evolução histórica da medicina do adolescente. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA, organizadores. *Medicina do Adolescente*. São Paulo: Editora Sarvier; 2003.

20. Erikson EH. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Editora Zahar; 1972.

21. Aberastury A, Knobel M. *Adolescência Normal*. São Paulo: Editora Artes Médicas; 1991.

22. Benedict R. *Padrões da Cultura*. Lisboa: Editora Livros do Brasil; 1934.

23. Mead M. *Coming of age in Samoa*. Nova York: Editor Morrow; 1928.

24. Takiuti AD. *Utopia? Análise de um Modelo de Atenção Integral à Saúde do adolescente no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo*. São Paulo: Artes e Contos; 2001.

25. Outeiral J. *Adolescer*. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2008.

26. Salles LMF. *Infância e adolescência na sociedade contemporânea : alguns apontamentos*. *Estudos de Psicologia* 2005; 22(1): 33-41.

27. Castro JÁ, Aquino MC, Andrade CC, organizadores. *Juventude e políticas sociais no Brasil*. Brasília DF: Ipea; 2009.

28. Carrano P. Juventudes:as identidades são múltiplas; 2007. Acessado em 12 de setembro de 2010  
[http://portalmultirio.rio.rj.gov.br/sec21/chave\\_artigo.asp?cod\\_artigo=1086](http://portalmultirio.rio.rj.gov.br/sec21/chave_artigo.asp?cod_artigo=1086).
29. Bozon M. Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus. In: Bajos N, Bozon M. organizadores. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, Genre et Santé. Paris: La Découverte; 2008, p117 – 47.
30. Camarano AA. Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição? Rio de Janeiro: Ipea; 2006.
31. Novaes R. Juventude e Sociedade: jogos de espelhos. Sentimentos, percepções e demandas por direitos e políticas públicas. Revista Sociologia Especial – Ciência e Vida 2007. Acessado em 10 de setembro de 2010  
<http://www.antropologia.com.br/arti/colab/a38-rnovaes.pdf>.
32. Kehl MR. A juventude como sintoma da cultura. In: Novaes R, Vannuchi P, organizadores. Juventude e sociedade – Trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
33. Villela W V, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. Cad. Saúde Pública 2006; 22(11): 2467-72.
34. Ministério da Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2005.
35. ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal n. ° 8069/ 1990.
36. Foucault M. História da Sexualidade I: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.
37. Gagnon JH. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2006.
38. Ministério da Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2007.
39. World Health Organization. Implementing the global reproductive health strategy. WHO - Policy Brief. Geneva; 2006.
40. Datasus, Sistema de Informações Hospitalares do SUS; Ministério da Saúde. Acessado em 16 de novembro de 2009  
<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>.

41. Leal MC. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(8):1724-25.
42. Taquette SR. Violência contra a mulher adolescente/jovem. Rio de Janeiro: Editora EdUERJ; 2007. p 14-18.
43. Berquó E. Sobre o sistema internacional de pesquisas em demografia e saúde reprodutiva. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(supl 1): 72-89.
44. Blanc AK, Tsui AO, Corft TN, Trevitt JL. Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2009; 35(2): 63-71.
45. Rocha CLA, Horta B, Pinheiro RT, Cruzeiro ALS. Use of contraceptive methods by sexually active teenagers in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(12):2862-68.
46. Cleland J, Ali MM, Shah I. Trends in protective behavior among single vs. married young women in Sub-Saharan Africa: The big picture. *Reproductive Health Matters* 2006;14(28):17–22.
47. Longo L. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. *Revista Brasileira de Estudos de População* 2002; 19(2): 229-47.
48. Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikinb L, Magnanic RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5):566-75.
49. Martins LB. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais, prevenção de DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do município de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual de Campinas; 2006.
50. Godeau E, Gabhainn SN, Vignes C, Ross J, Boyce W, Todd J. Contraceptive Use by 15-Year-Old Students at Their Last Sexual Intercourse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162(1):66-73.
51. Gavin L, MacKay AP, Brown K, Harrier S, Ventura SJ, Kann L, Rangel M, Berman S, Dittus P, Liddon N, Markowitz L, Sternberg M, Weinstock H, Ferdon CD, Ryan G. Sexual and reproductive health of persons aged 10-24 Years - United States, 2002–2007. *Centers for Disease Control and Prevention* 2009;17 (58):1-60.
52. Freud S. Three essays on the theory of sexuality. Perseus Books; 2000.

