

Prática sexual de meninas, questões de gênero, preconceito e interesses na prevenção da gravidez na adolescência

Sexual practice of girls, gender issues, prejudice, and interests in the prevention of teenage pregnancy

Regina Figueiredo¹

Resumo

O artigo apresenta a discussão dos controles sociais que cercam a prática sexual de adolescentes no Brasil e que visam a contenção da atividade sexual destes indivíduos, principalmente das meninas, e a atualização desses discursos na construção do problema da gravidez na adolescência, colocando-os como objetos de intervenção e de individualização fruto de problemas e responsabilidades femininas, influenciados por uma visão desigual de gênero que desconsidera o desejo feminino. Chama também a atenção para a responsabilidade do Estado e da área de Saúde Pública em democratizar informações e acesso às tecnologias contraceptivas que permitam o direito ao livre exercício da sexualidade deste público, não relacionando a prática com a gravidez, atendendo o interesse que os adolescentes têm enquanto sujeitos de direitos, inclusive de autonomia, com proteção e sigilo de sua intimidade.

Palavras-chave: Sexualidade; Adolescentes; Prevenção de Gravidez; Contracepção; Saúde Pública.

Abstract

The article presents the discussion of social controls that surround the sexual practice of adolescents in Brazil and which aim to contain the sexual activity of these individuals, especially girls, and the update of these discourses in the construction of the problem of teenage pregnancy, placing them as objects of intervention and individualization resulting from female problems and responsibilities, influenced by an unequal view of gender that disregards female desire. It draws attention to the responsibility of the State and the Public Health area to democratize information and access to contraceptive technologies that allow the right to the free exercise of sexuality for this public, apart from pregnancy, taking into account the interest it has as a subject of rights, including autonomy, with protection and confidentiality of their intimacy.

Keywords: Sexuality; Teenagers; Pregnancy prevention; Contraception; Public health.

Introdução

Desde o primeiro censo demográfico brasileiro, realizado em 1872 – ainda na época do Império, pouco depois da Lei do Ventre Livre de 1871¹ –, constata-se que no Brasil mulheres abaixo dos 18 anos já eram casadas e muitas tinham filhos, descortinando a prática sexual das adolescentes no total de 10 milhões de

habitantes da época (15,24% representado pela população escrava). Autores apontam que também no Brasil Colônia, a mulher era vista como jovem reprodutora e instruída para o casamento, tanto pela Igreja como pelo Estado², que as educavam e vigiavam desde a infância para a ocorrência deste evento (casamento) que acontecia ainda na própria adolescência, em média entre os 14 e os 15 anos, geralmente com homens mais velhos³.

Da mesma forma, durante a República, incluindo a virada para o século XX, a Constituição Brasileira de 1922, procurando dar limite mínimo para o casamento feminino, define a idade ideal

¹ Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é cientista social e política, com aperfeiçoamento em Sociologia da Família pelo Centro de Estudos Rurais e Urbanos da Universidade de São Paulo (USP), mestre em Antropologia Social, doutora em Saúde Pública por essa mesma universidade, pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e membro do grupo técnico de saúde do adolescente desta secretaria.

para a mulher se casar e ter seu primeiro filho como os 16 anos³, ou seja, na adolescência.

O conceito de liberdade em situações de prática sexual de adolescentes, portanto, sempre foi relativo e associado ao interesse social do momento histórico, mas constantemente houve severa disciplina ou vigilância moral da família, que considerava não cumprir tais recomendações socialmente definidas como “adequadas” um atentado à honra familiar⁴. Em situações fora da regularidade, ou seja, do casamento não recomendado ou não consentido pela família, eram instituídas legislações e processos jurídicos que tornavam criminosa a prática sexual realizada – definida geralmente como “defloramento” –, de forma a caracterizar e a garantir a educação ou os considerados “bons comportamentos” de uma adolescente, já que a sexualidade adolescente era vista como patrimônio da família, parentes ou padrões⁵. Embora a idade de casamento pudesse ser até abaixo de 18 anos, casamentos eram associados à interferência familiar, pois menores de 21 anos necessitavam de consentimento paterno e materno para realizá-los⁴.

No início do século XX, segundo Joffily & Costa⁵, os valores de honra e virgindade exerciam pressão sobre as adolescentes, pois representavam proteção e controle social simbólicos sobre elas. Adolescentes que seguiam seus desejos sexuais ou amorosos não deixavam de existir, mas eram consideradas “em desgraça”, dano que só seria reparado pelo casamento. A moça “desvirginada” era condenada moralmente. Apesar disso, passava a ser vista como adulta independente, por isso o peso da estigmatização era a única forma de ter o controle de sua própria sexualidade, com certas liberdades não permitidas às virgens.

