



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LÍGIA VELOSO MARINHO DA SILVA

**USO DA DUPLA PROTEÇÃO NAS EXPERIÊNCIAS SEXUAIS DE
MÃES ADOLESCENTES**

**SALVADOR
2009**

LÍGIA VELOSO MARINHO DA SILVA

**USO DA DUPLA PROTEÇÃO NAS EXPERIÊNCIAS SEXUAIS DE
MÃES ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração: Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora:

Prof^a Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho

SALVADOR

2009

Ficha catalográfica elaborada por Dario C. Assis, Bibliotecário CRB -5/619

Silva, Lígia Veloso Marinho da.

S586u Uso da dupla proteção nas experiências sexuais de mães adolescentes.
/Lígia Veloso Marinho da Silva. – Salvador, 2009.

74f.: il

Orientador: Prof. Dr. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.

1. Gravidez. 2. Adolescência. 3. Serviços de Saúde Pública. I. Coelho,
Edméia de Almeida Cardoso. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU: 618.2-053.6:616.92

Saber Viver

Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura... Enquanto durar.

Cora Coralina

LÍGIA VELOSO MARINHO DA SILVA

**USO DA DUPLA PROTEÇÃO NAS EXPERIÊNCIAS SEXUAIS DE
MÃES ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, na área de concentração Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 30 de abril de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA

Edméia de Almeida Cardoso Coelho _____

Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Mirian Santos Paiva _____

Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Michele Mandagará de Oliveira _____

Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Isa Maria Nunes _____

Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Agradeço aos meus pais Antonio e Lúdia (in memoriam), com todo amor, respeito e gratidão pela pessoa que me tornei, sendo perseverante nos momentos mais difíceis.

Ao meu marido Marcos pelo companheirismo e amor, e aos meus filhos, Guilherme e Gustavo e por serem a razão da minha existência.

A todos os meus irmãos e sobrinhos e demais familiares

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me acompanhado e inspirado durante toda minha trajetória do Mestrado, fortalecendo-me a cada minuto.

À minha orientadora, Professora Doutora Edméia de Almeida Cardoso Coelho, pela dedicação, paciência, compreensão, aprendizado e, o que é mais importante, ter confiado em mim.

Em especial a Rita Velozo, colega do mestrado, pelo companheirismo, apoio, confiança, incentivo e solidariedade, nos momentos mais difíceis dessa trajetória.

Às adolescentes que aceitaram participar desta pesquisa, contribuindo com sua experiência de vida.

Às professoras doutoras Miriam Santos Paiva, Michele Mandagará de Oliveira e Isa Maria Nunes, por aceitarem participar da banca examinadora.

Às colegas do Mestrado, que compartilharam comigo algum momento deste processo, em especial Carla Cristina, Quessia e Andréa.

Às minhas amigas Vilma, Iára, Jenilde, Rita Maia, Mirian, Iolanda, Cátia, e Kátia.

À Dra. Stella Rodrigues com toda sua colaboração e conhecimento.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUFBA. Agradeço também ao apoio financeiro da CAPES durante o primeiro ano do Mestrado.

A Ivan e Ana Cláudia pela colaboração e paciência, no apoio acadêmico.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente, estiveram comigo nessa trajetória.

RESUMO

SILVA, Lígia Veloso Marinho da. **Uso da dupla proteção nas experiências sexuais de mães adolescentes.** Universidade Federal da Bahia. 2009. 74f. (Dissertação, Mestrado em Enfermagem).

A adolescência é uma fase do desenvolvimento marcada por transformações biopsicossociais com alterações relativas à percepção do corpo, do prazer e de valores e comportamentos afetivos e sexuais. Diante da maior liberdade sexual da atualidade, dos apelos sociais e das fantasias presentes no seu imaginário, adolescentes são atraídas para as experiências sexuais, sendo muitas vezes surpreendidas por uma gravidez. A exposição à gravidez é acompanhada pela vulnerabilidade às IST/HIV, em especial entre aquelas jovens que têm pouco acesso à informação e aos meios de se proteger, o que faz com que a dupla proteção, prevenção simultânea de gravidez e IST/HIV, ocupem papel importante para a saúde desse grupo. Diante dessa realidade, foi desenvolvido um estudo que teve como objetivos identificar junto a mães adolescentes suas experiências contraceptivas articulando-as à prática do sexo com proteção das IST/HIV/Aids e discutir as condições para a adoção da dupla proteção nas experiências sexuais de mães adolescentes a partir do seu contexto de vida. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido junto a mães adolescentes usuárias de um Centro de Saúde da cidade de Salvador - BA, onde são oferecidos serviços de planejamento familiar e pré-natal, dentre outras atividades clínicas. As adolescentes participantes da pesquisa foram escolhidas segundo três critérios: idade entre 14 a 19 anos; em exercício da maternidade; e vida sexual ativa. A produção do material empírico foi realizada através da técnica de grupo focal, do qual participaram sete adolescentes após autorização destas e das (os) responsáveis pelas mesmas, tendo ocorrido no mês de dezembro de 2008, em dois momentos. No primeiro momento, foi aplicado um formulário de entrevista para obtenção de dados referentes a aspectos sócio-demográficos e ao contexto de vida; o segundo momento consistiu na aplicação da técnica do grupo focal para produzir os dados acerca do uso da dupla proteção. Os resultados do estudo mostraram que as adolescentes vivenciaram uma gravidez não planejada associada ao não uso ou uso irregular de contraceptivo. Na tentativa de livrar-se da possibilidade da gravidez ou diante da confirmação desta, adotaram medidas que ofereciam riscos à sua saúde. Foi constatado também que as adolescentes vivenciavam a sexualidade em situação de vulnerabilidade às IST/HIV/Aids, mas esta é subestimada, de modo que a prevenção de nova gravidez foi o que definiu suas iniciativas de proteção. Algumas adotavam condutas que caracterizavam a dupla proteção, ainda que objetivamente não tivessem conhecimento sobre esta até a realização da pesquisa. Uma outra evidência do estudo refere-se à posição de submissão das adolescentes com relação aos seus parceiros, demonstrada pelas dificuldades que têm em negociar com eles o uso do preservativo. Os resultados mostram que a gravidez e a maternidade como fatos concretos, necessariamente não abrem caminhos para a adoção de medidas de proteção e para o reconhecimento que uma relação sexual sem preservativo as expõe também ao IST/HIV/Aids, ficando assim comprometida a dupla proteção.

Palavras-Chave: Contracepção, gravidez na adolescência, vulnerabilidade.

ABSTRACT

SILVA, Lígia Veloso Marinho. **Use of double protection in sexual experiences of teenager's mothers** 2009. 74f. Dissertation (Masters of Nursing) – Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2009.

Adolescence is a stage of development marked by biopsychosocial changes with changes on the perception and control of the body, to the discovery the pleasure, to the values and affective and sexual behavior. Given the greater sexual freedom of today, the social demands and fantasies in their minds, young people are attracted by sexual experiences and are often surprised by pregnancy. Exposure to unplanned pregnancy is accompanied by vulnerability to STI/HIV/AIDS particularly among those who have little access to information and means to protect themselves, so that the dual protection role be of much importance for the health of that group. Given this fact, a study was conducted aimed to identify in the adolescent mothers's group their own contraceptive experience as to associate them to the practice of sex with protection from STI / HIV / AIDS after pregnancy. On this sense this study also targets to discuss the conditions for the adoption of dual protection in the adolescent mothers's experience from their own perspective of life. This is also the study of qualitative approach developed with adolescent mothers users of a Health Center in the city of Salvador-BA, where services are offered family planning and prenatal care, among other clinical activities. The adolescents participating in the study were chosen according to three criteria: age between 14 to 19 years, in pursuit of motherhood, and sexually active. The production of the empirical material was performed using the technique of focal group, which involved six teenagers preceded by permission as well as their relatives. Yet in this experiment the production of empirical material took place in December 2008, which consisted of two moments. At first it was applied a form of interview to obtain data on socio-demographic and context of life. The second was the application of the focus group techniques to produce the data on the use of double protection. The results showed that the adolescents experienced an unplanned pregnancy not associated with the use or irregular use of contraception. In an attempt to rid themselves of the possibility of pregnancy or before the confirmation of that, seen by them as a problem, *they have either* adopted measures to *protect their health* or *other* which offered risks, *such as* emergency contraception and abortion teas, respectively, unfortunately without success. It was found that the adolescents experienced sexuality in a situation of vulnerability and, although they recognized the exposure to HIV, it is underestimated, so that prevention of further pregnancy is what has defined their initiatives of protection. Another evidence of the research refers to the position of submission of adolescents in relation to their partners, demonstrated by the difficulties that they have to negotiate with them about the use of condoms. Some of them exercised the dual protection, even though objectively they had not known about this until the completion of the research. The results show that pregnancy and motherhood as concrete facts, not necessarily open up paths for the adoption of measures of protection and the recognition that sexual intercourse without a condom also exposes the HIV, thereby compromised the double protection.

Keywords: double protection, pregnancy, adolescence, vulnerability

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS = *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

DP = Dupla proteção

GF = Grupo focal

HIV = Human Immunodeficiency Virus

IST = Infecção sexualmente transmissível

OMS = Organização Mundial de Saúde

TCLE= Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	
2.1	ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO SOCIAL	16
2.2	CONTRACEPÇÃO E IST/HIV NAS VIVÊNCIAS SEXUAIS DE ADOLESCENTES	18
2.2.1	Contracepção na Adolescência	19
2.2.2	Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV na Adolescência	21
2.3	GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO FENÔMENO SOCIAL	25
2.4	USO DA DUPLA PROTEÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	30
3	PERCURSO METODOLÓGICO	
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	33
3.2	LOCAL DO ESTUDO E SUJEITOS PARTICIPANTES	34
3.3	GRUPO FOCAL COMO TÉCNICA PARA PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	35
3.3.1	O Grupo Focal no Contexto do estudo	36
3.4	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	37
3.5	PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	38
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	39
4.2	EXPERIÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	40
4.2.1	A Família como base de sustentação emocional para as filhas adolescentes	45
4.3	VULNERABILIDADE VERSUS DUPLA PROTEÇÃO NAS EXPERIÊNCIAS SEXUAIS DAS ADOLESCENTES	49

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
----------	-----------------------------	-----------

REFERÊNCIAS

		61
--	--	----

APÊNDICE A – Termo de Consentimento e Esclarecido	68
--	-----------

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados	69
--	-----------

APÊNDICE C – Grupo Focal	71
---------------------------------	-----------

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	72
--	-----------

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período do processo de crescimento e desenvolvimento humano, marcado por mudanças súbitas e consistentes em corpos ainda infantis, havendo aumento da estatura e mudanças dos caracteres físicos devido a alterações da fisiologia (BRASIL, 2001). Compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos, sendo caracterizada por transformações biopsicossociais que levam a desafios, crises, conflitos e descobertas. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), tais mudanças são acompanhadas pela construção de novas relações, de novos sentimentos, de novos valores morais, os quais se refletirão na construção da identidade social e na interação com o mundo (BRASIL, 2001).

Concomitante às mudanças físicas e mentais, o (a) adolescente apreende as normas sociais e culturais que lhe são transmitidas no âmbito da família, da religião, da escola e do Estado, o que influencia sua forma de agir na sociedade (PAREDES *et al.*, 2006). Os padrões sócio-culturais apreendidos se refletem na formação da identidade sexual e na formação da autonomia, no estabelecimento de relações afetivas estáveis, na capacidade de assumir compromissos profissionais, na independência econômica, na construção de valores morais próprios e na relação de reciprocidade entre gerações (OMS, 2000).

Aliadas a essas transformações, são despertadas no (a) adolescente muitas curiosidades e dúvidas, principalmente no que se refere à sexualidade. No tocante à sexualidade são observados aspectos peculiares, físicos, psíquicos, emocionais e sócio-culturais, que dizem respeito à percepção e controle do corpo, à descoberta do prazer, a valores e comportamentos afetivos e sexuais, que podem ser aceitos ou não pela sociedade.

Segundo dados demográficos do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população nessa faixa etária no Brasil corresponde a 21% da população nacional, sendo um grupo com grande expressividade populacional. São 35.302.872 adolescentes, dos quais 50,5% são homens e 49,5% são mulheres. Em estudo realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 2002 foi constatado que 32,8% da (o)s adolescentes brasileiros, com faixa etária entre 12 e 17 anos, já haviam tido relações sexuais. Desses, 61% eram homens e 39% mulheres. Quanto à prática do sexo seguro, detectou-se que 52% do(a)s adolescentes utilizaram o preservativo nas relações sexuais já vivenciadas. Desses, 35,1% eram mulheres e 64,9% homens (BRASIL, 2006a).

Na iniciação sexual o (a)s adolescente (s) pode ser surpreendido (a)s por uma gravidez precoce, além de tornarem-se vulneráveis a outras como o aborto, à vitimização por infecções sexualmente transmissíveis e a traumas psicossociais (BRASIL, 2001).

Como conseqüência de vivências sexuais desprotegidas, vem aumentando a incidência de infecção por Human Immunodeficiency Vírus (HIV) entre adolescentes e jovens. Segundo o Boletim Epidemiológico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/HIV, a incidência de Acquired immune deficiency syndrome (Aids)¹ por 100.000 habitantes entre homens de 13 a 19 anos foi de 1,4, enquanto entre mulheres nesta faixa etária foi de 2,3 (BRASIL, 2006 b).

No sentido de reduzir a incidência de gravidez precoce na adolescência, as infecções sexualmente transmissíveis (IST)/HIV e o abortamento provocado, é de fundamental importância estimular a prática de relações sexuais protegidas pelo uso de contraceptivos, com ênfase nos preservativos. Isto pode ser viabilizado pelos programas de Planejamento Reprodutivo e de Prevenção às IST/HIV/Aids, oferecidos na rede pública de saúde, que consistem no conjunto de ações preventivas e educativas, com a garantia de acesso às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade e para a prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2002).

Diante dessa realidade, a adoção da Dupla Proteção (DP) constitui uma estratégia importante na prática do sexo protegido. O conceito de DP surgiu na década de 70 do século XX, envolvendo homens e mulheres, com o objetivo de prevenir gravidez precoce e/ou indesejada e reduzir a morbi-mortalidade pelas IST/HIV, através da adoção de práticas sexuais seguras, além de promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV, através do uso concomitante de preservativos e de contraceptivos, respeitando a escolha e singularidade do (a) usuário (a) (OMS, 2000).

Apesar das políticas públicas existentes e das campanhas divulgadas, o sexo sem proteção e sua relação com as IST/HIV continua sendo uma regra em algumas parcelas da população, em especial naquelas que têm pouco acesso à informação e/ou recursos. Desse modo, a DP pode ser considerada uma estratégia para minimizar a ocorrência de gravidez indesejada e de infecções sexualmente transmissíveis também na adolescência. Vale destacar, contudo, que a DP requer a concordância e o envolvimento do casal, o que nem sempre é consenso entre os jovens, cabendo na maioria das vezes apenas à mulher, a responsabilidade pela contracepção.

¹em português quer dizer Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

A OMS recomenda enfaticamente a prática da DP, especialmente entre adolescentes e adultos jovens, grupo no qual incide mais da metade dos casos de IST/HIV em todo o mundo. Ela estima que mesmo que toda a população feminina utilizasse os métodos contraceptivos de forma adequada e regular, ainda assim ocorreriam cerca de seis milhões de gestações inesperadas por falha dos métodos. Cerca de 30% das gestações terminaria em aborto, muitas vezes inseguro, podendo levar 67 mil mulheres à morte anualmente (OMS, 2000).

Daí, a importância da atuação do (a)s profissionais de saúde na assistência à anticoncepção, envolvendo atividades educativas, de aconselhamento e atividades clínicas. Tais ações estão fundamentadas numa Política de Promoção à Saúde do(a) Adolescente, de acordo com as normas do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) criado em 1989 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de identificar vulnerabilidades, detectar agravos precocemente e tratá-los adequadamente, com as práticas educativas permeando todas as ações. Como prioridade do programa destacam-se a saúde sexual e a saúde reprodutiva, na atenção básica (BRASIL, 2002).

Atuando há cerca de quatro anos como enfermeira da rede básica, na atenção à saúde da mulher, nos programas de planejamento familiar e de pré-natal, tive a oportunidade de acompanhar diversas situações de vida das mulheres, às quais geram conflitos e que ampliam os problemas sociais, sobretudo a ocorrência de gravidez precoce e/ou indesejada e a incidência elevada de IST. Essas situações são frequentes na população adolescente e, há nos relatos dessas jovens, muitas vezes, experiências de abortamento provocado, insegurança na vivência sexual relacionada ao uso de contraceptivo e dificuldade de negociação com o parceiro para o uso do preservativo. Informam ainda que os parceiros consideram que o uso da camisinha reduz o prazer sexual e comumente elas cedem para não desagradá-los.

As adolescentes frequentemente buscam o serviço de saúde para aquisição de métodos contraceptivos com a preocupação principal de não engravidar, subestimando desta forma na maioria das vezes, a possibilidade de contrair uma IST. Assim, observações empíricas revelam que a vivência da maternidade em consequência de uma gravidez não planejada leva uma parcela desse grupo a se proteger de nova gravidez, mas comumente observa-se dupla exposição, à gravidez e às IST/HIV.

Diante dessas constatações da prática e dos indicadores epidemiológicos da gravidez na adolescência e das IST/HIV, decidi por uma investigação científica buscando resposta para a questão: A experiência da maternidade na adolescência tem influenciado as jovens mães a adotar a dupla proteção nas práticas sexuais de modo a prevenir gravidez indesejada e IST/HIV?

No sentido de responder a essa questão, o estudo teve como objetivos:

- a) Identificar junto a mães adolescentes suas experiências contraceptivas relacionando-as à prática do sexo com proteção contra as IST/HIV após a gravidez;
- b) Interpretar as experiências sexuais relatadas, articulando-as à adoção da dupla proteção no contexto dos relacionamentos das adolescentes com seus parceiros.