53. Boghossian CO. Participação e Saúde na Trajetória Social de Jovens da Maré. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz ; 2009.
54. Brandão ER. Gravidez na adolescência: Um balanço bibliográfico. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2006.
55. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *The New England Journal of Medicine* 1995; 332(17): 1113-17.
56. Lammers C. Características y tendencias Del embarazo adolescente em América Latina y el Caribe. *Revista Uruguaya de Ginecología de la infancia y adolescência* 2000; 2: 39-43.
57. Jimenez MA, Martin AR, Garcia JR. Comparing the biological and psychosocial risks of pregnancy between groups of adolescents and adults. *Eur J Epidem* 2000; 16(6): 527-32.
58. Coates V, Sant'Anna MJC. Gravidez na Adolescência. In: Françoso LA, Gejer D, Reato LFN, organizadores. *Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência*. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.
59. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(Sup. 2):S377-S88.
60. Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos* 2002; 8(17): 13-45.
61. Rosa AJ, Reis AO, Ferreira MR. Gravidez precoce, gravidez não-planejada ou gravidez não-desejada: Eis a questão. Trabalho apresentado no XIX Encontro de Psicologia de Assis, Unesp 2006. Acessado em 14 de maio de 2010. <http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/anais/indice.php>
62. Cabral CS. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19 (2 Supl.): 283-92.
63. Dadoorian, D. A. gravidez desejada na adolescência. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 1998; 50 (3): 60-70.
64. Pantoja, A.L.N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez / maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2003;19 (12): 115 – 22.

65. Sant'anna MJ, Coates V. Gravidez na adolescência: visão do hebiatra. In: Coates V, Beznos G, Françoso L, organizadores. Medicina do adolescente. São Paulo: Editora Sarvier; 2003, p 361-71.
66. Marinho LB, Aquino EML, Almeida MCC. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. Cad. Saúde Pública 2009; 25(sup.2): S227-S39.
67. Bozon M, Heilborn ML. Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Editora Garamond/Editora Fiocruz; 2006. p 155-206.
68. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO; 2004.
69. Saito MI, Leal MM. O exercício da sexualidade na adolescência: a contracepção em questão. Pediatria 2003; 25(1/2): 36-42.
70. Código de Ética Médica. Resolução CFM Nº 1931/2009. Seção I, p. 90.
71. Código Penal. Decreto-Lei Nº 2.848, 7 de dezembro de 1940.
72. Ventura M, Corrêa S. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. Cad. Saúde Pública 2006; 22(7):1505-09.
73. Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa MLG. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública 2006; 22(8):1565-74.
74. Alves CA, Brandão ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens : interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2009; 14(2): 661-70.
75. Leite AFDM. Práticas contraceptivas de mães adolescentes antes e depois da gestação : o papel dos serviços de saúde [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
76. Sanchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12 (2): 319-24.