Tal visão de construção patriarcal sobre os corpos femininos formulou uma educação de gênero incutida enquanto hábito social na sociedade brasileira até hoje. Antigas denominações

utilizadas para as adolescentes sexualizadas são apenas atualizadas com outros jargões: de “desgraçada”, “perdida”, “desvirginada”, “da vida” e “meretrizes”, hoje são chamadas “fáceis”, “vadias”, “galinhas” e “vacas” – utilizando aproximação com comportamentos de animais “parideiros”⁶ – ou até mesmo de “putas”. Esta prática demonstra a grande ascendência das opiniões sociais sobre os comportamentos sexuais de adolescentes meninas atualmente.

A questão de gênero e o controle da sexualidade de mulheres e meninas

A questão de gênero é tão expressiva quando se trata deste assunto, que durante a pesquisa nenhum conselheiro tutelar argumentou associando desvantagens à prática sexual de adolescentes homens, como atribuiu a das meninas, nem com relação às expectativas e frustrações subjetivas. A única preocupação psicológica quanto ao início de práticas sexuais masculinas foi referida como necessidade de algum apoio emocional, geralmente “apoio psicológico”, e dizia respeito às ocorrências que envolvem meninos que estabelecem relações sexuais e parcerias homoafetivas.

Com relação às adolescentes meninas, o senso comum e muitos profissionais de serviços públicos, incluindo os da área da Saúde, Educação e Assistência Social⁷⁻¹⁰, ainda aferem à prática sexual como um evento automaticamente associado à exposição à gravidez não planejada, mantendo discursos criados quando não havia ou havia pouca disponibilidade de contraceptivos disponíveis no país. Ao invés de se fazer uma real dissociação do sexo com a gravidez – divulgando a atual disponibilidade ampla dos mais de sete tipos de métodos contraceptivos reversíveis, cientificamente indicados e encontrados nos postos de saúde localizados em praticamente todos os bairros e comunidades brasileiras, multiplicando

esta informação e disponibilidade fruto do exercício de um novo padrão existente atualmente de conquistas sociais no campo dos direitos sexuais e reprodutivos –, recaem na mesma culpabilidade naturalista dos discursos seculares que apontam que a prática sexual de meninas leva automaticamente à gravidez e, nesse sentido, caberia a todos tolhê-las desses impulsos e culpabilizar seus comportamentos pelo risco “inerente” que correm.

Nas unidades básicas de saúde, que compõem a rede de Atenção Primária de Saúde do SUS brasileiro, estão disponibilizados gratuitamente os seguintes contraceptivos reversíveis que podem ser indicados para adolescentes sexualmente ativos, segundo critérios de elegibilidade que devem ser feitos pelo médico, conforme o Ministério da Saúde: preservativos masculinos, pílula anticoncepcional oral, injetável contraceptivo mensal, injetável contraceptivo trimestral, diafragma, DIU – dispositivo intrauterino –, além da contracepção de emergência¹¹ (p. 16, 48).

Mas, será que em pleno século XXI, o risco de gravidez não planejada seria realmente naturalmente inerente às práticas sexuais? Ou, está sendo perpetuado por discursos sociais e até do poder público, como verificamos entre os conselheiros tutelares¹⁰, ou quando observamos discursos e atuações de serviços de saúde dificultando a oferta de contraceptivos às meninas adolescentes? 7-8 Inegavelmente, estas ocorrências apontam a pouca capacitação, além da interferência de esferas pessoais na conduta de profissionais de saúde que trazem concepções tradicionais, ao contrário de se guiarem por normativas públicas e dos seus respectivos conselhos profissionais.

Prática Sexual na Adolescência – uma realidade escancarada

Inquéritos com adolescentes de Ensino Médio¹² registram que as relações sexuais se

iniciaram, em média, aos 15 anos, em ocorrências voluntárias. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada nacionalmente¹³, aponta que a idade da primeira relação sexual no Brasil é de 15 anos para meninos adolescentes e 16 para meninas adolescentes, sendo que, na região Sudeste, estas últimas também iniciam tal prática, em média, aos 15 anos. Tal média aponta que várias adolescentes, portanto, têm relação sexual, inclusive com 14 anos ou menos, de forma voluntária. Como demonstrou Zagury¹⁴, a presença efetiva da prática sexual envolvendo menores de 14 anos é considerável parte (20%) da população adolescente brasileira; esses contatos são realizados na quase totalidade das vezes com outro adolescente e nem sempre são aqueles com as quais estão envolvidas afetivamente ou em parceria¹². Com isso, questiona-se se é adequada a interpretação de presunção de violência e abuso quanto às relações sexuais de adolescentes com 14 anos ou menos.

