

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

incluindo

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA



NIES - Núcleo de Investigação e Educação em Saúde
IS - Instituto de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde de SP

Reprodução:



Secretaria de Educação do Estado de SP
2005



NIES-IS-SES/SP

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

Governador do Estado de São Paulo: Geraldo Alckmin

Secretário de Saúde: Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenadora de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos de

Saúde: Maria Cecília M. M. A. Correa

Diretor do Instituto de Saúde: Alexandre Domingues Grangeiro

Coordenadora do NIES: Danaé T. N. Conversani

Revisão de Texto: Nadja Figueiredo e Dolly Mac Dowell

Reprodução: FDE – Fundação para o Desenvolvimento Educacional – Secretaria da Educação do Estado de São Paulo

Secretário de Educação: Gabriel Chalita

Diretor Executivo da FDE: Miguel Haddad

Diretora de Projetos Especiais: Leila Petroia Ianoni

Gerente do Dpto de Fortalecimento Institucional e Parcerias:

Nivaldo Leal dos Santos

FIGUEIREDO, Regina.

Sexualidade, Prática Sexual na Adolescência e Prevenção de Gravidez Não-Planejada, incluindo contracepção de emergência. São Paulo: Instituto de Saúde e REDE CE - Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência, 2005.

48 p.

1. Saúde Coletiva 2. Saúde Pública 3. Educação em Saúde 4.- Contracepção
5. Educação Sexual 6. Prevenção de DST/AIDS 7. Gravidez na Adolescência

Agradecimentos

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

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

À Equipe da ECOS – Comunicação em Sexualidade, Maria Lúcia Teixeira da Silva (Bio-Médica e Terapeuta Corporal), Ronaldo Pamplona Costa (Psicoterapeuta), Rosana Gregori (Socióloga), Silvani Arruda (Psicóloga), Vera Paiva (Pscóloga Social), Wilza V. Villela (Psiquiatra) por comentários na parte de sexualidade obtidos através da preparação dos originais do Álbum Seriado de Sexualidade;

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

À Suzana Kalckmann (Pesquisadora Científica do Núcleo de Saúde da Mulher e da Criança – IS – SES/SP) e Alexandre Grangeiro (Diretor do Instituto de Saúde) por uma avaliação geral do conteúdo.

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

Apresentação

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

Preocupados em dar bases científicas para todas essas discussões, o Instituto de Saúde, órgão vinculado à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo de produção de pesquisas e atualização de recursos humanos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e que tem por objetivo a produção do conhecimento e ensino em Saúde Coletiva e REDE CE – Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência, estabeleceram uma parceria com a FDE - Fundação para o Desenvolvimento Educacional da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo para a elaboração de materiais técnicos e de formação para profissionais que atuam em escolas públicas do estado.

Através desta publicação, pretende fornecer subsídios técnicos e difundir conhecimentos relativos à sexualidade e prática sexual na adolescência, informações sobre métodos contraceptivos, em especial, sobre a contracepção de emergência.

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

Regina Figueiredo

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

Índice:

| | |
|---|--|
| 1 – Prática Sexual e Gravidez na Adolescência: quando isso começou?..... | |
| <i>Desenvolvimento da Sexualidade.....</i> | |
| <i>Sexo Precoce??!!!</i> | |
| <i>A Realidade Sexual de Jovens e Adolescentes no Brasil.....</i> | |
| 2 – O Difícil Papel do Educador Lidando com a Diversidade Cultural e Religiosa..... | |
| <i>Educar Cabe Tudo?.....</i> | |
| <i>Educação Pública Escolar.....</i> | |
| <i>Educadores Preparados para Quê?.....</i> | |
| <i>A Sexualidade na Escola.....</i> | |
| 3 – Cultura e Ciência: os métodos de prevenção à gravidez não-planejada..... | |
| <i>Métodos contraceptivos para uso regular.....</i> | |
| 4 – Contraceção de Emergência (Pílula do Dia Seguinte)..... | |
| <i>Pílula do Dia Seguinte: esse método é novo?.....</i> | |
| <i>Contraceção de Emergência: como age, como funciona.....</i> | |
| <i>Contraceção de Emergência e Aborto: Por quê tanta confusão???</i> | |
| | |
| <i>Em que Casos e Como Usar a Contraceção de Emergência: a orientação do Ministério da Saúde.....</i> | |
| <i>Adolescentes Devem Ser Informados sobre a Contraceção de Emergência?.....</i> | |
| <i>Onde Obter Mais Informações sobre Contraceção de Emergência.....</i> | |
| | |
| 5 - E a Questão da DST/Aids, como fica?..... | |
| Bibliografia..... | |

1 – Prática Sexual e Gravidez na Adolescência: quando isso começou?

