

Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: seria a gravidez a única questão a ser debatida?¹

Adolescent sexual and reproductive health: is pregnancy the only issue to be debated?

Ana Katarina Soares Pereira^{II}, Julia Maria Cêga Lopes^{III}

Resumo

É praticamente consenso que a gravidez na adolescência é tratada como um fenômeno que representa certo grau de ameaça à saúde pública e à vida social. O presente trabalho, partindo da vivência em formações voltadas à implementação do Protocolo de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes com trabalhadores da saúde do município de Franco da Rocha (SP), discute a forma limitada como a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes é abordada: com foco apenas na questão da gravidez, colocando-a unicamente como responsabilidade das adolescentes.

Palavras-chave: Saúde sexual e reprodutiva; Adolescência; Gravidez.

Abstract

It's practically a consensus that pregnancy in adolescence is treated as a phenomenon which represents a certain level of threat to public health and social life. This article derives from real life experience within educational meetings aiming at the implementation of a "Sexual and Reproductive Health of Adolescents Protocol" for health workers from Franco da Rocha municipality. It discusses how narrow the sexual and reproductive health of adolescents topic has been approached once it focuses merely on pregnancy matters and puts the issue under teenagers' responsibility only.

Keywords: Sexual and reproductive health; Adolescence; Pregnancy.

Introdução

A pesar de não ser a única área a se debater sobre o estudo da adolescência, o campo da Saúde desempenha papel considerável, influenciando a construção da definição do termo e dos problemas referentes a essa fase da vida. A gravidez na adolescência há tempos

vem sendo tratada como um fenômeno que representa certo grau de ameaça à saúde pública e à vida social. É sobre essa questão que o presente trabalho discorre, partindo do compartilhamento de vivências e do registro de falas obtidos durante formações, compostas de palestras e discussões de casos, com a participação de trabalhadores das 12 unidades básicas de saúde (UBS) do município de Franco da Rocha e de uma pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP).

As formações, que ocorreram no âmbito da parceria entre o Instituto de Saúde da SES-SP e o município de Franco da Rocha, tiveram como objetivo a implementação do Protocolo de Saúde

¹ Agradecemos à Ana Pereira pelas sugestões e revisão do texto.

^{II} Ana Katarina Soares Pereira (a.katarina.sp@gmail.com) é nutricionista pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

^{III} Julia Maria Cêga Lopes (juliamaria303030@gmail.com) é psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da SES/SP e residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Hospital Santa Marcelina.

Sexual e Reprodutiva de Adolescentes presente no Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério, produzido na fase anterior da parceria. Embora a proposta fosse abarcar questões relacionadas a um tema amplo – saúde sexual e reprodutiva de adolescentes –, as formações ficaram restritas aos “problemas da gestação na adolescência”.

O que é adolescência?

Revisitar, questionar, repensar conceitos que aparentemente são consenso e que são mecanicamente utilizados é algo relevante, visto que eles carregam os pressupostos teóricos que nos orientam. Portanto, antes de iniciarmos a discussão sobre gestação na adolescência, é fundamental refletirmos sobre as noções de adolescência, pois elas norteiam o processo de produção de conhecimento a respeito do tema, e sobre suas repercussões na criação/(re)criação/(re) produção de práticas concretas, especialmente no quadro das políticas públicas de saúde¹.

Criança é aquela pessoa do nascimento até 12. Fez 12, vira adolescente tá? Então, na nossa lei brasileira, adolescente é a pessoa de 12 a 17, né? Fez 18, vira adulto, não é isso? (Fala de formação 1)

Porque o corpo é genético, né, gente? Se tem uma família que menstruou com 9 ou 10, ela vai fazer aquele estirão, não é? Tem família mais cedo, mais tarde. Se ela fizer um estirão, como é orgânico, ela vai se comportar como a de 15, não como as amiguinhas dela. (Fala da formação 2)

As falas supracitadas transmitem a ideia da adolescência enquanto fenômeno que respeita certa cronologia e é muito bem demarcado por fatores

fisiológicos. Assim, de forma homogênea e determinística, a idade e as mudanças hormonais produziam o “comportamento típico de adolescente”.

A adolescência é descrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS)² como um período da vida em que um indivíduo não é mais criança, porém ainda não é adulto. É uma fase na qual a pessoa passa por enormes mudanças em diferentes aspectos, como crescimento e desenvolvimento físico, acompanhadas de maturação sexual e reprodutiva. Essas transformações muitas vezes levam a relacionamentos íntimos; ao desenvolvimento do pensamento abstrato e crítico, juntamente com um senso de autoconsciência; e à criação de identidade adulta e transição da total dependência socioeconômica e emocional para a relativa independência. Do ponto de vista etário, adolescentes são indivíduos de 10 a 19 anos.