Pode-se considerar que impingir o critério de abuso e violência na interpretação de uma prática desejada pelas adolescentes denuncia a intromissão de esferas morais pautadas na ideologia de gênero sobre legislações sociais vigentes, uma vez que na prática, tais casos só são denunciados quando o menor de 14 anos envolvido é mulher, já que quando é homem, ao contrário, há valorização extrema da prática. Como aponta Andrade¹⁵, se, com meninos, “pais e órgãos acusadores relaxam a vigilância, com as meninas, ao contrário, se clama crescente controle. O filho pode ser precoce, a menina só pode ser ingênua e violentada”.

Assim, desconsidera-se o livre exercício da prática sexual pelas adolescentes meninas que assim o desejarem, configurando-se explicitamente como uma estratégia sexista de controle da sexualidade feminina. Portanto, adotando um pressuposto contraditório que, ao invés de

proteger a liberdade sexual do adolescente e sua dignidade sexual, termina por tolhê-la, pressupondo uma situação de violência.

Muitas vezes, o tolhimento das práticas sexuais não adota diretamente características repressivas, mas se desconfigura em discursos evasivos sobre carência afetiva feminina¹⁶, quando se justifica a prática sexual de adolescentes, ou mesmo, atribuída à rebeldia. Questiona-se aqui se tal busca de afeto também não é feita por mulheres adultas, ou mesmo por meninos adolescentes, não sendo este um argumento fortemente sexista para postergar a prática sexual feminina. Não seria a reprodução de uma interpretação dos padrões de gênero transposta para a análise dos fenômenos da sexualidade supor que meninos não busquem nunca afeto, mas que entre eles o sexo seja sempre realizado por curiosidade e prazer, enquanto meninas só são afetivas e nunca teriam curiosidade, atração e busca de prazer. Seria tão difícil aceitar que meninas adolescentes também podem buscar sexo por terem desejo sexual?

D'Elia¹⁷ complementa o raciocínio, baseando-se na premissa da dignidade sexual da pessoa humana, demonstrando que a vulnerabilidade expressa na Lei nº 12.015, de 2009 situada dentro do capítulo “Dos Crimes contra a Dignidade Sexual”, não presume automaticamente mais que seja violência, mas passa a dar proteção ao vulnerável menor de 14 anos, como “um crime contra a dignidade pessoal e não mais contra os costumes” (p. 17), já que, segundo Delmanto, “a liberdade e a dignidade sexuais integram, necessariamente, a dignidade da pessoa humana, fundamento maior do Estado de Direito Democrático”¹⁷ (p. 12). Portanto, segue D'Elia:

“Uma presunção de vulnerabilidade absoluta (...) viola disposições existentes no próprio ordenamento jurídico e subtrai

do intérprete da lei penal a análise real das situações de vulnerabilidade em que se encontram os crimes contra a dignidade sexual”¹⁷ (p. 19).

Nesse sentido, completa o autor, são fundamentais as mudanças legislativas que vêm ocorrendo, por meio das leis penais quanto à sexualidade, cada vez menos se pautando na moralidade e passando a se importar com a dignidade sexual e humana das pessoas. Por isso, somente quando o cidadão é lesado e sente que sua autodeterminação foi afetada é que deve haver descrição de violência e intervenção¹⁷ (p. 35, 56).

Tudo isso deve ser considerado, ainda mais se observarmos que a maioria das relações sexuais ocorre de forma voluntária com parceiros ou parceiras adolescentes¹², igualmente vulneráveis.

Maternidade e Paternidade entre Adolescentes

Com relação à situação de desejo de gravidez por uma adolescente, analisar este fenômeno torna-se tarefa ainda mais complexa, pois diferentemente da sociedade que predominou até o começo do século XIX, esse evento é atualmente malvisto.

Sabemos que estudos históricos apontam que na sociedade brasileira, a questão de crianças filhas de mães adolescentes era até poucas décadas recorrente e vista com naturalidade³. A preocupação não se dirigia a este evento, mas ao fato de que essa mãe não estivesse casada nos conformes das regras familiares, ou seja, fosse mãe-solteira, como apontaram Joffily e Costa⁵.