Buscamos com o estudo fornecer subsídios para:

- Ampliar as discussões sobre a educação sexual segundo as necessidades dos (as) adolescentes, com a valorização das especificidades da faixa etária;
- Possibilitar que as adolescentes envolvidas na pesquisa reconheçam a importância da dupla proteção na prática sexual, divulguem as informações junto ao grupo com que se relaciona e se sintam estimuladas a procurar as unidades de saúde diante de suas demandas;
- Contribuir para o redirecionamento de políticas públicas educacionais e de saúde para os (as) adolescentes a partir da divulgação dos resultados da pesquisa, mostrando a importância da viabilização da informação e do acesso a métodos contraceptivos com ênfase nos preservativos como meio de prevenção das IST/HIV;
- Estimular a criação de estratégias para atuação da (o) enfermeira (o) na assistência à/aos adolescentes nos serviços de saúde valorizando a promoção da saúde com ações que estejam mais próximas das necessidades geradas no contexto sócio-cultural em que esse grupo populacional se vincula;
- Fortalecer a linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO SOCIAL

A adolescência é considerada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma das etapas do desenvolvimento humano, entre a infância e a idade adulta, ou seja, desde a época em que as alterações psicobiológicas iniciam a maturação sexual até a idade em que um sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida (BRASIL, 2006a).

É considerada uma invenção cultural resultante da interação dos processos de desenvolvimento biológico, mental e social. Pode ser vivenciada de forma peculiar e distinta por cada pessoa a depender da idade, etnia, gênero e situação sócio-cultural. Há um processo contínuo de desenvolvimento da dinâmica psicológica nas várias fases da vida da(o) adolescente, que vivencia a perda da infância, a expansão das relações sociais e a conseqüente imersão no mundo adulto. Nessa fase, o (a) jovem recebe influência do ambiente de maneira muito mais abrangente que antes, onde seu universo se constituía, basicamente, da própria família (FIGUERÓ, 2002).

Para a autora, a(o) adolescente tende a agir de forma imediatista, muitas vezes inconseqüente, como se não houvesse riscos para ele(a), considerando que o que for ruim irá sempre acontecer com o(a) “outro(a)” e nunca consigo. Ressalta-se, contudo, que a adolescência não é marcada apenas por dificuldades, crises, mal-estares e angústias. É uma fase sublime na vida das pessoas, onde ocorre a passagem do mundo infantil para o mundo adulto trazendo para estes (as) jovens uma série de avanços ao seu crescimento individual e pessoal.

À medida que os vínculos sociais vão se estabelecendo, várias características vão sendo valorizadas, desde aquelas necessárias para serem aceitos(as) pelos pares, até as necessárias para expressar um estilo que agrade a si próprio (a) e ao/a outro(a).

Alguns conflitos importantes surgem na adolescência e o rumo que o(a) adolescente dá para sua vida sofre influências da sociedade, que cobra de cada pessoa um papel definido, muitas vezes, de um(a) jovem ainda em fase de transição. Pantoja (2003) destaca que é preciso não incorrer em generalizações ao se conceituar a adolescência enquanto uma fase – que também é social e cultural e por isso mesmo repleta de singularidades na história de vida do ser humano. Pois, conforme Simão (2007), o conceito mais aceito é o de que “não existe

adolescência, e sim adolescências em função do político, do social, do momento e do contexto em que está inserido o(a) adolescente”.

Observa-se que as alterações biológicas, físicas, cognitivas, hormonais ocorridas na adolescência, são vivenciadas de forma semelhante por todo(a)s. Quanto às dimensões psicológica e social, são experimentadas de maneira diferente em cada sociedade, em cada geração e em cada família, sendo singulares para cada indivíduo. É neste contexto de alterações do próprio corpo e também no nível do intelecto, que o (a) adolescente busca o auto-conhecimento para definir sua própria identidade e a sua posição perante os pares e a sociedade. Nesse momento, interessa-se por problemas de ordem moral e ética e, por vezes, adota ideologias (OMS, 2000).

Como se pode observar no parágrafo acima, as transformações que ocorrem na adolescência em vários âmbitos, são as mesmas independentes da raça, da nacionalidade ou do nível sócio-cultural de cada adolescente. As repercussões dessas mudanças variam de acordo com o contexto de cada grupo populacional adolescente, variando de acordo com a situação sócioeconômica, cultural e com o nível educacional.

Esse (a)s jovens enfrentam uma busca incessante por uma identidade única, desafiando autoridades e regras como um caminho para se estabelecerem como indivíduos. A dualidade entre o amadurecimento do corpo e do crescimento psicológico, frequentemente causa certa susceptibilidade à instabilidade emocional que pode levar ao consumo de drogas ou álcool, distúrbios alimentares como bulimia e anorexia, a problemas sociais como a gravidez indesejada e a doenças como as IST e a Aids (PANTOJA, 2003).

Rocha (2000) destaca a importância de discutir esse ciclo de vida. Pontua que a adolescência tem mobilizado diversas áreas do conhecimento, como educação, saúde, justiça, além da mídia e, de uma forma geral, a sociedade como um todo.

A ênfase é dada a forte expressividade da violência, número expressivo de homicídios e acidentes de trânsito, uso abusivo de drogas, alto índice de acometimento por IST/HIV, evasão escolar, trabalho precoce, problemática do(a) adolescente infrator(a) e o desafio de sua recuperação social.

Partindo do imaginário social, o(a)s adolescentes são comumente considerado(a)s desinteressado(a)s, rebeldes e, às vezes, agressivo(a)s. Esses são estereótipos e devem ser superados, sendo necessário conhecer o processo de viver do(a)s adolescentes para poder cuidá-lo (a)s com propriedade (PATRÍCIO, 2000).

Segundo Silva e Ranña (2006), tais representações constituem um preconceito que reforça a intolerância a essa população. Não raro encontramos nos serviços de saúde

profissionais que possuem limitações ou até mesmo desqualificados para a atenção à saúde dos(as) adolescentes, com suas peculiaridades e complexidades das demandas. O acolhimento ao(a) adolescente requer uma compreensão das necessidades de saúde do grupo e sua participação ativa, o que exige interação, relação de confiança e trabalho interdisciplinar. Se faz necessário garantir a população adolescente o sigilo nas consultas com os profissionais de saúde.

Desse modo, evidencia-se a necessidade de reflexão quanto ao papel educativo do profissional de saúde na atenção ao(a) adolescente, pois a rede de saúde não prioriza ações específicas para esse grupo não oportunizando espaço para interação e vivência com o(a)s adolescente(s). A enfermagem como um campo de atuação técnico e científico e de produção de conhecimento, tem como desafio colaborar no desenvolvimento de práticas que contribuam com a prevenção e a promoção da saúde do(a) adolescente.

2.2 CONTRACEPÇÃO E IST/HIV NAS VIVÊNCIAS SEXUAIS DE ADOLESCENTES

O (a) adolescente comumente encontra-se saudável ou se auto-avalia como tal, de modo que suas demandas para atenção à saúde apresentam-se em número pouco expressivo o que não justifica o baixo investimento em ações de saúde destinadas a esse grupo populacional. A pouca valorização de suas demandas vem comprometendo a promoção da saúde e a prevenção de doenças comuns nessa fase, como: alterações no crescimento e desenvolvimento, afecções de pele como a acne, doenças ginecológicas, distúrbios alimentares, comportamentais e psicossociais, dentre outros (PAIVA, 2006).

Muitas dessas demandas inserem-se no amplo campo da sexualidade, que constitui uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde. A sexualidade é uma construção histórica, cultural e social e se transforma conforme mudam as relações sociais, no entanto, em nossa sociedade ainda sofre limitações em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder (BRASIL, 2006a).

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), entre o (a)s adolescente (s) e o (a)s jovem(ns), esta dimensão se traduz em um campo de descobertas, experimentações e vivência da liberdade, como também de construção da capacidade para tomar decisões, fazer escolhas,

assumir responsabilidades e afirmar identidades. A sexualidade se destaca como campo em que a busca por autonomia é exercida de forma singular e com urgências que são próprias da juventude (BRASIL, 2006a).

Considerando que a experimentação sexual tem conseqüências no campo da saúde do (a) adolescente, a formação para uma vivência sexual saudável deve permear as relações familiares e as políticas educacionais e de saúde. Faz-se necessário estabelecer parcerias entre os setores de educação e de saúde no sentido de colaborar na implementação de políticas públicas, procurando inserir a educação sexual nos currículos do ensino fundamental e do ensino médio de todas as escolas sejam elas públicas ou particulares.

2.2.1 Contracepção na adolescência

Há uma concepção de que o uso de contraceptivos na adolescência está na dependência de uma boa informação sobre os métodos e da garantia de acesso a esses, bem como da idade e da escolaridade menor ou maior na iniciação sexual. Esses aspectos definiriam o uso de contraceptivo na primeira relação sexual e nas subseqüentes (CABRAL, 2003).

Entretanto sabe-se que a maioria da população inclusive a adolescente, tem acesso às informações sobre os métodos contraceptivos disponíveis no mercado, principalmente os preservativos que são disponibilizados gratuitamente na rede pública de saúde. Este contingente populacional precisa conhecer a ação, indicação, uso, e os efeitos colaterais desses hormônios na sua saúde. A população adolescente precisa ser assistida e acompanhada por profissionais de saúde nos programas de planejamento familiar em espaços destinados a esta população, respeitando assim as suas singularidades.

Todavia, algumas questões de gênero podem interferir nesse processo, e podem contribuir que para as mulheres, apesar de historicamente assumirem a responsabilidade pela concepção e pela contracepção, estarem usando algum método contraceptivo antes de iniciar um relacionamento sexual pode significar o planejamento de um intercurso sexual o que não é esperado para uma jovem ingênua e inexperiente, ainda que paradoxalmente haja a expectativa de que as jovens tenham relacionamentos sexuais antes de assumirem um casamento (HEIBORN, 2002).

Há de se considerar que o “comportamento contraceptivo adotado está vinculado ao contexto da relação e ao tipo de parceria, inserindo-se no âmago das negociações do relacionamento, com maior ou menor clareza, problematização ou consciência” (CABRAL, 2003, p. 287). Pesquisa realizada por essa autora junto a homens adolescentes revela precariedade de informações e conhecimento pouco consistente sobre anticoncepção, havendo na maioria das relações que resultaram em gravidez, o uso de algum método contraceptivo pelas parceiras ou uso de preservativo pelos rapazes.

Cabral (2003) verificou ainda que entre os adolescentes prevaleça uma cronologia em relação ao uso do contraceptivo, sendo sempre seu uso posterior ao início do relacionamento sexual, não havendo nenhum caso de uso anterior ao intercurso sexual, além de situações em que nenhuma medida contraceptiva foi adotada apesar de sucessivas relações sexuais, muitas vezes com multiplicidade de parceiros. O juízo de valor sobre as mulheres esteve presente em depoimentos masculinos, alegando-se que as mulheres tinham que se cuidar mais, o que mantém a responsabilização unilateral sobre a contracepção, ou seja, somente pelas mulheres.

Quanto ao início do uso de contraceptivos, Luz e Berni (2000) consideram que a atividade sexual da adolescente é, geralmente, eventual o que leva ao uso indevido de anticoncepcionais, além de muitas vezes negarem a possibilidade de engravidar o que é tanto maior quanto menor a idade. Nem sempre têm condições de falar aos pais sobre seu relacionamento sexual e, acreditando que eles não estão preparados para ouvi-las acabam por não falar também sobre a contracepção. Comumente, fazem o caminho inverso, iniciam o relacionamento sexual para depois se preocuparem com a anticoncepção.

Para Brandão e Heilborn (2006),

“[...] o controle da contracepção é uma experiência subjetiva, que se aprende e se adquire com o tempo, no decurso dos relacionamentos afetivo-sexuais, permeados pelas assimetrias de gênero. Raramente, se instaura a *priori*, pois não se reveste de decisões unilaterais, embora frequentemente tomadas pelas mulheres”.

No tocante à relação uso de contraceptivo com a idade e maior escolaridade, confirmou-se em pesquisa com 952 universitários de uma universidade pública de São Paulo, com idade até 24 anos, uma alta proporção de uso de contraceptivos, sobretudo *condom*² e pílula, ao lado de uma alta proporção de gestações finalizadas pelo aborto. Foi constatada

²preservativo ou camisinha

também baixa fecundidade, com uma média de uma ou duas gestações para quem já engravidou havendo um padrão de família idealizado de até dois filho (a)s (PIROTTA; SCHOR, 2004).

Diante das especificidades da adolescência, considera-se prudente, ressaltar a necessidade de se fortalecer ações que promovam a dupla proteção cujo objetivo deve ser alertar toda a população sexualmente ativa, principalmente, jovens e adolescentes, sobre a importância de se manter relações sexuais com responsabilidade e proteção adequadas, devendo a dupla proteção ser amplamente divulgada.

Os profissionais da saúde devem estar preparados para respeitar a autonomia de livre escolha e para oferecer as (aos) adolescentes informações sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva, acompanhamento adequado para assim poder garantir assistência de qualidade. Tendo o cuidado de não usar a idade como restrição para o uso dos diversos tipos de contraceptivos após a menarca, (VIEIRA et al., 2006).

Para Berer (2007), um dos benefícios de praticar o sexo com segurança como uma regra social é que essa proteção seria aceita para o bem da saúde sexual e reprodutiva, e vista como uma boa ação por si própria, independentemente das relações anteriores ou atuais da pessoa. A dupla proteção requer a aprovação, a aceitação e o envolvimento de ambos os parceiros. Nesse sentido, a confiança surgiria pela prática do sexo seguro, e não pelo oposto.

2.2.2 Infecções sexualmente transmissíveis e HIV na adolescência

Na atualidade, particularmente as IST/HIV constituem fonte de preocupação e de estudos na adolescência, porque estão relacionadas diretamente às práticas sexuais, comumente iniciadas nesse período e muitas vezes de forma desprotegida o que contribui para expor a população adolescente às infecções sexualmente transmissíveis inclusive a Aids.

A incidência das IST vem aumentando, principalmente na adolescência e pode ter como conseqüências mais imediatas, as uretrites e salpingites, e em longo prazo, infertilidade, gravidez ectópica ou câncer de colo uterino, tendo como agravante o aumento das chances de contaminação pelo HIV (BRASIL, 2006b). Os modelos hegemônicos de comportamento de gênero também são responsáveis por atividades que colocam em risco a saúde tanto do homem quanto da mulher, assim como o uso de álcool e de drogas, já comprovados por

diversos estudos (BRASIL, 2005).

Algumas pesquisas mostram que na esfera social, os baixos níveis escolares e socioeconômicos estão associados às IST. Quanto à Aids, o perfil epidemiológico mostra uma maior prevalência entre adultos jovens, bem como sua heterossexualização e pauperização, ou seja, a incidência é maior em jovens da faixa etária de 11 a 24 anos, de ambos os sexos, e indivíduos de classe pobre, residentes nas periferias das grandes cidades brasileiras (BRASIL, 2007).

Estima-se que 11,8 milhões de jovens de 15 a 24 anos vivem na atualidade com HIV/Aids em todo o mundo. Segundo o Ministério da Saúde, das 30 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, pelo menos um terço tem entre 10 e 24 anos. No Brasil, mais de 20% da população é constituída por jovens de 10 a 19 anos e mais da metade das novas infecções por HIV que ocorrem na atualidade afetam jovens de 15 a 24 anos de idade. Por outro lado, mais da metade dos casos de Aids ocorre entre jovens de 20 a 39 anos e, considerando o tempo entre a infecção e o aparecimento da doença, uma parcela considerável a adquiriu na adolescência (BRASIL, 2006).

No Brasil, 11,4% dos casos diagnosticados entre 1980 e 2006, foram em jovens de 13 a 24 anos, havendo aproximadamente o dobro de casos em adolescentes do sexo feminino em relação ao número de casos de adolescentes do sexo masculino na faixa etária de 13 a 19 anos, portanto, há uma grande evidência que as relações de gênero influenciam esta problemática. É preocupante a incidência da infecção entre adolescentes do sexo feminino, entre 13 e 19 anos, o que se agrava com a gravidez na adolescência que ocorre comumente a partir da relação com homens de maior experiência sexual e mais expostos aos riscos da contaminação por IST e HIV (BRASIL, 2006).

Fatores biológicos, psíquicos e sociais podem aumentar a vulnerabilidade do(a)s adolescente(s) às IST. Segundo Amaral et al., (2006) a baixa idade da menarca pode levar a um início precoce da atividade sexual, aumentando a probabilidade de contaminação. Reforça-se que a adolescência é uma fase de definição da identidade sexual com experimentação e variabilidade de parceiros(as). A busca de novas sensações do(a)s adolescentes faz com que se sintam invulneráveis, podendo desta forma expor-se a riscos sem prever as conseqüências.

Como salientado anteriormente, os (as) adolescentes representam um percentual populacional significativo no Brasil, o que justifica a implementação de ações de prevenção para controle das IST, HIV/Aids e do uso de drogas. As ações devem ser fomentadas para

trabalhar com o(a)s jovens dentro ou fora da escola, buscando a promoção do desenvolvimento das habilidades específicas. Objetivando estabelecer uma parceria entre os setores de saúde e de educação para que sejam alcançados resultados mais satisfatórios que favoreçam a população adolescente. Tais ações devem ser construídas com a participação de setores governamentais nos âmbitos federal, estadual e municipal e de organizações não-governamentais.

Entretanto, observa-se que é limitada a veiculação de informações sobre sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis, Aids e as conseqüências do uso de drogas entre o(a)s jovens, contribuindo desta forma para aumentar a vulnerabilidade da população adolescente para estes eventos. Em estudo realizado por Oliveira (2002) com adolescentes na periferia de São Paulo, destacou-se que a maior fonte de informação sobre a temática sexual são os colegas (34%), seguido dos irmãos e primos (20%), mídia de um modo geral (19%), pais, tios e avós (16%), escola (10%) e outras fontes (1%).

Dados da OMS (2000) mostram que diariamente acontecem 114 milhões de relações sexuais em todo o mundo e que a prevenção do contágio por doenças sexualmente transmissíveis, especialmente pelo HIV e da gravidez indesejada são os principais temores de homens e mulheres.

