

# A ADOLESCÊNCIA, A MULHER E A SIDA

*Canavarro M C, Morgado L M, Pereira M, Barahona F - Coimbra - Portugal*

## 1. INTRODUÇÃO

Por vezes a melhor forma de começar a debater problemas complexos é formulando perguntas simples. No intuito de clarificar a relevância de juntar os vocábulos adolescência e mulher, no contexto da problemática do Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), começámos por colocar três questões.

Uma primeira questão: Qual a extensão desta epidemia entre as mulheres? Uma primeira resposta: Enorme. Há uma década atrás as mulheres pareciam estar na periferia da epidemia. Hoje, elas são o centro da preocupação. Quase que parece existir uma "feminização" da doença.

Desde o início da epidemia, mais de 19,2 milhões de mulheres, em todo o mundo, já foram infectadas pelo VIH. Dos 42 milhões de adultos que vivem actualmente com o VIH, quase metade são mulheres em idade fértil (UNAIDS, 2002), constituindo, assim, um dos grupos de risco de crescimento mais rápido à infecção pelo VIH (Buzy & Gayle, 1996; Campbell, 1999). Estes números estão, de ano para ano, a crescer vertiginosamente, tanto em países industrializados como em países em vias de desenvolvimento (Latham, 2001).

Embora no mundo ocidental os números não assumam estas proporções, também nestas civilizações as mulheres têm mostrado ser um grupo particularmente vulnerável à infecção. Na região da Europa Ocidental estima-se que vivam com VIH/SIDA cerca de 570000 pessoas das quais 25% pertencem ao sexo feminino (UNAIDS, 2002). A zona do planeta onde Portugal está inserido apresenta uma tendência idêntica à verificada na América do Norte e países do Pacífico. Nos países industrializados (onde se inclui a Europa Ocidental, Canadá, Estados Unidos e Japão), a aplicação intensa da terapia anti-retrovírica permitiu travar a progressão da doença, o número de vítimas mortais bem como os casos de transmissão vertical do vírus da SIDA.

Uma segunda pergunta: Qual a extensão desta epidemia entre os adolescentes? Apesar de, no conjunto, e tendo em conta a casuística global da epidemia, o número de adolescentes infectados pelo VIH ser reduzido, esta infecção está a difundir-se entre os jovens. De facto, o número de novos casos de infecção nas camadas jovens tem aumentado, ao mesmo tempo que a proporção global de pessoas a viver com o vírus tem decrescido. Estima-se que vivam com VIH/SIDA cerca de 11,8 milhões de jovens com idades entre os 15 e os 24 anos.

Destes, apenas uma fracção mínima sabe que está infectada (UNICEF, 2002). Globalmente, das novas infecções pelo VIH, estima-se que pelo menos metade ocorram entre pessoas com menos de 25 anos de idade, primariamente através de transmissão sexual (Koniak-Griffin, Lesser, Uman & Nyamathi, 2003).

Em Portugal, segundo o Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT, 2003) a taxa de incidência dos casos de infecção pelo VIH tem uma expressão relativamente baixa nos adolescentes e jovens adultos. Os casos declarados de SIDA no grupo etário dos 13 aos 19 anos representam 1,5% do total acumulado. Se considerarmos um grupo etário mais alargado (13-24 anos), a distribuição dos casos ronda os 11,2%.

Esta grande incidência de indivíduos contaminados pelo VIH na população adolescente, por todo o mundo, deve-se sobretudo à falta de informação e adopção de comportamentos de risco. Embora a maioria já tenha ouvido falar de SIDA, muitos não conhecem os meios de transmissão ou têm uma percepção enviesada do risco real de infecção, pensando que só acontece aos outros.

A adolescência é um período de desenvolvimento cognitivo, emocional e físico frequentemente caracterizado pela exploração e experimentação. É o momento inicial de exploração da intimidade, da sexualidade e do desenvolvimento de autonomia. Por estas razões é, simultaneamente, um período de aquisição de novas forças e competências, e uma época de riscos, incluindo o risco de infecção pelo VIH, que pode levar à aquisição de novas vulnerabilidades.

Uma última questão: Qual a extensão desta epidemia entre os adolescentes do sexo feminino? Como referimos, de acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2001) a incidência de casos de infecção é bastante reduzida entre os 13 e os 19 anos, em ambos os sexos. No entanto, as raparigas parecem ser especialmente vulneráveis à infecção. Por exemplo, embora algumas estatísticas do Uganda mostrem que as taxas de infecção entre as adolescentes tenham decrescido 50% desde 1990, a taxa de incidência ainda é seis vezes maior relativamente aos adolescentes do sexo masculino do mesmo escalão etário. Na África do Sul, a taxa de infecção entre as grávidas adolescentes diminuiu de 21% para 15,4% entre 1998 e 2001. A prevalência continua elevada, no entanto, esta tendência positiva confirma o valor de promover e investir em programas preventivos dirigidos aos adolescentes (UNAIDS, 2002). Refira-se, por exemplo, que no Azerbaijão e no Uzbequistão, de acordo com um Inquérito realizado em 2001, um terço das adolescentes do sexo feminino nunca ouviram falar de SIDA (UNAIDS, 2002).

Se nos centrarmos na nossa realidade, verificamos que, em Portugal, de acordo com o CVEDT (2003), considerando o grupo etário mais alargado anteriormente referido, verifica-se que 10,2% dos casos declarados correspondem ao sexo masculino e 16,2% ao sexo feminino.

## ***2. VULNERABILIDADE DAS ADOLESCENTES AO VIH: UMA PERSPECTIVA DESENVOLVIMENTISTA; UMA ABORDAGEM MULTIFACTORIAL***

Face aos números que referimos e também ao reconhecimento de que factores estruturais e ambientais tornam os adolescentes, mais do que qualquer outra faixa da população, vulneráveis aos riscos da actividade sexual, à dissonância da controvérsia causada pelas diferentes posições sobre adolescência e sexualidade, sobrepôs-se a consonância da

preocupação. O conceito de vulnerabilidade instalou-se neste grupo em particular.