Historicamente no Brasil, o evento de uma adolescente ou mulher adulta solteira (tanto faz a idade) grávida ou com filho(s) era considerado uma aberração, porque apontava a prática sexual da mulher numa situação anterior e fora do casamento, demarcando sua defloração antes do sacramento

que supostamente a autorizaria. Essa autorização era fundamental porque punha em jogo a respeitabilidade e a manutenção das tradições das famílias, pelas quais a situação patriarcal conferia à mulher uma posição de elementos de troca social e correspondiam à honra de seus pais e membros masculinos⁵. Caso ocorressem gestações seguidas por propostas de casamento ou arranjos de casamento, mesmo em situações de estupro, como já foi apontado, a gravidez não era vista mais como um problema, dado que não resultaria em desonra. Por isso, constata-se que as próprias legislações permitiam o casamento na adolescência¹⁸ e até o recomendavam, evitando possíveis riscos de descontrole dos desejos sexuais femininos em caso de postergá-lo e garantindo que a primeira gravidez estivesse sob a ordem do matrimônio.

Relatos de mulheres adolescentes enviadas a conventos, monastérios¹⁹, ou até emparelhadas²⁰⁻²¹, não são incomuns em relatos e na literatura brasileiros, denunciando ocorrências de gestação adolescente indesejada e sumariamente julgadas pela moral cultural das famílias. Era, assim, um assunto de âmbito do espaço privado, a ser resolvido sem necessidade da interferência do Estado, principalmente quando impossibilitava a aplicação da lei de casamento que sanaria a “vergonha” familiar. Ou seja, o Estado se omitia nas condutas que não envolviam negociação e reparos entre as partes masculinas envolvidas, mesmo que isso levasse à exclusão, ao exílio forçado e, até, à morte dessas meninas gestantes.

Por isso, como ressalta Sacramento²², temos que encarar que o espaço “privado é político” em qualquer situação, ou seja, a forma que a sociedade organiza ou não a intervenção e atribuição do Estado sobre o privado é uma política pública sancionada, mesmo que não legalmente.

Roland¹⁸ aponta que a gravidez adolescente passa a significar um problema em larga escala principalmente quando quebra os padrões

de normalidade construídos, o que no Brasil teria ocorrido com o surgimento dos discursos pautados nos ideais de controle de natalidade, entrada tardia na maternidade, escolarização prolongada e modelo ideal de família. No Brasil, propostas baseadas na teoria malthusiana de controle populacional²³, visando a redução da pobreza, apesar de terem sido lidas desde sua concepção no século XVIII, passaram a estar mais presentes após a industrialização do país, que gerou a necessidade de escolarização das mulheres e sua entrada no mercado de trabalho, o que reforçou a mentalidade de adiamento das recomendações de casamento e maternidade. As adolescentes precisavam preparar-se e tornarem-se adultas trabalhadoras, para depois realizar estes eventos de construção da família brasileira.

Como ressalta Alves²⁴, até o Estado Novo, na década de 1930, a política predominante era de expansionismo pró-natalista, que complementava as políticas migratórias latino-americanas dos séculos XIX e XX, reforçando a necessidade de mão de obra humana para o desenvolvimento das economias desses países que eram essencialmente agrícolas. O Decreto Federal nº 20.291, de 11 de janeiro de 1932, vedava ao médico qualquer “prática que tenha por fim impedir a concepção ou interromper a gestação” no Brasil, assim como o artigo 124 da Constituição do Estado Novo orienta que o Estado dê proteção ao casamento indissolúvel e às “famílias numerosas”, “na proporção de seus encargos”. Não por acaso, tais discursos ganhavam apoio da postura da Igreja Católica, que sistematicamente se posicionava pelo natalismo e contra qualquer tipo de controle de fertilidade²⁵.

A gravidez na adolescência como problema

Segundo Correa, Jannuzzi e Alves²⁶, foi apenas após a 2ª Guerra Mundial que a política internacional se empenhou em propostas baseadas

no neomalthusianismo, procurando conter uma imaginada e possível explosão demográfica da população. Entre essas propostas está a prática de disseminação de métodos contraceptivos e esterilizações, visando conter a fecundidade adotada pela Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), o Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMC)²⁷ e o Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH), que recebiam recursos de várias agências e fundações internacionais como *International Planning Parenthood Federation (IPPF)*, *Pathfinder Foundation*, *Rockefeller Foundation* etc.²⁸, que relacionam esse evento à pobreza e ao baixo desenvolvimento econômico dos países.

