



ARTIGO ESPECIAL

Desafios da abordagem ao adolescente: confidenciabilidade e orientação contraceptiva

Challenges in the approach to adolescents: confidentiality and contraceptive orientation

Maria Conceição O. Costa¹, Pio M. da Costa², Antonio F. O. Neto³

Resumo

Objetivos: O artigo tem como finalidade apresentar algumas questões relacionadas à ética profissional e aos aspectos jurídicos da abordagem da sexualidade na adolescência, assim como oferecer uma revisão prática da abordagem e uso de métodos contraceptivos para adolescentes.

Métodos: A revisão bibliográfica abrangeu literatura nacional e internacional, assim como orientação jurídica nas questões específicas relacionadas ao Estatuto da Criança e do Adolescente e Código Penal Brasileiro.

Resultados: Entre os aspectos da abordagem ao adolescente, a confidenciabilidade destaca-se como uma das mais importantes estratégias, principalmente quando se trata de questões relacionadas à sexualidade. No Brasil, embora a faixa adolescente venha contribuindo de forma efetiva para o aumento da taxa de fecundidade, do ponto de vista legal existe um hiato quanto à garantia de direitos do adolescente e do profissional no exercício da prática contraceptiva.

Conclusões: O desafio para os profissionais de saúde, particularmente os pediatras que lidam com adolescentes, é o de contribuir na consolidação de normas que regulamentem a orientação em saúde reprodutiva para esta faixa etária, uma vez que o Código Penal Brasileiro apresenta-se anacrônico quanto à realidade do comportamento sexual de adolescentes e suas possíveis consequências.

J. pediatr. (Rio J.). 1998; 74(1):5-10: adolescência, confidenciabilidade, contracepção.

Introdução

A adolescência é uma das etapas evolutivas do homem, caracterizada pelo desenvolvimento biopsicossocial que, em geral, inicia com a puberdade e termina com a inserção num contexto social mais amplo.

Em 1980, cálculos da Organização das Nações Unidas (ONU) demonstraram cifras mundiais de adolescentes em

Abstract

Objective: The article has the purpose of presenting some questions related to professional ethics and juridical aspects of the approach to sexuality in adolescence, as well as of offering a practical review of the approach and contraceptive methods used by adolescents.

Methods: The bibliographic review encloses national and international literature, as well as juridical orientation in specific questions related to Child and Adolescent Statute and Brazilian Penal Code.

Results: Among the aspects of the approach to adolescents, confidentiality is distinguished as one of the most important strategies, mainly when the topic is associated to questions related to sexuality. In Brazil, although adolescents have been contributing in an effective way to the increase in the fecundity rate, there is, legally speaking, a hiatus concerning the guarantee of the rights of adolescents and professionals in exercise of contraceptive practice.

Conclusions: The challenge for the health professionals, particularly the pediatricians who deal with adolescents, is to collaborate on the consolidation of rules which regulate the orientation in reproductive health for adolescents, once Brazilian Penal Code is anachronous concerning the reality of sexual behavior and its possible consequences.

J. pediatr. (Rio J.). 1998; 74(1):5-10: adolescence, confidentiality, contraception.

torno de 900 milhões e, para o próximo século, as estimativas são de aproximadamente um bilhão e duzentos milhões de adolescentes, sendo 100 milhões nos países em desenvolvimento¹⁻³.

No Brasil, dados do IBGE de 1989, revelaram um total de 35 milhões de adolescentes, cerca de 23% da população geral, sendo a maioria oriunda de famílias de baixa renda. Relatos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 1993 apontaram que 22% (cerca de 32 milhões de indivíduos) da população brasileira encontravam-se na condição de indigente, sendo que 15 milhões eram crianças e adolescentes⁴⁻⁶.

1. Doutora em Pediatria, Prof. Adjunto-Universidade Estadual de Feira Santana-Bahia.

2. Professor Titular de Clínica Médica-Universidade Estadual do Pará.

3. Graduando de Medicina- Universidade Federal da Bahia.

Sexualidade, contracepção e fecundidade na adolescência

A partir da década de 60, entre os diferentes grupos sociais, étnicos e raciais, tem sido verificada uma crescente transformação nos valores e padrões culturais, no que diz respeito à sexualidade, a qual favoreceu maior liberdade sexual entre os jovens^{7,8}.

A iniciação sexual precoce entre adolescentes tem sido motivo de preocupação em decorrência da freqüente associação desse comportamento com desconhecimento sobre anticoncepção e saúde reprodutiva. Aliada à atividade sexual precoce e ao desconhecimento nas questões da sexualidade, tem sido comprovada pouca participação da família, das escolas e dos serviços de saúde no processo educativo de adolescentes, sendo os próprios colegas adolescentes a principal fonte de informações sobre sexualidade^{7,9}. Nesse processo, a mídia tem desempenhado papel de destaque, através da ampla e massificada divulgação de informações a respeito da atividade e do comportamento sexual nos diferentes grupos sociais, sem estabelecimento de critérios de causa e efeito^{1,10,11}.

Estudos têm demonstrado que 1/3 da população mundial que é constituída de adolescentes que, embora ainda estejam em plena fase de crescimento e desenvolvimento, têm participado efetivamente no aumento da taxa de fecundidade^{8,10,12}. Dados do National Center Health Statistics revelam um declínio da taxa de natalidade em todas as faixas etárias, exceto na adolescência, principalmente na faixa etária até 16 anos^{9,13}. A pesquisa mundial de fecundidade, realizada na Ásia e na América do Sul, demonstrou que, embora o matrimônio esteja ocorrendo em torno de 22 a 24 anos, a atividade sexual pré-marital encontra-se em ascensão, o que torna a faixa adolescente mais exposta à gestação precoce e não planejada^{2,8}.

Na América Latina, pesquisas têm verificado que adolescentes oriundas de famílias com baixa escolaridade, muito numerosas, com falta de suporte psicológico, por conflitos ou ausência dos pais, apresentam planos e expectativas débeis em relação à escolaridade e ao profissionalismo e encontram-se mais expostas à ocorrência de gestação precoce e inoportuna^{11,14,15}.

No Brasil, pesquisa nacional sobre Saúde e Demografia, realizada pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar (BEMFAM) em 1996, demonstrou que, nos últimos dez anos, a fecundidade tem diminuído em todas as faixas etárias, em torno de 30%, com excessão da faixa adolescente (< de 20 anos). Dados dessa mesma pesquisa indicam que a utilização da anticoncepção aumentou à custa do uso da pílula e da realização de esterilizações, e a utilização de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e de anticoncepcional injetável foi mais freqüente na faixa etária mais jovem¹⁶.

A pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste, realizada pela BEMFAM em 1991/92, mostrou que, no Estado da

Bahia, cerca de 25,0% das mulheres em idade fértil eram adolescentes, de cada cinco adolescentes uma era sexualmente ativa, sendo que 13,0% possuíam filhos¹⁷. Em Salvador, pesquisa realizada em maternidades públicas com gestantes adolescentes demonstrou que 53,0% destas eram solteiras, 44,3% eram dependentes das famílias, 51,7% não utilizavam métodos contraceptivos, 49,7% abandonaram a escola, 53,8% não permaneceram nos respectivos empregos³.

Mortalidade materna na adolescência

Nos países em desenvolvimento como o Brasil, as gestantes e mães adolescentes têm contribuído de forma significativa para o aumento da prevalência de gestações de alto risco, mortalidade materna, perinatal e infantil¹⁶. Em 1995, dados do Ministério da Saúde apontaram que coeficientes de mortalidade materna na faixa de 14 a 42 anos superam 130 por 100.000 nascidos vivos, sendo que o grupo adolescente contribuiu com 22,3% do total^{5,12}.

A pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste, realizada pela BEMFAM em 1991/92, mostrou que, no Estado da Bahia, apenas 29,0% do total de mulheres do nosso Estado receberam assistência pré-natal segundo normas preconizadas pelo Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (mínimo de 6 consultas pré-natais); 49,0% das gestantes foram adequadamente vacinadas contra o tétano e 70,0% dos partos ocorreram em hospitais da rede pública¹⁷.

Em relação ao aborto, estatísticas do Ministério da Saúde indicam alta prevalência entre as adolescentes, principalmente na faixa menor de 16 anos. Do total de abortos registrados em todas as faixas etárias, 77% foram de origem induzida ou séptica e 40% ocorreram entre menores de 20 anos. O coeficiente de mortalidade decorrente de aborto na faixa de 20 a 49 anos foi de 42,2 por 100.000 nascidos vivos e, entre adolescentes, de 101,6 por 100.000 nascidos vivos, representando um risco 2,5 vezes maior¹².

Confidenciabilidade: estratégia básica na abordagem do adolescente

A confidenciabilidade constitui uma das mais importantes estratégias da assistência ao adolescente, e em poucos contextos essa postura é tão crítica quanto em relação às questões da sexualidade.

A necessidade de confidenciabilidade na adolescência está relacionada a diferentes fatores como crescimento físico e desenvolvimento psicossocial, necessidade de independência e de auto-afirmação, assim como de vivência

da sexualidade, sendo necessário, portanto, assegurar privacidade durante o atendimento¹⁸⁻²⁰.

A emancipação e a autonomia vislumbradas pelo adolescente podem acompanhar-se de conflitos pessoais e familiares, principalmente em relação às questões da sexualidade. A iniciação sexual é carregada de conflitos relacionados à identidade sexual e ao papel sexual, assim como à escolha do momento e da pessoa, além do que, grande número de adolescentes encontram dificuldades para compartilhar suas vivências com a família, pelo temor de comprometer o relacionamento mútuo. Nesse contexto, o profissional de saúde desempenha papel relevante na orientação em saúde reprodutiva e prevenção de riscos, assim como na criação de oportunidades para um maior entendimento e entrosamento destes com suas famílias.

Outro aspecto a ser considerado é que a confiabilidade durante o atendimento ao adolescente não exclui a possibilidade de estimular, sempre que possível, a participação da família nas questões relacionadas à saúde e à sexualidade dos seus filhos, aguardando a melhor ocasião para possibilitar o entendimento recíproco^{19,21,22}.

Nos EUA, a partir de 1973, através da luta desenvolvida pelo movimento feminista, as mulheres conquistaram em lei o direito à privacidade nas questões relacionadas à saúde reprodutiva, conferindo-lhes autonomia de decidir sobre a própria fertilidade, junto ao profissional de saúde, e, a partir dessa etapa, as mulheres adolescentes passaram a gozar dos mesmos direitos reprodutivos. Nesse país, a assistência em saúde reprodutiva à adolescente é um direito constitucional^{18,19,21}.

A lei de *status* do menor ou menor responsável, vigente nos EUA desde 1973, inclui adolescentes da faixa etária acima de 14 anos, casados, emancipados e/ou com capacidade de entendimento dos riscos e dos benefícios da terapêutica contraceptiva e que possam autorizar a prescrição do método anticoncepcional pelo profissional. Em resumo, os adolescentes menores responsáveis são legalmente consideradas capazes de auto-aprovação da contracepção e gozam do direito à confiabilidade. Até o momento, não se tem conhecimento de acusações e penalizações de profissionais de saúde que tenham prestado serviços contraceptivos a adolescentes, quando solicitados. A quebra do silêncio pelo profissional constitui violação da sua privacidade²¹⁻²³.

No Brasil, os artigos^{3-7,14-18} do Estatuto da Criança e do Adolescente garantem ao menor o direito de ser assistido e orientado pelo médico quando necessário. Entretanto, neste Estatuto, nenhum artigo garante ao adolescente o direito de decidir e solicitar a terapêutica contraceptiva ao profissional. Por outro lado, os artigos 213, 224 e 217 do Código Penal Brasileiro consideram violência a prática sexual antes de 14 anos e crime de sedução quando essa prática ocorre com a idade de 14 a 18 anos. Na forma em que esses delitos são descritos nesse Código, pode-se concluir que os profissionais que orientam anticoncepção para ado-

lescentes entre 12 e 18 anos podem ser acusados de estar contribuindo para que adolescentes se encontrem na situação que provocou o delito. Sem sombra de dúvida, as exigências do Código Penal Brasileiro estão dissociadas da realidade vivenciada pela juventude do nosso país, assim como de outros países da América Latina, que têm apresentado altos índices de desinformação, gestação, partos e nascimentos na faixa etária adolescente^{3,8,9,12}.

No Brasil, o desafio para os profissionais de saúde que lidam com adolescentes, particularmente os médicos, é contribuir para a consolidação de normas que regulamentem a orientação em saúde reprodutiva para esta faixa etária, no sentido de assegurar ao profissional o direito de prescrição, quando solicitado, uma vez que, do ponto de vista legal, existe um hiato quanto à legalização do exercício dessa prática.

Essa realidade sugere que a articulação e a mobilização entre as áreas de saúde e justiça podem favorecer a formulação de leis que possibilitem ao médico contribuir de forma legítima para que adolescentes assumam, de maneira mais segura, a vivência da sexualidade e, com mais responsabilidade, o seu projeto futuro de vida.

Orientação da anticoncepção na adolescência

Os métodos anticoncepcionais recomendados para adolescentes devem ser de fácil obtenção e baixo custo e, sobretudo, reversíveis. Enquanto se aguarda a opção ideal, os métodos mais recomendados para essa faixa etária são os anticoncepcionais orais (ACO) de baixa dosagem associados ao uso do condom²⁴.

A rigor, os ACO são recomendados para adolescentes 2 anos após a menarca (idade ginecológica mínima de 2 anos), período no qual o crescimento esquelético já se completou, muito embora essa recomendação necessite ser avaliada de forma crítica quando se trata de adolescentes sexualmente ativas, nas quais a anticoncepção leva em conta o risco de gravidez precoce. O benefício da indicação de ACO para adolescentes está relacionado à alta eficácia e popularidade desse método e à utilização dissociada do ato sexual, além do que, as principais contra-indicações dos ACO para as outras faixas etárias não representam limitações para adolescentes^{24,25}.

O condom está recomendado para adolescentes tanto com finalidade contraceptiva quanto preventiva, pela necessidade de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS. Entre os benefícios desse método destacam-se a acessibilidade e a ausência de efeitos colaterais²⁶.

O grande problema da utilização tanto de ACO como de condom por adolescentes é que ambos necessitam de motivação e planejamento premeditado, comportamento pouco apreciado nessa faixa etária²⁴⁻²⁶.

Anticoncepcionais Orais (ACO)

Os ACO possuem mecanismos de ação diversos que atuam em diferentes níveis. Do ponto de vista endócrino, os ACO inibem o GnRh, hormônio hipotalâmico responsável pela liberação de gonadotrofinas, promovendo assim o bloqueio do hormônio luteinizante (LH) no meio do ciclo, suprimindo a ovulação. Nas gônadas, os ACO inibem a maturação do folículo ovariano, além da fase de folículo primário e, no útero, provocam adelgaçamento do endométrio e espessamento do muco cervical, impedindo a trajetória do espermatozóide²⁵⁻²⁸. A composição química dos ACO combinados apresenta estrogênios (mestranol ou etinil-estradiol) associados a progestinas que, após o processo de metabolização hepática, mostram-se idênticos^{25,28}.

Para adolescentes, os ACO mais utilizados são aqueles que possuem baixas dosagens de etinil-estradiol (35mcg ou menos) e progestágenos como levonorgestrel e gestodene, os quais, até o momento, não demonstraram ter influência no perfil lipídico sérico (lipoproteínas-LDL/HDL), o que vem sendo considerado uma vantagem quanto à prevenção de fenômenos tromboembólicos^{24,28}. Os ACO de baixa dosagem imitam a seqüência menstrual normal, impedem a gestação, e, em decorrência da menor dose hormonal, constituem uma opção vantajosa para adolescentes. A ovulação retorna 3 meses após ter descontinuado a anticoncepção²⁹.

Os ACO de progestágenos (minipílulas) constituem um grupo específico de ACO utilizados, principalmente, durante a fase de amamentação, pela pouca interferência destes no processo da lactação, como o acetato de noretindrona 0,35mg (Micronor) e levonorgestrel 0,030mg (Nortrel)^{30,31}. Outra indicação específica de ACO é a anticoncepção de emergência, recomendada para casos de relações sexuais desprotegidas de algum método contraceptivo ou situações de violência sexual. Nesses casos, recomenda-se ACO combinado, contendo 0,030 a 0,035 mg de etinil-estradiol (EE), na dosagem de 4 comprimidos de 12/12hs (Diane), ou aqueles com 0,050 mg de EE, na dosagem de 2 comprimidos de 12/12hs (Anfertil, Primovlar, Neovlar), até 72 hs após a relação sexual^{31,32}.

Entre os benefícios dos ACO destacam-se a regularização dos ciclos, a prevenção e o tratamento da dismenorréia e a prevenção de gestação tubária, de câncer de endométrio e de ovário. Quanto ao efeito dos ACO de baixa dosagem sobre o crescimento, até o momento, não existem evidências de que estes interferiram no crescimento esquelético de adolescentes^{24,30}.

As principais contra-indicações para a utilização dos ACO são tromboflebite, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência hepática, hipertensão arterial, câncer de mama ou neoplasia estrogênio-dependente, sangramento vaginal anormal, gestação, cefaléia não diagnosticada, diabetes, hiperlipidemia, lupus eritematoso, anemia falciforme, doença biliar e renal^{24,29,30}.

Anticoncepcionais Orais Combinados^{24,29,31,32}

Nome comercial	Estrógeno (mg)	Progesterona (mg)	Nº de comprimidos
Gynera	EE 0,030	gestodene 0,075	21
Minulet	EE 0,030	gestodene 0,075	21
Mercilon	EE 0,020	desogestrel 0,15	21
Harmonet	EE 0,020	gestodene 0,075	21
Femiane	EE 0,020	gestodene 0,075	21
Primovlar**	EE 0,050	norgestrel 0,50	21
Neovlar**	EE 0,050	levonorgestrel 0,25	21
Nordette	EE 0,030	levonorgestrel 0,15	21
Microvlar	EE 0,030	levonorgestrel 0,15	21
Microdiol	EE 0,030	desogestrel 0,15	21
Triquilar	EE 0,030	levonorgestrel 0,050	6
	EE 0,040	levonorgestrel 0,075	5
	EE 0,030	levonorgestrel 0,125	10
Trinordiol	EE 0,030	levonorgestrel 0,050	6
	EE 0,040	levonorgestrel 0,075	5
	EE 0,030	levonorgestrel 0,125	10
Diane 35*	EE 0,035	acetato de ciproterona 2,0	21
Anfertil**	EE 0,050	levonorgestrel 0,25	21
Evonor**	EE 0,050	dl-norgestrel 0,50	21

EE: etinil-estradiol.

* ACO com atividade anti-androgênica.

** ACO utilizados para anticoncepção de emergência.

Anticoncepcional com Progestágeno^{24,29,31,32}

Nome comercial	Progesterona	Apresentação
Micronor	acetato de noretindrona 0,35mg	35 comprimidos
Nortrel	levonorgestrel 0,030mg	35 comprimidos
Depo-Provera	acetato de medroxi-progesterona 50mg	3 ampolas a cada 3 meses

Anticoncepcionais Injetáveis^{31,32}

Nome comercial	Estrógeno	Progesterona	Utilização
Mesigyna	valerato de estradiol 5mg	enantato de noretisterona 50mg	(IM) no 5º dia do ciclo e a seguir a cada 30± 3 dias
Perlutan / Unociclo	enantato de estradiol 10 mg	acetofenido de hidroxiprogesterona 150mg	(IM) no 8º dia do ciclo

Indicações Específicas dos Anticoncepcionais^{24,29,31,32}

- A presença de acne orienta para a utilização de ACO com atividade anti-androgênica (Diane);
- O sangramento inter-menstrual por mais de 3 meses orienta para a utilização de um anticoncepcional de maior dosagem, mais próximo possível do ACO atual ou para o aumento apenas da dose de estrógeno;
- Nos casos de vômitos constantes deve-se associar a vitamina B6 ou vitamina E, ou utilizar ACO de menor dosagem;
- Nos casos de hipertensão, dor torácica, cefaléia inexplicável e gravidez, o ACO deve ser retirado.

Métodos de Barreira^{24,25,30}

Os métodos de barreira incluem condom, diafragma, esponja vaginal e espermicidas que atuam impedindo a penetração do espermatozóide no canal cervical.

Entre adolescentes, o método de barreira mais utilizado e recomendado é o condom, que constitui um envoltório de borracha que mede 5X18 ou 4,9X16cm, embora no Brasil, o tamanho convencional seja de 3X17cm, podendo ser seco ou lubrificado com nonoxinol-9. A eficácia do condom encontra-se em torno de 80 a 90% e está associada ao uso regular e adequado, assim como à combinação com geléias espermicidas. As falhas devem-se à não utilização durante as brincadeiras sexuais, retirada descuidada após o ato sexual com derramamento de semen na vagina, assim como rompimento decorrente da lubrificação com óleo ou vaselina.

De modo geral, o condom é considerado um método contraceptivo eficaz e de baixo custo, que permite o envolvimento do parceiro na responsabilidade da contracepção, representando uma opção para adolescentes, além de ser o único método que previne a ocorrência de DST e AIDS.

O diafragma pode ser recomendado para adolescentes que são acompanhadas de forma mais sistemática e que possuem um bom nível de entendimento. Esse método oferece como vantagem proteção contra infecções de trompas e patologias cervicais; entretanto, a manipulação freqüente exige disciplina para a utilização. Os espermicidas, são mais utilizados associados ao condom ou diafragma^{22,25,26}

Aspectos práticos sobre o uso do condom

O rompimento (1,5 a 10%) está freqüentemente relacionado ao estoque em locais quentes ou úmidos, prazo de validade vencida, uso de cremes, óleos, vaselina.

A interrupção do ato sexual, considerada um dos principais obstáculos à utilização desse método, pode ser minimizada com a participação da parceira na colocação;

A diminuição de sensibilidade do órgão sexual, que é referida por grande parte dos homens, pode ser desmistificada considerando o maior prolongamento da sensação local.

O constrangimento e a dificuldade de solicitar ao parceiro a utilização do condom, relatados pelas adolescentes, devem ser discutidos, estimulando-se a conversa destas com os parceiros sobre a partilha de responsabilidade na anticoncepção, assim como enfatizando a possibilidade de gestação inoportuna, DST e AIDS e suas conseqüências.

Não devem ser utilizadas vaselinas ou gorduras para lubrificar o condom; após a ejaculação, o pênis deve ser retirado cuidadosamente da vagina ainda em estado de rigidez, evitando-se o derramamento de sêmen pela superfície lateral do condom;

Dispositivo Intra-Uterino - DIU

O dispositivo Intra-Uterino (DIU) pode ser recomendado para adolescentes após o parto, com controle médico rigoroso. De modo geral, não tem sido utilizado para nulíparas, exceto em casos bem selecionados que permitam o acompanhamento sistemático, em decorrência da possibilidade de infecção e, conseqüentemente, obstrução tubária²⁶⁻²⁸.

Peculiaridades do atendimento ao adolescente^{22,24,25,29}

No que diz respeito às questões da sexualidade e da saúde reprodutiva, a abordagem ao adolescente deve considerar aspectos como garantia de acesso aos serviços de saúde reprodutiva e viabilidade dos métodos contraceptivos; orientação sobre prática sexual e contraceptiva segura; discussão sobre o envolvimento da família no processo; discussão e aprovação própria do método; estabelecimento de responsabilidade quanto aos retornos mensais ou a cada 6 semanas; avaliação periódica na tentativa de detectar comportamentos de risco; explicação sobre benefícios e efeitos colaterais da medicação e privacidade dos registros (separados das informações usuais).

No exame físico de rotina do adolescente devem ser incluídos os seguintes aspectos: aferição de peso e altura (para verificação do crescimento e estado nutricional, utilizando-se o referencial do National Center Health Statistics-NCHS); avaliação do estágio de maturação sexual (segundo os critérios estabelecidos por Tanner); exame dos aparelhos cardio-circulatório (ausculta cardíaca e pressão arterial), pulmonar e gastro-intestinal; realização do exame pélvico, ginecológico e de mamas e solicitação de exames complementares como hemograma, sumário de urina, perfil lipídico sérico, VDRL, preventivo de câncer cérvico-uterino, cultura de secreções, entre outros.

A escolha do método anticoncepcional é personalizada. De modo geral, dá-se preferência para o ACO de baixa dosagem com menos de 35µg de estrogênio associado ao condom.

Quanto aos aspectos legais, recomenda-se anexar ao prontuário a solicitação da anticoncepção escrita pela adolescente, registro escrito de que houve incentivo para que a adolescente envolvesse a família, assim como registro das indicações da anticoncepção pela possibilidade de gravidez não planejada e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

Considerações Finais

No Brasil, a faixa adolescente, que representa 34 milhões de indivíduos, tem contribuído de forma significativa para o aumento da fecundidade, gravidez e maternidade, assim como em outros países.

A falta de garantias legais para os profissionais de saúde, quanto à prescrição da anticoncepção para adolescentes, quando solicitada e indicada, pode constituir um obstáculo à adoção dessa prática.

A utilização da contracepção por adolescentes sexualmente ativas, quando indicada e bem orientada, pode contribuir para que a vivência da sexualidade seja experimentada de forma mais plena e responsável, menos culpada e vulnerável a situações inesperadas e inoportunas como a ocorrência de gestação não planejada e doenças sexualmente transmissíveis, além da AIDS.

Agradecimentos

Aos Drs. Margarida Nascimento e Carlito Sobrinho, pelas preciosas sugestões e críticas ao manuscrito, e ao Dr. Edson Seda, pela orientação nos aspectos relacionados ao Estatuto da Criança e Adolescente e Código Penal Brasileiro.

Referências bibliográficas

- Ojeda ENS, Roberts E, Korin D, Cuminsky M. Adolescencia y juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos. In: OPAS. La Salud del adolescente y el joven en las Americas, 1985. Publicación Científica 489.
- OPAS. Morbilidad y mortalidad de los adolescentes y los jóvenes en los Estados Unidos de America. In: La salud del adolescente y el joven en las Americas, 1985. Publicación Científica 489.
- Guimarães MHP. Gravidez na adolescência: seus determinantes e conseqüências. Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva-Mestrado em Saúde Comunitária, Universidade Federal da Bahia, 1994. p.220
- Peliano AMJM. O mapa da criança: a indigência entre criança e adolescente. Brasília, IPEA, 1993. Documento político 19.
- IBGE. Sinopse preliminar do Censo demográfico -1991. Brasil, Rio de Janeiro, 1991;16:1-355.
- IBGE. População por sexo e idade. Censo Demográfico-1991, Brasil, Rio de Janeiro, 1993.
- Barroso C, Campos MM, Moraes MLQ et al. Gravidez na Adolescência. Brasília, IPLAN/IPEA, 1986. p.121
- OPAS-OMS. Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones. Washington DC, 1988. Cuaderno Tecnico 12.
- OPAS-ONU. A situação da fecundidade; determinantes gerais e características da transição demográfica. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. Convênio IBGE/UNICEF/OPAS, Gerência de Documentação e Biblioteca, Rio de Janeiro, 1988.
- Ferreira NP. Uma gravidez de alto risco? In: Barroso C. Gravidez na Adolescência. Brasília, 1986:83-95.
- David DHP. Adolescent reproductive behavior; psychological aspects and service-oriented research. Documento apresentado em seminário sobre "Adolescent risk taking behavior; health and psychological implications. Mexico, 1987.
- Massachs G. Mortalidade materna-Salvador-1993. Dissertação de Mestrado apresentada ao Mestrado de Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 1995.
- Senderowitz J, Paxman J. Adolescent Fertility: worldwide concerns. *Popul Bull, Popul Ref Bureau* 1985; 40:2.
- Martinez MJ. La revolución demográfica en Mexico, 1970-1980. Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, Mexico, 1982.
- Klein L. Antecedentes del embarazo en adolescente. *Clin Obstet Ginecol* 1978; 4:1199.
- Sociedade Civil Bem Estar Familiar-BEMFAM. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Demografia. Relatório BEMFAM, Rio de Janeiro, 1996. p.47
- Sociedade Civil Bem Estar Familiar - BEMFAM. Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste. Relatório, 1991/1992. p.10
- Jenkins RR. Adolescent sexuality and the family. *Pediatric Ann* 1982; 11: 740.
- Hofmann AD. Aprovação e Confidenciabilidade. In: *Ginecologia Básica do Adolescente*. 1ª ed. São Paulo: Santos, 1992.
- Strasburger VC. Temas atuais sobre a sexualidade do adolescente. In: *Ginecologia Básica do Adolescente*. 1ª ed. São Paulo: Santos, 1992.
- American Academy of Pediatrics: police statement: confidentiality in adolescent health care. *AAP News*, 1989.
- Hofmann AD. A rational policy toward consent and confidentiality in adolescent health care. *J Adolesc Healt Care* 1980;1: 9-17.
- Morissey JM, Hofmann AD, Thope JC. Consent and confidentiality in the health care of children and adolescents: a legal guide. New York: Free Press, 1986.
- Hofmann AD. Contraception in adolescence: a review. *Bull WHO* 1984; 62:151-162,331-344.
- OPAS-OMS. Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Ojeda ENS. Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington D.C., 1992. p.635
- Parrish SKJ. Métodos contraceptivos de barreira. In: *Ginecologia Básica do Adolescente*. 1ª ed. São Paulo: Santos, 1992.
- Mishell DR. Contraception. *New Engl J Med* 1989; 320: 777-787.
- Strasburger VC. Prescrição de Anti-concepcionais. In: *Ginecologia Básica do Adolescente*. 1ª ed. São Paulo: Santos, 1992.
- Ruzicki EM. Anti-concepção In: Coates V, Françoso L, Bezno GW. *Medicina do Adolescente*, 1ª ed. São Paulo: Sarvier, 1992
- Percival-Smith RKL, Morrisson BJ, Sizto R. The effect of triphasic and biphasic oral contraceptive preparations. *Contraception* 1987; 35:179-189.
- Blumenthal PD & McIntosh N. JHPIEGO Corporation, John Hopkins University. Guia para Provedores de Serviços de Planejamento Familiar. Thames Street, Baltimore, Maryland, 1995. p.311.
- Secretaria de Saúde-Estado da Bahia, JHPIEGO Corporation. Manual para Provisão de Serviços em Saúde Reprodutiva. 1ª ed. Salvador: Santos, 1996. p. 173-200.

Endereço para correspondência:

Dra. Maria Conceição Costa
Av. Euclides da Cunha, 475/ 1602
40150-120 - Graça - Salvador / BA
Fones: (071)237.1584 / 962.7822