

Ministério da Saúde • Secretaria de Políticas de Saúde • Área de Saúde do Adolescente e do Jovem

Volume I

CADERNOS

JUVENTUDE

SAÚDE e

DESENVOLVIMENTO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL

Distribuição gratuita. Brasília, 1999.

Tiragem: 3.000 exemplares

Impresso no Brasil

Editor:

Ministério da Saúde

Secretaria de Políticas de Saúde

Área de Saúde do Adolescente e do Jovem

Organizadores do Volume I:

Nélia Schor

Maria do Socorro F. Tabosa Mota

Viviane Castello Branco

Projeto gráfico e Diagramação:

Formatos Design e Informática

Revisão:

Cláudia Camargos

Luiz Alberto Osório

Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento / Nélia Schor,
Maria do Socorro F. Tabosa Mota, Viviane Castelo
Branco, organizadores. – Brasília : Ministério da Saúde,
Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

V. 1

1. Saúde do Adolescente. 2. Saúde dos jovens. 3. Políticas de
Juventude. 4. Políticas de Saúde – Brasil. I. Schor, Nélia. II. Mota, Maria
do Socorro F. Tabosa. III. Castello Branco, Viviane. IV. Brasil.
Secretaria de Políticas de Saúde.

ISBN: 85-334-0204-X

Apoio: Organização Pan-Americana da Saúde/OMS

CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

JUAN DÍAZ

MARGARITA DÍAZ

INTRODUÇÃO

As últimas duas décadas têm sido marcadas por um declínio importante da fecundidade total no Brasil, caindo de mais de quatro filhos por mulher, na década de 1970; a 2,5, segundo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, em 1996. Entretanto, na faixa etária de 15 a 19 anos, a fecundidade tem aumentado ligeiramente e o aumento é ainda maior na faixa de 10 a 14 anos. Isso fica evidente pelo aumento proporcional dos partos em mulheres com menos de 15 anos, e pelo fato de que mais de 20% dos partos acontecem em mulheres que ainda não completaram 20 anos.

A diminuição da idade da menarca, observada inicialmente na Europa, mas que também tem ocorrido em outras regiões, tem sido apontada como um dos fatores do aumento da fecundidade, porque faz com que as mulheres tenham capacidade reprodutiva mais precocemente. Entretanto, o fator mais importante que explica o aumento da fecundidade é o aumento e a precocidade da atividade sexual. A porcentagem de mulheres que iniciam a vida sexual antes de completar 20 anos tem aumentado durante as últimas décadas. Por outro lado, a idade do casamento está aumentando, o que leva as mulheres a enfrentar um período mais longo de atividade sexual antes de estabelecer uma relação marital estável, durante a qual não desejam engravidar.

Diversos fatores, entre eles a falta de informação adequada, fatores sociais que, por um lado, estimulam a vida sexual das adolescentes e por outro a condenam, e a falta de acesso a serviços adequados para as pessoas nessa faixa etária, levam uma grande parte dos adolescentes a iniciar sua vida sexual sem usar anticoncepção, apesar de não desejar uma gravidez. Diversos estudos na América Latina têm mostrado que menos de 20% dos homens e de 15% das mulheres usam algum método anticoncepcional na primeira relação. Como consequência, um número cada vez maior de adolescentes têm gravidez indesejadas que, em muitos casos, são interrompidas recorrendo ao aborto,

praticado freqüentemente, em péssimas condições higiênicas e técnicas, com risco de apresentar complicações e graves seqüelas, inclusive a morte.

O aborto não é o único risco. Mais de 30% das mulheres que têm um parto antes dos 20 anos declaram que a gravidez não era desejada. Essa porcentagem de gravidez indesejadas está subestimada, porque a grande maioria das mulheres acaba aceitando a gravidez, ainda que esta tenha ocorrido acidentalmente, e declara que a gravidez foi desejada. As portadoras de uma gravidez indesejada ou inoportuna, com grande freqüência, não fazem acompanhamento pré-natal ou o iniciam muito tarde, aumentando os riscos de morbidade e mortalidade para a mulher e para o recém-nascido.