A percepção de que o acesso à contracepção é um direito de decisão e escolha das mulheres que deve ser inerente às políticas públicas veio a ser disseminado apenas posteriormente, na década de 1980, com o conceito de “Planejamento Familiar”, difundido por feministas e organizações de mulheres que pautavam o direito das mulheres à livre escolha quanto aos assuntos sexuais e reprodutivos. A partir daí, embora tenha havido avanços que propuseram toda uma política de planejamento familiar (incorporada na proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)), Berquó²⁹ chama a atenção às preocupações com o “descontrole populacional” ainda vigentes e que voltariam explicitadas dez anos depois como posição oficial da Conferência Internacional de População das Nações Unidas, realizada no México em 1984, discurso que apontava o controle populacional como a maneira de permitir a melhoria do padrão de vida dos países em desenvolvimento.

O neomalthusianismo, portanto, será o berço para a construção de toda uma gama de discursos científicos criados para embasar tal ideologia na área de saúde e em outras áreas ligadas às demais políticas públicas, fazendo

surgir novos conceitos-problemas até então inexistentes: “gravidez precoce”, “gravidez indesejada”, “gravidez problema” etc. De forma geral, as razões e contextos sociais para tais gestações ficam de fora dessas discussões que geram intervenções de saúde e invariavelmente desconsideram também as razões das práticas sexuais desprotegidas de contracepção que ocorrem inclusive pela falta de acesso à contracepção, ao mesmo tempo em que não discute quais as motivações para que várias adolescentes queiram ter filhos. Quais são os hábitos, as estratégias e as expectativas de vida que orientam esses quereres, como diria Bourdieu³⁰.

Entre as propostas de análise das razões da gravidez na adolescência, o discurso do desejo de maternidade, da mesma forma que a de prática sexual, é explicado muitas vezes por discursos que reproduzem padrões de gênero, atribuindo um desejo inconsciente pela maternidade ao desejo de afeto por diversos autores, principalmente da área da Psicologia³¹⁻³², associada à visão da adolescência como período de perturbações. Assim, a gravidez adolescente, ao invés de ser vista como um fenômeno óbvio e biológico natural provável quando não há uso de contracepção, passa a ser explicada por justificativas reducionista, como a tese de que seria fruto de um “desejo inconsciente”, uma “carência”, “falta” ou “fragilidade” feminina, que revelariam a somatização de um problema³³; enquanto outros autores justificam a ocorrência por um tal “instinto maternal” inconsciente³⁴, ou de busca de um “status” adulto³⁵, que descartam totalmente a simples vontade sexual dessas meninas no estudo da gravidez na adolescência, ao mesmo tempo em que não são mencionadas carências emocionais ou desejos inconscientes quando se analisam as práticas sexuais de rapazes e nas razões para o “engravidamento” realizado por meninos adolescentes e sua real

(mesmo que não praticada) paternidade, em situações em que engravidam parceiras.

Novamente, questionamos por que tais explicações sempre atribuem o fenômeno da sexualidade feminina à questões que desconsideram totalmente o desejo sexual feminino e, no caso da gestação, deste desejo ter sido simplesmente realizado sem o uso dos contraceptivos atualmente disponíveis por simples falta de conhecimento, habilidade. Enfim, fazem a análise simplista atribuindo diferenças de gênero e repetindo que a adolescente mulher nunca é levada pelo fator sexual e de desejo, e que, ao contrário, é uma vítima frágil.

Com relação às gestações desejadas pelas adolescentes, uma minoria, fica notória a interrogação de quantas dessas ocorrências se justificam enquanto projetos de vida que espelham justamente a realidade específica da sociedade em que as cercam, que dá *status* e maior autonomia, inclusive sexual e afetiva às mulheres que já são mães, representando assim para essas adolescentes um passo para a autonomia como aponta Paula³⁶. Embora esses comportamentos demonstrem formas de lidar com uma realidade de vulnerabilidade social e de emancipação bastante diferente daquelas formas almejadas pelos discursos institucionais e oficiais que não chegam ao contexto cotidiano de grande parte da população adolescente brasileira, são formas alternativas que adotam para ficarem livres da exploração do trabalho doméstico às que costumam estar sujeitas em suas famílias de origem, também por motivos de cultura de gênero que leva a uma desigualdade na divisão sexual do trabalho doméstico, que sempre as sobrecarrega.

Já para a grande maioria, formada por adolescentes que não desejam a gravidez – que responde até 80% dos casos³⁷ –, mas só o sexo, a ocorrência deste fenômeno vêm sendo absolutamente desconsiderada.