No Brasil, o preservativo é muito pouco utilizado, principalmente entre os jovens. Segundo dados do Ministério da Saúde os mais baixos índices de uso (em torno de 0,2 a 1,4%) se encontram na faixa etária de 15 a 19 anos. O (a)s adolescente(s) em geral sabe (m) que o preservativo evita doenças e gravidez, ainda assim, uma boa parcela da população jovem ainda não aderiu o seu uso, existindo uma enorme lacuna entre o nível de conhecimento e o uso efetivo do condom. A juventude aponta numerosas justificativas para não usá-lo: esquecimento, custos e o desprazer na relação sexual (BRASIL, 2005).

Não se deve, porém, abandonar outras medidas de redução do risco de contaminação por IST/Aids igualmente importantes: orientações sobre o início da vida sexual, fidelidade mútua, redução do número de parceiros e abandono de práticas sexuais de risco. Urge que estratégias eficazes sejam criadas para se alcançar este objetivo e, para tal, o (a) adolescente precisa ser ouvido (a) e inserido (a) como sujeito co-participante do processo de promoção da sua saúde.

É necessário que sejam sensibilizados (as) através de ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar de saúde para que possam contribuir na construção modelos comportamentais e de soluções para as demandas próprias das suas vivências sexuais. De nada adianta oferecer-lhes soluções prontas (BRASIL, 2005).

O campo da atenção à saúde, por sua vez, é complexo. Envolve a discussão de aspectos referentes à sexualidade e à saúde reprodutiva, que ainda representam um desafio na educação de adolescentes, seja por parte de educadores, seja por parte de profissionais de saúde, valorizando-se que a falta de orientação adequada contribui para o aumento da incidência de IST e de gestações precoces.

Nesta perspectiva, Ferreira et al., (2000) destacam, que a ação educativa da(o) enfermeira(o) é mais abrangente, trazendo como propósito:

[...] orientar as(os) adolescentes acerca das mudanças que ocorrem no seu corpo, ressaltar aspectos preventivos e curativos das doenças às quais estão expostos, neutralizar nos adolescentes os fatores de ordem social e cultural que nocivamente contribuem para o alastramento de tais doenças, orientando-os acerca de métodos contraceptivos e outros (p. 70).

Essas autoras defendem, ainda, que atuar na área da saúde do(a) adolescente requer mais do que o conhecimento sobre as mudanças específicas que ocorrem nesta fase e sobre as necessidades sentidas por esse(a)s jovens. Faz-se necessário estabelecer a relação entre a saúde do(a) adolescente e os contextos social, econômico e político no qual esta população está inserida.

Entendemos assim, que a educação sexual é um recurso eficaz para redução da vulnerabilidade à gravidez indesejada dentre outros, do controle da epidemia da Aids, particularmente na juventude. A educação sexual deve ser acrescida à grade curricular, procurando aprimorar o aprendizado adquirido em casa com a família.

Quanto ao uso de preservativo, campanhas de incentivo à sua utilização em todas as relações sexuais precisam ser intensificadas. Esta é a principal meta a ser perseguida pelas equipes de saúde que trabalham com adolescentes, podendo dar uma grande contribuição nesse processo, atuando nos programas de atenção à saúde do adolescente (FERREIRA *et al.*, 2000).

A garantia do acesso ao(a) adolescente aos serviços de saúde antes mesmo do início de sua vida sexual, pode constiuir-se um desafio. Para isso é preciso que lhe seja oferecido um atendimento integral, englobando os aspectos psicológicos, culturais e sociais, respeitando-se a singularidade de cada adolescente.

2.3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO FENÔMENO SOCIAL

A gravidez é uma fase da vida das mulheres marcada por alterações biopsicossociais e, quando ocorre na adolescência é influenciada pela imaturidade fisiológica e emocional dessas jovens. Nesse grupo, a gravidez é considerada um problema de saúde pública, predominando a visão preventivista que busca estabelecer o controle desse evento na adolescência, baseado na identificação dos fatores de risco que podem comprometer a saúde das mães adolescentes e de seus/suas filhos (as). As especificidades dessa faixa etária exigem do (a)s profissionais de saúde um maior entendimento sobre os elementos envolvidos na sua ocorrência, sendo necessário construir estratégias de ação que ampliem o potencial de enfrentamento para lidar com as demandas resultantes (FIGUEIRÓ, 2002, p.291).

Le Van (1998) *apud* Heilborn (2006) identifica cinco tipos de gravidez na adolescência:

- Gravidez “rito de iniciação”: é desejada, ocorre geralmente em camadas sociais favorecidas, em que há acesso à informação, mas as jovens buscam com a gravidez uma maior aproximação com os parceiros e atenção dos pais. O desejo da gravidez se sobrepõe ao da maternidade, de modo que geralmente optam pela “interrupção voluntária da gravidez”. Nessas situações, o evento pode significar uma passagem simbólica para a vida adulta.
- Gravidez “SOS”: a vontade de engravidar não é evidente, ocorre em jovens cujas histórias familiares são conflituosas, sendo atribuída a um fato acidental. Embora não seja desejada, não rejeitam a gravidez, ainda assim optam pela interrupção, alegando imaturidade e dependência financeira.
- Gravidez “inserção”: é desejada, programada e o pai da criança é escolhido. As jovens assumem o desejo da maternidade e buscam provar maturidade, dá um novo sentido à vida, suprir as carências da pobreza e fortalecer os laços com os parceiros.
- Gravidez “identitária”: não é programada e ocorre geralmente em jovens de famílias desfavorecidas e numerosas que, embora tenham acesso às informações,

usam o contraceptivo de forma irregular, expondo-se ao risco de gravidez. Vêm a maternidade de forma negativa, mas se recusam ao aborto. Em geral, vivenciam a desagregação na família, na escola e na sociedade, buscando pela maternidade identidade e autonomia.

- Gravidez “acidental”: as jovens são informadas, fazem uso do contraceptivo, mas engravidam, atribuindo o fato a esquecimento, falha do preservativo ou coito interrompido, sendo a gravidez considerada involuntária e é descoberta tardiamente. A rejeição do evento geralmente ocorre em contextos onde não há projetos de escolarização e de profissionalização ou instabilidade para a maternidade. Comumente optam pela interrupção da gravidez, sendo o suporte familiar decisivo para definir a opção das jovens diante da situação.

A gravidez na adolescência altera o curso natural do desenvolvimento desse grupo populacional, havendo necessidade de um importante apoio do mundo adulto para que as jovens saibam lidar com essa nova situação. As adolescentes que iniciam vida sexual precocemente e engravidam nesse período, geralmente vêm de famílias cujas mães se assemelharam a essa biografia, ou seja, também iniciaram vida sexual precocemente e/ou engravidaram durante a adolescência. Considera-se que o contexto familiar tem uma relação direta com a época em que se inicia a atividade sexual. (OMS, 2000).

No Brasil, a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes, número que representa três vezes mais garotas com menos de 15 anos que engravidam hoje em dia, do que na década de 70 do século passado. A grande maioria dessas adolescentes não tem condições financeiras nem emocionais para assumir a maternidade e, por causa da repressão familiar, muitas delas fogem de casa e/ou abandonam os estudos (OMS, 2000). O aborto é também uma possibilidade na vida dessas jovens e, realizado, na maioria das vezes, em condições inseguras, as expõe à morbidade e à mortalidade materna.

Dados do IBGE (2004), informados na pesquisa GRAVAD, realizada com 4.634 jovens de 18 a 24 anos nas cidades do Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador, de cada cinco crianças nascidas no país, uma é filha de jovens entre 15 e 19 anos. Os resultados também mostram que a maior parte das gestações não foi planejada (85,6% dos homens e 70,3% das mulheres), sendo atribuído pelas autoras à liberdade sexual contemporânea, sem orientação familiar e diálogo. Das(os) jovens entrevistadas(os), 36% tinham renda familiar *per capita* menor ou igual a um salário mínimo (HEIBORN, 2002)

A partir de fontes do IBGE, o Ministério da Saúde apresenta alguns dados relativos à

gravidez na adolescência e da primeira relação sexual (BRASIL, 2005):

Números da Gravidez na Adolescência

Porcentagem de grávidas entre 16 e 17 anos	84%
Primigestas	75%
Freqüentaram o pré-natal	95%
Tiveram parto normal	68%
Menarca entre os 11 e 12 anos	52%
Não utilizavam nenhum método contraceptivo	56%
Usavam camisinha às vezes	28%
Utilizavam pílula	16%

A primeira relação sexual ocorreu*:

Até os 13 anos	10%
Entre 14 e 16 anos	27%
Entre 17 e 18 anos	18%
Entre 19 e 25 anos	17%
Depois dos 25 anos	2%

Fonte: IBGE, 2005

A imaturidade física, biológica e emocional, falta de apoio e suporte familiar e da sociedade, não adesão ou início tardio do pré-natal são considerados problemas da gravidez na adolescência que culminam com o abandono da escola e conseqüentes dificuldades de ingresso no mercado de trabalho o que pode comprometer a qualidade de vida da mãe e do (a) filho(a) (OKASAKI *et al.*, 2005).

Todavia, a pesquisa GRAVAD constatou que a maioria das adolescentes que engravidaram (97,5%) e dos adolescentes que já engravidaram uma companheira (85,8%) encontravam-se em contextos de relacionamentos afetivos estáveis. Apontaram também que 42,1% das jovens que tiveram filhos com menos de 20 anos já se encontravam fora da escola quando engravidaram. O percentual das meninas que interromperam temporariamente os estudos foi de 25% enquanto 17,5% abandonaram definitivamente. Persiste ainda a entre das mulheres, majoritariamente, o fato de serem consideradas responsáveis pelo trabalho reprodutivo (HEILBORN *et al.*, 2006).

Segundo o Projeto Adolescer do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), quando a atividade sexual precoce tem como resultante uma gravidez, pode trazer conseqüências tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. A adolescente poderá apresentar problemas emocionais, comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações na

gravidez, aborto e intercorrências no parto e no puerpério e o conceito poderá desenvolver distúrbios de crescimento e de desenvolvimento.

Todavia, estudo realizado por Cabral (1997), levantou as conseqüências da gravidez na adolescência para a saúde da mãe e do recém nascido, através de um estudo transversal com uma amostra de 475 mães com idade inferior a 19 anos e 468, com idades entre 20 e 29 anos. Foram analisadas variáveis como peso do bebê ao nascer, apgar e infecções neonatais, prematuridade, frequência de casos graves de eclâmpsia e abortamento, sendo concluído que a idade materna não pode, isoladamente, ser considerada como causadora de possíveis adversidades ocorridas na gravidez entre adolescentes. Tais complicações estão mais relacionadas a acompanhamento inadequado na gravidez, parto e puerpério, comumente presente em adolescentes pobres cujo acesso a serviços de qualidade não é garantido.

Segundo o DATASUS, o maior número de nascidos mortos é registrado na faixa etária de 10 a 14 anos, com um percentual de 13%. Os dados atestam que a mortalidade infantil e materna nessa faixa etária, tende a ser maior quanto menor for o nível de escolaridade que, por sua vez, está diretamente relacionado à pobreza e ao acesso aos direitos sociais.

Isso revela que a mortalidade, seja de mães ou de bebês, está relacionada às condições socioeconômicas em que se inserem e não se explicam somente pela faixa etária em si mesma. Também responde por esse dado a qualidade da assistência obstétrica, onde no ano de 2000, 6,3% das adolescentes mães nesta faixa etária não haviam realizado pré-natal. A pobreza e as dificuldades de construção de projetos de vida para a adolescência e a juventude no Brasil, deve-se a fatores estruturantes das condições sociais dessa população e a um contexto mais amplo de negação de direitos (BRASIL, 2006).

Maldonado (2006) considera que o uso inadequado dos métodos contraceptivos, a gravidez e/ou o risco de engravidar na adolescência podem estar associados à baixa auto-estima, à desestruturação familiar e à grande permissividade falsamente apregoada como desejável a uma família moderna ou à baixa qualidade do tempo livre do(a) adolescente.

A autora afirma ainda que a não aceitação da família e/ou do meio social em que vive esta jovem quando engravida, faz desse fato um problema para a adolescente. Ou seja, se a família e a sociedade forem capazes de acolhê-la com harmonia, respeito e colaboração, a gravidez tem maior probabilidade de ser levada a termo e sem intercorrências.

Se a gravidez é rejeitada, pode levar a conflitos traumáticos de relacionamento, punições severas e incompreensão. A adolescente poderá sentir-se profundamente desamparada nessa experiência difícil e desconhecida, podendo conduzi-la à busca de soluções impensadas como o aborto ou o abandono do lar e, submeter-se a toda sorte de

atitudes inconseqüentes para tentar resolver seu problema. Outro aspecto é a procura tardia pelo acompanhamento pré-natal, o que pode trazer para a gestante e para o concepto sérias complicações na gestação, no parto e no puerpério (BRASIL, 2002).

Desse modo, o fenômeno da gravidez na adolescência é considerado um tema polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva. Em geral, é tratado como uma situação de risco e um elemento desestruturador da vida de adolescentes e, em última instância, como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes (BRASIL, 2006a).

A gravidez nesta fase da vida, em contrapartida, pode representar algo positivo. Pode ser uma forma das adolescentes confirmarem sua fecundidade, de afirmarem-se como mulher, de serem reconhecidas e aceitas, nos diversos meios sociais. Isto é corroborado por Stern e Garcia (1999 *apud* Heiborn 2002), quando citam que não podemos ter uma visão reducionista do fenômeno da gravidez na adolescência, destacando esta apenas como causa de desvantagem social das garotas, mas devendo ser considerado que para elas a maternidade pode adquirir centralidade, impondo-se muitas vezes, como uma (entre poucas) alternativa de vida.

Estudos têm demonstrado que a gravidez pode ser uma opção para adolescentes entre 10 e 14 anos, como também para aqueles entre 15 a 19 anos. Pode estar incluída em projetos de vida de adolescentes do sexo feminino como também ser compartilhado por adolescentes e homens jovens. A maternidade e a paternidade podem se revelar, ainda, como um elemento reorganizador da vida e não somente desestruturador (HEILBORN, 2002).

Assim, a gravidez envolve a interação de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos, permeados por uma subjetividade para a qual contribui a construção da identidade de gênero, ainda direcionada à maternidade como espaço primeiro de realização das mulheres, cujo exercício requer a proteção masculina, sendo desta forma incluída a provisão material.

Para que a adolescente grávida adquira segurança e conforto necessários à sua vida afetiva, é importante ter o parceiro como co-participante dividindo com ela alegrias, preocupações e expectativas do processo gestacional. O diálogo e, finalmente, a presença constante de amor e de companheirismo ajudam as adolescentes enfrentar as oscilações de humor e emocionais, comuns na gravidez, sensações que podem continuar presentes pós o nascimento do bebê. Mesmo diante de casamentos ocorridos na adolescência de forma planejada e com gravidez também planejada, por mais preparado que esteja o casal, e até

mesmo apoiados por suas famílias, as adolescentes terão de enfrentar a somatória das mudanças físicas e psíquicas decorrentes da gravidez e da própria adolescência.

2.4 USO DA DUPLA PROTEÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

O uso da dupla proteção tem sido valorizado e adotado em muitos países a exemplo dos Estados Unidos, onde é dada grande ênfase ao uso do condom na prevenção das IST e da gravidez não planejada. O uso dupla proteção favorece todas as faixas etárias, com enfoque e relevância maior entre adolescentes, já que na sua maioria os intercursos sexuais nessa faixa etária não são programados ou previsíveis e existe uma maior variação de parceiros, ou seja de relações não estáveis.

A dupla proteção traduz-se na proteção concomitante da gravidez indesejada/não planejada e das IST/HIV, sendo os preservativos masculinos e femininos os únicos métodos eficazes nesta situação em particular. Podem-se associar outros métodos como o anticoncepcional oral ou injetável, o dispositivo intra-uterino (DIU) dentre outros, mas o uso duplo de métodos só é considerado uma forma de dupla proteção, se um dos métodos for o preservativo. Somente em casos excepcionais pode ser usado apenas um contraceptivo, em situação de monogamia mútua entre parceiros comprovadamente sadios (BRADY, 2006).

A autora cita a “a tripla proteção” como uma expansão da dupla proteção, pois além de proteger da gravidez e das IST/HIV inclui também a infertilidade, uma vez que se as IST não forem tratadas devidamente podem levar a essa situação que preocupa não somente as mulheres, mas os homens também. É notória a preocupação com as práticas de aborto e de parto inseguros, principalmente em países em desenvolvimento, mas as IST/HIV são muitas vezes subestimadas, estigmatizadas, mal compreendidas e pouco discutidas. Assim, a tripla proteção pode dar visibilidade ao tema infertilidade/fertilidade, assunto que interessa às populações de todas as classes sociais, mas é muitas vezes negligenciado nos programas de saúde reprodutiva nos serviços públicos de saúde.

A dupla proteção pode ser aplicada em qualquer faixa etária, mas a relevância deve ser dada na adolescência entre 15 e 19 anos, devido aos altos índices de gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis, nesta camada da população. Alguns estudos mostram que o uso do condom na primeira relação sexual, não é comum entre adolescentes de 15 a 17 anos,

sendo mais intensificado o uso deste preservativo a partir dos 18 anos, segundo estudo realizado na Austrália, onde o uso do condom é estimulado em todos os tipos de relação, casual ou estável, (SHEARY; DAYAN, 2005).

Várias razões foram citadas pelas autoras acima como justificativas para o não uso do condom, tais como: *eu conheço a história sexual do parceiro* (35.2%); *eu confio no meu parceiro* (33.3%); *“aconteceu”* (33.1%); *eu não gosto do condom* (21.3%); *meu parceiro não gosta do condom* (18.5%); *eu e meu parceiro já fomos submetidos ao teste para HIV* (18.5%); *forte envolvimento entre os parceiros* (3.2%); e *a responsabilidade não é minha* (2.9%).

As autoras consideram, ainda, importante observar a história sexual do(a)s usuário(a)s, antes de realizar o aconselhamento sobre as opções de contraceptivos, assim como estabelecer estratégias para reduzir os riscos de exposição às IST e à gravidez não planejada.