Assim, importa conhecer os contornos do risco para poder delinear, incrementar e implementar programas que aumentem a protecção dos adolescentes e jovens adultos à infecção por VIH.

A tendência integradora do conhecimento tem levado a que, na tentativa de compreensão de um fenómeno sejam contempladas, no contexto do ciclo de vida, as influências de diferentes factores (objecto de estudo de diferentes disciplinas), dos seus efeitos de interacção e também a interferência de mecanismos moderadores (Cicchetti & Cohen, 1995; Sroufe & Fleeson, 1991).

Neste contexto, abordamos a vulnerabilidade das adolescentes ao VIH adoptando um quadro de referência desenvolvimentista e uma abordagem multifactorial.

O quadro de referência desenvolvimentista permite-nos situar o problema no contexto do ciclo de vida e nas especificidades de que se reveste o período da adolescência, considerado, assim, como um factor de risco desenvolvimental para contaminação por VIH; este vector cruza-se com factor de risco estrutural que consiste em pertencer ao sexo feminino, como se encontra esquematizado na Figura 1.

A abordagem multifactorial possibilita ler o fenómeno em função de múltiplos eixos - biológicos, cognitivos, comportamentais, sociais e culturais - e das suas interacções, facilitando a identificação de níveis diferentes de risco e protecção.

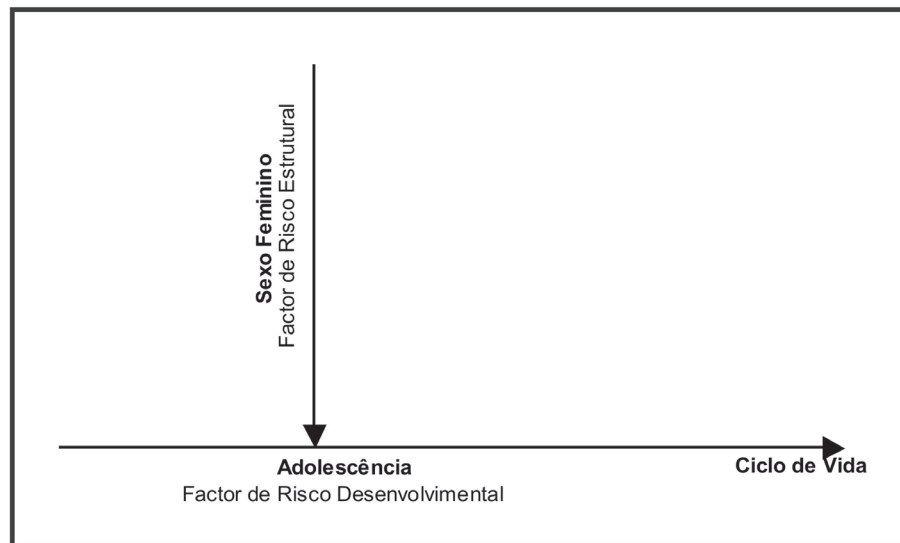


Figura 1 – Factores de risco estrutural e desenvolvimental na contaminação pelo VIH.

*A integração destes elementos (desenvolvimentistas e multifactoriais) na análise de uma situação ou fenómeno permite uma visão mais complexa e aproximada da sua existência real. No entanto, nunca nos devemos esquecer, como nos advertem Belsky e Isabella (1988) que, infelizmente, a nossa capacidade para pensar em sistemas complexos, ultrapassa a nossa possibilidade de testar essas relações complexas (...); os resultados devem ser lidos como tentativas de esclarecimento da dinâmica que ocorre entre sistemas e não como prova da sua acção global (p.87).*

Começemos por explicitar e concretizar o que temos vindo a referir.

Em primeiro lugar, as mulheres adolescentes são um grupo particular de risco porque são mulheres; em segundo lugar porque são adolescentes; e por um terceiro grupo de motivos derivados da interacção entre os dois primeiros.

### ***SER MULHER (RISCO ESTRUTURAL)***

No mundo em vias de desenvolvimento, as mulheres são duas a três vezes mais vulneráveis à infecção pelo VIH que os homens, vulnerabilidade esta decorrente de factores biológicos, sociais e culturais (UNAIDS, 1998). As mulheres são biologicamente mais vulneráveis a infecções durante o relacionamento heterossexual, sendo este modo de transmissão um dos meios mais comuns de infecção entre as mulheres (Sowell, Phillips & Misener, 1999; Sterk, 1998). Por outro lado, a associação entre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e VIH, aumentam a vulnerabilidade feminina, dado que as DST, sobretudo aquelas com manifestações ulcerosas, aumentam a probabilidade de contaminação por VIH, para além de dificultarem a elaboração de diagnósticos e retardarem a procura de ajuda, dado serem, muitas vezes, as únicas manifestações da doença durante muito tempo (Raffaelli & Pranke, 1995).

Factores de natureza relacional e comportamental representam um segundo conjunto de influências na susceptibilidade das mulheres à infecção pelo VIH. Carovano (1991) e de Bruyn (1992) referem que os parceiros destas mulheres tendem a ser mais velhos, possivelmente com várias parceiras sexuais no passado e, desta forma, com maior probabilidade de estarem infectados. Por outro lado, a protecção feminina exige sempre a necessidade de cooperação do parceiro (para utilização de preservativo ou para relacionamentos monogâmicos), o que aumenta a importância das competências relacionais de forma geral e auto-afirmativas, de forma específica (Buzy & Gayle, 1996). Também o consumo de substâncias, embora não sendo um factor de risco especificamente feminino, tem sido apontado como responsável por muitas das infecções femininas no mundo industrializado, dado que cerca de metade destas mulheres tem como companheiro um indivíduo com história de toxicod dependência (Raffaelli & Pranke, 1995).