Apesar dessa descrição, uma ressalva é feita: os adolescentes não são um grupo homogêneo. Eles têm necessidades de acordo com sexo, estágio de desenvolvimento, circunstâncias da vida e condições socioeconômicas.

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde³, produzidas pelo Ministério da Saúde, seguem o mesmo caminho homogeneizante, considerando adolescentes e jovens indivíduos de 10 a 24 anos. Tomando como base o Estatuto da Criança e do Adolescente⁴, adolescentes são sujeitos de 12 a 18 anos.

Para Reis e Zioni⁵, tal conceito de adolescência, que é amplamente aceito, busca contemplar as dimensões fisiológica, psicológica e econômica que levam o sujeito do estado infantil ao adulto. Porém, se mostra confuso ao tentar homogeneizar os sujeitos, pois no plano fenomenológico há limitações em se afirmar que pessoas entre 10 e 20 anos passam por transformações biopsicossociais de modo articulado e simultâneo.

No campo da saúde, é possível observar que a formulação ou a adoção de conceitos e práticas a respeito da adolescência (ou de adolescentes) são predominantemente orientadas pelo paradigma biomédico, que a descreve como uma fase do desenvolvimento humano que não escapa a nenhuma pessoa: todos estão fadados a passar por ela rumo à vida adulta. Por mais que possa se desenrolar até certo ponto com algumas diferenças, não seria possível escapar desse período “crítico”, que, por se tratar de um momento de definições de “identidade”, gera “crises” que beiram o patológico, merecendo grande atenção do campo da Psicologia, que caracteriza a fase como uma “síndrome da adolescência normal”¹.

Porém, a adolescência (ou juventude) pode ser olhada como categoria sociocultural, de origem histórica, destituída dos sentidos de universalidade, naturalidade e obrigatoriedade, o que permite então tratá-la no plural, como “adolescências”^{1,5,6}.

Há tempos, observa-se no campo da Saúde um movimento em busca de analisar a construção social dos conhecimentos a respeito da adolescência de forma interdisciplinar. É reconhecida a existência de transformações biológicas nessa fase e dos significados que lhes são atribuídos, tanto pelos sujeitos que as vivenciam quanto pela sociedade. Entretanto, apenas esse critério não basta para explicar o fenômeno, de forma que existe um esforço para se contemplar as dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais nos estudos relativos às formas de vivenciar a adolescência¹.

Adolescência e gravidez

(...) o tema da adolescência e da sexualidade no nosso país é um tabu, né? Então, a gente, se não tem uma formação, uma capacitação, a gente acaba tirando

as nossas condutas e as nossas informações da nossa experiência pessoal, né? Do que a gente leu, do que comentaram, né? Então, o que tava acontecendo aqui em Franco da Rocha? Cada unidade tava fazendo de um jeito. Quando a Secretária nos procurou, a gente propôs procurar resolver os problemas, a gente vai começar falar desses problemas e principalmente padronizar as condutas, tá? (Fala da formação 3).

Motivo de morte: gravidez, parto, puerpério. Primeiro motivo de morte, primeiro motivo de internação hospitalar. Então, se a gente quiser fazer saúde para as adolescentes e não fizer isso, a gente tá fingindo que tá fazendo saúde, é disso que elas morrem e se internam, tá? (Fala da formação 4).

Inicialmente, as atividades no município de Franco da Rocha se propuseram a discutir as questões relativas à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Além de o tema ser tratado como um problema, e não como um dos diversos aspectos da vida, percebe-se que a discussão ficou restrita à gestação na adolescência, abordada como algo relacionado a e de responsabilidade apenas do sexo feminino.

Durante as formações, apesar de o machismo ter sido colocado em pauta no momento em que foi debatido o preconceito sofrido pelas meninas ao engravidarem, diferentemente do que foi proposto, constatou-se que não houve sugestões de que meninos e homens fossem incentivados a buscar os serviços de saúde para orientações sobre métodos contraceptivos, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) ou planejamento familiar e reprodutivo. A presença deles

nos serviços de saúde ficou reduzida à referência ao encaminhamento para Centros de Atenção Psicossocial, caso precisassem lidar com o uso de álcool e outras drogas.