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

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

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

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

Desenvolvimento da Sexualidade

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

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

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

Experiências Uterinas

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

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

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

Também é durante a gestação, entre o 3º e o 4º mês, que se formam os órgãos sexuais e reprodutivos internos e externos. Este

desenvolvimento é acionado pela descarga hormonal que ocorre nesse período, “acordando” os genes X ou Y.

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

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

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

Experiências Depois do Nascimento

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

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

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

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

Experiências no Início da Infância

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

A percepção de si mesmo é fundamental e é uma experiência também corporal. Junto dela vem a conquista do espaço (lugares) e a vontade de conhecê-lo. É a famosa fase do “mexer em tudo”, brincar de se esconder... Ao mesmo tempo, a criança aprende a “entender”

as pessoas e querer imitá-las. Brinca, faz-de-conta, experimentando o mundo, com seus personagens e exercendo diversos papéis.

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

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

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

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

Experiências nos Meados da Infância

Por volta dos 4 a 5 anos a criança “descobre” seus genitais. Essa descoberta é bem diferente da manipulação da primeira infância, ela é especial, porque a criança percebe as sensações específicas provocadas pela ereção do pênis ou do clitóris. Isso faz com que fique manipulando-os mais intensamente, explorando essa sensação nova,

sem **nenhuma noção de “sexo”**, como encaram alguns adultos, mas espontaneamente conhecendo e manifestando a sua sexualidade.

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

Experiências no Final da Infância

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

Enquanto ampliam suas brincadeiras, passam a entender regras e orientações de adequabilidade social: podem compreender a lógica de códigos de escrita, de jogos mais complexos, relacionar coisas, objetos e idéias. Essa capacidade faz com que percebam que, em nossa sociedade, os adultos esperam diferentes comportamentos de meninos e meninas e tendem a separá-los. Observando essas orientações, meninos e meninas encarnam a busca de sua identidade de gênero (feminina ou masculina), protagonizando condutas, brincadeiras, formas de ser e, até, a segregação em relação ao outro sexo, extremamente estereotipadas, atendendo às expectativas de adultos que vêem nessa educação diferenciada (e na maioria das vezes, desvantajosa e repressora) a confirmação de seus sexos biológicos. Na verdade, o adulto deveria orientar indistintamente crianças de ambos os sexos e integrar a convivência com as diferenças, já que a separação e padronizações no jeito de se comportar masculino e feminino apenas reforça a e a discriminação de quem se comporta diferente, impedindo a livre manifestação do

jeito individual de ser de cada um, que limita potencialidades diante da vida.

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

Experiências na Pré-Adolescência

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

. *nos meninos* – engrossamento da voz, crescimento dos testículos e do pênis, aparecimento da barba e bigode e pêlos pelo corpo, no púbis e nas axilas;

. *nas meninas* - afinação da voz, crescimento dos seios, aumento do volume dos quadris e coxas, crescimento dos pêlos no púbis e nas axilas e o início da ovulação, que traz a menstruação.

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

A atração física leva ao toque e, um dia qualquer, definido pelos próprios jovens como “oportuno”, pode levar ao sexo. Motivo pelo qual é tão importante que a orientação da paternidade e da maternidade planejada e as formas de contracepção sejam tão

fundamentais nessa fase e devam ser introduzidas logo (e ao longo) dessas mudanças físicas: para evitar situações de risco desnecessárias. Também a informação e a orientação do uso de preservativos para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive a aids, devem ser explicitadas.