77. Acioli S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: Maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006, p 157-165.
78. Marinho LB. Entrada na sexualidade e práticas contraceptivas: A experiência de jovens em três capitais brasileiras [Tese de Doutorado]. Salvador: Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2006.
79. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2002.
80. Ventura M. Direitos Reprodutivos no Brasil. Brasília: UNFPA; 2009.
81. Correa S, Petchesky R. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 1996; 6 (1/2): 147-77.
82. Correa S, Alves JED, Jannuzzi PM. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistemas de indicadores. In: Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva. ABEP/IBGE; 2003.
83. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente. Programa de Saúde do Adolescente: bases programáticas. Brasília DF: Ministério da Saúde; 1996.
84. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2010.
85. Ipea. Pnad 2008: Primeiras análises – Juventude Desigualdade racial. Comunicado da Presidência; 2009. Acessado em 27 outubro de 2010 [http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/091203\\_ComuPres36.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/091203_ComuPres36.pdf)
86. Unicef. O Direito de Aprender: Potencializar avanços e reduzir desigualdades. Brasília DF: Unicef; 2009.
87. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2006 Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2006.

88. Branco VMC. Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.

## 7. ANEXOS

### ANEXO I

PERGUNTAS DOS QUESTIONÁRIOS DOS DOMICÍLIOS E DAS MULHERES UTILIZADAS COMO VARIÁVEIS; NA RECATEGORIZAÇÃO E CRIAÇÃO DE NOVAS VARIÁVEIS

#### RENDA MENSAL PER CAPITA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS				
		Sim	Não	NS	VALOR MENSAL	
15	<p>Algum(a) morador(a) deste domicílio recebe algum tipo de rendimento monetário (em dinheiro)?</p> <p>RESPOSTAS MÚLTIPLAS</p> <p>LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS. (se tiver mais de uma pessoa com o rendimento, some as rendas e anote o total em cada tipo de rendimento).</p>	1. Seguro-Desemprego .....	1	2	8	R\$ _____,00
		2. Aposentadoria.....	1	2	8	R\$ _____,00
		3. Pensão Alimentícia.....	1	2	8	R\$ _____,00
		4. Pensão (outra).....	1	2	8	R\$ _____,00
		5. RMV (Renda Mensal Vitalícia).....	1	2	8	R\$ _____,00
		6. Aluguel.....	1	2	8	R\$ _____,00
		7. Doações de Igrejas/ONGs/instituições	1	2	8	R\$ _____,00
		8. Bolsa Família.....	1	2	8	R\$ _____,00
		9. Bolsa-Escola Municipal.....	1	2	8	R\$ _____,00
		10. BPC (Benef. Prestação Continuada)	1	2	8	R\$ _____,00
		11. Auxílio-gás.....	1	2	8	R\$ _____,00
		12. Cartão Alimentação.....	1	2	8	R\$ _____,00
		13. PETI.....	1	2	8	R\$ _____,00
		14. Agente Jovem.....	1	2	8	R\$ _____,00
		15. Venda de produtos.....	1	2	8	R\$ _____,00
SE NÃO SABE O VALOR ANOTE 999999 SE RECUSA ANOTE 999999						
777	Qual foi o rendimento bruto no último mês de todos os moradores deste domicílio, proveniente de trabalho, excluindo os empregados e pensionistas?	<p>VALOR MENSAL FAMILIAR</p> <p>R\$ _____,00</p> <p>SE NÃO TEVE RENDIMENTO PROVENIENTE DE TRABALHO ANOTE 999997 SE NÃO SABE O VALOR ANOTE 999998 SE RECUSA ANOTE 999999</p>				



## ESCOLARIDADE DA ADOLESCENTE, ESCOLARIDADE MATERNA E ESCOLARIDADE DO PARCEIRO

N.º de Linha	EDUCAÇÃO												
	<b>TODOS 04 ANOS E MAIS</b>												
	(NOME) já foi alguma vez a escola ou creche?			Qual foi a última série que (NOME) concluiu com aprovação? E de que grau ou curso?***		(NOME) está atualmente estudando?			Durante este ano (NOME) frequentou a escola durante algum período?			Durante este ano, qual a série e grau (NOME) (estava ou está) frequentando? ***	
	(10)		(11)		(12)			(13)			(14)		
	SIM	NÃO	NS	SÉRIE	GRAU	SIM	NÃO	NÃO SABE	SIM	NÃO	NÃO SABE	SÉRIE	GRAU
01	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*\*\*CÓDIGOS PARA QUESTÕES 11 e 14