Outros pontos relevantes: priorizar o equilíbrio entre homens e mulheres, bem como o empoderamento feminino e o esclarecimento da população masculina. Talvez sejam estas as melhores alternativas para se conseguir algum avanço nos programas de planejamento familiar e de saúde sexual e reprodutiva.

Esses serviços devem ser direcionados para o(a)s adolescentes e ações devem ser disponibilizadas, com o objetivo de ajudá-los(as) a compreender sua sexualidade e a saúde reprodutiva, para assim proteger-se da gravidez não planejada, das doenças sexualmente transmissíveis e subseqüentemente do risco de infertilidade. As políticas públicas de saúde elaboradas para a população adolescente devem priorizar a sensibilização para adesão à dupla proteção em todos os intercursos sexuais e ao mesmo tempo oportunizar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva a essa população, com profissionais de saúde treinados e capacitados para atender adequadamente as demandas da população adolescente. No Brasil, embora existam políticas públicas específicas de saúde direcionadas para estas demandas, as dificuldades ainda são muitas para a sua implementação.

Alguns fatores podem contribuir para o não uso da dupla proteção: a precocidade das relações sexuais onde a maturidade sexual na maioria das vezes antecede maturidade emocional a imprevisibilidade das relações sexuais onde as (os) adolescentes não se organizam ou não dá tempo de pensar em adotar um método contraceptivo; a falta de motivação para usar o contraceptivo hormonal oral diariamente, já que as relações sexuais acontecem esporadicamente na maioria das vezes; os mitos em torno da gravidez e da contracepção como: a gravidez não acontece após a primeira relação, nem antes da primeira menstruação ou durante as menstruações; a mulher não engravida se ela não alcança o orgasmo (LOIGNON, 2005).

Algumas medidas podem ser adotadas nas escolas e serviços de saúde a nível municipal, estadual ou federal pelo Ministério da Saúde, objetivando a promoção de relações sexuais protegidas para prevenir a gravidez e as IST/HIV:

- Incentivar relações sexuais protegidas para prevenir a gravidez e as IST/HIV. Promovendo a educação sexual nas escolas e a igualdade das relações amorosas, sendo estas, consideradas o espaço de maior socialização entre jovens, procurando envolver a família, a comunidade e os amigos (as);
- Oferecer suporte emocional e educativo, facilitar o acesso aos métodos contraceptivos e acolhimento aos jovens pais e respectivos filhos.

Em várias regiões do Quebec, no Canadá, a educação sexual é fornecida pela chamada Escola de Saúde, onde as ações de promoção e de prevenção da saúde são integradas as atividades escolares regulares. Estas ações permitem aos jovens adolescentes discutir sobre os fatores individuais como a auto-estima, comportamento social e os comportamentos em matéria de sexualidade, o envolvimento familiar, escolar e com a comunidade e sobre o impacto da educação na saúde no bem estar de crianças e de adolescentes. Tais ações favorecem a prevenção de problemas entre jovens, sobretudo a gravidez as IST/HIV na adolescência.

No Canadá existem clínicas destinadas a jovens cujos objetivos são: a prevenção da gravidez e das infecções sexualmente transmissíveis na adolescência; aconselhamento; atividades de educação para a sexualidade e planejamento familiar. São realizadas algumas atividades de sensibilização para o exercício da sexualidade como apresentação vídeo com o objetivo de contribuir no desenvolvimento de julgamento crítico conduzindo a (o) jovem ao auto-conhecimento e alertar esta população para a responsabilidade frente a sua própria sexualidade. As atividades de sensibilização ajudam a prevenir a gravidez na adolescência (LOIGNON, 2005).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, escolha que se justifica pelo modo como o objeto de estudo foi investigado nas experiências sexuais de mães adolescentes. O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, resultados das interpretações concernentes ao modo de vida, costumes e formas de pensar. Baseada na fundamentação teórica, essa abordagem permite tornar visíveis fatos sociais pouco conhecidos inerentes a grupos específicos, possibilitando a construção de novas abordagens, a revisão e a elaboração de novos conceitos e categorias durante o processo investigativo. Considerado empírico o método qualitativo consiste numa sistematização progressiva de conhecimento alcançando a compreensão lógica interna do grupo ou do processo em questão (MINAYO, 2008, p.57).

A abordagem qualitativa pode ser definida também como “aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais”. Para a autora a pesquisa qualitativa se preocupa com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, abordando um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser perceptíveis e captáveis em equações, médias e estatísticas, (MINAYO, 1999, p. 114).

O estudo é do tipo exploratório e descritivo. A pesquisa exploratória tem como finalidade principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais específicos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2006).

O estudo descritivo auxilia na observação, descrição e exploração de determinados aspectos de uma situação, enquanto o estudo exploratório objetiva explorar as dimensões desse fenômeno, a forma como ele se manifesta e outros fatores com os quais ele se relaciona como a comunicação e a interação social que estão incluídas no contexto social (POLIT; BECK e HUNGLER, 2004).

A pesquisa tem como suporte teórico a literatura científica que articula sexualidade na adolescência com as experiências contraceptivas e reprodutivas valorizando-se a vulnerabilidade à gravidez precoce e às IST/HIV. No tocante à dupla proteção, objeto deste

estudo, a exploração do tema na literatura científica nacional é incipiente, de modo que somente através de bases de dados internacionais foi possível obter os fundamentos que permitiram um estudo teórico sobre o objeto e forneceram consistência à discussão.

3.2 LOCAL DO ESTUDO E SUJEITOS PARTICIPANTES

O estudo foi desenvolvido junto às mães adolescentes, usuárias de um Centro de Saúde da cidade de Salvador-BA, pertencente ao Distrito Sanitário de Brotas, onde são oferecidos serviços de Planejamento familiar, Pré-natal, dentre outras atividades clínicas e educativas. Justifica-se a escolha desse Centro para realização da pesquisa, pelo fato de existir ali uma demanda significativa de adolescentes em busca de atenção e promoção à sua saúde.

A inserção da pesquisadora no campo ocorreu após autorização da gerência do serviço, o que tornou possível acessar as fichas cadastrais para identificar a demanda de mães adolescentes. Uma vez confirmada a possibilidade de formar o grupo, foram realizadas visitas diárias ao Centro de Saúde com o objetivo de conhecer a rotina daquele serviço e em seguida estabelecer contato com as mães adolescentes, optando-se por convidar para o estudo aquelas que compareciam para alguma consulta, para si ou para o (a) filho (a).

Foram adotados como critérios de inclusão: ser adolescente na faixa etária de 14 a 19 anos; ser usuária dos serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde; ter vivenciado a experiência da maternidade; ter vida sexual ativa e aceitar voluntariamente participar da pesquisa. Foi organizada uma listagem com 20 mães que atendiam aos referidos critérios, sendo contatadas 12, porém alguns obstáculos como dificuldade de deslocamento, disponibilidade de tempo, dentre outros, impediram a participação de todas no estudo, razão pela qual apenas sete adolescentes compareceram no dia agendado para o desenvolvimento do grupo focal que gerou o material empírico. Foi solicitado às participantes que escolhessem nomes fictícios para que fossem identificadas na pesquisa de modo a garantir-lhes o anonimato.

Uma das adolescentes, cujo nome fictício era Daiane, compareceu com o bebê e com o parceiro porque naquele dia tinha consulta para o filho com o pediatra da unidade. O parceiro, embora tivesse ficado com a criança no lado externo da sala, solicitou a presença da mãe para atender necessidades da criança e só retornaram ao final do grupo focal, participando

ambos das discussões finais e do encerramento. Por esse motivo, não há depoimento desta adolescente registrado. Assim, Daiane participou apenas do primeiro momento da pesquisa.

3.3 GRUPO FOCAL COMO TÉCNICA PARA PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

O grupo focal (GF) foi utilizado inicialmente nos anos 1920 na área de *marketing* nos Estados Unidos e nos anos 50 do século XX, com o objetivo de estudar as reações das pessoas à propaganda de guerra. A escolha por esta técnica deve obedecer a critérios e ser coerente com os objetivos da pesquisa, (GATTI, 2005). Morgan e Krueger (1993) *apud* Gatti (2005) afirmam que a partir da interação no grupo, o uso dessa técnica, possibilita captar conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações.

O GF se caracteriza como uma técnica de pesquisa qualitativa composta por pequenos grupos de pessoas que se reúnem para discutir um tópico específico. Normalmente participam de seis a dez pessoas, que não se conhecem, e discorrem sobre um tema, problema ou serviço definido. Participam, também, um moderador, que expõe as questões do roteiro e coordena a discussão, e um observador/relator. Diferentemente de outras técnicas com grupos ou entrevistas, a interação do grupo, também é um dado da pesquisa a ser considerado e não simplesmente o processo de pergunta e resposta (CARLINI-COTRIM, 1996).

Ainda segundo a autora, o grupo focal é um tipo especial de grupo em termos do seu propósito, tamanho, composição e dinâmica, podendo ser considerado como uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser processo onde se alternam perguntas do pesquisador e resposta dos participantes.

O grupo focal se constitui num tipo de entrevista e ao mesmo visa a interação entre participantes de pequenos e homogêneos grupos. Para se obter bons resultados no uso desta técnica, é necessário que os grupos sejam planejados, onde deve ser seguido um roteiro que vai do geral ao específico, coordenado por um moderador capaz de promover a participação e captar o ponto de vista de todos e de cada um, (MINAYO, 2008, p.269).

Ainda segundo esta autora os grupos focais podem ser usados para:

- a) Focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas;

- b) Complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções;
- c) Desenvolver hipóteses para estudos complementares;
- d) Ou, cada vez mais, como técnica exclusiva.

A coleta de dados através de GF se baseia na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. É considerada uma técnica muito rica, pois permite a captação de várias formas de linguagem e de expressões dos participantes, além da compreensão dos processos de construção da realidade, a partir dos variados contextos de cada grupo social, dos comportamentos e atitudes do(a)s participantes. Pode, desse modo, suscitar variados pontos de vista sobre o tema em foco e graças ao contexto de interação criado, permite captar significados que, por outros meios poderiam ser difíceis de manifestar (GATTI, 2005).

Portanto, esta técnica pode ser vista como uma forma complementar da entrevista, pois o grupo focal tem por finalidade obter a fala em debate, onde são discutidos conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema. A entrevista em grupo focal é usada em pesquisa qualitativa para por em evidência sentimentos e opiniões de um grupo sobre um determinado assunto. O material é produzido a partir da interação entre seus participantes partindo-se de tópicos que são fornecidos pelo(a) pesquisador(a).

3.3.1 O grupo focal no contexto deste estudo

O processo de aplicação da técnica de grupo focal ocorreu em uma sala do Centro de Saúde escolhido para o estudo. Foi desenvolvido pela pesquisadora, juntamente com a orientadora e uma mestranda que sendo enfermeira do Centro de Saúde, foi facilitadora do acesso ao serviço e dos contatos com as adolescentes. As responsáveis pela produção do material empírico se organizaram de modo que a pesquisadora responsável e a orientadora foram mediadoras e a mestranda que fez parte da equipe, foi relatora e observadora.

Na chegada, as sete adolescentes foram recepcionadas e convidadas a sentar em cadeiras organizadas em forma de círculo, criando-se um ambiente agradável e acolhedor. O GF foi desenvolvido por um período de três horas, distribuídas em dois momentos. No primeiro momento, ocorreu o acolhimento com dinâmica de apresentação e de integração. A integração foi baseada em dinâmica apropriada para adolescentes, intitulada Balão no pé,

(Brasil 2001). Na seqüência, houve o preenchimento do formulário de entrevista onde foram obtidos a identificação, os dados sócio-demográficos e o contexto de vida com ênfase nas experiências sexuais e reprodutivas o que permitiu construir o perfil do grupo. No segundo momento, foi realizada a leitura de uma situação-problema (APÊNDICE D) que contava a história fictícia de uma adolescente chamada Mariana que engravidou, sendo relatados os desdobramentos da gestação e da relação com o parceiro.

Inicialmente, foi solicitado que o grupo se concentrasse para ouvir a história que foi lida em voz alta. Após ouvir atentamente a história, o grupo foi convidado a discutir sobre a situação de Mariana, articulando-a a sua experiência como adolescente que engravidou e vive hoje a experiência da maternidade e do relacionamento sexual. Aberta a discussão, que tinha como foco a dupla proteção, as adolescentes passaram a falar sobre a experiência da gravidez que na discussão se sobrepôs às questões de contracepção e de exposição às IST/HIV. Uma vez sendo oportunizadas as falas de todas, as pesquisadoras direcionaram algumas questões reportando-se à situação-problema apresentada e lançando questões relativas à contracepção e à dupla proteção. O grupo, estimulado pelas questões passou a relatar a experiência sexual com seus parceiros e os meios de proteção/desproteção relativos ao uso de contraceptivos, preservativos relacionando suas experiências sexuais com a vulnerabilidade à gravidez não planejada e às IST/HIV.

Nas discussões, foram respeitadas as falas individuais, sendo gravados todos os depoimentos e registrados em diário de campo o material de observações que incluiu a linguagem não verbal (posturas, expressões, entre outros) observados no decorrer do processo. Ao final, foi aplicada uma dinâmica de encerramento intitulada Balão na roda, (Brasil, 2001). Dando seguimento ao evento, foi oferecido um lanche seguido da distribuição de brindes, como forma de agradecimento por elas terem aceitado participar do grupo focal. O material empírico produzido no grupo focal foi transcrito na íntegra para análise.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Neste estudo foram observados os aspectos ético-legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996). Para tanto, foi respeitada a autonomia e a liberdade das informantes em participar ou não da pesquisa, sem prejuízo pessoal. Também foi assegurado a cada adolescente o esclarecimento

necessário quanto aos objetivos e a relevância da pesquisa, destacando a não remuneração ou qualquer ônus por participar da mesma, além de garantir o sigilo e o anonimato das respostas.

Após os devidos esclarecimentos, o(a)s representantes legais das doze adolescentes escolhidas para participar da pesquisa, foram contatados(as) e, uma vez concordando, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B). Embora tenham as adolescentes a vivência da maternidade a pesquisadora optou pela assinatura do(a)s responsáveis por uma questão de prudência, uma vez que a Lei 8069/90 referente ao Estatuto da Criança e do Adolescente/ ECA não trata dessas situações específicas.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sendo aprovado segundo Parecer Nº. 33/08 – Folha de Rosto nº 197730 – Dupla Proteção nas experiências sexuais de mães adolescentes, aprovado na Reunião Plenária do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Enfermagem (CEPEE) - UFBA, realizada em 11 de setembro de 2008, tendo em vista que atendeu as sugestões do relator que o reapresentou à Coordenação do CEPEE (APÊNDICE A)

3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

A análise do material empírico foi realizada por meio de análise interpretativa segundo Triviños (2002). Foi seguida a orientação do autor que recomenda sistematizar os dados qualitativos, conforme roteiro a seguir, utilizado neste estudo:

- 1) Leitura atenta das respostas a cada pergunta formulada;
- 2) Identificação de temas que se aproximem de algum fundamento teórico;
- 3) Listagem e classificação das respostas e segundo os temas identificados;
- 4) Análise preliminar das respostas classificadas no sentido de detectar divergências, conflitos, vazios e pontos coincidentes;
- 5) Elaboração de um esquema de interpretação das categorias empíricas definidas a partir dos aspectos que traduziram as experiências das adolescentes com a gravidez e com a dupla proteção;
- 6) Interpretação e discussão dos dados em articulação com a literatura científica pertinente.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

As sete adolescentes participantes do estudo residiam na periferia de Salvador, região muito populosa, o que já indica comprometimento de informação e acesso ao atendimento na rede pública de saúde na cidade do Salvador.

Das sete participantes do estudo, quatro possuíam o ensino fundamental incompleto e três o ensino médio incompleto. Todas estudavam antes da gravidez, quatro delas interromperam os estudos, as demais continuavam estudando. Quanto à união com seus parceiros, cinco mantinham união estável e duas encontravam-se solteiras. A idade dos parceiros variou de 18 a 27 anos. No que se refere à ocupação, três eram estudantes e as demais realizavam trabalho doméstico no próprio domicílio. A religião do grupo variou, havendo católicas e diferentes correntes do protestantismo. Quanto à renda familiar, três apresentaram renda de um a dois salários mínimos; três, um salário mínimo e apenas uma não declarou a renda. Todas referiram apenas uma gestação, uma aos 14 anos, duas aos 16 anos, uma aos 17 anos e três aos 18 anos. Todas negaram a realização ou tentativa de abortamento e todas afirmaram ter realizado o pré-natal, com um número de consultas que variou de quatro a nove. O pré-natal foi iniciado entre o segundo e o terceiro mês de gestação, tendo todas um filho (a) vivo (a).

Com relação ao uso de contraceptivo, antes da gravidez, duas usavam apenas a pílula; uma usava pílula mais o *condom*; quatro não usavam nenhum contraceptivo. O uso de contraceptivos ocorria de modo irregular. Após a gravidez, injetável trimestral, pílula, *condom* e injetável mensal simultaneamente passaram a ser adotados entre o grupo, de modo intermitente; uma relatou que não conhecia os métodos e não ligava para esse assunto e uma outra afirmou que não gostava. Quando se perguntou sobre a experiência com o uso dos métodos contraceptivos, referiram aumento de peso, relacionamento sexual menos prazeroso, sangramento intermenstrual, náuseas, aumento do fluxo menstrual e dor pélvica. Quanto ao uso do preservativo nas relações sexuais duas informaram o uso antes da gravidez, duas, durante a gravidez; seis, usaram apenas após a gravidez. Relataram ter usado alguma vez ou frequentemente, apenas uma afirmou o uso em todas as relações sexuais.

Quanto à experiência com o uso da camisinha responderam: *diminui o prazer*, uma; *dá mais segurança*, duas; *não muda nada*, duas; *uso frequentemente sem problema*, uma; *é boa porque dá mais segurança*, uma. Perguntadas sobre onde receberam orientação para o uso de contraceptivos e *condom* responderam: na família, na escola, na unidade de saúde e entre amigas. Sobre a dupla proteção: duas tiveram orientação, na família, na escola, na Unidade Básica de Saúde ou entre amigas; cinco afirmaram não ter conhecimento deste método. Apenas uma, respondeu já ter sido acometida por IST, condiloma, tendo realizado tratamento. Referiram também ter recebido apoio durante a gravidez da família, parceiro, vizinho(a)s, amigas e somente uma referiu apoio da escola.