Finalmente, os factores sócio-culturais que, muitas vezes restringem as opções de vida e comportamentos sexuais. Numerosas investigações têm-se centrado especificamente em aspectos sócio-culturais que podem aumentar a vulnerabilidade feminina à infecção. Entre eles: a pobreza; a falta de instrução (Holmes & Aral, 1991, in Raffaelli & Pranke, 1995); costumes e normas sexuais (Carovano, 1991; Weiss & Gupta, 1993, in Raffaelli & Pranke, 1995; Gupta, Weiss & Mane, 1996); falta de oportunidades económicas (Aral & Wasserheit, 1995; Heisse, 1992; Holmes & Aral, 1991; Merson, 1993, in Raffaelli & Pranke, 1995; Sterk, 1998); crenças culturais sobre o comportamento sexual e sobre os papéis associados ao género (Weiss & Gupta, in Raffaelli & Pranke, 1995); e a prostituição (Cohen & Alexander, 1995).

### ***SER ADOLESCENTE (RISCO DESENVOLVIMENTAL)***

A adolescência é uma fase da vida considerada, quer de um ponto de vista cognitivo quer socio-afectivo, como particularmente vulnerável e desde logo propícia ao aparecimento de condutas desviantes de entre as quais sobressaem pelo risco que representam para a infecção pelo H.I.V., a toxicod dependência e as relações sexuais não protegidas.

Na verdade, de um ponto de vista cognitivo, o adolescente, cuja faixa etária se situa entre os 12 e os 18 anos, encontra-se, na perspectiva construtivista (Inhelder & Piaget, 1955), na transição do estágio das operações concretas para o das operações formais ou em plena construção deste último. Logo, as características próprias deste período, a saber: aparecimento do raciocínio hipotético — dedutivo, da noção de acaso / probabilidade bem como a capacidade de prever o resultado das suas acções num futuro mais ou menos longínquo — não se encontram ainda presentes neste momento de desenvolvimento do sujeito.

Assim sendo, o adolescente apresenta grandes dificuldades no que respeita à avaliação das consequências dos seus actos o que o conduz, em muitos casos, a tomar decisões baseadas em considerações imediatistas (Gordon, 1990). Esta limitação, em termos cognitivos é particularmente visível nos excessos cometidos pelos adolescentes no que se refere à realização de actividades de alto risco mesmo que socialmente aprovadas. As dificuldades na construção da noção de probabilidade / acaso conduzem-no igualmente a não distinguir, com clareza, os acontecimentos fortuítos dos que podem ser por ele controlados, tendo tendência a considerá-los a todos como pertencentes a esta última categoria. São disso exemplo afirmações do tipo “se eu usar o preservativo nunca serei infectado” indicando assim o adolescente que desconhece que todas as nossas condutas se encontram sujeitas a leis de contingência (Weller, 1993). O facto de o seu raciocínio se encontrar ainda numa fase pouco evoluída, em termos hipotéticos e metacognitivos, levam-no também a não prever todas as consequências das suas acções ou a não reflectir sobre algumas delas, sendo incapaz de as equacionar na sua totalidade. Finalmente a dificuldade em estabelecer diferenciações firmes entre acontecimentos reais e acontecimentos possíveis podem conduzir o adolescente a aceitar e defender teorias irrealistas ou utópicas que, pelos trilhos propostos para as vivenciar, o levam à prática de condutas desviantes.

Não são só, no entanto, as limitações cognitivas que explicam o aparecimento deste último tipo de condutas durante a adolescência pois factores de ordem sócio-afectiva têm, muito justamente, sido apontadas como determinantes para o seu incremento neste período do desenvolvimento. Encontra-se neste caso a construção de identidade, em grande parte responsável pela vulnerabilidade associada a esta faixa etária, e considerada como uma das causas principais para o aparecimento de condutas de risco. (Erickson, 1980).

Na verdade, problemas de imagem corporal, que as necessárias transformações fisiológicas da adolescência acarretam, levam, desde logo, a um sentimento de desconforto e insegurança; para além disso, o reconhecimento de contradições lógicas no comportamento dos adultos, sobretudo dos pais, fruto do seu desenvolvimento cognitivo, conduzem o adolescente à rejeição emocional dos mesmos ou melhor, das suas imagens idealizadas, aumentando o seu sentimento de isolamento e vulnerabilidade (Jackson & Bosma, 1992).

Estão assim criadas as condições que levam o adolescente a desenvolver identificações fortes com os pares e a procurar novos modelos, normalmente opostos aos tradicionalmente aceites pela família, representados por jovens ou adultos idealizados que, em muitos casos, os conduzem a experienciar situações novas e desafiadoras, senão mesmo desviantes. Estas são particularmente apetecíveis para os adolescentes ao servirem simultaneamente como projecto de identificação no grupo de pertença e ao contradizerem e agredirem os pregenitores responsabilizados pelo seu sofrimento emocional.

É pois o desenvolvimento sócio-afectivo mas também o grau de construção cognitivo, próprio deste período da vida que, em última instância, criam as condições favoráveis ao

aparecimento de todo o tipo de condutas de risco, de entre as quais salientamos as relações sexuais não protegidas, que, em bom rigor, mais não representam do que uma chamada de atenção por parte do adolescente para a questão do confronto com o seu próprio crescimento.

Como acabamos de expôr as especificidades desta fase do ciclo da vida levam o sujeito a desejar vivenciar novas situações onde vêm a assumir particular relevo as experiências de intimidade com os pares levando-os a envolverem-se em diversos tipos de comportamentos sexuais.

No âmbito do alargamento dos circuitos relacionais e da experiência de intimidade com pares, está bem documentado (para uma revisão cf. Lourenço, 1996) que os adolescentes se envolvem em diversos tipos de comportamentos sexuais que vão desde as carícias, à masturbação, ao necking e petting (carícias da cintura para cima e carícias em todo o corpo mas sem realização de cópula). Por uma questão de delimitação temática, interessamos apenas o comportamento sexual de risco que inclui a cópula ou o coito anal. É sobre estas práticas que passamos a tecer algumas considerações.