Gravidez não planejada como responsabilidade das Políticas de Saúde

No Brasil, a gravidez sempre foi comum e vigorou em áreas rurais e próximas à áreas antes ocupadas por indígenas^{13,36-38}, sendo compreendida como uma elevação do *status* da mulher à condição adulta, porém, a grande concentração de gravidez na adolescência de mães antes dos 18 anos de idade é indesejada³⁹ e se correlaciona não a uma coincidente subjetividade, mas com a desvantagem socioeconômica e a vulnerabilidade social estatisticamente significativa de quem não teve acesso à assistência contraceptiva. Essa característica é verificada em estatísticas nacionais³⁹⁻⁴⁰, em que essas ocorrências se mostram mais do que o dobro em regiões mais pobres⁴⁰. Isso aponta não apenas a falta de equidade e democratização no acesso a uma tecnologia preventiva contraceptiva, mas a falta de políticas públicas relativas à gravidez entre adolescentes⁴¹, incluindo o fundamental papel do setor da saúde e da educação na promoção da educação sexual e do acesso aos contraceptivos.

Fatores de ordem cultural que motivam o amplo controle da sexualidade feminina e o discurso predominante de que adolescentes devem postergar a prática sexual por meio de discursos desqualificadores e condenatórios são fundamentais para a análise da razão da gravidez na adolescência. Uma vez que não estimulam as adolescentes a se enxergarem como sexualmente ativas e, portanto, em risco de engravidar⁴², provocam que elas ocultem seus desejos e comportamentos sexuais de si mesmas e de seus familiares, buscando prevenir confrontos.

Estudos atuais têm mostrado que a história contraceptiva pessoal e familiar é fundamental na quantidade de gestações não planejadas, inclusive na adolescência, porque demonstram a habilidade de uso desses recursos para possibilitar a prática sexual sem gestação⁴³⁻⁴⁴; ou seja, o

tempo de início e de uso de contracepção, bem como o diálogo entre as gerações da própria família, o próprio conhecimento anatômico e fisiológico do corpo, e o respeito ao direito e à autonomia das adolescentes para adquiri-los³⁵ são fatores determinantes para o início de uso, a adesão temporal, o uso correto e a minimização de falhas dos contraceptivos⁴⁴. Ao mesmo tempo, o estímulo ao uso de contraceptivos que dificultem esquecimentos e sejam de maior duração, como as injeções trimestrais e até, de longa duração, como os implantes contraceptivos e o DIU, poderia ser realizado junto às adolescentes, como já vem recomendando o Ministério da Saúde⁴⁵⁻⁴⁶, de forma a evitar que gestações não planejadas ocorram.

Esta pesquisa realizada explica não apenas a postergação de início da prevenção contraceptiva e segura que precisa ser assimilada enquanto comportamento aprendido, como também reforça as descontinuidades de uso dos métodos contraceptivos³⁴ que favoreceriam à exposição à gravidez. Um bom acompanhamento e acesso educacional pelo setor saúde e educacional também poderia resolver várias dúvidas, medos, dificuldades, tabus e crenças errôneas – a crença de que os métodos contraceptivos disponíveis são incompatíveis com a baixa frequência sexual³⁵; a ideia de que adolescentes são pouco férteis ou que os contraceptivos dificultariam ou fariam mal a futuras gestações, ou que interfeririam no prazer sexual⁴⁷; a percepção que seu uso é de responsabilidade do outro, do parceiro, da mulher ou só do homem, etc. –, assim como o medo de efeitos colaterais, e a rapidez de início de uso frente a relacionamentos reatados inesperadamente⁴¹, questões bastante comum entre as adolescentes. Ao mesmo tempo, essas ações de promoção à saúde sexual e reprodutiva melhor orientadas impactariam nos fatores de ordem econômica, como a falta de dinheiro

para a obtenção de métodos e a falta de instrução contraceptiva na família e na escola.

Ou seja, todos esses fatores se relacionam com políticas de saúde, com posturas educativas, de acompanhamento, acolhimento e atenção que são de responsabilidade do Estado. São ações que poderiam ser feitas de forma a promover os direitos sexuais e reprodutivos dos e das adolescentes, proporcionando que suas práticas sexuais não terminem em gestações não planejadas, separando a sexualidade da maternidade e paternidade, como é direito constitucional de qualquer cidadão brasileiro, atendendo aos interesses e desejos desse público para que possam planejar o seu futuro.