A caracterização das adolescentes que participaram deste estudo ofereceu subsídios para compreender seus depoimentos nas categorias empíricas analisadas a seguir.

4.2 EXPERIÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência exige reestruturação e reajustamento em várias dimensões, havendo não somente alteração da identidade, mas também redefinição de papéis. A jovem adolescente passa a ser vista de forma diferente por si mesma e pela sociedade, ocorrendo processo semelhante com o jovem adolescente, sendo a paternidade considerada como uma etapa do seu desenvolvimento emocional (LIMA *et al.*, 2004).

Para se abordar a questão da gravidez na adolescência, é comum recorrer-se a três qualificativos que remetem às noções de oportunidade, adequação, previsão e desejabilidade do evento: a) gravidez precoce pressupõe uma idade mais adequada para ter filhos, isto é, a existência de um ponto ótimo de maturidade física e psicológica; b) gravidez não-planejada, resultante de um descuido, por omissão, falta de habilidade ou problema no uso de contraceptivos, solicita antevisão do risco associado à vida sexual ativa; e c) gravidez não-desejada, contraria as aspirações à felicidade naquele momento da vida (LIMA *et al.*, 2004).

Dadorian (2000) *apud* Levandowski et al., (2008) afirma que embora para as jovens mães as repercussões sociais do processo gravidez/maternidade sejam consideradas negativas, as vivências pessoais são vistas como gratificantes graças ao aumento da auto-estima, ao amadurecimento pessoal, ao orgulho e à satisfação, o que as conduzem a uma gratificação narcisista e principalmente ao *status* social que a gravidez/maternidade lhes confere.

As adolescentes que participaram deste estudo expressaram em seus depoimentos o impacto que a gravidez provocou na sua vida, tendo em vista, objetivamente, não terem planejado nem desejado a gravidez. O pensamento mágico, *isto não acontecerá comigo*, relacionado a essa fase de transição, que inclui fantasias, distanciamento do mundo concreto e necessidades do prazer imediato, gerando atitudes inconseqüentes, é expresso nas falas de Rebeca e Mila:

Eu quando comecei a ter relações pensava que não ia poder ter filhos, nem ligava para usar nada, coisa de menina, pensava que nunca ia engravidar. Fazia como minha amiga aí “gozava fora” ou jogava fora. Até que uma vez minha menstruação atrasou, tomei um chá aí desceu. Passei a tomar remédio. Pensei que nunca ia engravidar acabei engravidando (Rebeca, 18 anos; gravidez aos 17 anos).

Eu não tinha nenhuma maturidade. Minha mente era de “menininha”. Fazia o que me dava na cabeça, não ouvia o que as pessoas mais velhas me aconselhavam. Queria ter relações com vários homens, “pegar o olho das relações”. Mas isso nunca aconteceu. Minha mãe sempre me dizia que não era assim, se eu pegasse uma barriga ou uma doença não ia saber de quem era (Mila, 19 anos; gravidez aos 18 anos).

Brandão e Heilborn (2006) apontam a desinformação juvenil, as dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos, a pobreza, o esquecimento ou não uso de métodos contraceptivos como aspectos que influenciam a ocorrência da gravidez na adolescência. No tocante ao não uso ou uso irregular de contraceptivos, consideram que a dominação masculina, a ambivalência do desejo de ter filhos, uma gravidez não prevista traduzem as dificuldades das mulheres para acatar as normas contraceptivas. Argumentam, porém que tais fatores só podem ser compreendidos como "momentos de vulnerabilidade" em um contexto social e relacional específico.

Yazlle (2006) acrescenta a esses fatores a baixa auto-estima, a dificuldade escolar, o abuso de álcool e drogas, a comunicação familiar escassa ou inexistente, os conflitos familiares, pai ausente e/ou rejeitador, violência física, psicológica e sexual, rejeição familiar pelo início da atividade sexual.

Por outro lado, a (o) adolescente contemporânea (o) vive sua sexualidade em meio às referências que invadem seu imaginário. Assim, é atriz/ator de um espetáculo cultural, e é continuamente convocada (o) a consumir imagens mais do que refletir e pensar. Nesse contexto, impulsos sociais se revertem em impulsos sexuais e havendo pouco investimento em políticas públicas que a (o)s orientem e preparem para os desafios que envolvem as

transformações em todos os níveis, os (as) adolescentes são surpreendidos (as) pelas conseqüências do que experimentam como prazer (LIMA *et al.*, 2004).

A autora considera ainda que a questão da responsabilidade na vida sexual é um processo crítico na adolescência, pois embora as experiências sejam vividas em contextos sócio-culturais distintos, são sempre acompanhadas de ambigüidades relativas a direitos e deveres. Isso ocorre diante da construção inacabada da identidade acompanhada por mudanças físicas e psicossociais e permeadas por dúvidas e insegurança diante das primeiras experiências sexuais.

Em algumas experiências relatadas, a gravidez esteve relacionada ao uso irregular de contraceptivos ou à falha no uso do *condom* e as adolescentes expressaram seus conflitos e insegurança diante de responsabilidades que precocemente tiveram que assumir.

Isto pode ser confirmado nos depoimentos a seguir:

Eu não pensei. O remédio acabou, tive relação. Tomei a pílula do dia seguinte e não aconteceu nada e sim uma gravidez. Fiquei doida não sabia o que era ter um filho na adolescência. É muita responsabilidade uma gravidez indesejada. Era uma vida que eu não queria naquele momento, mas agora estou levando, estou me dando com isso. Na hora a gente não pensa. A gente fica doida depois tem que tomar alguma coisa, aí vai correndo à farmácia e toma a pílula do dia seguinte, se não resolver toma um chá que desce (Carol, 17 anos; gravidez aos 16 anos).

Eu me protegia aí a camisinha “pocou” e não tomava nenhum remédio. No dia seguinte, falei com o meu parceiro. A minha colega mais experiente que eu me orientou para tomar um chá. Só que a menstruação não desceu (Mila, 19 anos; gravidez aos 18 anos).

Comumente, a gravidez nessa faixa etária é considerada indesejada e esta tem sido responsável pelo aumento do número de abortos no país o que constitui importante fator de morbi-mortalidade. Constitui a sexta causa de óbito nas adolescentes de 15 a 19 anos, ou seja, 4,2 óbitos por 100 mil habitantes, configurando um grave problema de saúde pública. Em 2001, houve no Brasil, 74,5 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos sendo as principais causas, a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis (BRASIL, 2004).

O aborto, realizado em condições inseguras, figura entre as principais causas de morte materna também em outras faixas etárias e é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde (VIEIRA *et al.*, 2006). Considerado um relevante problema de saúde pública no Brasil, o aborto entre adolescentes, ocupa lugar de destaque nas

estatísticas de mortalidade, ocorrendo principalmente nas classes sociais menos favorecidas, o que evidencia as desigualdades sociais brasileiras, já que estas jovens buscam atendimento em hospitais públicos para serem submetidas à curetagem pós-aborto e declaram gravidezes não planejadas (PERES; HEILBORN, 2006).

Muitas vezes as (os) jovens escondem a gravidez dos familiares. Isso pode dificultar o apoio dos pais diante da decisão da mulher ou do casal levando-os assim a buscar recursos em outras instâncias como no grupo de pares cujos relatos sobre as experiências correlatas são bastante significativos para a escolha do aborto clandestino, pondo desta forma em risco a vida da adolescente. Este é um fato que pode comprometer a vida sexual e reprodutiva da população adolescente já que marca o início do aprendizado do exercício da sexualidade (PERES; HEILBORN, 2006).

Moreira (2008) afirma que, na prática clínica, raramente adolescentes mostram-se desinformados (as) sobre opções contraceptivas, porém as relações sexuais são desprotegidas ou o uso dos métodos é inadequado, havendo deficiência dos serviços de saúde para atendimento e acompanhamento de jovens nessa faixa etária. Ressalta-se que as mudanças socioculturais ocorridas na segunda metade do século XX no Brasil, não foram acompanhadas por políticas públicas educacionais e de saúde que possibilitassem às adolescentes experiências sexuais compatíveis com tais mudanças, de modo que,

[...] sem o conhecimento do corpo e de como lidar com suas necessidades e desejos, sem informação adequada e com dificuldade de acesso aos contraceptivos as adolescentes não aderem ao seu uso e quando os utilizam é de forma irregular e muitas vezes, sem acompanhamento pelo serviço de saúde (COELHO *et al.*, 2001, p. 106).

Na atualidade, há uma média para início da atividade sexual de 14,5 anos para os homens e 15,2 anos para as mulheres em população na faixa de 16 a 19 anos. Para a população acima de 40 anos, essa média é de 18,4 anos para homens e 20,6 anos para mulheres (BERQUÓ *apud* MOREIRA, 2008). Essa mudança na iniciação sexual não foi acompanhada pela proteção contra a gravidez indesejada e IST/HIV, na medida em que estudos “realizados na América Latina têm mostrado que menos de 20% dos homens e de 15% das mulheres usam algum método anticoncepcional na primeira relação sexual” (MOREIRA, 2008).

A partir de dados do Ministério da Saúde, Waissman (2006) informa que da população de adolescentes, 49,6 % são do sexo feminino, tendo ocorrido 681.290 partos em jovens entre os 10 e 19 anos no ano 2000, o que representou 27,1% do total de partos.

Ressalta uma maior ocorrência desses partos na faixa etária de 10 a 14 anos, o que representa um aumento de 22% na última década. Daí a importância de uma atenção especial às adolescentes, pois quanto mais jovem a menina engravidar pela primeira vez, maiores são as probabilidades de uma nova gestação ainda na adolescência.

Em relação às iniciativas das adolescentes deste estudo diante de relação sexual desprotegida, falha no uso do *condom* ou atraso menstrual, confirma-se que a gravidez não foi desejada para aquele momento e encaram como um problema a ser resolvido, tentando solucionar com o uso da contracepção de emergência e/ou de chás abortivos. Assim, diante da possibilidade de uma gravidez precoce e/ou indesejada, estas adolescentes assumem atitudes de proteção e/ou de risco buscando inicialmente apoio nas pessoas em que podem confiar comumente amigas que possivelmente, já vivenciaram experiências semelhantes.

Em estudo realizado com alunas universitárias em João Pessoa-PB sobre plantas abortivas foi constatado que o grupo tinha informações sobre uma variedade de plantas, das quais quebra-pedra, espirradeira, boldo, cabacinha e capim santo apresentaram-se como as que têm comprovação científica quanto aos efeitos abortivos. Segundo as autoras, a literatura científica, atribui propriedades teratogênicas a algumas delas e efeitos tóxicos sobre o organismo da mulher inclusive com risco de morte (BAKKE *et al.*, 2008).

No tocante a propriedades teratogênicas, em pesquisa realizada com puérperas que tiveram filha (o)s com malformações congênitas, foi constatado que 16% das mulheres havia ingerido substâncias abortivas no primeiro trimestre de gestação, sobretudo chás medicinais e misoprostol (Cytotec). Dessas, 10,9% tiveram filha(o)s com malformações, enquanto que nas mulheres que não fizeram uso, a incidência foi 3,6%, concluindo-se que o uso de abortivos provoca um percentual significativo de malformações congênitas em bebês nativos. No grupo estudado, predominou mulheres de baixo nível sócio-econômico e de baixa escolaridade (MOREIRA *et al.*, 2001).

Quanto ao Cytotec, seu uso está associado à Síndrome de Moebius, uma doença genética rara não progressiva caracterizada por diplegia oculofacial e anomalias de membros. Está relacionada ainda o uso deste medicamento à ação uterotônica, que provoca alterações na irrigação uterina gerando isquemia com necrose e ocasional calcificação do núcleo do nervo facial (BARBOSA *et al.*, 2005).

Em alguns depoimentos as adolescentes revelaram ter alguma informação sobre a contracepção de emergência. Esta é parte das normas do planejamento familiar e regulamentada pelo MS desde 1996, consistindo na utilização de doses concentradas de

hormônios sintéticos utilizados nos contraceptivos hormonais orais. Recomenda-se o uso após relação sexual desprotegida, devendo ser utilizada antes de a relação sexual completar 72 horas. É um meio legal para proteger as mulheres contra gravidez indesejada, não tem nenhum efeito após a implantação ter se completado, de modo que não interrompe uma gravidez em andamento, prevenindo a gravidez em cerca de três quartos dos casos que, de outra maneira, ocorreriam (BRASIL, 2002).

A probabilidade média de ocorrer gravidez decorrente de uma única relação sexual desprotegida na segunda ou terceira semana do ciclo menstrual é 8%; com a anticoncepção oral de emergência essa taxa cai para 2%. Não é recomendada para uso regular, nem freqüente, somente em situações especiais como estupro, ruptura de preservativo ou diafragma, expulsão do DIU, esquecimento de duas ou mais pílulas anticoncepcionais, relação sexual no período fértil em casais usuários de abstinência periódica. Deve estar disponível na rede pública de saúde (BRASIL, 2002).

O coito interrompido, também informado como prática contraceptiva que culminou em gravidez para algumas adolescentes, constitui um método não recomendado pela alta taxa de falhas. Exige o autocontrole masculino para que retire o pênis da vagina na iminência da ejaculação (BRASIL, 2002), o que nem sempre acontece, havendo possibilidades de espermatozóides serem eliminados e misturarem-se ao líquido lubrificante. Considerando a relevância da contracepção na prevenção da gravidez indesejada, bem como o uso do *condom* como meio de dupla proteção, essa temática torna-se de grande relevância social na atualidade, tendo em vista os altos índices de abortamento que ampliam as estatísticas de mortalidade materna e o aumento da incidência da infecção pelo HIV, que vem afetando diretamente a população de mulheres adolescentes.

4.2.1 A Família como base de sustentação emocional para as filhas adolescentes

A família é considerada núcleo afetivo para os/as adolescentes e base de apoio no tocante à orientação sexual, havendo certa dificuldade por parte da maioria das adolescentes de levar a termo a gravidez sem apoio da mãe e/ou do pai. Esse apoio é extensivo ao cuidado com o bebê, sobretudo o apoio das avós. Essas, muitas vezes experimentam no início

sentimentos como desgosto, rejeição e/ou tristeza, mas no decorrer do tempo acabam aceitando a gravidez e passam a colaborar no cuidado das crianças. As atitudes de rejeição estão comumente relacionadas a valores familiares, mas apesar dos conflitos, é da maior importância a reorganização da família em torno de uma rede de apoio, seja emocional ou financeira para as meninas adolescentes no enfrentamento da gravidez e da maternidade (LEVANDOWSKI *et al.*, 2008).

Os conflitos inicialmente vividos solitariamente pelas participantes desta pesquisa, foram posteriormente reduzidos ao receberem o apoio materno e/ou de outras mulheres do ciclo afetivo:

No meu caso eu não queria a gravidez. Quando a menstruação faltou eu fiquei tomando chá e muita coisa para ver se a menstruação descia. Um dia tomei um chá e a minha mãe que estava desconfiada, me viu vomitar. Resolvi contar que estava desconfiada que estava grávida. Ela falou muita coisa. Não teve outro jeito ela teve que aceitar e pronto (Mila, 19 anos; gravidez aos 18 anos).

O meu caso foi quase igual ao dela. Foi pior porque minha mãe ficou “de mal comigo” por uns tempos. Quando eu contei que estava grávida ela chorou muito, disse que não queria isso para mim. Depois me ajudou a tomar remédio, aí minha avó pediu para deixar de tomar o remédio. Depois minha mãe aceitou e até me ajudou, disse que meu filho era dela também (Gabriele, 17 anos; gravidez aos 16 anos).

Sendo a família base de sustentação e de referência de todo ser humano, é reconhecida como unidade básica do processo de socialização e é através dela que se apreendem os valores morais. Algumas famílias ainda se sentem desrespeitadas quando a vida sexual da filha dá-se fora do casamento, sendo a gravidez a confirmação da transgressão das normas e fonte de constrangimento também para a adolescente. As reações da família são diversas diante da confirmação da gravidez na adolescência e um somatório de sentimentos que envolvem revolta, rejeição, abandono, comumente culmina com a aceitação do inevitável. Nesse processo, podem acontecer pressões para o abortamento ou negociações para decidir quem vai assumir de fato a criança, se são os pais, os avós ou um parente mais próximo (LIMA *et al.*, 2004).

A discussão sobre a gravidez na adolescência remeteu algumas das participantes à experiência da maternidade. Gabriele refere-se às limitações das atividades de lazer próprias da idade ao lado de amadurecimento e melhora do relacionamento mãe-filha, com reconhecimento do apoio e proteção maternos. Para Rosinha, a experiência da maternidade na

adolescência é representada como um obstáculo à continuidade de projetos de vida, conforme lê-se a seguir:

Minha vida mudou bastante. Antes eu morava com os meus pais. Hoje eu não moro mais com eles, não posso estudar, trabalhar, não posso fazer nada, sair com as minhas amigas para curtir, por causa da minha filha. Ela tem um ano e nove meses, não fica com ninguém só comigo. Ainda a amamentando (Rosinha, 19 anos; gravidez aos 18 anos).

Agora estou com outro rapaz e ele disse que o filho é dele também. Ele tem me ajudado muito. Minha vida vai indo. Antes eu gostava de festa, agora eu não posso mais curtir. Aí as coisas foram acontecendo, mudando mais por causa do meu filho. Eu era uma pessoa que respondia a minha mãe de forma errada, porque ela não podia falar nada comigo. Agora sei que ela fala para o meu bem. Antes eu não queria ouvi-la. Depois que o meu filho nasceu passei a ouvir os conselhos dela. Agora meu filho está com sete meses e minha vida mudou através dele (Gabriele, 17 anos; gravidez aos 15 anos).

As experiências de adolescentes com a maternidade variam de acordo com o contexto social, econômico, familiar e o perfil psicológico de cada uma. Muitas jovens ao assumirem o papel materno direcionam sua vida para o cuidado do(a) filho(a), adquirindo a consciência da responsabilidade materna, enquanto outras vêem a maternidade de forma negativa. Todavia, quando vivenciam experiência difícil e solitária, há ressentimento pela perda dos prazeres e liberdade da juventude (LEVANDOWSKI *et al.*, 2008).