Além dos riscos para a saúde, a gravidez acidental precoce também apresenta conseqüências sociais importantes, entre elas, abandono dos estudos, diminuição do padrão de vida e problemas no futuro profissional, que levam a profundas alterações do projeto de vida.

Ainda mais, a grande maioria dos adolescentes inicia a vida sexual sem proteger-se contra as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a aids, o que tem sido confirmado pela alta freqüência de aids em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos que, na maioria dos casos, adquiriram a doença durante a adolescência. A mortalidade por aids, que tem tido uma significativa diminuição em homens, não tem diminuído em mulheres, fazendo com que, proporcionalmente, a mortalidade em mulheres, especialmente na faixa de 20-29 anos, tenha aumentado.

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DOS ADOLESCENTES.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994 (CIPD), foi um marco para a saúde sexual e reprodutiva. Pela primeira vez, os governos reconheceram os direitos reprodutivos contidos em documentos internacionais sobre direitos humanos. Esses direitos baseiam-se no reconhecimento do direito básico de todas as pessoas de decidir livremente sobre o número de filhos, espaçamento dos nascimentos, e a dispor da informação e recursos para exercerem esses direitos e alcançar o nível mais alto possível de saúde sexual e reprodutiva. No Cairo, os direitos sexuais não ficaram explicitados de forma independente, senão que se incluíram nos direitos reprodutivos. Na IV Conferência da Mulher, realizada em Beijing, em 1995, avançou-se no sentido de reconhecer o direito das mulheres de decidir sobre sua sexualidade. Os direitos sexuais são inseparáveis dos direitos reprodutivos, já que garantem o livre exercício da sexualidade e a autonomia das decisões individuais e dos casais, no que diz respeito à vida sexual e reprodutiva. O exercício pleno dos direitos

sexuais e reprodutivos só é possível se existem relações igualitárias entre homens e mulheres. Nesse sentido, torna-se prioritário o trabalho de empoderamento das mulheres para que alcancem a igualdade de gênero, que lhes permita tomar decisões sobre sua vida sexual e reprodutiva livres de coerção, discriminação e violência, o que significa exercer a sua cidadania.

O Programa de Ação da Conferência do Cairo estabeleceu como um dos objetivos fundamentais garantir a saúde reprodutiva para todos. Este é outro importante avanço, já que os programas materno-infantis existentes somente incluíam as mulheres após elas engravidarem, deixando fora as adolescentes e os homens como sujeitos também prioritários de suas ações. Esse programa de ação estabeleceu, em relação aos adolescentes, que o objetivo fundamental era "proteger e promover os direitos dos adolescentes à informação e serviços em saúde reprodutiva". As medidas específicas recomendadas foram: informação, orientação e serviços de anticoncepção para adolescentes sexualmente ativos; orientação sobre as relações entre os sexos, violência, conduta sexual responsável, doenças de transmissão sexual e prevenção contra aids e prevenção e tratamento do abuso sexual e incesto.

O Brasil tem promovido diversos programas com o objetivo de melhorar a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, porém focalizando principalmente as adolescentes grávidas. Para os adultos, nos quais se incluem os profissionais de saúde, tem sido difícil aceitar que os adolescentes têm vida sexual ativa e que eles precisam não só de informações, mas também de acesso aos métodos anticoncepcionais. Às vezes, sem perceber, dificulta-se o uso dos métodos ao se perpetuarem mitos e preconceitos em relação aos mesmos ou pelo temor dos profissionais de dar anticoncepcionais a menores de idade. O desafio atual é garantir que as(os) adolescentes tenham o acesso aos serviços antes mesmo do início de sua vida sexual, e oferecer-lhes um atendimento integral, que inclua também seus aspectos psicológicos e sociais.

A Constituição brasileira, no artigo 226, garante o direito ao planejamento familiar livre de coerção e o Estatuto da Criança e do Adolescente (lei No 8069 de 13-07-90) garante, no artigo 11, "o atendimento médico à criança e ao adolescente, por meio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde". Cabe, então, aos serviços de saúde facilitar o exercício desses direitos.