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

Experiências na Adolescência

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

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

Por isso, qualquer pressão ou confronto com a identidade ou com a orientação sexual que é **sentida** pela pessoa só leva a sua exposição pública, humilhação, desrespeito de sua intimidade, à promoção de sua baixa-estima e, conseqüentemente, a

comportamentos defensivos de isolamento social, ou destrutivos, de agressividade e/ou baixo-cuidado.

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

Sexo Precoce??!!!

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

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

Apesar das conquistas científicas e médicas dos últimos 300-200 anos, nossa constituição biológica não mudou. Por isso, ao invés de negá-la ou "brigarmos" com ela, precisamos encará-la com carinho

e utilizar as técnicas de que dispomos atualmente para acomodá-la ao estilo de vida que desejamos. Para informação, promoção da auto-estima e auto-cuidado dispõem de metodologias e conteúdos para realizar uma educação sexual; para prevenir as gestações, orientar o uso e fornecer os métodos contraceptivos, principalmente os preservativos, para todos os jovens que iniciarem suas práticas sexuais.

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

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

A Realidade Sexual de Jovens e Adolescentes no Brasil

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

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

. *risco de ser descoberto*: como a sociedade proíbe ou recrimina o sexo nessa faixa etária, ele tende sempre a ser "repentino", feito **quando, onde e como dá**, expondo os jovens a um não planejamento do lugar, do espaço, das condições de privacidade e, até, de segurança onde ele acontece. Isso ocorre

juntamente com o medo e com a insegurança de ser "pego" por adultos, principalmente familiares, que os obrigam a criar situações onde a ocorrência da **burla e da mentira** são constantes;

risco de engravidar: lembrando que o uso de métodos contraceptivos de prevenção à gravidez é algo que **se aprende**, toda essa falta de planejamento e troca de informações com adultos dificulta o seu uso. Meninas não podem antecipar a sua utilização, pois culturalmente isso demonstra que são "fáceis" ou "galinhas"; meninos, da mesma forma, são instruídos a não desperdiçar relações sexuais, têm que encará-las "porque são machos", independente de portarem ou não formas de prevenir a paternidade; a cultura ensina que devem confirmar sua condição de homens através da prática sexual. Assim, boa parte dos jovens não planeja, não porta e nem dispõe com facilidade da prevenção contraceptiva. Após algumas situações de risco, que muitas vezes geram gestações ou abortos e muita tensão, adotam finalmente o uso de algum método, normalmente por si mesmos, pela experiência de risco-tentativa-falha-medo e, finalmente, prevenção;

risco de pegar doenças e aids: fora assumir a prática sexual e ter que aprender e realizar a prevenção da gravidez, os jovens hoje têm uma **preocupação a mais do que as gerações anteriores**: prevenir as DST e a aids. Portanto, precisam (e nem todos chegam a esse ponto), adquirir a noção de auto-cuidado, risco de DST e da necessidade de usar preservativos. Esse cuidado quase sempre surge depois que já foram resolvidas as duas preocupações anteriores consideradas mais emergenciais (as de ter sua prática sexual descoberta e de engravidar).

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

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

adolescentes haviam engravidado, 13% tinham filhos e, das com vivência de gestações, 29% haviam tido algum aborto.

Contra todos esses fatores que vulnerabilizam o jovem, a existência de atividades educativas têm se mostrado promotoras de um grande impacto na mudança de comportamentos preventivos da população, inclusive de jovens. As campanhas de prevenção à aids têm contribuído para manter o número de casos da doença mais ou menos estável em nosso país e ao mesmo tempo, propagar amplamente o uso da camisinha masculina. Segundo a UNICEF, quem mais utiliza preservativos são os jovens, 51% adotam o método, número ainda aquém do desejado, mas bem superior às faixas etárias acima dos 35 anos. Mesmo assim, no Brasil, tirando as infecções de aids e o fato de 85% das mulheres usarem algum método contraceptivo (incluindo a camisinha), do total de gestações, 50% são não-planejadas, em todas as faixas etárias.

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

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

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

Educar Cabe Tudo?

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

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

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

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

Educação Pública Escolar

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

ECA:Artigo 4º

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

b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;

c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;

d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

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

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

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

Educadores Preparados Para Quê?