(...) Então, a questão de saúde sexual e reprodutiva não é um problema da família, não é um problema privado, é um problema de saúde pública. (Fala da formação 5)

Até o fim da primeira metade do século XX, a gravidez era considerada uma “função natural” das mulheres, que deveria acontecer preferencialmente antes dos 25 anos de idade. Assim, da mesma forma que a ideia de adolescência é recente, com seu conceito construído no século XIX, o entendimento da gravidez antes dos 20 anos como algo inadequado também foi criado há pouco tempo. Tal formulação acompanhou a proliferação de discursos sobre a inadequação da gravidez na adolescência nos campos médico-sanitários e político. É neste contexto que a Biomedicina, por meio de seu domínio sobre os conhecimentos do corpo, passa a determinar a idade mais segura, ou seja, a fase em que o corpo supostamente estaria pronto para uma gestação⁷.

Esse movimento também revela a assimetria da Medicina na interpretação dos corpos de mulheres e homens. Sobre elas, a medicalização passou a incidir de forma mais intensa, com os corpos femininos colocados como objeto de saber e prática médica, essencial para o controle das populações e a regulação da sexualidade⁸. Não é à toa que, quando se trata de métodos contraceptivos desenvolvidos para mulheres, podemos listar uma gama variada: os anticoncepcionais orais combinados, hormônios injetáveis, anel vaginal, adesivo anticoncepcional, dispositivos intrauterinos, diafragma, capuz cervical, esponja contraceptiva, camisinha feminina e laqueadura.

Já para os homens, há apenas a camisinha masculina, a vasectomia e uma promessa de pílula para os próximos anos.

Toda rua daqui deve ter uma gravidez na adolescência, praticamente. As periferias, né, das cidades sempre têm gravidez na adolescência. (...) Se ela não trabalhar então, quem vai por grana? A vó. Isso quando a vó não tem que cuidar também. Se quiser que essa menina estude, a vó tem que cuidar, se não, ela larga a escola. Então, só pra vocês terem noção, a gravidez das meninas é o principal motivo de abandono escolar. Quando a gente abandona a escola, como falei no começo, o que acontece? Menor renda. Então, você vai ter famílias com mulheres pouco escolarizadas ou menos escolarizadas, condenadas a maior pobreza, né? (...) Se bota ela pra correr e não dá um puxadinho ali ou um outro lugar, ou vai para casa do menino, né, ela já fica com uma casa em desvantagem econômica. Pobre. Já tá fadada a ser igual a mãe dela. (...) Não dá tempo de criar nada, de estruturar nada, nem uma casa, nem uma renda, nem uma educação, nada, né? Então, muitas separações, e aí você vê bairros e bairros de chefia feminina. Quando a gente fala de chefia feminina, chefia só de mulher. (...) E a outra coisa é que essas casas de mulher viram bairros, e bairros de mulheres pobres. Então, você chega ali, tem aquela geração, chega daqui a 20 anos são as filhas daquela mulher, no bairro do lado, sem estudo de novo, gestação precoce e fica repetindo. Então, só pra vocês terem noção, é assim que vai crescendo as periferias, né? E isso não muda, né, gente? Não vai ter um dia que

vai acordar as mulheres e falar “vamos ensinar as meninas a não engravidar a partir de hoje!”. Nunca aconteceu isso, né? Nem nas periferias, nem nas aldeias indígenas, nas tribos da África. (Fala de formação 6).

A qualificação da gravidez na adolescência como um evento negativo e de caráter epidêmico, tanto para a vida individual quanto para a vida coletiva, ganhou o reforço, a partir da década de 1980, de discursos oficiais que utilizavam esse fato como argumento responsável pela “transmissão” ou reprodução da pobreza, como aponta Silva⁷. Além de se apoiarem na alegação de uma “incapacidade fisiológica para gestar e incapacidade psicológica para criar”⁷ das adolescentes, lançou-se mão da definição da faixa etária dos 12 aos 20 anos de idade como período de dependência econômico-familiar que deveria ser dedicado aos estudos e qualificação para ingresso das jovens no mercado de trabalho. Observa-se, então, que o momento entre infância e vida adulta passou por expansão e prolongamento.

Somente após cruzarem esse percurso, as/os adolescentes, que de início são vistas(os) como naturalmente imaturos, instáveis e despreparados, poderiam se tornar adultos capacitados para constituírem família. Logo, se uma adolescente engravidada, ela é posta como forte candidata a abandonar os estudos ou a ter uma qualificação profissional inferior, pois interromperia a trajetória projetada como ideal: de foco na educação enquanto vive com a família, posterior qualificação profissional, colocação no mercado de trabalho e, por último, a maternidade.