ASPECTOS MÉDICOS DA ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Do ponto de vista médico, a anticoncepção na adolescência não apresenta grandes desafios. Nesse grupo, como em qualquer faixa etária, a escolha do método

anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando os critérios de elegibilidade médica. Os adolescentes, homens e mulheres, quando iniciam a vida sexual, em geral estão em boas condições de saúde, sendo excepcional ter de lidar com situações em que os critérios de elegibilidade médica limitem ou dificultem a escolha do método anticoncepcional. É importante salientar que, contrariando preconceitos fortemente enraizados na cultura médica, mas sem fundamento científico, não há nenhum método anticoncepcional que não possa ser utilizado na adolescência depois da menarca. Os critérios de elegibilidade médica da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicados em 1996, baseados numa ampla revisão da literatura, estabeleceram que a idade não deve constituir restrição ao uso de qualquer método.

Da mesma forma que em qualquer outra faixa etária, para que haja escolha livre e informada, a usuária potencial deve conhecer as características dos métodos que incluem: a eficácia, mecanismo de ação, modo de uso, os principais efeitos colaterais e como lidar com eles. Tendo em conta essa premissa básica, analisaremos brevemente o uso dos diversos métodos na adolescência. Antes, porém, da revisão por método, é necessário revisar o conceito de dupla proteção.

A incidência crescente de DST e a epidemia de aids fazem com que seja fundamental, em todas as faixas etárias, especialmente na adolescência, insistir no conceito da dupla proteção. Os estudos sobre a incidência e modo de transmissão das DST e aids têm confirmado que o sexo feminino apresenta uma vulnerabilidade maior às doenças, o que se soma ao fato de que são as mulheres que tem de carregar as conseqüências da gravidez indesejada. A transmissão do vírus HIV e das DST é mais eficiente de homem para mulher que no sentido contrário, e as conseqüências das DST nas mulheres são maiores que nos homens. Isso justifica que as mulheres, incluindo as adolescentes, utilizem dupla proteção sempre que o parceiro não ofereça garantia de não portar uma DST ou o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

A dupla proteção, contra a gravidez indesejada e DST/aids, pode ser feita, basicamente de duas maneiras:

- a) usar um método de eficácia alta ou média (pílula, injetável, DIU) e preservativo em todas as relações, ou pelo menos naquelas em que exista risco de contrair DST ou aids;
- b) usar *camisinha* como dupla proteção, tendo como retaguarda a contracepção de emergência, para utilizar quando o preservativo se rompe ou sai do lugar, ou nos casos em que, por esquecimento ou qualquer outra razão, não é usado.

As mulheres devem receber informações muito completas e claras sobre a dupla proteção e, quando escolham a segunda opção, devem ser instruídas em detalhes sobre como utilizar a contracepção de emergência.

O fato da maior vulnerabilidade da mulher não isenta o homem da necessidade de proteger-se contra essas doenças, além da responsabilidade para com a sua parceira, de evitar o risco de transmitir-lhe uma DST ou aids.

Segue a revisão de recomendações de uso de anticoncepcionais na adolescência. Estas estão baseadas em três publicações que resumem o conhecimento atual sobre o tema: *The essentials of contraceptive technology, Improving access to quality care in family planning, Medical eligibility criteria for contraceptive use, e Recommendations for updating selected practices in contraceptive use: Results of a technical meeting.*

Métodos baseados na percepção da fertilidade ou de abstinência periódica

As estatísticas baseadas em estudos populacionais mostram que esses métodos têm uma eficácia média/baixa, o que os faria pouco recomendáveis para as adolescentes que, em geral, precisam de alta eficácia, porque a gravidez representa um risco importante. Por outro lado, estudos clínicos bem controlados mostram que esses métodos, usados corretamente, alcançam uma eficácia aceitável, comparável à dos métodos de barreira.

Além disso, o conhecimento da fisiologia reprodutiva e da maneira adequada de usar esses métodos, pode ser muito útil como complemento para o uso dos métodos de barreira.