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

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

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

A Sexualidade na Escola

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

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

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

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

Desta maneira ele garante, não só que sua postura seja construtiva, mas que também lhe proporcione respeito por parte de todos, uma vez que essa “neutralidade” profissional não adota

condutas invasivas que, invariavelmente, resultam em confrontos com posições culturais ou familiares de estudantes ou parentes. Fortalece a sua posição de educador público, na medida em que atua em benefício e respeito ao seu conjunto de educandos.

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

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

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

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

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

Hoje, no Brasil existem métodos contraceptivos disponíveis em toda rede de saúde pública e também na privada (farmácias e

consultórios). Todos os métodos distribuídos ou comercializados no país têm licença da Secretaria da Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que segue as normas de segurança quanto aos efeitos à saúde e eficácia de utilização reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde.

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

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

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

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

Métodos contraceptivos para uso regular

Métodos de Barreira

. Camisinha Masculina

Anel de borracha recoberto com látex, que os homens colocam no pênis para evitar a ejaculação na vagina. O líquido masculino fica retido no interior da "camisinha".

Evita a gravidez em até 98% quando bem colocada. Não deve ser usada fora do prazo de validade, nem com lubrificantes a base de óleos animais, vegetais ou minerais (como a vaselina). Pode ser usada no sexo vaginal, anal e oral para a prevenção das DST (doenças sexualmente transmissíveis), incluindo a aids.



. Camisinha Faminina

É descartável.

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



. Diafragma

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



**Métodos
Químicos
Hormonais**

. Pilula
anticoncepcional
hormonal
combinada

(Oral ou
Vaginal)

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



.Contraceção
Hormonal Injetável:

(Mensal/
Trimestral)

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



. Anel Vaginal

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



. Adesivo
hormonal
contraceptivo

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

. Implante
hormonal
subcutâneo

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



. Endoceptivos

Pequena peça similar ao DIU, contendo um tipo de progesterona (hormônio sintético), que é inserida pelo médico dentro do útero. Libera diariamente doses hormonais que evitam a ovulação. Tem duração até 5 anos, com eficácia de 98,5% contra a gravidez.

Com o tempo, seu uso suspende a menstruação, na maioria das mulheres.

Necessita acompanhamento médico periódico.



Outros Métodos Químicos

. DIU (Dispositivo Intra-Uterino)

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

Necessita acompanhamento médico periódico.



. Espermicidas

(em pomadas, óvulos, ou esponjas)

Substância química ácida, a base de nonoxinol-9 para ser colocada dentro da vagina com o objetivo de matar os espermatozoides. Deve ser colocada até, no máximo, 2 horas antes do ato sexual para não perder o efeito e recolocada em caso de nova relação.

Normalmente é utilizada junto com



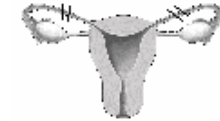
Métodos Cirúrgicos

métodos de barreira.

. Laqueadura

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

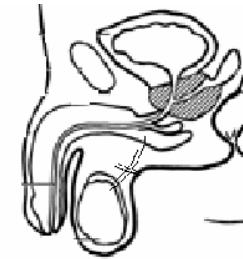
Tem eficácia de 99,9% contra a gravidez.



. Vasectomia

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

Tem eficácia de 99,9% contra a gravidez.



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

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

. *motivos comportamentais:*

o coito interrompido que tem grande risco para a gravidez porque expõe a vagina ao contato da lubrificação que já contém espermatozóides, antes do homem ejacular.

a tabelinha ou fazer a relação no período de menstruação, que traz riscos de falhas, principalmente para adolescentes e jovens que não têm o ciclo menstrual regularizado.

. *motivos culturais:*

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

*

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

4 – Contracepção de Emergência (Pílula do Dia Seguinte)

Pílula do Dia Seguinte: esse método é novo?

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

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

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

No entanto, sua inclusão, ocorreu basicamente em serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência (estupro), deixando outras recomendações de lado, sendo raramente orientadas em consultórios ginecológicos. Essa situação se modificou quando o Departamento de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde permitiu o lançamento, em 1998, do primeiro produto pronto para realizar a

contracepção de emergência no mercado farmacêutico brasileiro, que impulsionou uma re-discussão do tema.