A tendência actual de iniciar mais precocemente a actividade sexual aumentou, como é óbvio, o risco de contaminação por VIH e também o da parentalidade na adolescência. Para justificar este facto podemos evocar, de forma geral, a maior disponibilidade de contracepção; a crescente erotização de diversos aspectos sociais; a mudança de valores relativamente à sexualidade, à família, aos padrões de casamento e à própria adolescência (Hardy & Zabin, 1991; Stevens-Simon & Kaplan, 1998).

Já anteriormente (Canavarró & Pereira, 2001), a propósito da gravidez na adolescência, havíamos salientado, para especificar os marcadores do início da actividade sexual, influências passadas e actuais de diversa ordem: biológica, cultural e relacional. Voltamos a mencioná-las, tal como o fizemos outrora, por as considerarmos actuais.

“Do ponto de vista biológico, a hipótese da idade da menarca, nas raparigas e das primeiras ejaculações, nos rapazes se encontrarem positivamente associadas à actividade sexual não têm sido confirmadas de forma redundante (Corbett & Meyer, 1987; Harris, 1998)“.

Por outro lado, estudos transculturais sobre o tema (Garrett & Tidwell, 1999; Hardy & Zabin, 1991) mostram que os padrões culturais afectam a percepção da adequação de determinado comportamento em função da idade e a percepção do significado de diferentes expressões de intimidade sexual.

Ao nível psicológico foi observado que o início mais precoce da actividade sexual está associado a um ajustamento pobre (Lerner & Galambos, 1998) e à existência de outros comportamentos desviantes (Schamess, 1997; Tobias & Rice, 1998).

Numa perspectiva cognitivista, o comportamento sexual encontra-se necessariamente associado às crenças sobre a sexualidade. Durante a adolescência os factores que maior peso parecem ter na construção de assunções básicas sobre sexualidade, e contritamento sobre o seu início, são a família e o grupo de pares.

A família, principalmente os pais, é apontada pela literatura como importante fonte de influência na socialização sexual dos adolescentes. Em particular, a qualidade da comunicação entre pais-filhos; a comunicação aberta e receptiva com a mãe está associada a menos comportamentos sexuais de risco (Kotchick, Dorsey, Miller & Forehand, 1999). Por outro lado, a ausência do pai (Schamess, 1997) e a pouca supervisão por parte de

outros adultos (Donoghue, 1992-93; Peterson, Sripada & Barglow, 1982; Tobias & Rice, 1998) parecem igualmente facilitar a actividade sexual precoce.

De forma inversa, a investigação (Peltzer & Likwa, 1992/3) tem também mostrado que as adolescentes sem comportamentos sexuais de risco têm familiares que contribuem para a formação de uma atitude mais responsável e afirmativa em relação às suas implicações.

Os pares influenciam a sexualidade da jovem através da transmissão de normas mais permissivas ou restritivas e pelo modelo de comportamento que fornecem (Lerner & Galambos, 1998). As adolescentes, que iniciam muito cedo a vida sexual, referem idêntica situação entre os pares e percebem ganhos sociais associados à relação sexual precoce (Kinsmann, Romer, Furstenberg & Shwarz, 1998).

Pelas implicações que comporta, ao nível da prevenção, convém no entanto reter que, algumas vezes, não há coerência entre as crenças básicas sobre a sexualidade e os comportamentos sexuais. Por vezes, as adolescentes manifestam significados preponderantemente negativos em relação ao sexo pré-conjugal, mas mantêm relações sexuais. Neste caso, habitualmente, racionalizam a discrepância através de uma de três formulações: não conseguir resistir às pressões dos parceiros, "toda a gente o fazer" e encontrarem-se muito envolvidas emocionalmente com o parceiro (p.333-334).

## ***ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A (NÃO) UTILIZAÇÃO DO PRESERVATIVO***

Acabámos de rever e reflectir sobre um conjunto factores que, na literatura, é apontado como influente na decisão de iniciar a actividade sexual. Quando esta opção se forma, sucede-lhe a ponderação da utilização de contraceptivos, com a dupla função de protecção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da SIDA (Koniak-Griffin, Lesser, Uman & Nyamathi, 2003)

Embora os números (Bombas et al., 2000) revelem que a utilização dos métodos anticoncepcionais, especialmente a utilização do preservativo, pela população adolescente, tem vindo a aumentar progressivamente, sabemos também (Pereira et al., 2001) que cerca de dois terços dos adolescentes não o utilizam de forma correcta ou consistente.

Vejam algumas explicações que têm sido oferecidas para explicar este facto (a este propósito cf. Canavarro e Pereira, 2001). A primeira, de natureza mais linear, sugere que o grupo de adolescentes que não se protege da gravidez e das DST possui pouca informação ou informação mal prestada sobre DST, VIH/SIDA, contracepção e fisiologia reprodutiva. No entanto, de acordo com a investigação, e com a nossa própria experiência, muitos jovens possuem informação adequada sobre estes tópicos e, apesar disso continuam a manter relações sexuais sem segurança.

Para especificamente explicar a insuficiência da informação na modificação de atitudes e comportamentos têm sido avançadas duas propostas alternativas não exclusivas, que já anteriormente mencionámos a propósito do tema da gravidez na adolescência (Canavarro & Pereira, 2001), e que passamos novamente a apontar.

Uma diz respeito à intervenção de factores desenvolvimentais, cognitivos e psicossociais, característicos da adolescência. A impulsividade; o pensamento mágico ("isto não me pode acontecer a mim"); a necessidade de agradar; a dificuldade em pensar a longo prazo e de ponderar as consequências de determinados comportamentos; e a ambivalência

relativamente ao seu próprio comportamento sexual, característicos do período da adolescência, podem levar jovens, correctamente informados, a ter relações sexuais sem segurança (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Franco et al., 1998; Harris, 1998; Lourenço, 1996; Tobias & Rice, 1998). Muito destes aspectos, modificam-se com a idade, podendo, assim, esta ser considerada como um dos melhores preditores para a prática de relações sexuais seguras (Coley & Chase-Lansdale, 1998).

A outra proposta explicativa da não adesão à contracepção, particularmente ao preservativo, valoriza o papel das crenças dos jovens sobre as consequências da sua utilização. Nomeadamente: o medo de serem perigosos, receio da relação não ser tão intensa ou de parecer planeada, serem da responsabilidade do companheiro (no caso das adolescentes do sexo feminino); medo dos pais descobrirem (Furstenberg, 1976; Kaufmann, 1998; Morrison, 1985) (p.335); e ainda a crença de que a prática de sexo seguro está associada à existência de monogamia e fidelidade mútua.

## ***SER MULHER ADOLESCENTE***

Neste tópico tentaremos abordar os aspectos que mais se salientam como resultantes da interacção entre o factor de risco desenvolvimental, que é a própria adolescência e a pertença ao sexo feminino, entendida como factor de risco estrutural.

Sabemos que, biologicamente, as mulheres adolescentes, por comparação com as adultas, apresentam uma maior susceptibilidade genital (O' Leary & Jemmott, 1995), aumentando assim a probabilidade de risco de contaminação no contacto sexual com um indivíduo infectado.

Por outro lado, estudos feitos em países industrializados e em países em desenvolvimento mostram que, em ambos os contextos, embora de forma mais acentuada no último, a menor idade das mulheres acentua a pouca informação sobre os aspectos sexuais, reprodutivos e sobre contaminação por VIH (Bayley, 2003). Mais ainda, esta associação também é válida no que diz respeito às variáveis associadas à definição social do papel de mulher, acentuando, assim, a diminuição da sua autonomia sobre os processos de tomada de decisão relacionados com temáticas sexuais e reprodutivas.

A nossa experiência clínica revela-nos que a forma de envolvimento emocional e sexual com o parceiro é também especificamente feminina nesta fase do ciclo de vida. No entanto, a escassez de investigação sobre aspectos cognitivos e emocionais do envolvimento sexual, não nos permite desenvolver este tópico como gostaríamos. Ainda por comparação com o sucedido com as grávidas adolescentes, sabemos que as adolescentes que iniciam mais cedo actividade sexual idealizam mais o relacionamento amoroso (Garrett & Tidwell, 1999) e não equacionam o amor e a intimidade conjuntamente com a actividade sexual (Harris, 1998).

Por outro lado, muitas adolescentes, envolvidas em relações sexuais sem segurança, acreditam que mantêm uma relação monogâmica de confiança com o seu parceiro e que, por este motivo, estão protegidas do contágio pelo VIH/SIDA (Koniak-Griffin, Lesser, Uman & Nyamathi, 2003).

Numa tentativa de sumarização, a Figura 2, identifica um conjunto de factores, biológicos, psicológicos (de ordem cognitiva, comportamental e emocional), relacionais (com a família, o sexo oposto e os pares) e sócio-culturais que, numa perspectiva desenvolvimentista, sabemos que colocam as adolescentes em risco, aumentando a probabilidade de infecção pelo VIH/SIDA e também de uma gravidez indesejada.



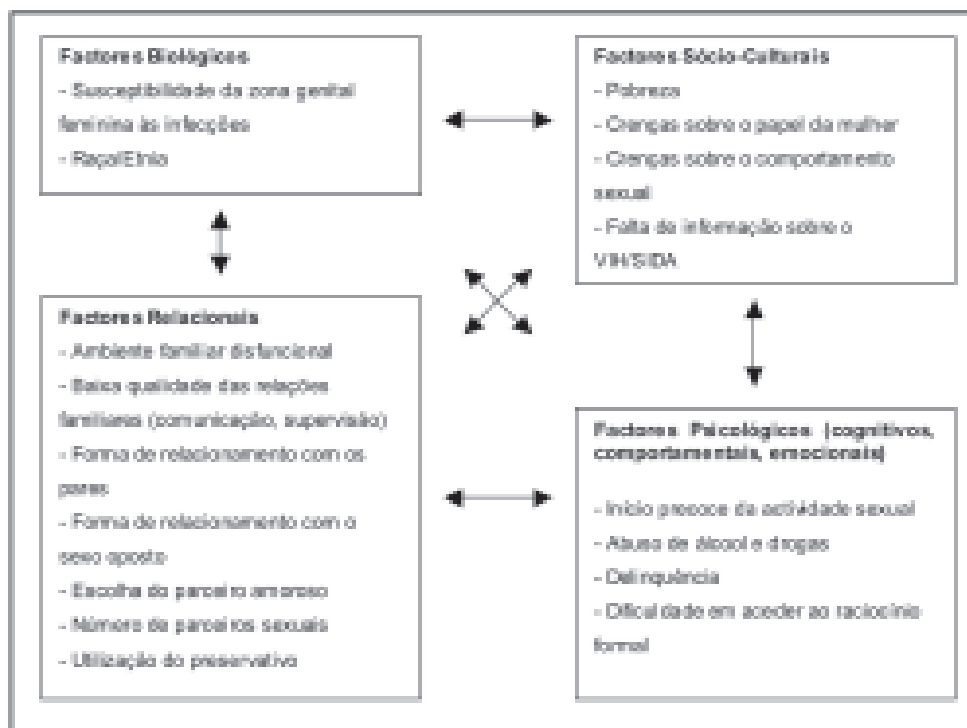


Figura 2 – Síntese dos factores de risco femininos para contaminação pelo VIH e gravidez indesejada durante a adolescência

### 3. BREVES APONTAMENTOS SOBRE A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E O VIH

De acordo com o CVEDT (2002), no que se prende com a presença de VIH/SIDA e gravidez, 11,2% dos casos notificados referem-se a jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos. Vemos assim unidos dois problemas, cuja associação já mencionámos ao falar sobre a (não) utilização do preservativo pela maioria dos adolescentes que inicia actividade sexual.

O fenómeno da gravidez na adolescência não é novo, embora actualmente continue a ser um problema social para as sociedades industrializadas, muitas vezes associado à baixa escolaridade, desemprego ou emprego precário e pobreza (Canavarro & Pereira, 2001, Monahan, 2002). Em todo o mundo mais de 10% dos nascimentos são de mães com idades entre os 15 e os 19 anos.

Nos últimos anos tem-se registado uma diminuição da gravidez e da natalidade na população adolescente, em geral. No panorama nacional tem-se observado, igualmente, um declínio da taxa de fecundidade na população adolescente. Ainda assim, os números mantêm-se muito elevados. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2001, foram mães aproximadamente sete mil jovens com idade inferior a 19 anos, o que representa uma variação negativa de cerca de 8% relativamente ao ano anterior.

Tradicionalmente, na leitura psicológica, a gravidez na adolescência tem sido considerada como uma situação de alto risco (físico e social) tanto para a jovem como

para o filho (Kivisto, 2001). Numa abordagem mais contemporânea, a gravidez na adolescência revela-se como um fenómeno multideterminado, com resultados desenvolvimentais muito diversos.

No entanto, de forma probabilística e não determinante, gravidez e maternidade nesta fase do ciclo de vida parecem ser factores de risco acrescidos em relação a uma série de parâmetros de desenvolvimento (Canavarro & Pereira, 2001) dada a convergência num único momento de duas realidades completamente distintas- estar grávida e ser adolescente. Nas palavras de Soares et al. (2001) para a grávida adolescente, a ocorrência de uma gravidez precoce constitui um desafio desenvolvimental altamente exigente. As jovens grávidas enfrentam uma dupla crise desenvolvimental (p. 360). A autora refere-se à crise da adolescência e à crise da gravidez onde, simultaneamente, não têm apenas de lidar com os desafios próprios da adolescência, mas também com os stressores inerentes à gravidez e tarefas de maternidade que se aproximam.

Se juntarmos a este contexto a contaminação por VIH, aumentamos as probabilidades do resultado final se revelar francamente negativo do ponto de vista da adaptação. Ser adolescente, estar grávida e contaminada por VIH, representa enfrentar três situações de crise, com tarefas de adaptação muito diferentes (e até antagónicas) na sua essência (Carney, 2003). Se uma das tarefas desenvolvimentais da adolescência implica a autonomização, outra das implicadas na maternidade compreende a capacidade de abdicar de autonomia pessoal; se uma das tarefas da adaptação ao VIH e à SIDA implica o confronto com a ideia de morte, outra central à da gravidez, prende-se com a responsabilidade de gerar uma vida.

Podemos pensar na gravidez na adolescência, de acordo com a proposta de Hardy & Zabin (1991), como uma cadeia de acontecimentos e decisões, que se inicia com a (1) decisão em iniciar a actividade sexual e continua através das opções tomadas em relação (2) à contracepção, (3) ao prosseguimento da gravidez e (4) aos cuidados e educação a prestar á criança. A cada um destes comportamentos estão subjacentes uma série de decisões, activas ou passivas, conscientes ou inconscientes.

De acordo com a sequência proposta, as duas primeiras etapas desempenham, como anteriormente tivemos oportunidade de descrever, um papel muito importante no processo de risco para a contaminação por VIH.

Se prosseguirmos a análise desta sequência de opções e nos centrarmos nas adolescentes contaminadas, verificamos que, se a gravidez surge, a terceira etapa (decisão sobre o prosseguimento da gravidez) sendo um assunto já bastante complexo para qualquer adolescente e para muitas mulheres infectadas com o VIH (Campbell, 1999; McCreary, Ferrer, Ilagan & Ungerleider, 2003), o é ainda mais para as adolescentes infectadas (Murphy et al., 1998). A percepção destas jovens como vectores de doença, vítimas culpadas, responsáveis pelo envolvimento em comportamentos de risco em relação ao VIH, que podem produzir vítimas inocentes, contamina todos os níveis da sociedade e transparece mesmo nos programas estabelecidos para providenciar cuidados a este grupo específico (Alemán et al., 1995).

A forma como factores de ordem sócio-cultural, religiosa, moral, económica e psicológica influenciam o processo de tomada de decisão subjacente é complexa e os riscos nem sempre são ponderados de uma forma racional (Campbell, 1999) criando, por vezes, uma tensão ética entre os interesses da mulher VIH-positiva e os da sociedade (McCreary, Ferrer, Ilagan & Ungerleider, 2003).

No que respeita à última etapa da sequência indicada, a opção pela adopção ou pela maternidade, no sentido da prestação de cuidados e educação da criança será a última decisão a tomar. Sabemos que as grávidas adolescentes que optam por deixar prosseguir a gravidez raramente decidem abandonar o filho (Hardy & Zabin, 1991). No entanto, para as adolescentes infectadas por VIH, este problema tem contornos específicos, dada a incerteza relativa à evolução da sua própria situação clínica e ao futuro. O estudo desta problemática reflecte, invariavelmente, a necessidade crucial que existe em intervir médica, psicológica e socialmente para diminuir a progressão da infecção, por um lado, e minimizar o sofrimento das pessoas afectadas/infectadas, por outro (Guerra, 1998).

#### **4. NOTAS FINAIS**

Actualmente é uma ideia relativamente consensual a população juvenil ser considerada como um grupo prioritário para as acções de prevenção em relação ao vírus da SIDA. No entanto, não é tão unânime nem clara a ideia sobre a forma concreta como essas medidas devem ser implementadas.

A revisão da literatura efectuada leva-nos a defender, à semelhança de diversos autores, o desenvolvimento de programas de prevenção generalistas, dirigidos a todos os adolescentes, acompanhados por outros, mais específicos, direccionados a grupos particulares (femininos, de prostitutas, de adolescentes em risco, etc.).

De forma geral, não é difícil defender que, os programas mais globais devem informar e educar sobre o processo de contaminação por VIH e as características da doença, com o objectivo de diminuir os comportamentos de risco e aumentar a precocidade do diagnóstico, enquanto que, os programas mais específicos, neste caso, dirigidos a adolescentes do sexo feminino, devem estar vocacionados para treinar competências de comunicação, negociação e tomada de decisão; facilitar a resolução de conflitos e promover o pensamento crítico e a auto-confiança, permitindo, ao mesmo tempo a redução de comportamentos de risco, a modificação de estilos de vida disfuncionais e a vivência de uma sexualidade mais integrada.

No entanto, para reforçar e aumentar a especificidade da prevenção personalizada e ajudar a conceber programas mais eficazes, destinados a atenuar factores de risco e a potenciar factores de protecção associados ao fenómeno, é necessário conhecer cada vez de forma mais detalhada, a diversidade de percursos que conduzem à adopção de comportamentos de risco, assim como avaliar os caminhos de protecção, que ajudam os adolescentes do sexo feminino a não assumir comportamentos de risco para a infecção por VIH.

Foi neste contexto que introduzimos, nesta comunicação, uma leitura específica (desenvolvimentista e multifactorial) sobre a Adolescência, a Mulher e a SIDA. Apesar da escassez de estudos longitudinais que ponderem factores de natureza sócio-emocional associados à sexualidade e ao género, a revisão da literatura enfatiza a diversidade de trajectórias desenvolvimentais possíveis nesta época da vida das mulheres e realça alguns marcadores associados ao risco e à protecção.

Neste sentido, gostaríamos também, para além do enquadramento efectuado, de adiantar (como nos havíamos proposto no resumo desta comunicação) alguns dados sobre a caracterização de atitudes/comportamentos associados à sexualidade dos jovens portugueses e algumas dimensões de relação com os pares. Julgamos que estes dados podem ser mais

um contributo para fundamentar opções estratégicas na concepção de programas de prevenção. No entanto, questões de morosidade na recolha da amostra e tratamento dos dados não nos permitiram apresetar esses resultados. Adiamos, deste modo, uma parte da tarefa.

## BIBLIOGRAFIA

- Alemán, J., Kloser, P., Kreibick, T., Steiner, G. L., & Boyd-Franklin, N. (1995). *Women and HIV/AIDS*. In N. B. Franklin, G. L. Steiner, & M. G. Boland (Eds.), *Children, Families and HIV/AIDS – Psychological and therapeutic issues* (pp. 90-111). New York: Guilford Press.
- Aral, S. D., & Wasserheit, J. N. (1995). *Interaction among HIV, other Sexually Transmitted Diseases, Socioeconomic Status, and Poverty in Women*. In A. O'Leary, & L. S. Jemmot (Eds.), *Women at risk: Issues in the primary prevention of AIDS* (pp. 13-41). New York: Plenum Press.
- Bayley, O. (2003). *Improvement of sexual and reproductive health requires focusing in adolescents*. *The Lancet*, 362, 830-831.
- Belsky, & Isabella, (1988). *Maternal, infant and social-contexture Earlbaum Associates.t determinants of attachment security*. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.). *Clinical implications of attachment* (pp.41-94). Hillsdale. NJ: Law
- Bombas, T., Sousa Fernandes, T., Rolim, L., & Entrezede, A. T. (2000). *Mães Adolescentes. XVI Congresso da Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia – A Obstetrícia e a Ginecologia do ano 2000. Porto, Fundação Cupertino de Miranda, 8 a 10 de Novembro de 2000*.
- Buzy, J. M., & Gayle, H. D. (1996). *The epidemiology of HIV and AIDS in women*. In L. D. Long, & E. M. Ankrah (Eds.), *Women's experiences with HIV/AIDS: An international perspective* (pp. 181-204). New York: Columbia University Press.
- Campbell, C. (1999). *Women, Families, & AIDS: A Sociological Perspective on the Epidemic in America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Canavarro, M.C., Pereira, A. I. (2001). *Gravidez e Maternidade na Adolescência: Perspectivas Teóricas*. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 323-357). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carney, J. S. (2003). *Understanding the implications of HIV disease in women*. *Family Journal*, 11 (1), 84-88.
- Centers for Disease Control and Prevention (2001). *HIV/AIDS Surveillance Report, Volume 13, n.º 1*.
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2002). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002*.
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2003). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 30 de Junho de 2003*.
- Cicchetti, D. & Cohen (1995). *Developmental psychopathology. Vol2. Risk, disorder and adaptation*. N. Y. John Wiley and Sons.
- Coley, R. L. & Chase-Landsdale, P. L. (1998). *Adolescent Pregnancy and Parenthood. Recent Evidence and Future Directions*. *American Psychologist*, 2, 152-166.
- Comissão Nacional da Luta Contra a Sida (2000). *Prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida em Portugal: Revisão das Políticas e Estratégias*.
- Corbett, M. A. & Meyer, J. H. (1987). *Introduction*. In M. A. Corbett & J. H. Meyer (Eds.), *The Adolescent and Pregnancy* (pp. 1-10). Boston: Blackweel Scientific Publications.
- Donoghue, E. (1992-93). *Sociopsychological Correlates of Teen-age Pregnancy in the United States Virgin Islands*. *International Journal of Mental Health*, 21, 39-49.
- Erickson, E. (1980). *Identity and the life-cycle*. New York: Morton & Company.

- Franco, J., Rodrigues, M. G., & Dionísio, M. J. (1998). *A Adolescência e a Gravidez, Um estudo fenomenológico*. Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação, vol. 4, 33-39.
- Furstenberg, F. F., Jr. (1976). *Unplanned Parenthood: The Social Consequences of Teenage Childbearing*. New York: Free Press.
- Garrett, S. C. & Tidewell, R. (1999). *Differences between adolescent mothers and non-mothers: An interview study*. Adolescence, 133, 91-105.
- Gordon, D. E. (1990). *Formal operational thinking: the role of cognitive development processes in adolescent decision-making about pregnancy and contraception*. American Journal of Orthopsychiatry, 60, 346-356.
- Guerra, M. P. (1998). *Sida: Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Gupta, G. R., Weiss, E., & Mane, P. (1996). *Talking About Sex: A Prerequisite for AIDS Prevention*. In L. D. Long, & E. M. Ankrah (Eds.), *Women's experiences with HIV/AIDS: An international perspective* (pp. 333-350). New York: Columbia University Press.
- Inhelder, B. & Piaget, J. (1955). *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent*. Paris: P.U.F.
- Jackson, S. & Bosma, H. (1992). *Developmental research on adolescence: european perspectives for the 1990 and beyond*. British Journal of Developmental Psychology, 10, 319-337.
- King, P. (1996). *Reproductive Choices of Adolescent Female with HIV/AIDS*. In R. R. Faden & N. E. Kass (Eds.), *HIV, AIDS & Childbearing: Public Policy, Private Lives* (pp. 345-366). New York: Oxford University Press.
- Kinsman, S. B., Romer, D., Furstenberg, F. F., & Schwarz, D. F. (1998). *Early Sexual Initiation: The Role of Peer Norms*. Pediatrics, 102, 1185-1192.
- Kirby, D. (2002). *Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing*. The Journal of Sex Research, 39 (1), 51-57.
- Koniak-Griffin, D., Lesser, J., Nyamathi, A., Uman, G., Stein, J. A., & Cumberland, W. G. (2003). *Project CHARM: An HIV prevention program for adolescent mothers*. Family and Community Health, 26 (2), 94-107.
- Koniak-Griffin, D., Lesser, J., Uman, G., & Nyamathi, A. (2003). *Teen Pregnancy, Motherhood, and Unprotected Sexual Activity*. Research in Nursing & Health, 26, 4-19.
- Kotchick, B. A., Dorsey, S., Miller, K. S., & Forehand, R. (1999). *Adolescent Sexual Risk-Taking Behaviour in Single-Parent Ethnic Minority Families*. Journal of Family Psychology, 13, 93-102.
- Latham, B. C., Sowell, R. L., Phillips, K. D., & Murdaugh, C. (2001). *Family functioning and motivation for childbearing among HIV-infected women at increased risk for pregnancy*. Journal of Family Nursing, 7 (4), 345-370.
- Lerner, R. M. & Galambos, N. L. (1998). *Adolescent Development: Challenges and Opportunities for Research, Programs and Policies*. Annual Review of Psychology, 49, 413-446.
- Lourenço, M. M. (1996). *Textos e contextos da gravidez na adolescência. A adolescente, a família e a escola*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- McCreary, L. L., Ferrer, L. M., Ilagan, P. R., & Ungerleider, L. S. (2003). *Context-based advocacy for HIV-positive women making reproductive decisions*. The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 14 (1), 41-51.
- Monahan, D. J. (2002). *Teen pregnancy prevention outcomes: Implications for social work practice*. Families in Society, 83 (4), 431-439.
- Morrison, D. M. (1985). *Adolescent Contraceptive Behaviour: A Review*. Psychological Bulletin, 3, 538-568.
- Murphy, D. A., Mann, T., O'Keefe, Z., & Rotheram-Borus, M. J. (1998). *Number of Pregnancies, Outcome Expectancies, and Social Norms Among HIV-Infected Young Women*. Health Psy-

- chology, 17 (5), 470-475.
- Peltzer, K. & Likwa, R. (1992-93). *Psychosocial Aspects of Unwed Pregnancy in Lusaka, Zambia*. International Journal of Mental Health, 21, 50-58.
- Pereira, A. I., Canavarro, M. C., Mendonça, D. & Cardoso, M. (2002). *O mundo interpessoal da grávida adolescente*. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 7 (1), 19-36.
- Pereira, A. I., Canavarro, M. C., Mendonça, D. & Cardoso, M. (2002). *Factores promotores de ajustamento emocional em jovens durante a gravidez*. Psychologica, 33, 33-46.
- Peterson, C., Stripada, B., & Bargalow, P. (1982). *Psychiatric aspects of adolescent pregnancy*. Psychosomatics, 23, 723-733.
- Raffaelli, M., & Pranke, J. (1995). *Women and AIDS in Developing Countries*. In A. O'Leary, & L. S. Jemmot (Eds.), *Women at risk: Issues in the primary prevention of AIDS* (pp. 219-236). New York: Plenum Press.
- Schamess, S. (1997). *The Search for Love: Unmarried Adolescent Mothers' Views of, and Relationship with Man*. Adolescence, 110, 425-438.
- Soares, I., Marques, M. C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I., & Matos, R. (2001). *Gravidez e Maternidade na Adolescência: Um estudo longitudinal*. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 359-407). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sowell, R. L., Phillips, K. D., & Misener, T. R. (1999). *HIV-infected women and motivation to add children to their families*. Journal of Family Nursing, 5 (3), 316-331.
- Sroufe, L. A. & Fleeson, J. (1988). *The coherence of family relationships*. In Hinde & Stevenson-Hinde (Eds.) *Relationships within families: mutual influences* (pp. 27-47). Oxford: Oxford University Press.
- Sterk, C. E. (1998). *Women and AIDS: A brief update*. International Journal of STD & AIDS, 9, 16-19.
- Steven-Simons, C. & Kaplan, D. (1998). *Teen Childbearing Trends: Which Tide Turned When and Why?*. Pediatrics, 102, 1205-1207.
- Tobias, B. B. & Ricer, R. E.. (1998). *Counseling adolescents about sexuality*. Prim. Care, 25 (1), 49-70.
- UNAIDS (1998). *HIV in Pregnancy: A Review*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.
- UNAIDS (2002). *AIDS epidemic update*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.
- UNICEF (2002). *Young people and HIV/AIDS: Opportunity in crisis*. Author.
- Weller, S. (1993). *A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV*. Soci. Set-Medical, 36, (12), 1635-1644.