SÉRIE:  
00 = NENHUMA  
01 = PRIMEIRA  
02 = SEGUNDA  
03 = TERCEIRA  
04 = QUARTA  
05 = QUINTA  
06 = SEXTA  
07 = SÉTIMA  
08 = OITAVA  
09 = CURSO NÃO SERIADO  
99 = NÃO SABE

GRAU/CURSO:

00 = NENHUM  
01 = CRECHE (NÃO SERIADO)  
02 = PRÉ-ESCOLA (NÃO SERIADO)  
03 = CLASSE DE ALFABETIZAÇÃO - CA / ALFABETIZAÇÃO DE ADULTOS (NÃO SERIADO)  
04 = EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS (NÃO SERIADO)  
05 = ENSINO FUNDAMENTAL OU 1º GRAU - REGULAR SERIADO  
06 = SUPLETIVO ENSINO FUNDAMENTAL OU 1º GRAU / ENSINO FUNDAMENTAL OU 1º GRAU - REGULAR NÃO SERIADO (NÃO SERIADO)  
07 = ENSINO MÉDIO OU 2º GRAU - REGULAR SERIADO  
08 = SUPLETIVO ENSINO MÉDIO OU 2º GRAU / ENSINO MÉDIO OU 2º GRAU - REGULAR NÃO SERIADO (NÃO SERIADO)  
09 = CURSO TÉCNICO PROFISSIONALIZANTE (NÃO SERIADO)  
10 = PRÉ-VESTIBULAR / CURSINHO (NÃO SERIADO)  
11 = SUPERIOR - GRADUAÇÃO (NÃO SERIADO)  
12 = PÓS GRADUAÇÃO, MESTRADO, DOUTORADO OU PÓS-DOUTORADO (NÃO SERIADO)  
99 = NÃO SABE

## TRABALHO

706	Além das atividades domésticas, você trabalha?	Sim.....01 (PULE P/712) Não.....02
-----	--	---------------------------------------

## IDADE

CÓDIGO DE RESPOSTA	MORADORES HABITANTES	PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO	SEXO	NÚMERO DA LINHA DO(A) **:			DATA DE NASCIMENTO E IDADE***			ELEGIBILIDADE	
				Código do Responsável	Mãe	Pai	Qual é o mês e ano de nascimento de (NOME)?	Qual é a idade de (NOME) hoje?	Qual é a idade presunvida em anos de (NOME)?	CIRCULE O NÚMERO DE TODAS AS MULHERES DE 15-49 ANOS DE IDADE	CIRCULE O NÚMERO DE TODAS AS CRIANÇAS NASCIDAS A PARTIR DE JANEIRO DE 2001
(1)	(2)	(3)	(4)	(5C)	(5M)	(5P)	(7A)	(7B)	(7C)	(8)	(9)
			M F				MÊS ANO	EM ANOS	EM ANOS		
01			1 2							01	01
02			1 2							02	02
03			1 2							03	03
04			1 2							04	04
05			1 2							05	05
06			1 2							06	06
07			1 2							07	07
08			1 2							08	08
09			1 2							09	09
10			1 2							10	10
11			1 2							11	11
12			1 2							12	12

\* CÓDIGOS PARA Q.3

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO:

01 = RESP. DO DOMICÍLIO  
02 = CONJUGE OU COMPANHEIRO(A)  
03 = FILHO OU FILHA  
04 = ENTEADO(A)

05 = NETO(A)  
06 = PAI/MÃE  
07 = SOGRO(A)  
08 = IRMÃO/IRMÃ  
09 = GENRO/NORA  
10 = OUTRO PARENTE  
11 = ADOTADO(A)  
12 = OUTROS SEM PARENTESCO  
98 = NÃO SABE

\*\* CÓDIGOS PARA: 5C, 5M e 5P

01-12=NÚMERO DA LINHA  
80=MORA EM OUTRO LOCAL

80=MORREU  
NS=NÃO SABE  
NA=NÃO SE APLICA

\*\*\* CÓDIGOS PARA: 7A, 7B e 7C

Se a entrevistada não souber dizer qualquer informação na 7A e na 7B, coloque em todos os quadros o código NS (não sabe) e preencha somente a idade presunvida (7C). Registre a idade em anos quando for maior ou igual a 1 ano; ou registre 00 se for menor que 1 ano.