Mantendo o conceito básico da livre escolha, o uso desses métodos deveria ser ensinado a todas(os) adolescentes, porque: a) bem utilizados podem ter uma eficácia aceitável, b) podem ser um excelente método auxiliar para aumentar a eficácia dos métodos de barreira, c) por falta de acesso aos serviços, é comum que a mulher inicie a vida sexual sem anticoncepção, sendo a abstinência periódica o único recurso disponível.

Métodos hormonais.

Não há, em geral, restrições ao uso dos anticoncepcionais hormonais na adolescência. Respeitando o direito de escolha livre e informada, as adolescentes podem utilizar estes métodos desde a menarca. As últimas revisões científicas mostram que não há fundamentos para restringir seu uso nos primeiros seis meses ou dois anos após a menarca, como alguns autores preconizaram em algumas publicações. Da mesma for-

ma que nas mulheres adultas, devem ser respeitados os critérios de elegibilidade médica. Entretanto, a OMS recomenda restringir o uso de injetáveis apenas de progestogênio (Depo-provera) antes dos 16 anos, pelo possível risco de diminuir a calcificação óssea e colocar a mulher em risco de osteoporose após a menopausa. As que optarem pelo uso da Depo-provera, deverão ser advertidas de que o retorno da fertilidade depois de suspender o seu uso pode ser mais demorado, mas não leva a esterilidade definitiva.

Da mesma forma que nas mulheres adultas, devem ser evitados os métodos combinados com altas doses de estrogênios.

Métodos de barreira

O preservativo masculino e feminino são os dois únicos métodos que oferecem dupla proteção contra a gravidez e DST/aids. A eficácia deles como anticoncepcionais depende muito da maneira como são usados (técnica e consistência de uso). Estudos clínicos com o preservativo masculino mostram que a eficácia pode chegar a uma taxa de falha de 2-4%, semelhante à da pílula. Os outros métodos de barreira (diafragma, capuz cervical, espermicidas) podem dar alguma proteção contra DIP (doença inflamatória pélvica) e DST, mas não protegem efetivamente contra a Aids. Sua eficácia anticoncepcional, em uso perfeito, pode igualar-se à dos preservativos mas, em uso rotineiro, esses métodos apresentam uma taxa de falha maior.

Atualmente, estão sendo realizadas pesquisas para desenvolver microbicidas, com ou sem efeito anticoncepcional, que tenham efeito contra o HIV e bactérias causadoras de DST. Estes poderiam ser métodos ideais para a mulher proteger-se de DST e aids.

Dispositivo intrauterino (DIU)

Respeitando a escolha livre e os critérios de elegibilidade médica, o DIU com cobre pode ser uma boa alternativa para adolescentes. Os estudos epidemiológicos da OMS mostraram que o risco de infecção pélvica com DIU depende mais da técnica de inserção e da adequada seleção da usuária, do que da idade. A taxa de gravidez do DIU em adolescentes, embora maior que nas adultas, é menor que a taxa de gravidez observada com a pílula em uso rotineiro.

Métodos cirúrgicos permanentes

Os métodos cirúrgicos são de uso excepcional na adolescência. Só estariam justificados em casos de existência de condições clínicas ou genéticas que façam com que seja imperativo evitar a gravidez permanentemente. Esses casos são cada vez mais

excepcionais. É importante lembrar que há anticoncepcionais reversíveis de alta eficácia, que oferecem proteção contraceptiva no mesmo nível dos métodos cirúrgicos.

Contraceção de emergência

É um método muito importante para os adolescentes, porque eles pertencem a um grupo que tem maior risco de ter relações sexuais desprotegidas. Só os métodos hormonais de contraceção de emergência, combinados ou só de progestogênios, estão aprovados no Brasil. Os serviços deveriam oferecer informação sobre esses métodos, enfatizando que devem ser usados só para emergências, de forma esporádica, antes de 72 horas depois do coito desprotegido e que não existem contraindicações médicas para seu uso. Recentemente foi registrado no país o primeiro produto específico para contraceção de emergência, apenas de progestogênio, muito efetivo e com menos efeitos secundários que os métodos combinados.