Considerações finais

Portanto, entendendo a adolescência como um conceito recente e sociológico, fruto da resignificação dos espaços e papéis dos indivíduos púberes no meio social e cultural, devemos compreender que a política do Estado age automaticamente sobre ela e que vêm, como demonstrado nas diversas épocas, sendo alvo de intervenções sociais e da disciplina e “docilização” dos corpos, inclusive no campo da Saúde Pública⁴⁸.

Diferentemente das sociedades rurais, nas quais a passagem pela puberdade já introduzia indivíduos às responsabilidades adultas, a sociedade brasileira atual urbana atua sobre a saúde dos adolescentes com viés motivado por iniciativas e intervenções de motivações políticas e econômicas, que continuam a incidir sobre a liberdade reprodutiva feminina e abordá-la como objeto.

Essas políticas deveriam atender os próprios interesses dos sujeitos envolvidos, ou seja, a demanda dos próprios adolescentes. Eles e elas querem (e têm direito) a apenas desfrutar do desenvolvimento da própria sexualidade e exercer sua vida sexual sem ter a gravidez. E cabe a toda sociedade

e, principalmente ao Estado, promover esses direitos, combatendo tabus e crenças repressivas, amparando ações educativas e políticas de atenção à saúde, principalmente de planejamento reprodutivo e contracepção que respeitem a autonomia e garantam a confidencialidade desses sujeitos, assim como de qualquer cidadão brasileiro.

Referências

1. Paiva CL, Godoy MM, Rodarte MMS, Santos D. Publicação crítica do recenseamento geral do Império do Brasil de 1872:relatório provisório [internet]. Belo Horizonte: Núcleo de Pesquisa em História Econômica e Demográfica; 2012 [acesso em 21 mar 2021]. Disponível em: http://www.nphed.cedeplar.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/02/Relatorio_preliminar_1872_site_nphed.pdf.
2. Benini CSA. O fenômeno da gravidez na adolescência em perspectivas diferenciadas e suas implicações nas relações pessoais, familiares e sociais [dissertação]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2011.
3. Oliveira AAS, Xavier MDF, Alves GF. Reações familiares diante da situação de gravidez na adolescência i impacto da gravidez na adolescência: rejeição, aceitação e apoio. Interdisciplinar. Rev. Eletr. da Univar [internet]; 2011 [acesso em 21 mar 2021]; 5:30-36. Disponível em: <http://www.univar.edu.br/revista/downloads/relacoesfamiliares.pdf>.
4. Abreu M. Meninas perdidas. In: Del Priore M, organizador. História das crianças no Brasil. São Paulo: Contexto; 2000. p.289-316.
5. Joffily SMLC, Costa LF. É possível prevenir gravidez na adolescência?[internet]. 2005 [acesso em 21 mar 2021]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0231.pdf>.
6. Rector MA Fala dos Jovens. Petrópolis: Vozes; 1994.
7. Figueiredo R, Castro Filho JM, Kalckmann AS. Planejamento familiar e reprodutivo na atenção básica do município de São Paulo: direito constitucional respeitado? Bol Inst Saude. 2014; 15(2):81-93.
8. Figueiredo R, Bastos S, Telles JL. Profile of the free distribution of emergency contraception for adolescents in São Paulo's counties. Journal of Human Growth and Development [internet]. 2012 [acesso em 21 mar 2021]; 22(1):105-115. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/20058>.
9. Figueiredo R, Candido LAL. Orientação para escolas e educadores sobre encaminhamentos em sexualidade, diversidade sexual e saúde sexual e reprodutiva. Bol Inst Saude. 2018; 19(2):169-183.
10. Figueiredo R. Percepção e orientação de condutas de conselheiros tutelares sobre práticas sexuais de menores de 18 anos[tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2015.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde de Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília(DF): 2009.
12. Figueiredo, R., Segri N. Use of Male Condoms among Adolescents with Free Access at Emergency Contraception Study among Students from the Public Education System of the Sao Paulo, Brazil. World Journal of aids.2014;04: 178-186.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2006 [internet]. Brasília; 2006 [acesso em 21 mar 2021]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/>.
14. Zagury T. Encurtando a adolescência. 4. ed. Rio de Janeiro: Record; 1999.
15. Andrade JS. Relativização da culpabilidade no artigo 217-a do Código Penal [internet]. outubro 2014 [acesso em 21 mar 2021]. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/32636/relativizacao-da-culpabilidade-no-artigo-217-a-do-codigo-penal>.
16. Ávila AA. Socorro, doutor! atrás da barriga tem gente! São Paulo: Atheneu; 1998.
17. D'elia FS. Tutela penal da dignidade sexual e vulnerabilidade. São Paulo: Letras Jurídicas; 2014.
18. Roland MIF. A construção social do problema da gravidez na adolescência: estudo de caso sobre o campo institucional da Central da Gestante, em Piracicaba, SP [internet] [dissertação]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas; 1994 [acesso em 21 mar 2021]. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1383830319_ARQUIVO_PESQUISA-INTERVENCAOEMPSICOLOGIA.pdf .
19. Miranda A. Que seja em segredo. São Paulo: L & PM Editores; 2014.
20. Pessoa AES. Sociologia da hipocrisia ou breves considerações sobre um centenário romance recifense: a emparedada da rua nova. Saeculum [internet]. 2009 [acesso em