NS=NÃO SABE

ATENÇÃO: SE MAIS DE DOZE PESSOAS NO DOMICÍLIO USAR FOLHA ADICIONAL E IDENTIFICAR CORRETAMENTE.

## COR

111	Se você tiver que classificar a sua cor em branca, preta, parda, amarela ou indígena, como se classificaria?	Branca .....01 Preta .....02 Parda .....03 Amarela .....04 Indígena .....05 Recusou-se a responder .....06 Não sabe .....98
-----	--	---

## SITUAÇÃO CONJUGAL

501	Atualmente está casada ou em união com alguém?	Sim, formalmente casada.....1 Sim, em união com um homem.....2 Sim, em união com uma mulher.....3 Não está em união.....4 Recusou-se a responder.....5
	RESPOSTA ESTIMULADA	(PULE P/604)

## ZONA E REGIÃO DE RESIDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DA FICHA DO DOMICÍLIO TITULAR	
NÚMERO DO QUESTIONÁRIO:	<input type="text"/>
UF:	<input type="text"/>
MUNICÍPIO:	<input type="text"/>
DISTRITO:	<input type="text"/>
SUB:	<input type="text"/>
SETOR:	<input type="text"/>
SITUAÇÃO DO SETOR : (URBANO=1, RURAL=2):	<input type="text"/>
NOME DO(A) ENTREVISTADO(A):	<input type="text"/>
ENDEREÇO:	<input type="text"/>
BAIRRO:	<input type="text"/>
CEP:	<input type="text"/>
TEL. P/ CONTATO: <input type="text"/>	FILTRAGEM SUPERVISORA/VERIFICADORA NOME: <input type="text"/> CÓD: <input type="text"/>
1( ) DOM. 2( ) COM. 3( ) CEL. 8( ) NÃO TEM/RECUSA 9( ) RECADO, FALAR COM:	

## IDADE DA INICIAÇÃO SEXUAL

508	Agora necessitamos de algumas informações sobre sua atividade sexual, para melhor entender questões de saúde reprodutiva.  Que idade tinha quando teve relações sexuais (sexo com penetração vaginal, ou anal ou sexo oral) pela primeira vez, mesmo que tenha sido com mulher?	Nunca teve.....00 Idade em anos <input type="text"/> <input type="text"/> (PULE P/ 510) Não sabe.....98 Recusou-se a responder.....99
-----	---	--

## GRAVIDEZ

222	Fora esta gravidez atual, quantas vezes você já ficou grávida, mesmo que a gravidez não tenha chegado até o fim?	Nº de vezes <input type="text"/> <input type="text"/> (PULE P/ 226) Nenhuma.....00 (PULE P/ 238)
223	(PARA QUEM NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU NÃO SABE) Você já ficou grávida alguma vez, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim? (CASO SIM) Quantas vezes? RESPOSTA ESPONTÂNEA	Nº de vezes <input type="text"/> <input type="text"/> (PULE P/ 226) Não.....00

## FILHOS NASCIDOS VIVOS

236	SOME AS RESPOSTAS DE 232 (Item A e B), 234 (Item C e D) E 236 (Item E e F) E FORME O TOTAL DE NASCIDOS VIVOS.  SE NENHUM, ASSINALE "00"	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> Nenhum.....00
-----	---	--