A gestação na adolescência é, de modo geral, enfrentada com dificuldade porque a gravidez nessas condições significa uma rápida passagem da situação de filha para mãe, onde a grande maioria é despreparada física, psicológica, social e economicamente para exercer o novo papel materno, o que compromete as condições para assumi-lo adequadamente e, associado à repressão familiar, contribui para que muitas saiam de casa e abandonem os estudos. Sem contar com as que são abandonadas pelo parceiro, muitas vezes também adolescente (LIMA *et al.*, 2004).

Para Pantoja (2003), a experiência da gravidez/maternidade conduz a dimensões complexas, o que remete tanto à mudança de *status*, quanto à reafirmação de projetos de mobilidade social nas adolescentes. Muitas consideram a gravidez como forma de ingresso na vida adulta, auto-afirmação, reconhecimento e aceitação como mulher pelos familiares, amigas e parceiro. A autora destaca que é fundamentalmente a gravidez/maternidade que propicia a reafirmação dos projetos de ascensão social, atualizando-se no esforço despendido por elas e pela família no sentido da continuidade dos estudos.

Embora não tenha sido relatado pelas adolescentes entrevistadas, é válido considerar que as relações amorosas homem/mulher na atualidade ainda se dão majoritariamente sob o poder masculino. A imaturidade da menina adolescente e a insistência do parceiro são apontados por Pantoja (2003) como fatores que marcam a prática da relação sexual desprotegida, muito comum nessa fase da vida, o que demonstra a hierarquia de gênero na qual se espera da mulher um comportamento passivo e do homem um comportamento ativo. Diante da possibilidade da gravidez muitas expectativas são geradas, onde é possível perceber inicialmente afastamento da adolescente do convívio social, seguido da aproximação de outras meninas que vivenciaram experiência semelhante e principalmente do apoio materno.

Para Dias e Aquino (2006), concentrando-se na mulher as responsabilidades dos cuidados dispensados aos filhos (as), muitas vezes, no universo das famílias são criadas redes de apoio feminino para cuidar das crianças. Neste estudo, embora o parceiro possa ser citado, as adolescentes não se referem a esse como sujeito do processo que vivenciaram como grávidas. A gestação é expressa como vivência das adolescentes, numa demonstração que, a exemplo do que vem se reproduzindo historicamente as mulheres assumem solitariamente a responsabilidade pela concepção/contracepção, enquanto os homens são excluídos ou pelo menos têm retardada a assunção de responsabilidades.

A literatura sobre a gravidez na adolescência na sua maioria, não contempla os rapazes como atores diretamente envolvidos no processo mesmo sabendo-se que o fenômeno exige o envolvimento entre parceiros. Muitas vezes a gravidez é resultado de uma relação eventual, ficando as principais decisões sob a responsabilidade das meninas assim como o cuidado dos(as) filhas. No Brasil, alguns estudos nessa área têm como objeto de investigação a população de adolescentes grávidas, poucos enfocam a participação masculina e o contexto familiar em que estes jovens estão envolvidos. A situação de parentalidade na adolescência revela uma diversidade de razões, causas, motivações e perfis desses sujeitos, retratando uma peculiar heterogeneidade, (DIAS e AQUINO, 2006).

A complexidade que envolve os fenômenos da gravidez e maternidade na adolescência exige que faça parte da vida dessas jovens mães uma rede de apoio incluindo-se profissionais que promovam intervenções no sentido de facilitar o alcance de seus objetivos pessoais. Na medida em que elas encontram suporte social e emocional vão construindo as condições necessárias para enfrentar as demandas do processo, prevenindo-se assim, problemas psicossociais para elas, sua criança e sua família. Comumente culmina com uma avaliação positiva da maternidade (LEVANDOWSKI *et al.*, 2008).

Diante do que foi constatado neste estudo, urge a necessidade de,

[...] reorganização de serviços em uma perspectiva de acolhimento das demandas específicas desta população, de forma que o acesso às ações, aos serviços e aos insumos de saúde seja garantido sem as limitações atualmente impostas, o que requer uma reflexão sobre o papel dos diversos atores envolvidos no atendimento desta população no setor Saúde e nos demais setores que desenvolvem políticas de atenção à juventude (BRASIL, 2006, p.10).

Ao contrário, a gravidez na adolescência, quando indesejada, manter-se-á na vida de muitas jovens sem que essas tenham a oportunidade de se preparar para a transição de papéis e para a maternidade. Vulneráveis a problemas que afetam as relações familiares e a saúde física e emocional todas as participantes do estudo, sem êxito diante das iniciativas individuais foram vencidas pelas dificuldades para conseguir não engravidar ou interromper a gravidez. Essas situações lhes fragilizaram emocionalmente, embora a maternidade possa ser vivida como experiência de amadurecimento e reorganização das relações afetivas.

Na prática, seus discursos expressam um contexto de vida com oportunidades limitadas, incluindo-se o distanciamento e a desproteção da rede de educação e de saúde às jovens que vivenciam a singularidade dessa fase do ciclo vital.

4.3 VULNERABILIDADE *VERSUS* DUPLA PROTEÇÃO NAS EXPERIÊNCIAS SEXUAIS DAS ADOLESCENTES

O termo vulnerabilidade tem sua origem na área dos Direitos Humanos. Envolve grupos ou indivíduos fragilizados jurídica ou politicamente na promoção, proteção ou garantia dos seus direitos de cidadania. Passou a ser reconhecido no campo da saúde, com a publicação do livro *Aids in the World*, 1992, nos Estados Unidos, sendo o conceito utilizado a partir da luta frente à epidemia da AIDS e do movimento pelos Direitos Humanos (BARBOSA; PARKER, 1999 *apud* AYRES, 1999).

Vulnerabilidade supera a noção de risco ao compreender-se que a infecção pelo HIV está relacionada com uma complexa interação de fatores, especialmente de ordem social não sendo, portanto resultante de comportamentos individuais desviantes do padrão socialmente estabelecido. É definida por Ayres (2004, p. 2), como “o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior exposição de indivíduos e populações à infecção pelo HIV e,

de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se protegerem de ambos”.

Para Sánchez e Bertolozzi (2007) conceituar vulnerabilidade é um convite a uma reciclagem nas práticas da saúde, avaliando-as crítica e dinamicamente para tentar promover mudanças culturais, cognitivas e tecnológicas que produzam impacto nos perfis epidemiológicos. Na atualidade, a concepção de vulnerabilidade apóia-se em três dimensões interdependentes: individual, social e programática, apresentadas por Mann & cols (1992) *apud* Ayres (1996).

A vulnerabilidade individual parte do pressuposto que todas as pessoas são em maior ou menor grau vulneráveis a algum agravo à saúde o que varia de acordo com o contexto ambiental, social e cultural e com os recursos para obter meios de proteção. Envolve aspectos cognitivos, comportamentais e sociais, relacionando-se com o grau e a qualidade das informações; a capacidade de incorporação das informações; o poder de transformação da informação em atitudes e práticas preventivas para determinado problema (AYRES, 1996).

A vulnerabilidade social diz respeito à avaliação de coletividades e para tanto envolve aspectos que permitem compreender comportamentos e práticas que se relacionam à exposição das pessoas à infecção: referências culturais, estrutura jurídico-política, relações de gênero, de raça/etnia e gerações; atitudes diante da sexualidade; normas e crenças religiosas; acesso a emprego, salários, saúde, educação, justiça, cultura, lazer, esporte, meios de comunicação; liberdade de pensamento e expressão, participação política, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, disponibilidade de recursos materiais para facilitar o acesso às oportunidades sociais (AYRES, 1996).

A vulnerabilidade institucional ou programática faz um elo entre os componentes individual e social. Diz respeito a “[...] programas voltados especificamente para a prevenção, controle e assistência em Aids que podem ser avaliados em qualquer alcance em que se baseie seu planejamento e execução – nacional, regional ou local - e qualquer que seja seu executor (...) é um caminho concreto de construção do empoderamento” (AYRES *et al.*, 1999).

Meyer *et al.*, (2006) acrescentam que esta dimensão permite acompanhar o compromisso na aplicação dos recursos, o gerenciamento e o controle das políticas públicas voltadas para a prevenção de agravos e a promoção da saúde.

Na adolescência, alguns fatores podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade: falta de informações; modo de veiculação das informações; mitos e crenças em relação à sexualidade; fatores culturais associados à construção da sexualidade e relações de poder

(AYRES *et al.*, 1999). Luz e Silva (1999, p. 95) *apud* Melo (2001) compartilham dessa idéia e citam entre os fatores, condições de vida e de saúde; acesso ou não à informação; questões de gênero; escassez de serviços de saúde voltados para adolescentes entre outros.

Diante da problemática relacionada à vulnerabilidade, emerge a dupla proteção, direcionada a prevenir as IST/ HIV e a gravidez não planejada. Assim, pode ser utilizada como método contraceptivo e ao mesmo tempo como proteção às IST/HIV. É eficaz em qualquer faixa etária, sendo dado grande enfoque na adolescência, tendo em vista às especificidades da sexualidade nessa fase.

No sexo feminino, as desigualdades de gênero e a conformação anatômica do aparelho reprodutor acentuam a vulnerabilidade (DIAZ; DIAZ, 1999). A superfície vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa e o sêmen apresenta maior concentração de HIV do que o líquido vaginal. As IST são freqüentemente assintomáticas e a mucosa vaginal é frágil, principalmente em mulheres mais jovens. Desse modo, as mulheres são mais vulneráveis às IST por características biológicas e sociais (SILVEIRA *et al.*, 2002).

Diaz e Diaz (1999) explicam que a dupla proteção pode ser feita de duas maneiras:

- a) “Uso concomitante de um método contraceptivo que pode ser a pílula, o injetável ou o Dispositivo Intra Uterino – DIU com o preservativo masculino ou feminino em todas as relações”;
- b) “Uso apenas do preservativo masculino ou feminino, utilizando o recurso da contracepção de emergência em caso do rompimento do preservativo, erro na colocação ou por esquecimento”.

Neste estudo, os depoimentos das adolescentes que vivenciaram a maternidade, revelaram experiências sexuais em situações de vulnerabilidade às IST/HIV/gravidez, havendo sobreposição da importância da prevenção da gravidez em relação à exposição às IST/HIV. Isto porque a gravidez traduz-se em algo concreto na forma de um novo ser que se insere na vida da adolescente, da família e do parceiro, exigindo responsabilidades e trazendo conseqüências imediatas para as relações. Assim, lê-se nos depoimentos:

Meu parceiro não gosta de usar a camisinha. Na hora “H” ele goza fora e eu faço xixi logo após a relação, não engravido. Não tomo nada para me prevenir. Não uso nada. Não gosto de tomar injeção de 3 meses pois eu engordei fiquei igual a uma baleia, a pílula eu esqueço de tomar. Tenho medo de pegar doença ou de engravidar de novo. Mas eu não gosto de tomar anticoncepcional. Sempre vou à ginecologista e faço o preventivo....

Antes nunca passou pela minha cabeça esse negócio de doença (Rosinha, 19 a, gravidez aos 18 anos).

A fala de Rosinha gerou discussão no grupo sobre dupla proteção, fazendo com que reconhecessem mitos e crenças sobre a concepção/contracepção, bem como facilitou o olhar para o modo como se previnem do HIV identificando situações de vulnerabilidade. Rebeca, que tem parceiro atualmente, informa o não uso da camisinha e diante das discussões no grupo afirma:

A história de Mariana (situação-problema usada no grupo focal) fez com que eu pensasse na minha. Me ajudou a mudar a maneira de pensar. Se eu arrumar outro parceiro, ele vai ter que usar a camisinha. Aprendi muito aqui hoje. Meu parceiro sai com os amigos. Se ele não usa camisinha comigo pode não querer usar com as outras também. Eu me cuido, faço meu preventivo uma vez por ano e peço a Deus para não pegar doença. Vou fazer igual a ela ali, se não usar a camisinha eu não dou (Rebeca, 18 anos, gravidez aos 17 anos).

Na tentativa de sentir-se protegida, afirma que se dirige ao seu parceiro e em tom de ameaça afirma:

Cuidado! Pegue suas “Mulheres barreadas”, cheias de doenças, mas use a camisinha. Essas mulheres pegam tudo, se vendem por um copo de cerveja (Rebeca, 18 anos, gravidez aos 17 anos).

Sua fala é complementada por Gabriele:

Eu também não confio no meu parceiro, pois ele já me traiu uma vez. Mesmo que ele use a camisinha eu vou tomar a injeção e fazer o preventivo, pois nunca fiz. Vou me matricular no Planejamento Familiar (Gabriele, 17 anos, gravidez aos 16 anos).

Rosinha, que já havia informado não fazer uso da camisinha, afirma:

No meu caso é diferente. Hoje eu tenho meu esposo, se eu me separar dele não vou ficar sozinha porque eu não sou nada sem homem. Sei que vacilei por não ter tomado o remédio. Se eu arranjar um namorado novo, vou tomar o remédio e ele vai ter que usar a camisinha, porque só com remédio não protege a gente de pegar uma doença e a gente nunca sabe se o cara está só com a gente. Ele pode arranjar uma mulher e trazer uma doença de

lá para cá. No começo tudo são flores, depois muda tudo (Rosinha, 19 anos, gravidez aos 18 anos).

Embora se mostrem receosas pelo comportamento do parceiro, as adolescentes, em certa medida, admitem os relacionamentos deles com outras mulheres e Rebeca sente-se protegida, se o parceiro usar a camisinha nessas relações. Sabendo-se que o *condom* não oferece 100% de proteção, seu uso deve ocorrer em todas as situações independentemente do tipo de vínculo que se apresente na relação. Todavia, “o uso da camisinha ainda acompanha uma classificação moral do universo de parceiras, dividindo-as entre mulheres ‘da rua’ e ‘da casa’ “ (CABRAL 2003). Pela fala de Gabriele, vê-se que embora esse seja um discurso do universo masculino, é também incorporado pelas mulheres.

Na atualidade, os papéis de gênero ainda presentes na socialização de meninas e meninos mantêm-se determinando relações afetivas e sexuais em que a mulher, assume o papel de passividade na relação, submetendo-se às vontades do parceiro. Além disso, paixão, amor e sexualidade andam juntos, gerando relacionamentos em que a percepção da vulnerabilidade é obscurecida pela confiança, trazendo a fantasia da imunidade, sobretudo entre mulheres com relacionamentos estáveis ou casadas (CARNEIRO, 2007).

Em pesquisa realizada por Galvão *et al.*, (2004) com mulheres HIV positivas foi constatada uma maior concentração de medidas inadequadas contra a reinfeção e a gravidez no grupo de mulheres casadas, sendo atribuída às dificuldades de negociar medidas de proteção por viverem relacionamentos mais estáveis e com parceiro fixo.

A literatura específica, sinaliza importantes lacunas em relação ao conhecimento sobre HIV e Aids, indicando que aumentar o nível de informação sobre o HIV, as vias de transmissão e, somente o uso de preservativo não assegura a mudança das práticas sexuais nem a redução da vulnerabilidade. Devem ser contempladas pelos programas de saúde, as desigualdades de gênero, com discussão das dinâmicas dos relacionamentos e do significado do sexo com proteção no contexto afetivo, visando à adoção de comportamentos mais saudáveis e seguros quanto ao exercício da sexualidade (ANTUNES *et al.*, 2002).

As falas a seguir, apontam para a dupla proteção na situação de vida atual e revelam familiarização com o uso da camisinha:

Eu me protejo lavando o pinto bem lavado e as partes também para não ficar doente e ... (pausa) uso a camisinha também (Rebeca, 18 anos, gravidez aos 17 anos).

Eu me protejo indo ao médico, usando remédio e a camisinha para não engravidar e não pegar doenças. Tanto eu como meu marido aceitamos bem a camisinha a chamamos até de gordurinha (risos). Nós nos damos muito bem. Nós entendemos que não é o momento de ter outro filho, não queremos outra gravidez tão indesejada embora tenhamos aceitado bem a outra. Ele tinha 17 anos e eu 16 anos. Hoje além da camisinha eu uso também a injeção, tenho medo da camisinha estourar (Carol, 17 anos, gravidez aos 16 anos).

Segura, segura, não me sinto com camisinha. Mas já tem 7 meses que eu estou usando e não peguei gravidez nem nenhuma doença (Gabriele, 17 anos, gravidez aos 16 anos).

Usamos a camisinha em todas as relações sexuais. Antes eu pegava no posto de saúde eram mais seguras. Já aconteceu de estourar por três vezes dentro de mim. Ele ficou com medo. Eu tomei remédio de evitar, aí a menstruação desceu. Ele prefere comprar na farmácia (Juju, 15 anos, gravidez aos 14 anos).

Eu mesmo não confio no meu parceiro, por isso negocio o uso da camisinha (Mila, 19 anos, gravidez aos 18 anos).

No começo ele também não usava a camisinha. Aí eu conversei com ele disse que tinha que usar porque não queria outro filho. Usei a injeção de três meses, mas não me dei bem. No momento não uso remédio e ele aceitou usar a camisinha ele também não quer filho agora. Ele é mais velho do que eu. Eu tenho 17 anos e ele tem 27 anos. Quando meu filho estiver com 4 anos podemos pensar em ter outro filho (Carol, 17 anos, gravidez aos 16 anos).

Nesses depoimentos, constata-se que as adolescentes vivenciam insegurança e sentem medo que uma nova gravidez aconteça. Vê-se também que a experiência da gravidez em momento inoportuno traz como possibilidade o despertar para adoção de medidas protetoras contra nova gravidez.

As IST/HIV por sua vez, não sendo identificadas como um problema de saúde vivenciado faz com que o uso do *condom* seja referido mais como método contraceptivo de uso isolado ou complementar do que direcionado à dupla proteção, embora a negociação do uso da camisinha já faça parte das experiências sexuais.