- 21 mar 2021]; 20:34-48. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/srh/article/view/11436/0>.
21. Albuquerque TCL. A emparedada da Rua Nova e outras histórias: práticas e representações da mulher na cidade do Recife (1870-1909) [dissertação]. Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco; 2014.
22. Sacramento S. Mulheres emparedadas e seus espaços de memória. *Est. Femin.* 2006; 14(2):549-571.
23. Malthus TR. Ensaio sobre a população. Cury AA, tradutor The University of Michigan Press; 1959.
24. Alves JED. O choque de civilizações versus progressos civilizatórios [internet]. In: Caetano AJ, organizador. Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas:Unfpa; 2004 [acesso 21 mar 2021]. p64- . Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/livro_dezanos.pdf
25. Souza Junior A. A política demográfica da igreja católica e a medicalização da contracepção (1960-1980) [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
26. Corrêa S, Jannuzzi PM, Alves JED. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In ABEP. Sistema de indicadores municipais em saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro; 2003.
27. Costa AM. Planejamento familiar no Brasil. *Rev Bioéti.* 1994; 4(2):209-216.
28. Pereira AJ, Inichiata LYI. A sociedade civil contra a aids: demandas coletivas e políticas públicas. *Ciênc Saud Colet* 2011; 16(7):3249-57.
29. Berquó E. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: Bilac ED, Rocha MIB. A saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. Campinas, Editora 34; 1998.
30. Bourdieu P. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva; 1992.
31. Deutsch H. Problemas psicológicos da adolescência com ênfase na formação de grupos. Rio de Janeiro: Zahar; 1977.
32. Langer M. Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.
33. Tachibana M, Santos L P, Duarte CAM. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psychê.* 2006; 10(19): 149-167.
34. Langer M. Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.
35. Meira AC. Dos impasses da maternidade a uma verdade indizível: uma leitura psicanalítica sobre a feminilidade. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2010.
36. Paula D.B. Gravidez na adolescência: estratégia de inserção no mundo adulto [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1992.
37. Nações Unidas Brasil - ONU. Quase metade das gestações no Brasil não é planejada, destaca Fundo de População da ONU [internet]. [acesso em 6 dez 2020] Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/73738-quase-metade-das-gestacoes-no-brasil-nao-e-planejada-destaca-fundo-de-populacao-da-onu>.
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Taxa de fecundade [internet]. [acesso em 30 abr 2019] Disponível em: www.ibge.org.br.
39. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília (DF); 2017.
40. Figueiredo R, Andalafti Neto J. Uso de contracepção de emergência e camisinha *Rev SOGIA-BR.* 2005; 6(2):2-4.
41. Correa MD. Noções práticas de obstetrícia. 12. ed. Belo Horizonte: Medsi; 1999.
42. Nascimento CB. Conhecimento e uso da contracepção de emergência por estudantes de ensino médio (dissertação). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.
43. Bisol CA. Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. *Estudos de Psicol.* 2012; 29(supl.):719-726.
44. Santos OA. Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas no uso de pílula oral, hormonal injetável e preservativo masculino [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2018.
45. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Manual técnico para profissionais de saúde: DIU com Cobre TCu 380A. – Brasília (DF); 2018.
46. Ministério da Saúde (BR). PORTARIA Nº 3.265. altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a ampliação do

acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília 1 dez 2017.

47 - Alves AS, Lopes MHBM. Conhecimento, atitude e prática do uso de Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preser pílula e preservativo entre adolescentes universitários. Rev Bras Enferm [internet] Brasília 2008 [acesso em 26 ago 2021]; 61(1): Rev Bras Enferm [internet] 2008 jan-fev; 61(1): 11-7. . Disponível: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/02.pdf>.

48. Ayres JRCM. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: Schraiber LB. Programação em saúde hoje. São Paulo: HUCITEC; 1990. p. 129-182.