## USO DE MÉTODO NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

511	Nesta primeira vez, vocês usaram camisinha (masculina ou feminina)?  ENTREVISTADORA: CASO TENHA MENCIONADO SIM (COD. 01 E 02), CHECAR COERÊNCIA COM 308. CERTIFIQUE-SE QUAL É A RESPOSTA CORRETA E CORRIJA A QUESTÃO QUE ESTIVER ERRADA.	Sim, camisinha masculina.....01 Sim, camisinha feminina.....02 Não.....03 Não lembra.....97 (PULE P/ Não sabe.....98 618) Recusou-se a responder.....99
512	Sem considerar o uso de camisinha (feminina ou masculina), você tomou algum outro cuidado para se proteger de uma gravidez nesta PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?	Sim.....01 (PULE P/614) Não.....02 Não lembra.....97 (PULE P/ Não sabe.....98 618) Recusou-se a responder.....99
513	Você tomou algum cuidado para se proteger de uma gravidez nesta PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?	Sim.....01 Não.....02 (PULE P/616) Não lembra.....97 Não sabe.....98 (PULE P/ 618) Recusou-se a responder.....99

## DIFERENÇA DE IDADE ENTRE PARCEIROS

702	Que idade completou seu cônjuge/ companheiro(a) no último aniversário?	IDADE EM ANOS COMPLETOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
-----	--	--

## VISITA POR AGENTE DE SAÚDE / FALOU SOBRE PF

387	Nos últimos 12 meses, você foi visitada por um agente de saúde que conversou sobre planejamento familiar?	Sim.....1 Não.....2
-----	---	------------------------

## INFORMAÇÕES SOBRE PF

622	Nos últimos 6 meses, você obteve informações sobre planejamento familiar? (CASO SIM) Onde?  RESPOSTA MULTIPLA E ESPONTÂNEA	SIM: Na escola.....01 Na igreja.....02 Na família.....03 Serviço de saúde.....04 Associação de bairro.....05 Outros.....96 (especifique) NÃO.....06
-----	--	---

## TOMAR CONDUÇÃO ATÉ O SS

388	Agora, gostaria de perguntar sobre os cuidados com sua saúde. Muitos fatores podem impedir que as mulheres procurem cuidados ou tratamentos médicos. Você diria que quando você necessita de cuidados médicos (LEIA ABAIXO) é ou não um problema? (LEIA TODAS AS FRASES)		
		E	NÃO E
	1 - Saber onde procurar	1	2
	2 - Ter permissão para procurar	1	2
	3 - Ter dinheiro para o tratamento	1	2
	4 - A distância até o serviço de saúde	1	2
	5 - Ter que tomar condução	1	2
	6 - Não querer ir sozinha	1	2
	7 - Ter medo de não ser atendida	1	2
	8 - A preocupação de que não exista uma mulher para atendê-la no serviço de saúde	1	2

## ANEXO II

### Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Práticas Contraceptivas de Adolescentes Brasileiras: análise da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2006

Pesquisador Responsável Riva Rozenberg

Data da Versão 03/10/2010

Cadastro FR325933

Data do Parecer 02/06/10

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

#### Objetivos do Projeto

Analisar práticas contraceptivas de adolescentes brasileiras e discutir situações de vulnerabilidades associadas a essas práticas

#### Sumário do Projeto

Não consta

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Introdução	Adequada
------------	----------

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

Pacientes e Métodos	Situação
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total NÃO Local
Cálculo do tamanho da amostra	Não informado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Menores de 18 anos
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Ausente
Crítérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

**APROVADO**

Válido Até 28/10/2011

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

Telefone: 2552-8491 / 2554-1700 r. 1730

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

Página 1-2

Comentários sobre os Itens de Pacientes e Métodos

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	jan2010
Data de término prevista	fev2011
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas	Comentário
----------------------------	------------

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

**Trata-se de importante instrumento para a discussão e posterior encaminhamentos do fenômeno que esta presente na sociedade atual.**

**APROVADO**

Válido Até 28/02/2011

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ  
Telefone: 2552-8491 / 2554-1700 r. 1730

  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