A adolescência é considerada a fase da vida mais vulnerável, considerando-se a imaturidade emocional, já que esta população traz consigo o luto infantil somado ao aparecimento dos novos caracteres físicos e a explosão dos hormônios que pode conduzir o

indivíduo a uma série de questionamentos e conseqüentemente a atitudes não muito saudáveis (PEREIRA *et al.*, 2005).

A vulnerabilidade na adolescência talvez esteja associada não só a imaturidade emocional, mas a um leque de ofertas de novidades que se traduzem em desafios, para a população adolescente onde a vontade de experimentar o novo é maior que o perigo possa representar para eles(as). Como por exemplos; o uso da droga, praticar o sexo de forma desprotegida, etc.

Por outro lado, vivemos um momento sócio-cultural de erotização do corpo sob pressão constante da mídia que acaba por expor adolescentes à gravidez e ao HIV, uma vez que o suporte social que os levem a adotar medidas protetoras é frágil. Paradoxalmente, são considerados protagonistas do exercício da sexualidade irresponsável que pode conduzi-los a gravidezes precoces e ao mesmo tempo ser responsabilizados pela disseminação das IST/HIV (LOURENÇO, 2006).

Em pesquisa realizada com jovens de duas grandes metrópoles sobre gravidez na adolescência e vulnerabilidade social, concluiu-se que condições concretas de vida relacionadas não somente à situação sócio-econômica da família de origem, mas apoio afetivo e estímulo com respeito à escolaridade, mercado de trabalho e perspectiva de futuro estão relacionadas à gravidez nesse grupo etário acentuando a vulnerabilidade social, de modo que se estabelece uma interação negativa entre gravidez adolescente e vulnerabilidade social (MELO, 2001).

Em outro estudo sobre a vulnerabilidade e os riscos dos adolescentes no Ceará em meio as DST/HIV/AIDS, Torres *et al.*, (2008) levantaram questões relacionadas ao modo de vida, estudo, trabalho, apoio familiar, relacionamento com familiares e projetos de vida. Concluíram estar havendo um déficit de diálogo reflexivo com o(a)s adolescentes nos diferentes espaços o que associado à submissão feminina, culturalmente incorporada e socialmente legitimada amplia a vulnerabilidade desse grupo populacional.

Para Ayres (1996) as infecções sexualmente transmissíveis (IST) se situam entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. No âmbito destas doenças tão importante quanto conhecer a etiologia é compreender os padrões comportamentais individuais e coletivos e o macro ambiente sociocultural. Na adolescência, em particular, são considerados como dados relevantes: idade da primeira relação sexual, número e escolha de parceiros, padrões de comportamento, uso ou não de drogas, nestas incluído o uso do álcool; o uso de contraceptivos e de preservativos.

Considerando que essa problemática mantém-se nos dias atuais, Brady (2006) ressalta que as IST além de interferir social e economicamente na saúde da população, o fato de os sintomas poderem aparecer tardiamente, retardando o tratamento, tornam-se responsáveis por complicações sérias como câncer cervical, gravidez ectópica, septicemia e infertilidade, tendo em vista lesões e seqüelas das IST no trato genital. Assim, as mulheres ao utilizar o preservativo ou este associado a outro método contraceptivo, estão de fato, realizando não somente a dupla, mas a tripla proteção. Quanto à infertilidade esta constitui um assunto que interessa a homens e mulheres, devendo ser reconhecida sua importância nos serviços de planejamento familiar das unidades básicas de saúde.

Adolescentes devem ser orientadas a proteger-se da gravidez precoce e das IST/HIV, assim como receber informações sobre a fertilidade e a infertilidade, principalmente as mais jovens, pois a impossibilidade de ser mãe pode tornar-se gerador de sofrimento futuro. Segundo estimativas, entre 8 e 12% dos casais já vivenciaram algum tipo de infertilidade e a sua prevalência vem aumentando em alguns países devido à crescente incidência de IST não tratadas, bem como às infecções causadas pelo aborto inseguro e por práticas obstétricas inadequadas. Tem se constituído em países africanos, elemento que distancia as mulheres do uso de contraceptivos por associarem a infertilidade a um efeito colateral do seu uso. Assim, orientações adequadas nesse campo tornam-se facilitadoras da prática da dupla proteção (BRADY, 2006).

Chacko *et al.*, (2007), realizaram um estudo de natureza qualitativa no distrito de Kabarole no oeste de Uganda na África com o objetivo de detectar o conhecimento e a percepção de adolescentes sobre as IST e a gravidez. Foi utilizado como recurso metodológico, o grupo focal em número de oito, num total de 38 adolescentes do sexo feminino e 32 do sexo masculino, todos estudantes do ensino médio de escolas diferentes.

Os resultados mostraram que as informações sobre os métodos contraceptivos não são seguras e existem falhas no conhecimento e compreensão da dupla proteção; a fertilidade é alta e as meninas planejavam ter uma criança mesmo diante do HIV positivo. Talvez a razão do (a)s estudantes não compreenderem a interligação das IST e gravidez, concentre-se na falta de integração dos programas de saúde e de educação existentes naquele país.

Em algumas cidades da África, a gravidez na adolescência e infecção pelo HIV apresenta números muito altos. Entre adolescentes do sexo feminino com idade entre 15 a 19 anos, a taxa de infecção pelo HIV é de duas a oito vezes maior que entre os rapazes da mesma faixa etária, o que expressa o desequilíbrio de poder entre homens e mulheres (BRADY, 2006).

Nos Estados Unidos, existem serviços voltados para a saúde da população adolescente, que incluem o planejamento familiar e as infecções sexualmente transmissíveis, integrando escola, comunidade e clínicas específicas com equipe multidisciplinar. Assim, adolescentes adquirem conhecimento a respeito não somente da dupla proteção e aprendem a ter responsabilidade sobre a promoção, a prevenção e a garantia da saúde, sendo tais constatações feitas por Bearinger e Resnickt (2003) em estudo intitulado: *O uso da dupla proteção em adolescentes*. As autoras destacaram a importância desta na prevenção das IST e da gravidez e defendem sua inclusão nos serviços de planejamento familiar.

Apesar dos investimentos na saúde, os (as) adolescentes apresentam maior risco de contrair uma IST que os adultos. Nos Estados Unidos, há uma estimativa de 15 milhões de novos casos de IST anualmente, deste total $\frac{1}{4}$ corresponde à população adolescente, cujas patologias mais comuns são: herpes genital, papiloma vírus humano (HPV), tricomoníase e vaginose bacteriana, tendo a clamídia índice alto entre adolescentes de 15 a 19 anos. Talvez isto decorra de fatores socioeconômicos onde as comunidades possuem recursos diferenciados e acesso restrito a serviços de qualidade voltados para esta população (BEARINGER; RESNICK, 2003).

Outra pesquisa realizada na Carolina do Norte nos Estados Unidos, em 2002, que teve como objetivo identificar qual o melhor método contraceptivo para prevenir as IST e a gravidez, concluiu que para combater a epidemia mundial desses eventos, o ideal é o uso da dupla proteção. Foram identificados a esterilização (laqueadura tubária e a vasectomia), os contraceptivos hormonais e o dispositivo intra-uterino (DIU) como aqueles que conferem proteção apenas para a gravidez. Dentre os métodos de barreira, foi destacado, especificamente o *condom*, cujo uso reduz os riscos das IST e das altas taxas de gravidez, muito mais que outros contraceptivos, conferindo desta forma a dupla proteção aos usuários desse método (CATES; STEINER, 2002).

Somam-se a essas a pesquisa realizada por Parkes *et al.*, (2007) sobre método contraceptivo na primeira relação sexual e nas subseqüentes, em escolas do ensino médio nos Estados Unidos, com adolescentes de 16 anos. Os autores concluíram que as jovens que utilizaram o contraceptivo oral para resolver problemas do ciclo menstrual, adolescentes podem ter adquirido conhecimento sobre o uso correto desse método como contraceptivo. Também relatam ser o *condom* mais fácil de ser usado pelos adolescentes na primeira relação sexual do que o contraceptivo oral e advertem para a importância do uso do *condom* como dupla proteção, para a prevenção das IST e da gravidez.

Todavia, a vulnerabilidade da (o)s adolescentes não se restringe à gravidez e IST/HIV. Esse grupo populacional está exposto a mortes por causas externas (acidentes de transporte, suicídios, agressões e homicídios), alto índice de desemprego, evasão escolar e o envolvimento com drogas. As classes menos favorecidas se constituem no alvo da falta de atenção à sua condição, cujo contexto social as expõe à vulnerabilidade social (AYRES, 1996).

Ressalta-se que, no tocante ao HIV questões de gênero são determinantes de maior vulnerabilidade, uma vez que ainda se mantém a submissão feminina, o que acentua as dificuldades de negociação para o uso do preservativo, aumentando desta forma o risco para ambos. Assim, a negociação não é tarefa fácil, mas algo possível e no caso deste estudo, embora a dupla proteção não esteja incorporada como tal, a postura das adolescentes durante a discussão em grupo aponta na direção de assumirem posição de algum poder de decisão no relacionamento sexual.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As adolescentes que participaram deste estudo vivenciaram uma gravidez não planejada associada ao não uso ou uso irregular de contraceptivo, sendo caracterizadas por todas como indesejada para aquele momento da vida. Algumas, sob o pensamento mágico, *isto não acontecerá comigo*, e, posteriormente sob as preocupações resultantes do sexo sem proteção adequada, recorreram ao apoio de amigas para orientação. Na tentativa de livrar-se da possibilidade da gravidez ou diante da confirmação desta, representada como um problema, as adolescentes adotaram medidas que protegiam a saúde ou que ofereciam riscos, representadas pela contracepção de emergência e por chás abortivos, respectivamente.

Uma vez não obtendo êxito nas tentativas de interromper o processo, sentiram-se obrigadas a compartilhar com as mulheres do ciclo familiar, sobretudo com a mãe que depois de serem repreendidas, obtiveram apoio da mesma. Os parceiros, embora citados por algumas, em nenhum momento, pareciam terem se tornado sujeitos na trama inicial em que conflitos, dúvidas e tomada de decisões sobrecarregaram emocionalmente as adolescentes.

Superada a fase inicial de maiores conflitos, a maternidade é referida tanto como obstáculo às oportunidades sociais próprias da adolescência, como lazer, escola, trabalho, quanto como espaço de amadurecimento e reorganização de relações afetivas, sobretudo pelo

reconhecimento do apoio e proteção maternos. Fragilizadas, aos poucos vão se recompondo e construindo estratégias para lidar com a situação nova, muitas vezes sem tempo de percorrer o caminho da transição de filha para mãe.

Constatamos também que as adolescentes que participaram deste estudo vivenciavam a sexualidade em situação de vulnerabilidade e, embora tenham reconhecido a exposição ao HIV, esta é subestimada, de modo que a prevenção de nova gravidez é o que definiu suas iniciativas de proteção. Para evitar uma gravidez não desejada recorrem a mitos e crenças, tais como “lavar as partes” e “fazer xixi” após a relação sexual, bem como adotam o uso de contraceptivos hormonais e do preservativo masculino, ambos de modo isolado ou complementar. Portanto, algumas exercitavam a dupla proteção, ainda que objetivamente não tivessem conhecimento sobre esta até a realização da pesquisa que proporcionou discussão em grupo focal.

O exame de Papanicolau também foi citado como estratégia de confirmação da ausência de doenças e assim, embora este seja uma ação necessária à saúde, a prevenção da infecção pelo HIV é reduzida a medidas que distanciam as adolescentes do reconhecimento de que vivem em risco eminente de contaminação. A exemplo do que acontece com a população em geral, a testagem anti- HIV não parece ser parte do universo em que essas adolescentes se inseriram a partir das experiências sexuais. Uma vez tendo culminado em gravidez entendemos que a realização sistemática na rede pública da sorologia no pré-natal e/ou do teste rápido em maternidades tenha dado a essas adolescentes a oportunidade de verificar a não contaminação naquele momento de seu ciclo vital.

Diante dos resultados do estudo, vê-se que a gravidez e a maternidade como fatos concretos, mobilizaram as adolescentes de modo particular e diferenciado para a proteção contra nova gravidez, mas o contato com essa realidade necessariamente não abre caminhos para compreender que uma relação sexual sem proteção as expõe também ao HIV. Os números preocupantes de contaminações pelo vírus da Aids na adolescência, registrados na literatura, dão suporte a tal constatação.

Por não incorporarem as informações para proteção contra o HIV, por vivenciarem relacionamentos em que o homem é também resistente a tais medidas e que igualmente não se sente vulnerável, ditando as regras da relação, a experimentação de fatos reais constitui o fator que mais mobiliza estratégias de proteção, embora as jovens mães deste estudo ora se aproximem e ora se distanciem do reconhecimento de sua vulnerabilidade. Isso é preocupante porque ao lado do pouco investimento nesse grupo populacional, no que diz respeito à

implementação de políticas públicas tanto educacionais como de saúde, sua caracterização como grupo socialmente desprivilegiado dificulta o acesso a oportunidades sociais.

Extrapolando o que foi investigado no estudo, é possível afirmar que comumente, caminham juntas dificuldades familiares de reconhecimento dessa problemática e a família investe, sobretudo, na construção de estratégias para atendimento das novas demandas que surgem com a chegada de novo membro, a criança e da filha que se tornou mãe. Comumente, os relacionamentos são pouco duradouros, nessas situações, assim, os parceiros, embora possam se manter ao lado da adolescente, tendem a ser transitórios, tanto quanto são também adolescentes, pelas especificidades da idade, como quando se encontram em outras faixas etárias, sendo as experiências continuadas em um mundo feminino.

Embora algumas adolescentes, em seus depoimentos, apresentem posturas que demonstrem negociação da camisinha com aceitação dos parceiros e outras apontem na direção de construir algum poder no relacionamento sexual, sabemos que em cada novo relacionamento novos desafios se apresentarão. Diante das adversidades sociais, econômicas e culturais que limitam as oportunidades, as adolescentes mantêm-se a mercê de uma realidade que as submete a sistemas opressores, fazendo com que a experimentação sexual aconteça sem a garantia da proteção contra a gravidez não planejada, as IST/HIV e o poder masculino.

É necessário, portanto incorporar a importância da dupla proteção e reconhecer a vulnerabilidade a que todas estão expostas com possibilidades concretas de serem afetadas por problemas inerentes a esta situação. Tal mudança requer também a socialização da dupla proteção nos espaços em que a (o)s jovens transitam, sendo assim necessário que as instituições sociais que formam opiniões e visões de mundo determinando atitudes e comportamentos diante da realidade assumam esse compromisso pela saúde da(o)s adolescentes. É preciso não somente ampliar o acesso a informações e serviços, mas desenvolver processos educativos de modo contextualizado com ênfase na promoção da saúde envolvendo a família, a escola e o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. C.; PERES, C. A.; PAIVA, V.; STALL, R.; HEARST, N. Diferenças na prevenção de aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.4, supl. São Paulo, ago.2002. Disponível em : <http://www.scielo.org>. Acesso em 20/10/2004.

AYRES, J. R. C. M. **HIV/AIDS/DST e abuso de drogas entre adolescentes: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. São Paulo: Casa de Edição. 1996.

_____. **Risco e vulnerabilidade do adolescente para o HIV/Aids**, 2004. Disponível em: [http://www.imediata.com/infoaids/tubos de ensaio/vulnerabilidade.ppt#275](http://www.imediata.com/infoaids/tubos%20de%20ensaio/vulnerabilidade.ppt#275), 17, Colaboradores. Acesso em: 15/07/2005.

AYRES, J. R. C. M; FRANÇA Jr., I; CALAZANS, G; SALLETI, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, M. R.; PARKER, R., (Orgs.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo; Ed. 34, 1999. p. 50-71.

BAKKE, L. A.; LEITE, R. S.; MARQUES, M. F. L; BATISTA, L. M. Estudo comparativo sobre o conhecimento do uso de plantas abortivas entre alunas da área de saúde e da área de humanas da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 1, p.24-31, 2008.

BARBOSA, R. C.; NOGUEIRA, M. B.; GIACHETI, C. M. Síndrome de Moebius relacionada ao uso do misoprostol (cytotec®) como abortivo. (3). **Revista Brasileira Promoção da Saúde**, v. 18, n. 3, p.140-144, 2005. .

BEARINGER, L. H; RESNICK, M. D. Dual method use in adolescents: a review and framework for research on use of STD and pregnancy protection. **Journal Adolesc. Health**, Minneapolis, Minnesota, USA (L.H.B.).v.32, p. 340-342 2003

BERER, M. Dual protection: making sex safer for women. Beyond Acceptability. Users' Perspectives on Contraception. London: **Reproductive Health Matters for WHO**, 2007. Acesso em www.who.int/reproductive-health/publications em 13 de junho de 2008.

BRADY, M. Evitar infecções sexualmente transmissíveis, a gravidez indesejada e proteger a fertilidade: a necessidade de tripla proteção das mulheres jovens. **Questões de Saúde Reprodutiva**. Nova Iorque, EUA, v.1, n. 1, p. 50-8, 2006.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2006, v. 22, n. 7, p. 1421-30.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº. 196/96**. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília, v.4, n.2 p. 15-25, 1996. (Suplemento).

_____. **Projeto Adolescer**. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). Adolescer: compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEN, 2001.

_____. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher – 4 ed.. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Números mostram mudanças no quadro da AIDS no Brasil**. 2006. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/> Acesso em: 11 maio, 2006.

_____. **Boletim epidemiológico AIDS/DST, 2006a**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/> Acesso em: 11 maio, 2006.

_____. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV 2005/2006. **Jornal Brasileiro da AIDS**, v.7, p.1-80, ago 2006b. (Ed. Especial).

_____. Fundação Oswaldo Cruz. Feminização e pauperização, os desafios da prevenção; 6º Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS. **Revista RADIS**. n.53, p.22-5, jan. 2007.

CABRAL, M. G. S. R. **Conseqüências da gravidez na adolescência**: riscos para a saúde da mãe e do recém nascido. 1997. Dissertação (Mestrado em Pediatria)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1997.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, supl. n. 2, 2003, p. 283-92. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19s2/a10v19s2.pdf>. Acesso: 23/04/09.

CARLINI - COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996.

CARNEIRO, A. J. S. **Cuidado profissional a mulheres com teste rápido positivo para HIV.** 2007, 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2007.