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

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

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

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

Eficácia da Contracepção de Emergência

| Tempo | Eficácia |
|------------------------------------|-----------------|
| Até 24 horas após a relação | 95% |
| 25 a 48 horas após a relação | 85% |
| 49 a 72 horas após a relação | 58% |
| Eficácia média do método em 3 dias | 85% |

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

Se ao ingeri-la já tiver ocorrido a fecundação do óvulo e a nidação ("colagem") deste na parede uterina, o método não tem

efeito algum, nem em altas dosagens, e nem provoca riscos para o desenvolvimento da gestação ou do bebê.

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

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

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

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

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

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

Outro fator, que perpetuou a não diferenciação dos dois medicamentos foi o não esclarecimento dos mecanismos de ação da contracepção de emergência até 2002, quando finalmente, pesquisas científicas revelaram que o método **não** age impedindo a fixação do óvulo fecundado no útero, processo considerado abortivo para alguns.

Seu efeito é anterior: impedir a fecundação, pela não ovulação ou atrapalhando a mobilidade dos espermatozoides.

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

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

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

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

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

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

Quando Usar a Contracepção de Emergência ?

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

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

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

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

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

3) Relação sexual vaginal forçada/estupro;

A contracepção de emergência está disponível em alguns serviços públicos de saúde e em farmácias na **dosagem única**, ou seja, na quantidade adequada para a sua função de emergência. Há diversas marcas comerciais apresentadas em 1 (Postinor-Uno® ou Pozato Uni®) ou 2 comprimidos (Postinor-2®, Norlevo®, Pilem®, Nogravid®, Pozato®, Poslov®, Minipil2-Post® e Diad®); não importa o nome, uma vez que o acúmulo hormonal é o mesmo, de 1,5 mg de levonorgestrel.

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

formas de uso têm o mesmo efeito, conforme se comprovou em diversos estudos internacionais

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

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

ou

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

Efeitos Colaterais

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

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

E depois de tomar ?

Em todos os casos de necessidade de uso, a contracepção de emergência está protegendo a relação sexual tida **antes** de sua ingestão e não as posteriores. Para proteger **todas** as relações

sexuais praticadas depois, é preciso usar preservativos até que a menstruação desça.

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

Adolescentes Devem Ser Informados sobre a Contracepção de Emergência?

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

. ela é **normatizada** e recomendada pelo Ministério da Saúde para todas as situações de relações sexuais sem uso de contracepção, para todas as mulheres, inclusive explicitamente para adolescentes, sem ter contra-indicações médicas;

. ela precisa ser usada em situações de risco de forma **rápida**, pois o sucesso de seu efeito depende do tempo passado após a relação sexual, portanto seu uso tardio pode ser inútil;

. o seu **não uso** pode gerar uma gravidez indesejada, com conseqüentes desvantagens para o público jovem, principalmente as meninas, que precisam se escolarizar e profissionalizar para garantir um bom padrão sócio-econômico para si e para seus filhos;

. o seu **não uso** pode levar à ocorrência de abortos provocados, uma das maiores causas de mortalidade materna entre jovens;

. a sua divulgação, conforme os estudos vêm demonstrando, não prejudica o uso de outros métodos contraceptivos. As pessoas que já os utilizam não abandonam este uso. Quem tende a usar repetidamente o método de emergência são meninas que vêm tendo relações sem método, com risco de gravidez e precisam deste método

e também de orientação para que adotem contraceptivos para uso regular;

. seu uso não provoca o abandono do uso de camisinhas para a prevenção de DST/aids; quem faz a prevenção dessas doenças está consciente e não tende a abandoná-la. Jovens que utilizam apenas a contracepção de emergência nas relações estão confirmando o risco que já vinham correndo anteriormente, de se contaminarem com doenças e pegarem infecções;

. instruir os jovens assegura que eles recebam informações seguras e corretas, para que não adotem práticas baseadas em mensagens distorcidas ou mal entendidas obtidas na rua ou em grupos de jovens;

. o jovem bem informado e atualizado é um potencial reprodutor de informações corretas de prevenção à saúde em sua família e entre seu grupo etário, funcionando como um importante multiplicador de segurança, podendo promover a prevenção de gestações não-planejadas e abortos e, ao mesmo tempo, coibir usos errôneos do método por pessoas sem informação.