Diante da grande seletividade do mercado de trabalho, uma pessoa que engravidada na adolescência é vista como despreparada, e seu filho como obstáculo para o bom desempenho e

dedicação ao trabalho. Como resultado, as jovens se deparam com a exclusão do mercado de trabalho ou com postos de baixa remuneração. Além da não correspondência das expectativas e demandas econômicas, ainda pode existir um julgamento moral por conta da gravidez fora de uma união formal, de um casamento⁸.

É válido lembrar que isso ocorre no contexto de um determinado modo de organização da sociedade e sob um mercado de trabalho incapaz de lidar com a crescente disponibilidade de mão de obra cada vez mais qualificada. Nessa perspectiva, o campo médico que se apropria do corpo feminino como objeto e o medicaliza, elencando-o em diversas características fisiológicas e psicológicas, exerce grande influência na determinação do conceito de adolescência e se apresenta como uma estratégia de controle da vida. Portanto, o enfrentamento da gravidez na adolescência se presta à gestão das populações, pois diz respeito ao controle demográfico, à manutenção de uma classe dominante, ao controle das massas que serão excluídas do mercado e das que serão incorporadas, bem como à qualidade dessas^{7,8,9}.

Considerações finais

Quando se trata de saúde sexual e reprodutiva, a gestação ganha destaque, sendo colocado como um “problema” de que o campo da Saúde Pública precisa se ocupar. A concepção de adolescência presente de forma hegemônica no discurso da área vai ao encontro do estabelecimento da gravidez na adolescência como problema, colocando as meninas como as únicas responsáveis por ele. O conceito de adolescência baseado no paradigma biomédico apresenta tal como algo que respeita uma cronologia normativa, regulada pelas transformações fisiológicas e marcada por comportamento típico.

A autoridade do saber médico também atua na definição do período mais adequado, sob os pontos de vista fisiológico e psicológico, para a ocorrência de uma gestação – e, certamente, a adolescência não preenche tais pré-requisitos. Assim, a gravidez na adolescência passa a ser apresentada como uma ameaça à vida social e seu controle se torna extremamente importante para a regulação e gestão da população.

Com essa discussão, não se pretende negar os aspectos biológicos e as mudanças hormonais envolvidos na experiência da adolescência – assim como ocorre em outras fases da vida –, muito menos classificar como “normal” o fato de as meninas serem penalizadas em relação aos estudos e ao ingresso no mercado de trabalho por conta de uma eventual gestação. Neste trabalho, buscamos apresentar a forma limitada como o tema da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes vem sendo abordado, muitas vezes focado apenas na gestação, que por sua vez é colocada como uma questão exclusivamente feminina. Essa abordagem não comporta as dimensões físicas, emocionais, mentais, sociais, religiosas e espirituais relativas à sexualidade, como aspectos relacionados a uma vida sexual prazerosa e segura; à liberdade de escolha de parceiros; ao combate a discriminações, estigmas e violências; à proteção contra IST; a métodos contraceptivos femininos e masculinos; e à liberdade para decidir ter ou não filhos. Todos eles são igualmente relevantes na discussão acerca da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.

É importante frisar que os conceitos de adolescência, de gravidez precoce e de machismo nem sempre existiram. A adolescência e as questões relativas a ela podem ser pensadas para além do paradigma biomédico, levando em consideração que os sujeitos são produtos de uma construção sócio-histórica e com

múltiplos atravessamentos. Os discursos que buscam homogeneizar e universalizar a adolescência não podem dar conta das diversas possibilidades de se vivenciar esse momento da vida. Todavia, podemos nos atrever a pensar a vida sem barreiras rígidas, a conceber infâncias, adolescências, vidas adultas e velhices como categorias complexas e heterogêneas e trazer outras pautas, como a busca pela igualdade de gênero, para enriquecer as discussões, inclusive na área da Saúde.

Referências

1. Peres F, Rosenburg CP. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde e Sociedade*. 1998; 7:53-86.
2. World Health Organization - WHO. Orientation programme on adolescent health for health care providers. Geneva; 2006.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília(DF); 2010.
4. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 14 jul1990.
5. Reis AOA, Zioni F. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. *Rev. Saúd. Públic*. 1993; 27:472-477.
6. Bock AM. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. *Psicol. Esc. Educ*. 2007; 11:63-79.
7. Silva PS. A gravidez na adolescência como problema biopolítico[dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
8. Altmann H. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. *Educ. Rev*. 2007; 46:287-310.
9. Foucault M. A história da sexualidade 1: a vontade de saber. 12. ed. Albuquerque MTC, Albuquerque JAG, tradutores. Rio de Janeiro: Graal; 1997.