CATES Jr., W; STEINER, M. J. Dual protection against unintended pregnancy and sexually transmitted infections: what is the best contraceptive approach? Family Health International, Research Triangle Park, North Carolina 27709, USA. **Sex Transm. Dis.journal.** 2002. v. 3, p. 168-174.

CHACKO, S; KIPP, W; LAING, L; KABAGAMBE, G. **Knowledge of and perceptions about sexually transmitted diseases and pregnancy:** a qualitative study among adolescent students in Uganda. 2007. Department of Public Health Sciences, Faculty of Medicine and Dentistry, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada.

COELHO, E. A. C. **Enfermeiras que cuidam de mulheres:** conhecendo a prática sob o olhar de gênero. 2001.171f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** v. 22, n. 7, p. 1447-58. 2006.

DÍAZ, J.; DÍAZ, M. Anticoncepção na adolescência. **Cadernos, Juventude e desenvolvimento**, Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, v.1, ago., 1999.

FERREIRA, M. A.; LISBOA, M. T. L.; ALMEIDA FILHO, A. J.; GOMES, M. L. B. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: uma questão de cidadania. In:

RAMOS, F.R.S.; MONTECELLI, M.; NITSCHKE, Rosane Gonçalves (Orgs.). **Projeto Acolher:** um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília; ABEn/Governo Federal, 2000.

FIGUERÓ, A. C. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes residentes na comunidade de Roda de Fogo, Recife. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** v. 2, 2002.

GALVÃO, M. T. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; MARCONDES-MACHADO, J. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.2, abr, 2004.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências e humanas**. Ed. Líber Livro, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

HEILBORN, M. L. (Coord). **Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil** (Pesquisa GRAVAD). [S.l.: s.n.], 2002. Pesquisa realizada por: Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde do IMS/UERJ, Programa de Estudos em Gênero e Saúde do ISC/UFBA e Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da UFRGS.

_____. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Rev. Estud. Fem.** v. 14, n.1. p. 43-59, 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNDA**, 2004. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em maio de 2006.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S. Maternidade adolescente. **Estud. psicol.** (Campinas) v. 25, n. 2, p. 251-263, 2008.

LIMA, C. T. B. et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 4, n. 1, p. 71-83, 2004.

LOIGNON, C. La grossesse à l'adolescence: des chiffres. **Ça sexprime**. v. 1, n. 2, p. 4 -6, 2005.

LOURENÇO, B. Vulnerabilidades: Desafios do atendimento sob um olhar de resiliência. p.61. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPS. São Paulo: SMS, 2006.

LUZ, A. M. H.; BERNI, N. I. O. Feminino e masculino: repercussões na saúde dos adolescentes. In: RAMOS, F.R.S.; MONTECELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Orgs.). **Projeto Acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília; ABEn/Governo Federal, 2000.

MALDONADO, M. T. Saiba tudo o que a auto-estima pode fazer por você. Disponível em: http://www.vencer.com.br/materia_completa.asp? Acesso em: 12 nov. 2006.

MELO, F. R. **Gravidez adolescente e vulnerabilidade social nas grandes metrópoles: o caso das comunidades de Praia da Rosa e Sapucaia/Rio de Janeiro**. 2001. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. de C. M. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública** v. 22, n. 6, 2006.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. (Orgs.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOREIRA, L. M. A.; DIAS, A. L.; SILVA, H. B.; FALCÃO, C. L.; FELÍCIO, T. D.;

STRINGUETTI, C.; SANTOS, M. D. F. Associação entre o uso de abortifacientes e defeitos congênitos. **Rev. Bras. Ginec. Obst.** v. 23, n. 8, p. 517-21, 2001.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-320, 2008.

OKAZAKI, E. L. F. J.; TOCCI, H. A.; CAVALIERI, J. et al. Adolescente: protocolo de prevenção à gestação e DST's nas Unidades Básicas de Saúde. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 1., 2005, São Paulo. **Proceedings....**, São Paulo 2005.

OLIVEIRA, N. R. **Gravidez e maternidade de adolescentes: procriação de jovens de periferias sociais e urbanas**. Breve inventário sobre aspecto de vida sexual realizado com jovens participantes de um projeto cultural de uma região de favelas paulistas. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **La salud de los jovens: un reto y una esperanza**. OMS: Genebra, 2000.

PAIVA, M. R. S. A. Q. Atenção integral à saúde do adolescente. In: SÃO PAULO. SMS. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS, 2006. p. 85-89.

PANTOJA, A. L. N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública** v. 19, 2003, suppl. 2.

PAREDES, E. C.; OLIVEIRA, R. A.; COUTINHO, M. M. T. **Sexualidade:** o que tem a dizer alunos e professores da rede pública de ensino cuiabana. Cuiabá: EdUFMT/FAPEMAT, 2006..

PARKES, A.; WIGHT, D.; HENDERSON, M.; STEPHENSON, J.; STRANGE, V. **Contraceptive method at first sexual intercourse and subsequent. Pregnancy Risk:** Findings from a Secondary Analysis of 16-Year-Old. 2007.

PATRÍCIO, Z. M. O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de “Koans e trcksters”. In: RAMOS, F.R.S.; MONTECELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Orgs.). **Projeto Acolher:** um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000.

PEREIRA, M. L.; VALE, M. C. (Orgs.). **O conhecimento em saúde da criança e do adolescente.** Fortaleza: Editora, 2005.334p.

PERES, S. O.; HEILBORN, M. L. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. **Cad. Saúde Pública.** v. 22, n. 7, p. 1411-20, 2006.

PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Rev. de Saúde Pública,** v. 38, n. 4, p. 495-502, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROCHA C. R. M. Uma experiência de trabalho com adolescentes em atenção primária à saúde. In: RAMOS, F.R.S.; MONTECELLI, M.; NITSCHKE, Rosane Gonçalves (Orgs.). **Projeto Acolher:** um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000.

SANCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Can the vulnerability concept support the construction of knowledge in collective health care? **Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, apr. 2007.

SHEARY, Belinda, Dayan, Linda Contraception and STI/HIV protection in young women **Australian Family Physician** Vol. 34, No. 10, October 2005 4 869

SILVA, L. N.; RANÑA, F. F. Captação e acolhimento do adolescente. In: FRANÇOSO, L.

A.; MAURO, A. M. M. F. (Coord). **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo, 2006. 327p.

SILVEIRA, M. F.; BÉRIA, J. U; HORTA, B.; TOMASI, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.6, dez. 2002.

SIMÃO, M. É preciso entender que todos nós que temos a vida sexual ativa podemos contrair o vírus: entrevista. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Revista RADIS**. n.53, p.26-27, jan. 2007.

TORRES, C. A.; BARBOSA, S. M; BARROSO, M. G.; PINHEIRO, P. N. C. Investigando a vulnerabilidade e os riscos dos adolescentes em meio as DST/HIV/AIDS nos seus diversos contextos – um estudo exploratório. **Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 1, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2002.

VIEIRA, L.M. et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, 2006.

WAISSMAN, A.L. **Análise dos fatores associados à recorrência de gravidez na adolescência**. Tese, 2006, 143f. (Doutorado em Medicina)- Faculdade de Medicina, Universidade São Paulo, São Paulo, 2006.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 8, p. 443-45, 2006.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: USO DA DUPLA PROTEÇÃO NAS EXPERIÊNCIAS SEXUAIS DE MÃES ADOLESCENTES.

Meu nome é Lígia Veloso Marinho da Silva, sou enfermeira e aluna do curso de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e estou desenvolvendo a pesquisa citada acima. O estudo tem como objetivos: identificar junto a mães adolescentes suas possíveis experiências contraceptivas articulando-as à prática do sexo com proteção às IST/HIV após a gravidez; e analisar a partir do contexto de vida de mães adolescentes, as condições para adoção da dupla proteção nas suas vivências sexuais.

Durante a pesquisa será realizada coleta dos dados através de entrevista estruturada e do grupo focal. Caso aceite participar, informo que serão garantidos anonimato e sigilo sobre as informações obtidas por mim. Sua participação é livre e peço sua autorização para gravar seu depoimento, registrar dados observados e posteriormente divulgar o trabalho em eventos científicos.

O benefício de sua participação é contribuir para o alcance dos objetivos deste trabalho. Contudo, não haverá qualquer tipo de ressarcimento, pagamento ou indenização devido à sua participação.

Esclareço, ainda, que você poderá, a qualquer tempo, desistir de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo para sua integridade física, moral e social.

Em caso de dúvidas ou necessidade de maiores esclarecimentos, contactar com LÍGIA VELOSO MARINHO DA SILVA, pelos telefones: (71) 3344-0794 ou (71) 9135-6664.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Após tomar conhecimento dos objetivos e aplicação dos resultados da pesquisa intitulada “Dupla proteção nas experiências sexuais de mães adolescentes”, cuja autora é a enfermeira Lígia Veloso Marinho da Silva, e ter a garantia da autora de manter o sigilo quanto a minha identificação pessoal e familiar e o tratamento coletivo das informações por mim prestadas, consinto que a entrevista e o grupo focal sejam gravados e a pesquisa possa ser publicada.

ASSINATURA DA ENTREVISTADA

ASSINATURA DO (A) RESPONSÁVEL PELA ADOLESCENTE

Pesquisadora: _____

Orientadora: _____

Salvador, _____ de _____ de 2008

APÊNDICE B:

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I - Dados sócio-demográficos

- Nome (fictício): _____
- Faixa etária: 10-14 anos () 15-19 anos ()
- Frequenta a escola atualmente: () sim () não
Série atual _____
Última série que estudou _____
- Continuidade dos estudos durante a gravidez: () sim () não
- Estado civil: casada () solteira () união estável ()
- Ocupação: _____
- Renda familiar: < 1 salário mínimo () 1-2 SM () Acima de 3 SM ()
- Religião: Católica () Protestante () Espírita () Ateísmo () Outras ()
- Mora com os pais: () sim () não
- Mora com o parceiro: () sim () não
- Mora sozinha: () sim () não

II- Dados obstétricos

- 1- Número de gestações: _____
- 2- Idade da primeira gestação: _____
- 3- Já perdeu algum bebê: () sim () não
Se resposta afirmativa: quantas vezes _____ Espontâneo: () sim () não
- 4- Realização de pré-natal: () sim () não
4.2 - Número de consultas: _____
- 5- Número de filhos vivos: _____

III - Experiência Contraceptiva**1. Uso de contraceptivos:**

- Antes da 1ª gravidez () sim () não
Em caso afirmativo:
Qual (is)? _____
- Depois da gravidez () sim () não
Em caso afirmativo:
Qual (is)? _____
- Na atualidade: () sim () não
Em caso afirmativo:

Qual (is)? _____

- Como tem sido a sua experiência com o uso desses métodos?
Satisfatória: () sim () não

2. Uso do preservativo na relação sexual:

- Antes da gravidez: () sim () não
Camisinha feminina () Camisinha masculina ()
- Durante a gravidez: () sim () não
Camisinha feminina () Camisinha masculina ()
- Após a gravidez. () sim () não
Camisinha feminina () Camisinha masculina ()
- Como tem sido a sua experiência com o uso do preservativo?
Satisfatória: () sim () não

3. Orientação Contraceptiva:

- Na família: () sim () não Se afirmativa: quem orientou _____
- Na escola: () sim () não Se afirmativa: quem orientou _____
- Na UBS: () sim () não Se afirmativa: quem orientou _____
- Na maternidade () sim () não Se afirmativa: quem orientou _____

3.1 Orientação sobre a dupla proteção:

- () sim () não Se afirmativa: quem orientou _____

IV - História de Infecção Sexualmente Transmissível

- () sim () não Em caso afirmativo: Quais _____
- Quantas vezes: _____
- Tratamento: () sim () não
- Automedicação: () sim () não
- No Serviço de saúde recebeu orientação para:
- O uso de preservativo () sim () não
Se afirmativa: quem orientou _____
- O uso da Dupla proteção () sim () não
Se afirmativa: quem orientou _____

V - Suporte Social Durante a Gravidez:

- Familiar: () sim () não
- Do parceiro: () sim () não
- Da escola: () sim () não
- Das (os) amigas (os): () sim () não
- Outros: sim () não () Quem _____

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – GRUPO FOCAL

Situação-problema para a discussão no grupo focal

Mariana tem 15 anos e é mãe de uma menina de um ano. Na época em que engravidou ela estava cursando a 7ª série. Namorava com Pedro que tinha 18 anos e estudava no mesmo colégio. Contou para nós no serviço de planejamento familiar, que uma vez durante o namoro *pintou o clima e deixaram rolar*, nem pensaram em usar a camisinha, afinal era a primeira vez, acharam que não ia acontecer nada. Não aconteceu. A partir daí bastava surgir uma oportunidade, eles transavam. Até que a menstruação de Mariana faltou e no mês seguinte também não veio. Desta vez avisou a Pedro e ele preocupado, acompanhou Mariana ao serviço de saúde, onde ela fez um exame e o resultado foi positivo para gravidez. Pedro que parecia apoiá-la se afastou dela, mesmo antes de sua mãe e de seu pai ficarem sabendo da gravidez. E Mariana que afirmava não desejar aquela gravidez, preocupada, resolveu buscar o apoio da família. Inicialmente os pais se assustaram e deram uma bronca, mas apoiaram a filha. Após o afastamento de Pedro, Mariana ficou sabendo que ele saía com outras meninas. Hoje ela foi ao centro de saúde, contou para nós que está de namorado novo, está com corrimento e medo de engravidar, quer se proteger. Durante a consulta a enfermeira conversou sobre as consequências da prática sexual sem proteção, informou sobre os métodos contraceptivos disponíveis para adolescentes e ela escolheu a pílula. Ao ser examinada, foi informada que tinha uma infecção sexualmente transmissível e precisa tratar, ela e o parceiro.

1. Nessa história, Mariana teve uma gravidez não planejada e uma IST.
2. Para você que tem a liberdade de ter relacionamentos sexuais e que também já é mãe, o que tem feito para evitar que aconteça uma gravidez não planejada e não pegue nenhuma IST?



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CEPEE - UFBA Tel.:3283-7615 (071) / TELEFAX:**
e-mail: cepee.ufba@ufba.br

PARECER DO CEPEE.UFBA

PARECER sobre o Protocolo CEPEE.UFBA Nº. 33/08 – Folha de Rosto nº 197730 - Dupla proteção nas experiências sexuais de mães adolescentes aprovado na Reunião Plenária do CEPEE UFBA realizada em 11 de setembro de 2008, tendo em vista que atendeu as sugestões do relator e re-apresentou à Coordenação do CEP.

- (x) **Aprovado**
- () Não Aprovado
- () Projeto com Pendências
- () Aprovado com Recomendação

Salvador, 11 de setembro de 2008

Parci Santa Rosa

Parecer Protocolo 33/08CEP-EEUFBA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
PARECER PROJETO PESQUISA PROTOCOLO 33/08**

Ilma Sr^a

Prof^a Dr^a Darci Santa Rosa

D.D. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Escola de Enfermagem da UFBA.

Sr^a Prof^a

Este Parecer responde à solicitação de Lígia Veloso Marinho da Silva, Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, a qual submete a este Comitê o Projeto de Pesquisa intitulado: "Dupla proteção nas experiências sexuais de mães adolescentes". Constitui-se num projeto de Dissertação, e será desenvolvido pela autora. Ao protocolo foi anexada a documentação solicitada a saber: Folha de rosto devidamente preenchida e assinada; Carta de encaminhamento do protocolo ao CEP.; Declaração informando que não foi iniciada a coleta de dados; Carta de comprometimento para o cumprimento do disposto na resolução 196/96 do Ministério da Saúde e a Declaração de concordância da Instituição com a realização da pesquisa. No que tange ao projeto, este apresenta a introdução de forma adequada e têm como objetivos: identificar junto a mães adolescentes suas experiências contraceptivas articulando-as à prática do sexo com proteção das infecções sexualmente transmissíveis e HIV após a gravidez e discutir as condições para adoção da dupla proteção nas vivências sexuais de mães adolescentes a partir do seu contexto de vida. Apresenta revisão de literatura embasada em diversos autores que tratam da temática enfocando a adolescência no contexto social, a gravidez na adolescência e saúde do adolescente e a incidência de infecções sexualmente transmissíveis e HIV. Trata-se de um estudo de caráter exploratório descritivo, com abordagem qualitativa e será desenvolvido com o suporte teórico de gênero. Será desenvolvido em uma unidade da rede básica de saúde, pertencente ao Distrito Sanitário Barra Rio Vermelho na Cidade de Salvador. As participantes do estudo serão adolescentes selecionadas considerando a faixa etária de 10 a 19 anos, em exercício da maternidade, que venha mantendo vida sexual ativa e que manifestem interesse em participar do estudo, sendo estes os critérios de inclusão/exclusão. O projeto atende aos requisitos preconizados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/MS, no que

Parecer Protocolo 33/08CEP-EEUFBA

se refere à pesquisa com seres humanos, ficando assegurado especificamente às adolescentes menores de 18 anos que, para participarem deverão ter a concordância por escrito do seu(sua) responsável legal. No que tange ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, está escrito de forma concisa e objetiva, havendo compatibilidade da linguagem com ao nível sócio-cultural das respondentes estando contemplado tanto para a colaboradora da pesquisa como para seu(sua) representante legal. Consta também, no projeto, explicitadas claramente a descrição detalhada dos procedimentos que serão executados, estando garantida a segurança das participantes e a confidencialidade dos dados. Para coleta dos dados utilizar-se-á a entrevista individual semi-estruturada que será gravada e o emprego do grupo focal. Entendemos ser pertinente a realização deste estudo devido ao valor científico e contribuições que trará para o conhecimento da dupla proteção nas experiências sexuais de mães adolescentes. No que se refere às pesquisadoras, só apresentaram a folha de rosto do currículo Lattes o que impossibilitou análise das experiências na realização de pesquisa e produção científica sobre esta temática. Porém mediante a importância social e científica que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**. É o Parecer, salvo melhor juízo. Salvador, 10 de agosto de 2008.

*Parecer aprovado na reunião do CEPEE-UFBA
realizada em 11/9/2008. Parecerista Rose*