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

Código de Ética Médica, capítulo IX –Artigo 103:

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

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

Estatuto da Criança e do Adolescente,

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

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

Para Obter Mais Informações sobre Contracepção de Emergência

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

5 – E a Questão das DST/Aids, Como Fica?

Os registros do Ministério da saúde têm apontado, desde meados da década de 90, que o crescimento da aids está ocorrendo principalmente através de relações heterossexuais; se expandindo entre a população **mais pobre** (portanto, com menos escolaridade e informação), **feminina** (mais vulnerável cultural e biologicamente à infecção) e **jovem**.

Não só a epidemia de HIV cresce com este perfil, mas também de outras DST (doenças sexualmente transmissíveis), como o condiloma, chamada popularmente de “crista-de-galo”. Esta, causada pelo HPV (papiloma vírus humano), em algumas regiões urbanas chega a atingir 20% da população sexualmente ativa, predispondo o aparecimento de verrugas, feridas no colo do útero e o desenvolvimento do câncer nesse local, que podem ocorrer caso não se faça tratamentos ginecológicos de cauterização, exames clínicos regulares, colposcopia e papanicolaou.

Não apenas o condiloma e a aids, mas outras DST têm forte presença na população brasileira, conforme determinadas regiões municipais, estaduais ou do país. Essa ocorrência nos faz lembrar que **todo e qualquer trabalho que envolva sexualidade e prevenção de gravidez não-planejada entre adolescentes e jovens hoje, necessariamente deve incluir a prevenção dessas doenças.**

Assim, recomenda-se que para as gerações atuais, que além da necessidade do aprendizado de formas de viver a prática sexual com a prevenção contraceptiva, seja orientado também o uso de preservativos, ressaltando que:

- . é o método contraceptivo **ideal para períodos da vida em que está sendo feito o conhecimento, troca e escolha dos parceiros**, pois evita duplamente a gravidez e às DST/aids;

- . é o **melhor método contraceptivo para jovens e adolescentes que estão em fase de transformação física e psicossocial**, já que é de fácil aquisição, baixo custo, dispensa a necessidade de orientação médica e não contém contra-indicações;

. é um método contraceptivo **eficaz** se for treinado o seu uso, não sendo necessária a utilização de métodos complementares;

. é um método contraceptivo que **pode ser facilmente complementado com o uso da contracepção de emergência** (em caso de mau uso ou falha mecânica), associação que fornece praticamente 100% de segurança contra gestações.

Por fim, sabemos que todo o processo de prevenção de gestações ou doenças é um **aprendizado social**, ao qual não estamos programados biologicamente. Portanto, requer orientação, tempo para a busca, aquisição e efetivação de informações, adoção de comportamentos preventivos em possíveis situações de tentativa e falha inerentes ao processo de aprendizagem, para enfim, se conformar numa conduta freqüente de prevenção.

É com essa compreensão complexa, que nós adultos, educadores, profissionais de saúde, amigos e gestores públicos, precisamos encarar a entrada dos adolescentes e jovens na vida sexual, conduzindo-a de forma mais tranqüila e saudável, para que possa ser um fato natural, pleno e não negativo para as gerações futuras.

Bibliografia

Sobre Sexualidade:

- ARATANGY, Lidia Rosenberg. Sexualidade - A Difícil Arte do Encontro, São Paulo, Ed. Ática, 1995 - Série Discussão Aberta.
- CONSELHO ESTADUAL DA CONDIÇÃO FEMININA. Construindo a Igualdade entre os Sexos, Cadernos CECF No 5 - Educação, Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo, novembro de 1994.
- COSTA, M. organizador. Amor e Sexualidade: a resolução dos preconceitos, São Paulo, Ed. Gente, 1994.
- COSTA, Ronaldo Pamplona. Os Onze Sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana, São Paulo, Ed. Gente, 1994.
- ECOS, Caderno de Treinamento 2 - Relações de Gênero e Cidadania: a caminho da igualdade, São Paulo, ECOS, 1993.
- ECOS, Caderno de Treinamento 3 - Gênero e Planejamento Familiar, São Paulo, ECOS, 1993.
- FIGUEIREDO, Regina. Prevenção às DST/Aids em Ações de Saúde e Educação. São Paulo, NEPAIDS/USP, 1999.
- FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. Quando os Filhos Perguntam Certas Coisas..., Coleção Esse Sexo Que é Nosso nº 3, São Paulo, Fundação Carlos Chagas, s/d, (cartilha).
- GREGERSEN, Edgar. *Práticas Sexuais – a história da sexualidade humana*. São Paulo, Roca, 1983.
- LOYOLA. Maria Andréa (org.) *A Sexualidade nas Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, Ed. UERJ, 1998.
- MAIA, Mônica e LOPES, Gerson. Conversando com Crianças sobre Sexo", Ed. FUMEC, Belo Horizonte, 2002.
- MAIA, Mônica e LOPES, Gerson. *Conversando com Adolescentes sobre Sexo*, Ed. FUMEC, Belo Horizonte, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O que Podemos Fazer Juntos – Desenvolvimento Global e atividades de Crianças até 3 Anos*. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

MOTT, Luiz. "O Jovem Homossexual", in *O Prazer e o Pensar*. São Paulo, Editora Gente, 1999.

PAMPLONA, Ronaldo. *Os Onze Sexos*, Ed. Gente, São Paulo, 1985.

PARKER, Richard. *Corpos Prazeres e Paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*, São Paulo, Best Seller, 1991.

PAIVA, Vera. *Fazendo Arte com a Camisinha - sexualidades jovens em tempos de aids*. São Paulo, Summus Editora, 2000.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Dossiê Adolescentes Saúde Sexual e Reprodutiva*. Belo Horizonte, Rede Feminista de Saúde, 2004.

SILVA, Maria Lúcia Teixeira da. *Nesse Corpo Tem Gente! um olhar para humanizar o nosso corpo*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.

SUPLICY, M. *Sexo para Adolescentes*, São Paulo, FTD, 1988.

Legislações:

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. Brasília, CFM, 1988.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO *Lei de Diretrizes e Bases da Educação*, Brasília, Ministério da Educação, 1996. Disponível em <http://www.educacao.org.br>. Acessado em 30 de Maio de 2005.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO *Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação Saúde e Orientação Sexual*, Brasília, Ministério da Educação, 2001.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, 1990. Disponível em <http://www.mj.gov.br/sedh/conanda/eca.htm>. Acessado em 30 de Maio de 2005.

Sobre Prática Sexual, Gravidez, Métodos Contraceptivos e Contraceção de Emergência, DST e Aids:

ANDALAFI, Jorge. "Comportamento sexual na Adolescência – o papel da anticoncepção de emergência", *Jornal da SOGIA - BR*, Ano 4, nº 6, jan, fev, março/2003.

FILHO, José F. N. Formiga. "Anticoncepção de emergência no contexto do PAISM", (mimeo).

FIGUEIREDO E PEÑA. *Contraceção de Emergência: opção contraceptiva em tempos de DST e aids?* São Paulo, NEPAIDS, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Normas Técnicas de Planejamento Familiar*. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Comportamento da População Brasileira Sexualmente Ativa*. Brasília, Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST/Aids, 2003. Disponível em [\[http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/avalia4/resultados/primeira_rel.htm\]](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/avalia4/resultados/primeira_rel.htm) – acessado em 30/10/2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Anticoncepção de Emergência – perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. "Dados e Pesquisas em DST e Aids", s/d. Disponível em <http://www.aids.gov.br> – acessado em 27/05/2005..

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. "Dossiê de Mortalidade Materna", 2000. Disponível em <http://www.redesaude.org.br/dossies/dossiessr.html>. Acessado em 30 de Maio de 2005.

TASK FORCE ON POSTOVULATORY METHODS OF FERTILITY REGULATION, OMS (1998), Randomised controlled trial of levonorgestrel versus Yuzpe regimen of combined oral contraceptives of emergency contraception. *The Lancet*, vol. 352: 428-33.

UNICEF Relatório: "Situação da Adolescência Brasileira", 2002. Disponível em <http://www.unicef.org/brazil>. Acessado em 30 de Maio de 2005.