Comentários finais

A importância crescente que os problemas derivados do exercício da sexualidade estão adquirindo na população jovem, está sinalizando claramente a necessidade de aumentar o acesso dos jovens a serviços especificamente dedicados a atendê-los, que estejam capacitados para dar atendimento integral aos problemas de saúde reprodutiva, incluindo contraceção e prevenção de DST e aids.

A capacitação dos provedores de serviços para adolescentes deverá incluir, além de aspectos técnicos, treinamento em técnicas de comunicação. Todos os serviços para adolescentes deveriam ter um forte componente educativo, com a participação dos próprios adolescentes e deveriam incluir a perspectiva de gênero de maneira explícita. Trabalhar o gênero na adolescência aparece como uma estratégia fundamental para diminuir o atual desequilíbrio de poder entre os sexos, que é um fator que tem interferido negativamente na qualidade da saúde sexual e reprodutiva. Finalmente, mas não menos importante, consideramos que qualquer esforço para melhorar o atendimento em saúde reprodutiva/planejamento familiar dos adolescentes deve incluir a participação da comunidade, especialmente dos professores e dos pais. Isto poderia contribuir para evitar que os jovens recebam informações discordantes e conflitantes, especialmente mensagens de censura moral e social, provenientes de distintos segmentos da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEMFAM. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório 1996.
- CAMERON N, ET AL. Menarcheal age in two generations of South African Indians. *Ann Hum Biol*; 1996, 23(2):113-9.
- PASQUET P, ET AL. Age at menarche and urbanization in Cameroon: current status and secular trends. *Ann Hum Biol*; 1999, 26(1):89-97.
- BLANC AK, WAY AA. Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. *Stud Fam Plann*; 1998, 29(2):106-16.
- EGGLESTON E. Use of family planning at first sexual intercourse among young adults in Ecuador. *J Biosoc Sci*; 1998, 30(4):301-10.
- PINTO E SILVA JL. Pregnancy during adolescence: wanted vs unwanted. *Int J Gynaecol Obstet*; 1998, Suppl 1:5151-6.
- BOONGARTS J, ET AL. Adolescent reproductive behavior in the developing world. Introduction and review. *Stud fam Plann*; 1998, 29(2):99-195
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico - Aids. Ano XII No Semana Epidemiológica 48/1998 a 08/1999- Dezembro 1998 a fevereiro de 1999.
- FAMILY CARE INTERNATIONAL. Acción para el siglo XXI. Salud y Derechos Reproductivos para todos. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Cairo, 1994.
- POMMIER J, DESCHAMPS JP, ROMERO MI, ZUBAREW T. Health promotion in adolescents in Latin America. *Promot Educ*; 1997, (4):29-31.
- HATCHER RA, RINEHART W, BLACKBURN R, GELLER JS, AND SHELTON JD. The Essentials of Contraceptive Technology. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Second printing, 1998.
- TECHNICAL GUIDANCE/COMPETENCE WORKING GROUP. Recommendations for updating selected practices in contraceptive use: Results of a technical meeting. Vols 1 and 2. Chapel Hill, North Carolina, University of North Carolina, Program for International Training in Health, 1994 and 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva, WHO, Family and Reproductive Health, 1996.
- EUROPEAN STUDY GROUP ON HETEROSEXUAL TRANSMISSION OF HIV. Comparison of female-to male and male-to-female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*; 1992, 304(6830):809-13.
- PADIAN NS, SHIBOSKI SC, GLASS SO, VITTINGHOFF E. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in northern California: results from a ten-year study. *Am J Epidemiol*; 1997, 146(4):350-
- INTERNATIONAL CENTER FOR RESEARCH ON WOMEN AND POPULATION COUNCIL. Foro Latino americano. La incorporación del enfoque de género en la capacitación, implementación, investigación y evaluación en los programas de salud sexual y reproductiva. 1998, Margarita Díaz y Joanne Spicehandler.

JUAN DÍAZ

Médico ginecologista, professor doutor do Departamento de Obstetria e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e assessor médico sênior para a América Latina e Representante para o Brasil do Population Council.

MARGARITA DÍAZ

Enfermeira obstetra e mestre em educação, diretora do Departamento de Educação e Comunicação em Saúde Sexual e Reprodutiva do Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp).