Mapa 1: Ubicación de los domicilios de las entrevistas etnográficas







Leyenda

- Localización domicilios casos LTA brote "2000 Has." 2004
 Localización domicilios casos LTA brote Urugua-í 2004



Deforestación Año 2004



Urbanizaciones

Ruta Nacional 12

TALLERES Nº 12

Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes em Portugal e na América Latina.

Margarida Gaspar de Matos, PhD (1), Marta Reis, Msc (2), Lúcia Ramiro, Msc (3), Mónica Borile, MD (4), Enrique Berner MD (5), Sandra Vázquez MD (6), Electra Gonzalez, MA SW (7), José Messias (8), Evelyn Eisenstein (9), José Enrique Pons (10), Rosario Tuzzo (11), Jose Livia (12), Giuliana Salazar (13), Duarte Vilar, PhD (14); Virgílio do Rosário, PhD(15) & Equipa Aventura Social

(1) Psicóloga, Projecto Aventura Social – Professora na Universidade Técnica de Lisboa, e Investigadora no Centro da Malária e Doenças Tropicais, PORTUGAL. Correspondencia: Health & Clinical Psychologist, Professor of International Health, FMH/UTL & CMDTla/UNL, Estrada da Costa, Cruz Quebrada, 1499 Lisboa codex, Portugal. E-mail: mmatos@fmh.utl.pt

(2) Psicóloga, Investigadora do Projecto Aventura Social, Universidade Técnica de Lisboa, e Centro da Malária e Doenças Tropicais, PORTUGAL mreis@fmh.utl.pt (3) Investigadora do Projecto Aventura Social , Universidade Técnica de Lisboa, e Centro da Malária e Doenças Tropicais, PORTUGAL lramiro@fmh.utl.pt (4) Pediatra, Ministerio de Educación de la Pcia de Río Negro. Escuela de Medicina, Universidad Nacional del Comahue, ARGEN-TINA borile@elbolson.com (5) Pediatra. Jefe del Servicio de Adolescencia del Hospital Gral de Ag. Cosme Argerich. Bs. As. Argentina. Presidente de la Fundación para la Salud del Adolescente del 2000. Professor Titular de la Catedra de Pediatria Adolescencia, Universidad Maimoindes - Universidad de Bs As - ARGENTINA, eberner@fibertel.com.ar (6) Ginecóloga infanto-juvenil. Cordinadora del Servicio de Adolescencia del hospital Cosme Argerich. Bs. As. Argentina. Miembro de Comisión directiva de la Sociedad Argentina de Ginecología Infantojuvenil. ARGENTINA sandra-vazquez@speedy.com.ar (7) Tabajadora Social, Profesora en el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, CHILE evgonzalez@med.uchile.cl (8) Professor Titular da Clínica Médica da FCM-UERJ, Director do NESSA-UERJ e da Academia Nacional de Medicina do Brasil, BRASIL messias.joseaugusto@gmail.com (9) Pediatra, Hospital Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, BRASIL evelynbrasil@click21.com.br (10) Gineco-obstetra. Profesor de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina, Universidad de la República. Centro Hospitalario Pereira-Rossell, Montevideo, URUGUAI, jeqpons@gmail.com (11) Psicóloga, Directora del Area de Psicología de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica- Facultad de Medicina, Universidad de la República. URUGUAI, rtuzzo@adinet.com.uy (12), Psicólogo, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Federico Villarreal, PERÚ. livsegjo@yahoo.com (13) Psicóloga, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Federico Villarreal, PERÚ. livsegjo@yahoo.com (14) Sociólogo, Professor Associado da Universidade Lusíada de Lisboa e Director Executivo da APF, PORTUGAL duartevilar@apf.pt (15) Professor Catedrático da Universidade Nova de Lisboa, PORTUGAL, CMDT@ihmt.unl.pt

RESUMEN

O aumento das IST's, da gravidez indesejada e de outros riscos ligados à actividade sexual, faz com que os jovens sejam considerados um grupo de intervenção prioritário em termos de saúde sexual e reprodutiva. A educação sexual tem como objectivo fundamental formar, desenvolver atitudes e competências nos jovens, permitindo que estes se sintam informados e seguros nas suas escolhas (GTES, 2005; 2007; 2007a).

Analisando e comparando os dados de Portugal com os da América Latina, verificamos que os factores de risco e protecção que determinam os comportamentos sexuais de risco dos adolescentes são inúmeros.

Este facto aponta para uma educação sexual que incida em intervenções do tipo preventivo, de carácter universal, abrangendo toda a população escolar e respectivos contextos de vida: escola, família e grupo de pares; mas também em intervenções mais específicas e intensivas, nos subgrupos identificados como de "risco".

Neste trabalho analisam-se as semelhanças e as diferenças entre o contexto de Portugal e o da América Latina, na sequência da licença sabática do primeiro autor. Mais detalhes deste percurso podem ser lidos em www.umaventurasocial.blogspot.com. Analisam-se, também, as suas consequências para as Políticas de Saúde e Educação para e com os adolescentes, nomeadamente na área da saúde sexual e reprodutiva.

Palabras clave: Educação sexual, comportamentos sexuais, jovens, políticas de saúde e de educação.

Saúde sexual: dados actuais

O aumento das infecções sexualmente transmissíveis (IST's), particularmente da infecção do VIH/SIDA (Matos e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003), em associação com outros riscos ligados à actividade sexual, como a gravidez não desejada na geração mais jovem, nomeadamente entre os 15 e os 24 anos (FNUAP, 2005), fez com que os jovens fossem considerados um grupo especialmente vulnerável em termos de saúde sexual e reprodutiva a nível mundial (FNUAP, 2005; Matos et al. 2003).

Assim, diversos estudos realizados no âmbito dos comportamentos sexuais têm seleccionado os jovens como população alvo de intervenção (Nodin, 2001), identificando factores a estudar como o início da actividade sexual ser cada vez mais cedo (Nodin, 2001), o uso inconsistente de métodos contraceptivos e de preservativos (Beadnell et al., 2005; Brook, Morojele, Zhang & Brook, 2006), o número de parceiros, a existência de parceiros ocasionais e a associação entre o consumo de álcool e/ou drogas e o comportamento sexual (Eaton et al, 2005).

Em Portugal, num estudo realizado pelo Health Behaviour in School-aged Children, em 2006, com uma amostra de 3331 jovens, que frequentavam o 8º e 10º ano de escolaridade, verificou-se que 22.7% refere já ter tido relações sexuais, sendo a percentagem de rapazes (27.4%) superior à das raparigas (18.6%). Os resultados mostraram que, apesar de quer a maioria de rapazes (51.3%) quer de raparigas (82%) ter tido a primeira relação sexual aos 14 aos ou mais tarde, os rapazes (24.6%) mais frequentemente que as raparigas (12.3%) iniciaram entre os 12 e os 13 anos; e as raparigas (83.4%) mais frequentemente que os rapazes (61%) aos 14 anos ou mais tarde.

Quanto à utilização ou não de método contraceptivo na última relação sexual, rapazes (77.3%) e raparigas (98.5%) usaram-no mas, os rapazes (22.7%) mais frequentemente que as raparigas (1.5%) não usaram. Relativamente à escolha, rapazes (93.6%) e raparigas (94.8%) optaram pelo preservativo na última relação sexual. No entanto, as raparigas (55.1%) optaram pela pílula mais frequentemente que os rapazes (36.8%).

No que diz respeito às relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas, existem mais rapazes (17.1%) do que raparigas (10.4%) a referir que já tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas.

A maior parte refere que quando os jovens têm relações sexuais é porque os dois decidiram que é a altura (57.2%), sendo menos frequente um deles sentir-se pressionado.Quanto às razões porque se inicia a vida sexual, referem que

querem experimentar (53.4%) e que estão apaixonados (49.9%). Os rapazes referem mais frequentemente que têm a primeira relação sexual porque querem experimentar (56.5%) e as raparigas porque estão muito apaixonados (54.2%) e porque namoram há muito tempo (34.1%) (Matos *et al*, 2006).

Em Portugal, a taxa de natalidade em jovens adolescentes, entre os 15 e os 19 anos, diminuiu ligeiramente de 2003 para 2007 - de 5.4% (n= 6068) para 4.7% (n= 4774) do total de nados vivos (INE). De acordo com o Global Sex Survey (2005), 8% dos jovens portugueses com idades entre os 16 e os 20 anos já teve uma IST. Relativamente à infecção pelo VIH / SIDA, os últimos dados divulgados em Portugal (em Dezembro de 2007) pelo Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) confirmam a tendência dos últimos anos, relativamente ao aumento de casos de transmissão por via heterosexual, sobretudo entre os 25 e os 44 anos, o que tendo em conta o período de incubação do vírus mostra que a maior parte das pessoas foi infectada na adolescência ou início da idade adulta.

Em relação aos primeiros dados da Interrupção Voluntária da Gravidez legal em Portugal (2007), verificamos que 0.4% aconteceram em jovens com menos de 15 anos, 10.1% em jovens entre os 15 e os 19 anos e 21.2% em jovens entre os 20 e os 24 anos (Relatório Final, 2007, DGS - Direcção Geral da Saúde).

No Chile existe uma tendência para o desaparecimento das diferenças de género no comportamento sexual: estudos recentes mostram que as raparigas iniciam a actividade sexual aos 17.8 anos e os rapazes aos 16.2 anos, no entanto esta idade varia de acordo com o estatuto socioeconómico. A maioria dos jovens só tem relações sexuais com o seu parceiro, especialmente as mulheres, enquanto as relações sexuais ocasionais ocorrem mais nos rapazes. Observou-se que "o amor" como motivo para as relações sexuais diminuiu, e aumentou o motivo de "basta ambos quererem". Além disso, e apesar do uso dos métodos contraceptivos ter aumentado significativamente, existe ainda uma percentagem significativa de jovens, especialmente nos estratos socio-económicos mais baixos e nas áreas rurais, que não os utiliza (Instituto Nacional de la Juventud Encuesta 2001, 2002, 2004, 2006).

Na Argentina, segundo o último censo, a população adolescente atinge 20.5% do total, representando cerca de 7.400.000 pessoas, com uma ligeira predominância do sexo masculino (50,6%). A maioria vive em centros urbanos e quase metade vive em cidades de mais de 500.000 habitantes. A taxa de mortalidade é de 0,7 0/00, o que represen-

ta mais de 5.000 mortes por ano. Embora estas mortes não constituam uma grande percentagem da mortalidade geral, a maioria relaciona-se com comportamentos de risco evitáveis, residindo a solução não apenas nas instituições de saúde, mas também noutros sectores da sociedade. Analisadas as entradas no hospital por adolescentes até 19 anos, observa-se que 42% foram realizadas devido a "Gravidez, parto e pós-parto (incluindo aborto espontâneo ou indeterminado). Em 2004, houve cinco mortes por problemas relacionados com o parto em adolescentes entre os 10 e os 14 anos e 24 no grupo dos 15 aos 19 anos, sendo que o número de nados vivos de mães com idade entre 10 a 14 foi de 2629 e de 103.809 no grupo de 15 a 19 anos, constituindo 14.6% dos nados vivos nesse ano.

Em Dezembro de 2005, constatararam-se 1.671 casos de V IH/ SIDA entre os 13 e os 19 anos, com um rácio homens / mulheres de 1,96:1 (SIDA) e de 0,8:1 (VIH positivo). Quanto à taxa de prevalência do VIH em mulheres grávidas entre os 15 e os 24 anos, registou-se uma diminuição de 0.64% (2000) para 0.39% (2003) (Fonte: Ministério da saúde).

Dos adolescentes de 14 a 19 anos, 61.4% relataram ter tido relações sexuais pelo menos uma vez na vida (68.4% homens e 54% de mulheres). A média de idade da primeira relação sexual é de 15 anos (15,1 para as mulheres e 14,8 para os homens) e 73.3% dos adolescentes usou preservativo na primeira relação sexual. No entanto, só 60% dos adolescentes que têm relações sexuais frequentemente trazem consigo preservativos. E a taxa de prevalência do uso de preservativo entre os jovens de 15 a 24 anos em 2003 foi de 61.0%. A média de idade da primeira gravidez (levada até ao nascimento) entre adolescentes é 16,5 anos. (Fonte: CEDES, 2004).

O nível de escolaridade dos adolescentes origina uma grande diferença na utilização dos métodos contraceptivos. Com menos de 10 anos de escolaridade, são utilizados por 55.7% dos adolescentes e com mais de 10 anos, a taxa de utilização sobe para 67.9%. Esta tendência é reiterada pelo estudo da CEDES que verifica que 46.3% das raparigas estavam fora do sistema escolar no momento da gravidez (Furnte: 2004 CEDES). No que diz respeito à intenção de usar contracepção no futuro, cerca de 95% das adolescentes grávidas tem-no declarado, apesar de apenas 32% serem instruídas nesse sentido no início do período pós parto (Fonte: CEDES, 2004).

Em 2005, a taxa de fertilidade na Argentina foi de 3,2% no grupo entre os 10 e os 19 anos e 6,3% no grupo entre os 15 e os 19 anos. Comparativamente com outros países da América Latina

(em 2002) – como são a Bolívia com 8,4%, o Brasil com 8,6%, o Paraguai com 10,7% e as Honduras com 13,6%, - os valores para o grupo entre os 15 e os 19 anos são menos significativos na Argentina. Em 2005, na Argentina, 24.8% da gravidez na adolescência aconteceu em jovens antes de completarem 20 anos, dessas cerca de 19.2% tiveram um 2º parto, 3.7% um 3º parto, 0.5% um 4º parto e 0.1% um 5º ou mais partos. Registaram-se 107.109 mães adolescentes.

Em Outubro de 2002, foi decretada na Argentina a Lei 25.673, que criou o Programa Nacional de Saúde Sexual e Procreação Responsável, para dar resposta ao grave problema da mortalidade materna como consequência dos abortos praticados. Outro pilar importante da alteração da promulgação da Lei Nº 26.150 foi em Outubro de 2006 com a creação do Programa Nacional de Educação Sexual Integral. Os objectivos do Programa Nacional de Educação Sexual Integral são: a) incorporar a educação sexual integral dentro das propostas educativas orientadas para a formação harmoniosa, equilibrada e permanente pessoas; b) assegurar a transmissão dos conhecimentos pertinentes, precisos, confiáveis e actualizados sobre os aspectos distintos envolvidos na educação sexual integral; c) promover atitudes responsáveis antes da sexualidade; d) prevenir os problems relacionados com a saúde em geral e a saúde sexual e reproductiva em particular; e) procurar igualdade no tratamento e oportunidades para os homens e mulheres.

Sublinha-se ainda a Lei Nacional 24.417 de Violência Familiar: a prevenção da violencia familiar e doméstica, acções de assistência integral: detectar, asistir, fortalecer, troca de experiências, prestar atendimento psicológico, promover independencia social e económica e a protecção integral dos direitos das crianças e adolescentes. É obrigatória no caso de pessoas com menos de 18 anos de idade. Abrange todos os aspectos relacionados com o abuso sexual. Por sua vez, a Sociedade de Ginecologia Infanto-Juvenil desenvolveu um Protocolo para as vítimas de abuso sexual infantojuvenil, a nível nacional. Em Setembro de 2008 instituiu-se o Programa da Adolescência, que tem o papel de dar mais importância ao atendimento dos adolescentes em todo o campo do GACBA (Governo Autónomo da Cidade de Buenos Aires), a partir deste programa reforçaram-se os diferentes espaços de atenção integral para adolescentes, levantando as barreiras que ainda existem, para o atendimento dos adolescentes em instituições públicas do GACBA.

A formação académica em Medicina Integral da Adolescência foi fundada em Setembro de 2005, desde a Direcção da Formação do Ministério da Saúde do GACBA realiza-se num dos hospitais da cidade de Buenos Aires e permite a todos os técnicos ao longo de 2 anos de curso adquirirem uma experiência teórico-prática para o desenvolvimento da especialidade.

A partir do ano de 2002 inicia-se o Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva da Cidade, que implica o atendimento e a entrega gratuita dos métodos contraceptivos a todos os adolescentes que os solicitem. O Serviço da Adolescência do Hospital Cosme Argerich, funciona desde 1983 e atende cerca de 15.000 consultas anuais a adolescentes de ambos os sexos, entre os 10 e os 21 anos de idade. É constituido por uma equipa interdisciplinar (Pediatras Hebiátras, Ginecologistas, Obstrectas, Ginecologistas Endocronológicas, Nutricionista, Psicóloga, Assistente Social) que permanentemente elaboram novas estratégias que permitem aos adolescentes aceder a um "Serviço amigável", que acompanham esta etapa da vida para reforçar o potencial que cada um

Entre as actividades, pioneiras em saúde sexual e reprodutiva, destacam-se: 1) atendimento especializado em adolescentes com capacidades diferentes; 2) aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva, que em 2006 foi distinguido com o Prémio de Qualidade na Gestão de Saúde da Cidade de Buenos Aires. Destina-se a distinguir e a promover a melhoria da gestão de saúde, desenvolver novos modelos de gestão e criar condições para o exercício efectivo do direito à saúde de todos os habitantes da cidade; 3) redução de riscos e danos num aborto inseguro: o primeiro modelo da América Latina destinada a adolescentes. Os principais objectivos são: a) criar uma instância de assistência médico-psicosocial de diagnóstico, aconselhamento e apoio aos utentes do sistema público de saúde, para que estes tenham toda a informação e tomem decisões responsáveis. b) Desenvolver medidas destinadas a facilitar o acompanhamento e assegurar uma diminuição nas complicações do aborto induzido em condições inseguras, trabalhando bem em reduzir a taxa de morbidade e mortalidade materna.

No Brasil, este é um tema complexo, as análises são tendenciosas, misturando determinantes sociais com dados brutos da epidemiologia ou o fenómeno antropológico com a sua dimensão clínica. A Comissão Económica para a América Latina e Caribe (CEPAL) afirma que os "jovens de todo o mundo estão começando a vida sexual cada vez mais cedo" mas "a média de fertilidade de adolescentes entre 15 e 19 anos (76,2:1000) é expressivamente maior que a média mundial (52,6)" e conclui que "a falta de programas de

educação sexual em escolas e de políticas de saúde reprodutiva são as principais causas desse índice alarmante". Sem comentários e que cada um possa identificar a inconsistência desse tipo de afirmação. (Ciência Hoje – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Mães Adolescentes:2008:53).

No Brasil, há sólido registro dos indicadores da saúde da população sistematizados por uma Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), do Ministério da Saúde. Esta informa-nos que a Taxa Bruta de Natalidade (nados vivos:1000habitantes /ano), de 1991 a 2005, caiu de 23,29 para 17,98. Mesmo na região mais pobre e com maior vulnerabilidade social das populações, o Nordeste, essa queda foi significativa: de 26,81 para 20,08. Na região Sudeste, a mais desenvolvida, esta está em 15,78. Quanto à Taxa de Fecundidade Específica, por grupo etário, no Brasil, no ano de 2005, segundo estimativas do IBGE sobre nados vivos, esta é maior na faixa etária dos 20 aos 24 anos (0.12), indo de 0.07 (entre 15 e 19 anos) a 0.09 (entre os 25 e os 29 anos).

Em termos gerais, no Brasil, existe uma população de 190 milhões de pessoas; dessas, aproximadamente, 35 milhões são adolescentes (10-19 anos) e, adicionando os jovens (até 24 anos), temos quase 55 milhões de pessoas.

O número de nados vivos no Brasil, entre 1994-2003, segundo a idade da mãe, segundo o Sinasc/Datasus, RIPSA, teve um pico em 2000 quer no grupo das adolescentes mais novas (10-14), quer no grupo das adolescentes mais velhas (15-19). No grupo de 10-14 anos, em 1994, o número de nados vivos foi de 17628, em 1998 subiu, em 2000 continuou a subir e em 2005 desceu para um valor inferior a 1998. Este perfil ocorreu também no escalão dos 15 aos 19 anos e no grupo das jovens entre 20 e 24 anos, indicando que o número de nados vivos em qualquer destes 3 escalões etários está agora a um nível inferior a 1998.

As fontes primárias de informação não detectam agravos específicos à saúde materno-infantil, sob o exclusivo ponto de vista obstétrico-fetal. Há indícios que, para aquelas muito jovens, haja um incremento na mortalidade materna, na mortalidade fetal e no baixo peso ao nascer. No entanto, essa tendência confunde-se com os mesmos dados dos outros grupos etários submetidos às mesmas condições de acesso e qualidade da assistência pré, peri e pós-natal. Mesmo sabendo que, actualmente, 97% dos partos, no Brasil, ocorrem em ambiente hospitalar, os cuidados prénatais apresentam discrepâncias geográficas importantes, com uma variação de qualidade e

acesso entre as regiões mais ricas e desenvolvidas (Sudeste e Sul) as mais pobres e carentes (Nordeste, Norte e Centro-Oeste).

O Uruguai é um caso especial na América Latina. A população está a envelhecer, com características semelhantes às dos países de alto nivel de desenvolvimento económico da Europa, apesar dos seus indicadores sociais e económicos fazerem parte da mesma realidade que América Latina. A baixa taxa de natalidade do país constatou que a população do Uruguai, que representava 1,3% do total da população da América Latina em meados do século XX, é agora apenas 0,6% e prevê-se uma nova redução em 2025 (IMM, 2000). No último censo nacional da população e habitação (2004) observou-se que a população adolescente é de 16,19% do total e 92,22% desta vive em zonas urbanas (INE,2004).

A taxa de fecundidade total no Uruguai tem-se mantido relativamente estável durante um longo período de tempo, com cerca de 2,6 filhos por mulher, mas a discriminação por estratos socioeconómicos mostram grandes diferenças, com concentração da reprodução biológica da população nos estratos mais carenciados (Lopez, 2005). A fertilidade das mulheres mais pobres, com necessidades básicas insatisfeitas, duplica as das mulheres com necessidades básicas satisfeitas. O fenómeno do aumento da fertilidade na adolescência também afecta a reprodução da pobreza. Em 1963 a taxa de fecundidade de adolescentes no Uruguai foi de 1,1% para o grupo com idades compreendidas entre os 10-14 anos e 53,1% para 15-19 anos, enquanto que em 2002 tinha subido para 1,6% e 65,6%, respectivamente (Ministério da Saúde Pública - Uruguai, 2007).

Em 2005, 0,37% do total de nascimentos no país foi em mães com menos de 15 anos e 16,4% em mães com idades entre os 15-19 anos (Ministério da Saúde Pública. Cit.). É de salientar ainda que o facto do aborto ser ilegal no Uruguai, é possível que muitas gravidezes terminem em abortos provocados (Pons & Briozzo, 2005). Este problema poderá afectar a vida sexual de muitos adolescentes em geral, mas sobretudo das mulheres jovens (Celsam, 2001).

Desde os meados da década de 1970 criaram-se serviços para os adolescentes, principalmente dedicados à gravidez nessa faixa etária (Polto, Perez, Pons, De Amado & Laurin, 1979/80). Nos anos 80 foi criado o Programa Materno-Infantil do Ministério da Saúde Pública, no início tornou-se numa Policlínica Externa e, mais tarde, num serviço de Internamento, estimado a dar assistência a adolescentes do sexo feminino e de mães adolescentes, no Hospital Pereira Roseell. Este serviço, tem sido seguido por muitos outros hospi-

tais e centros médicos públicos e privados, e actualmente, assiste a uma grande parte da população, especialmente pertencentes a populações de estratos sociais económicos pobres e marginais.

Adolescentes e pré-adolescentes representam 16,5% do total da população do Uruguai, com um ligeiro predomínio de homens (INE, 2005). Um estudo realizado pela ONG "Iniciativa Latino-Americana" revela que a idade média de início das relações sexuais nos estractos sociais mais baixos é de 14 anos, enquanto que nos estractos sociais médios é de 15 a 16 anos.

No que diz respeito aos valores que os jovens atribuem ao sexo, as mulheres referem na maioria sentimentos e amor, enquanto os homens preferem o prazer e satisfação (Proyecto Género y Generación, 2005).

Num estudo realizado numa amostra de 500 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 20 anos em todo o país e de nível socioeconomico médio e superior (González, 2008) verificou-se que 90% das mulheres tem a primeira relação sexual com o namorado, enquanto os homens fazem-no com uma prostituta ou uma amiga. 70% dos jovens dizem que o fizeram para dar uma prova de amor ao seu parceiro, sendo o preservativo o método contraceptivo referido como o mais usado.

Apesar da gravidez adolescente sempre ter existido nas actuais condições de pobreza e exclusão social, torna-se cada vez mais num grave problema, social e saúde. Um em cada cinco crianças nascidas em hospitais públicos no Uruguai são filhos de mães adolescentes. Destas mães, 7 em cada 10 não quis ter o bebé, nem tentou engravidar, 30% destas mães volta a ter uma segunda gravidez antes de fazer 18 anos (MSP, 2003, 2007). Nenhuma gravidez é planeada, sendo 40% devido a falhas ou uso inadequado da contracepção e 60% por não-utilização de métodos contraceptivos.

No que diz respeito às IST's e particularmente o VIH / SIDA, a infecção pelo VIH tem o seu pico de incidência em pessoas entre os 15 e os 34 anos, e tal como em todo o mundo, surge cada vez mais nos jovens e na população feminina. Os adolescentes representam 29% dos casos relatados pelo VIH, e nos últimos anos registou-se um aumento: 58% são homens e 42% mulheres.

No Perú e de acordo com o último censo realizado, há um menor número de nascimentos e maior proporção de população idosa, reflectindo o envelhecimento da população. Contudo observa-se que os nascimentos ocorrem em jovens muito novas, num total de 203 mil 993 adolescentes do sexo feminino, entre 12 a 19 anos de idade, 7,3% são mães (INEI, 2008). Perú, 22,2% dos adolescentes já iniciaram a actividade sexual (ENDESA 2000), sem conhecerem o seu corpo nem saberem como proteger-se. No caso dos homens, a percentagem é mais elevada (41%) (UPCH / Fundo Global, 2005), aumentando a percentagem nas zonas rurais (31,6%), com menor nível educativo (52,5%), menor nível económico (40,2%) e os que pertencem a um grupo étnico (34,4%)

Embora as mulheres, no geral, tenham reduzido significativamente a sua fertilidade, o grupo de adolescentes (15 -19 anos) apresentou apenas uma ligeira diminuição, e, portanto, no total a fecundidade aumentou. A maioria dos nascimentos é maior em adolescentes entre os 18 e os 19 anos de idade, no entanto, 7,7% ocorre em adolescentes entre 12 e 14 anos.

De acordo com o inquérito conduzido pelo INEI (1998) a diferença persiste mesmo entre o meio urbano-rural e as regiões geográficas: havendo maior incidência de mães adolescentes nas zonas rurais e na região da selva. Além disso, o risco de gravidez precoce é maior naqueles que estão em situação de pobreza, com grandes lacunas entre os adolescentes pertencentes a famílias com rendimentos mais baixos e os agregados familiares com rendimentos mais elevados. São também notáveis as lacunas em matéria de educação. As raparigas adolescentes com baixa escolaridade têm maior risco de iniciação sexual precoce e tornam-se mães mais cedo.

O INEI refere ainda que a fertilidade precoce tem um forte impacto negativo sobre o nível de educação das adolescentes peruanas, uma vez que reduz a probabilidade da mãe adolescente terminar os seus estudos, apenas 22,4% continuaram a estudar. Outra das conclusões da análise realizada pelo INEI (1998), é que as adolescentes que não são parentes do chefe de família têm maior predisposição em tornar-se mães precocemente, devido à falta de apoio e adequada estabilidade emocional.

Apenas 19% dos adolescentes sexualmente activos utilizaram o preservativo; 13% das adolescentes entre 15 e 19 anos já é mãe (11%) ou estão grávidas pela primeira vez (2%) e 39.7% são vítimas de violência sexual. Finalmente 14% das mulheres atendidas nos serviços de saúde pública por complicações do aborto são adolescentes com menos de 20 anos (Ferrando, 2002). De acordo com Sebastiani & Segil (1999) a maioria das adolescentes não recebe uma boa educação sexual, e recorrem maioritariamente aos seus pares. Neste sentido, um estudo de adolescentes em Lima, mostra que a maioria das adolescentes mencionou desejar conversar mais com os pais sobre a saúde sexual e reprodutiva. A

maioria dos adolescentes de ambos os sexos sabe que uma mulher pode engravidar a partir da primeira menstruação, contudo apresentam algum desconhecimento sobre as fases do ciclo menstrual, quando é que pode ocorrer a fecundação e têm a ideia errada de que o homem não é fértil constantemente.

Finalmente, é necessário "quebrar" o enraizado mito de que quando se proporciona informações e serviços sobre a sexualidade, a contracepção e a prevenção das IST's / SIDA, não se está a contribuir para a promiscuidade dos jovens. Investigações sugerem o contrário: mais informações originam maior responsabilidade no comportamento dos jovens. (Sebastiani & Segil, 1999). É por isso que o Ministério da Saúde tem proposto no âmbito do Modelo de Atenção Integral da Saúde estratégias para controlar este problema, que visa promover o comportamento sexual saudável e responsável para prevenir a violência, gravidez indesejada, IST's e VIH / SIDA.

Por outro lado, criaram-se orientações Políticas sobre a Saúde dos Adolescentes (2005) reconhecendo o direito ao acesso universal dos adolescentes a uma atenção integral e diferenciada dos serviços públicos e privados de saúde; com especial ênfase na saúde mental, saúde sexual e reprodutiva; prevenção e tratamento da violência baseada no género, familiar, sexual, social e relacionada com as sequelas da violência.

A educação sexual não deve cingir-se às informações sobre os aspectos físicos do acto sexual, sendo essencial a abordagem de outros factores, como os sentimentos e os afectos (Aquilino & Bragadottir, 2000). A educação sexual fornece uma ajuda na triagem da informação, contribuindo para que seja utilizada da melhor forma (Piscalho, Serafim & Leal, 2000).

Em Portugal, em 2005 foi criado um Grupo de Trabalho para a Educação Sexual (GTES) / Educação para a Saúde em Meio Escolar que determinou que a educação sexual passasse a ser abordada no âmbito de um programa de promoção da saúde. De acordo com as recomendações deste grupo de trabalho, no relatório final apresentado em 2007 (GTES, 2007a), os assuntos a abordar devem envolver, entre outros, o entendimento da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projecto de vida que englobe valores e uma dimensão ética, a compreensão dos aspectos relacionados com as principais IST's (incluindo o VIH/SIDA), a maternidade na adolescência e a interrupção voluntária da gravidez, assim como os aspectos relacionados com o uso de métodos contraceptivos e de preservativos para a prevenção das IST's e da gravidez na adolescência.

O Chile foi um dos países pioneiros relativamente à educação sexual quando em 1960 criou o programa"Vida Familiar e Educação Sexual". No entanto, todos os textos e materiais elaborados para os pais, professores e alunos foram destruídos durante a ditadura militar que governou o Chile no período de 1973 a 1998. Durante este regime foi criada a lei Orgânica Constitucional de Educação (LOCE), que estabeleceu a liberdade de ensinar, o direito à educação e atribuiu a responsabilidade da educação aos pais e familiares, à escola e às políticas educacionais. Bloquear educação sexual no sistema escolar tem sido uma verdadeira dificuldade por parte dos chilenos conservadores, mas o sistema tem conseguido defender-se.

Devido ao maior protesto que o Chile tem memória, o movimento secundário estudantil organizou "o protesto dos Pinguins" e está actualmente a realizar uma ampla reforma educacional. Em 1993, foi decretada uma política de Educação sobre a Sexualidade para alcançar alguns consensos. Mas apesar de ser dirigida ao "problema da sexualidade juvenil" tinha uma perspectiva centrada na experiência dos adultos. Posteriormente, com o apoio do Fundo da População (UNFPA), implementaram-se as designadas JOCAS (Jornadas de Conversas sobre a Afectividade e a Sexualidade), que era um programa que tinha como principal objectivo abrir um espaço para se conversar e tornar visíveis as necessidades dos alunos, dos pais e dos professores. Apesar das alegações da hierarquia da Igreja Católica e dos grupos conservadores, teve um forte impacto social e cultural durante vários anos, mas foi perdendo o seu poder gradualmente e foi reduzido a uma metodologia de trabalho para as escolas que o queiram implementar.

Desde 2000, que a lei sobre a protecção da mãe adolescente ou grávida (Lei nº 19.688) proíbe a expulsão das alunas grávidas e mães da escola e a Reforma Constitucional (2003) garante os 12 anos de escolaridade, estabelecendo o ensino secundário obrigatório e gratuito, assegurando o Estado a responsabilidade de garantir o acesso a este nível educacional a todos os chilenos, até aos 21 anos de idade, sem qualquer discriminação.

Em 2005, o Ministério da Educação criou um Secretariado Técnico para a Educação Sexual e pela primeira vez determinou um orçamento. O plano para a Educação da Sexualidade e Afectividade (2005-2010) considera como objectivos fundamentais transversais a questão da Afetividade e da Sexualidade. Ao nível da estrutura curricular obrigatória (ensino básico desde 1996, secundário desde 1998, e pré-escolar desde 2002), o Ministério da Educação juntou uma série de objectivos

e conteúdos específicos para ser desenvolvidos de uma forma faseada ao longo de todo o ciclo escolar, designadamente os aspectos do crescimento pessoal, o desenvolvimento do pensamento, a ética, a pessoa e o seu meio ambiente.

No Uruguai houve muitas tentativas de integrar formalmente a educação sexual, mas têm sido prejudicadas pela pressão dos sectores mais conservadores da sociedade. O Ministério da Saúde tem participado activamente nestes esforços desde a criação de um Grupo de Trabalho para implementar um projeto de Educação Sexual no Ensino Público, coordenado pelo Ministério da Educação em 1990.

Os especialistas alegam que o sistema educacional do Uruguai deve abordar a educação sexual como parte de uma formação proactiva, permitindo a criação de espaços nas escolas, que permitem o pensamento crítico, de acordo com idade, incentivando o desenvolvimento pessoal, em estreita ligação com a vida afectiva, emocional e familiar. Neste sentido, em 2005, foi criada a Comissão para a Educação Sexual, composta por representantes do sistema educativo e do sistema de saúde, e em 2006 apresentou o projeto: "A inclusão da educação sexual no sistema de educação formal : uma proposta de trabalho", que assume a sexualidade como um eixo de desenvolvimento na infância e na adolescência, o que significa que tem um papel preponderante no processo de organização da sua identidade e é um direito humano insubstituível. No ano de 2009, espera-se, a Educação Sexual será incluída em todos os ramos do ensino do Uruguai.

Discussão

O presente trabalho tem como objectivos centrais analisar a importância da educação sexual e dos comportamentos sexuais de risco dos adolescentes portugueses e da América Latina, designadamente caracterizar os seus comportamentos sexuais.

A partilha de informação adequada sobre sexualidade pode contribuir para que os adolescentes façam escolhas mais seguras em relação ao seu comportamento sexual (Matos et al., 2003; Matos, 2008).

A influência dos pares determina as escolhas dos adolescentes no que diz respeito ao comportamento sexual, à contracepção e ao uso do preservativo (Kirby, 2001).

Qualquer trabalho preventivo de acção directa sobre o indivíduo deve abordar os seus contextos de vida e envolver os respectivos intervenientes, no sentido de se obter uma diminuição do risco e uma activação dos recursos de apoio. Outros aspectos fundamentais a ter em conta no campo da prevenção do comportamento sexual de risco são a criação de alternativas saudáveis e atractivas para o preenchimento de tempos livres, bem como a organização de espaços de orientação e de apoio aos adolescentes; a implementação de acções que visem a promoção de competências pessoais e sociais e, simultaneamente, a passagem de informação sobre os comportamentos de risco e suas consequências.

Envolver os pais, os professores e os pares poderá ser um factor de protecção determinante nos comportamentos de risco (Reis, 2003; Ramiro, & Matos, 2008; GTES, 2005, 2007, 2007a), em especial nas quatro áreas da saúde dos adolescentes, consideradas prioritárias e que incluem a prevenção dos comportamentos sexuais de risco e das IST's, VIH e SIDA.

Neste trabalho e preparando a discussão, inserimos alguns dados de cinco países da América Latina: Chile, Argentina, Brasil, Uruguay e Perú. As preocupações, no que diz respeito à Educação Sexual, são as mesmas. Os problemas da sua introdução com carácter obrigatório no Sistema de Ensino Público são também os mesmos.

Realça-se no entanto, na América Latina, uma conjuntura perturbante e mais quotidiana do que em Portugal: a gravidez (e multi-gravidez) na adolescência, sobretudo associada a situações de pobreza e fraca escolarização (servindo para as agravar e perpetuar) e ocasionando frequentemente situações de monoparentalidade, violência de género na adolescência, (que suscita mesmo programas de prevenção a nível do namoro), e abuso sexual de adolescentes, muitas vezes por parte de pessoas do seu agregado familiar, conferindo contornos complexos à intervenção profissional na área da saúde sexual e reprodutiva.

Referências

- 1.Albert, B. With One Voice: America's Adults and Teens Sound Off About Teen Pregnancy. (2007). Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Aquilino, M., & Bragadottir, H. Adolescent pregnancy: Teen perspectives on prevention. (2000).
 American Journal of Maternal Child Nursing. 25, 4, 192-197.
- 3.Beadnell, B., Morrison, D., Wildson, A., Wells, E., Murowchick, E., Hoppe, M., Gillmore, M. R. & Nahom, D. Condom Use, Frequency of Sex, and Number of Partners: Multidimensional Characterization of Adolescent Sexual Risk-Taking. (2005). The Journal of Sex Research; 42 (3): 192-203.
- 4.Berner Enrique, coordinador- Residencia pos básica en salud integral del adolescente www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap

- 5.Brook, D., Morojele, N., Zhang, C. & Brook, J. South African Adolescents: Pathwais to Risky Sexual Behavior. (2006). AIDS Education and Prevention; 18 (3): 259-272.
- 6.Comité dos Direitos da Criança do Uruguai. Relatório: Incorporação dos Direitos da Criança em Políticas Públicad do Uruguai. (2000). Montevideo. IMM.
- 7.CVEDT. Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2007. (2008). Lisboa: INSA.
- 8.DGS. Centros de Saúde e Hospitais Recursos e produção SNS 2007. (2008). Retirado da Internet em 12 de Janeiro de 2009, www.dgs.pt
- 9.Domínguez, S. Consejería en salud sexual y reproductiva para los adolescentes. Centros de salud de la micro red 3 de febrero Pachacútec Ventanilla Callao: agosto a octubre 2007. (2007). Tesis para obtener el título de Licenciada en Obstetricia. Universidad de San Martín de Porres.
- Durex. Give and Receive 2005 Global Sex Survey Results. Retirado da Internet em 25 de Abril de 2008, www.durex.com/gss
- 11. Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Shanklin, S., Lim, C., Grunbaum, J. A., & Wechsler, H. Centers for Disease Control and prevention. National Center for Chronic Disease prevention and health promotion. (2005). Division of Adolescent and School Health. Youth Risk Behavior Surveillance: United States. Retirado em 4 de Setembro de 2006 de http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss55 05a1.htm
- Eisenberg, M., Bearinger, L., Sieving, R., Swain, C., & Resnick, M. Parents' Beliefs About Condoms and Oral Contraceptives: Are They Medically Accurate? (2004). Perspectives on Sexual and Reproductive Health 36, 2, 50–57.
- ENDES. Encuesta Nacional (2000). Demográfica y de Salud Familia. Lima: INEI.
- Ferrando, D. El aborto clandestino en el Perú.
 Hechos y cifras. (2002). Centro de la Mujer
 Peruana Flora Tristán y Pathfinder International.
 Lima.
- 15. FNUAP. Fundo das Nações Unidas para a população A situação da população mundial 2005 A Promessa de Igualdade: Equidade em matéria de Género, Saúde Reprodutiva e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. (2005). New York: FNUAP, 45-55.
- GTES. Educação para a saúde relatório preliminar, (2005). acedido em 2 Julho 2007 www.dgidc.min-edu.pt
- GTES. Educação para a saúde relatório de progresso, (2007). acedido em 2 Julho 2007 www.dgidc.min-edu.pt

- GTES. Educação para a saúde relatório final, (2007a). acessível em 30 Setembro 2007 www.dqidc.min-edu.pt
- Guerrero, R. El Perú a diez años de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo. Situación y compromisos pendientes. (2003). Lima, Perú.
- 20. Huaita, Marcela y Marisol Cordero. Operativización del derecho a la salud. Desarrollo de un marco para la vigilancia ciudadana: el caso de la salud sexual y reproductiva. (2004). Ponencia presentada en el Congreso Latinoamericano de Medicina Social, organizado por ALAMES, Lima, 11-15 de agosto.
- 21. INE Instituto Nacional de Estatística Uruguai. Recenseamento 2004 FASE II. http://www.ine.gub.uy
- INEI. Fecundidad adolescente en el Perú: determinantes e implicancias socioeconómicas. (1998).
- 23. INEI. Resultados de los censos nacionales 2007 muestran realidad del país. (2008). www1.inei.gob.pe/web/NotaPrensaFlotante.asp?fi le=7500.pdf
- 24. Kirby, D. Understanding What Works and What Doesn't In Reducing Adolescent Sexual Risk Taking. (2001). Family Planning Perspectives, 33, 6, 276-281.
- 25. Lopez Gomes, A. Adolescentes y Sexualidas. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo Montevideo. (1995-2004). Facultad de Psicología, Catedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidda y Genero y UNFPA, 2005.
- 26. Marques et al., Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas: Um Projecto Experimental. (1999). Consultado em 11 de Março de 2007 através de http://www.min-saude.pt
- 27. Matos M.G, & Equipa do Projecto Aventura Social. A saúde dos adolescentes portugueses. (2000). Lisboa: FMH/PEPT-Saúde. (também disponível online em www.fmh.utl.pt/aventurasocial, ou www.aventurasocial.com)
- 28. Matos, M. e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde. A Saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois). (2003). Lisboa: Edições FMH. (também disponível online em www.fmh.utl.pt/aventurasocial , ou www.aventurasocial.com)
- 29. Matos, M. G (ed) Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola. (2005). Lisboa: Edições FMH. (também disponível em www.fmh.utl.pt/aventurasocial ou ainda www.umaventurasocial.blogspot.com)
- 30. Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A., et al. A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos. acedido

- em 20 de Dezembro de 2006 (2006). (também disponível online em www.fmh.utl.pt/aventurasocial , ou www.aventurasocial.com ou ainda www.umaventurasocial.blogspot.com)
- 31. Matos, M.G. (ed) Sexualidade, Segurança e SIDA, (2008). Lisboa: IHMT/FMH/FCT (também disponível online em www.fmh.utl.pt/aventurasocial, ou www.aventurasocial.com ou ainda www.umaventurasocial.blogspot.com)
- 32. MSP Ministério da Saúde Pública Uruguai. Adolescent Health Program. (2007). MONTEVI-DÉU.
- 33. MINSA. Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente. (2008). En red: http://www.minsa.gob.pe.
- 34. Nodin, N. Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX. (2001). Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- 35. Piscalho, I., Serafim, I., & Leal, I. Representações sociais da educação sexual em adolescentes. (2000). Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA.
- 36. Polto J.J., Perez Villarejo L., Pons J.E., De Amado Realini T., Laurin Duhart J. Gravidez na adolescência. (1979-80). Ginec Obstet ARCH 1979-80; 29:215-222.
- 37. Pons J.E., Briozzo L. Aborto en la Adolescencia: Su problemática. In: Mendez Ribas JM. (Editor). Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Una visión Latino Americana. (2005). Buenos Aires. Ascune: 290-299.
- 38. Ramiro, L. & Matos, M. Percepções de professores portugueses sobre Educação Sexual. (2008). Revista de Saúde Pública, 42, 4, 684-692.
- 39. Reis, M. H. A educação sexual nas escolas Portuguesas: Os professores como actores na sua implementação. (2003). Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. Manuscrito não publicado.
- 40. Reis, M. & Vilar, D. A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. (2004). Análise Psicológica, 4, 22, 737-745.
- 41. Sebastiani A. & Segil E. Que Hacen, Que Piensan, Que Sienten Los Y Las Adolescentes De Lima Respecto A La Salud Sexual Y Reproductiva. Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú. (1999). REDESS Jóvenes, pp. 43 60.
- 42. UPCH. Estudio Diagnóstico en Adolescentes en el Perú: Comportamientos Sexuales y Acceso a Condón. (2005).
- 43. Vázquez, S. ,Calandra, N. Un nuevo desafío en la atención de la Adolescente. Consejería pre y postaborto. (2006). Revista SAGIJ Vol: 13 № 3.

Sexual and reproductive health of the adolescents in Portugal and America Latina

The increase in STI's, unplanned pregnancy and other risks related to sexual activity is responsible for selecting young people as an important target group for intervention in terms of sexual and reproductive health. Sex education aims at developing and training attitudes and skills in young people so as to enable them to make well-informed and healthy decisions (GTES, 2005; 2007; 2007a).

The analysis and the comparison of the Portuguese results with Latin America's highlight the existence of multiple risk and protection factors that determine sexual risk behavior in adolescents.

This suggests that sexual education should focus on preventive interventions, both universal,

including the subgroups related to school life such as school professionals, family and peers, and selective strategies delivered to the subgroups identified as "at risk".

This work examines similarities and differences between Portugal and Latin America as a result of the first author's sabbatical leave. It also gives insight on its consequences in terms of Health and Education policies regarding adolescents mainly in the area of sexual and reproductive health. Further details of this period may be read in www.umaventurasocial.blogspot.com.

Keywords: Sexual Education, Sexual Behavior, Young people, health and education policies