

Os adolescentes, grupo de risco das D.S.T.

Maria Dilce Barroso do Valle¹

Para Gauderer⁽¹²⁾, a adolescência é uma fase da vida humana em que não há padrão uniforme e universal. A adolescência vem ocorrendo de forma cada vez mais precoce acompanhando as melhorias sociais, nutricionais e o desenvolvimento cultural. O adolescente não é mais criança e ainda não é adulto. A dinâmica de sua maneira de ser é rica e desafiante.

Definir o início e o término da adolescência é tarefa complexa. Frequentemente são utilizados como referências as mudanças físicas (como por exemplo os caracteres sexuais secundários), o desenvolvimento psicológico, intelectual e emocional e fatores culturais.

Mosquera & Stobáus⁽²⁰⁾ concebem a adolescência como fenômeno psicossocial e cultural que pode ser estudado em três etapas: "a puberdade (faixa etária de 12 a 14 anos); a adolescência média (faixa etária de 14 a 16 anos); e a adolescência final (faixa etária aproximada de 16 a 20 anos)".

O adolescente tem sido sinônimo de conflito, agitação e contestação, há milênios. Hoje, essa concepção não mudou expressamente, apesar do progresso científico.⁽⁹⁾

Segundo Freud⁽¹¹⁾, os adolescentes são egoístas e consideram-se o "centro do universo". Entretanto, ressalva que a pessoa humana em nenhuma outra fase da vida se revela com tanta capacidade de sacrifício. Iniciam ou encerram abruptamente as mais apaixonadas relações de amor. Participam ativamente da vida social, apesar de serem atraídos pela solidão. Pendem entre a submissão cega ao líder do grupo e a firme rebeldia contra toda a autoridade. Egoístas, mas cultivam grandes ideais. Dividem-se entre o otimismo sem lógica e o profundo pessimismo. Revelam muitas vezes entusiasmo exuberante e em outras ocasiões demonstram-se apáticos na atividade laborativa.

Para Piaget⁽²²⁾ o que mais caracteriza os adolescentes é o grande interesse no estudo das possibilidades da teoria. Em seus momentos de reflexão, são o centro de sua atenção. Necessitam de condições para exercitar a criatividade e têm necessidade de alcançar maior sucesso do que seus predecessores. Procuram adaptar seu ego ao meio ambiente, ao mesmo tempo que lutam para adaptar o meio ambiente ao seu eu (é o

comportamento egocêntrico). Desenvolvem grande capacidade de pensar, abstrair, teorizar e encontrar soluções para tudo.

Segundo Ulhoa⁽²⁵⁾, a vida afetiva do adolescente é muito mais rica e mais dirigida para uma finalidade do que a fase da pré-adolescência. Os dois estados afetivos que mais chamam atenção no adolescente são o estado melancólico e o estado amoroso.

De acordo com Gauderer⁽¹²⁾, desde a vida intra-uterina até a adolescência é que se forma a estrutura e a auto-imagem de uma pessoa; o contato com o mundo que a cerca, o relacionamento com as diferentes pessoas do seu dia-a-dia, as emoções vividas, as informações recebidas pelos diversos sentidos — a maioria das quais subliminares — contribuem para firmar os alicerces da estrutura da personalidade. Entre outros fatores, o amor no relacionamento pais/filhos e a integridade da família favorecem a estratificação de uma auto-imagem positiva e conseqüente sensação de auto-estima. Esta é imprescindível no relacionamento interpessoal gratificante.

As necessidades de auto-imagem e auto-estima são valorizadas pelo adolescente e nem sempre compreendidas pelos adultos. Cita como exemplo o atraso da escolaridade, uma das características de baixo ní-

¹ Mestre em Enfermagem de Saúde da Comunidade — UERJ; Livre-Docente em Enfermagem de Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem — UERJ; Professor Adjunto de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem — UERJ — Subchefe do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública

vel sócio-econômico que atinge a sua auto-imagem e a sua auto-estima.

O mesmo autor assegura que a meta principal de todo homem é o equilíbrio da vida: é viver com saúde, com satisfação, liberdade, criatividade e fraternidade. Talvez o adolescente seja quem mais procure esse ideal.

Mahler⁽¹⁸⁾, em sua mensagem sobre o Ano Internacional da Juventude — 1985, considera que o jovem com suas características, como por exemplo, a impaciência, a curiosidade, a independência e o gosto pela aventura, carece de compreensão e apoio dos adultos para ser estimulado a desenvolver todo o seu potencial. Relata que mais de 75% dos jovens entre 15 e os 24 anos distribuem-se pelos países em desenvolvimento e prevê para o ano 2000 o aumento desta proporção para 84%, realçando que justamente nessas áreas os problemas sociais e de saúde são mais complexos; refere-se à tendência de migração dos jovens do campo para a cidade como um dos fatores desencadeantes da tensão social, pois, na busca de melhores condições de vida, abandonam a estrutura tradicional da família rural e passam frequentemente a viver na miséria e marginalidade, opções invariáveis dos grandes centros metropolitanos.

Para Mahler⁽¹⁸⁾, os impulsos dos jovens pela aventura ou gosto do risco devem ser orientados para formas positivas de esporte, lazer, estudos e convivência social em substituição à vida marginal. Atribui aos adultos a importante tarefa de melhor compreender os jovens, principalmente no que os jovens, cômicos de seus problemas de saúde, são abertos às mudanças e são os mais aptos a apreciarem os princípios elementares dos cuidados primários de saúde, iniciando pela responsabilidade da proteção de sua própria vida.

Aspectos epidemiológicos

O aumento das DST, com maior incidência da gonorréia e da sífilis, em adolescentes de ambos os sexos, na maioria dos países da América Latina, vem alertando as autoridades sanitárias quanto à necessidade de investigar esse problema em busca de uma abordagem mais simplificada de controle.

Lopez⁽¹⁷⁾ considera os adolescentes grupo de risco na prevenção das DST, ressaltando a maior incidência

da gonorréia e da sífilis. Pondera que o incremento dessas doenças colide com o avanço e a melhoria dos serviços de saúde, agravando-se a situação por envolver jovens, fração relevante da pirâmide populacional.

Para Guthe⁽¹⁴⁾, Hung⁽¹⁵⁾ e Lopez⁽¹⁷⁾, se o controle das DST em adultos tem sido um trabalho ingente, desafio maior é a sua prevenção na adolescência.

Festa Neto & Cucé⁽¹⁰⁾ relatam que a faixa etária de 15 a 30 anos é a mais atingida pela gonorréia e pela sífilis e que este grupo merece muita atenção da Saúde Pública privilegiando os mais jovens.

Segundo Lopez⁽¹⁷⁾, a idade de preferência da gonorréia é de 15 a 24 anos. Por isso deve dar-se grande importância à prevenção, ao descobrimento oportuno de casos e ao tratamento de grupos de adolescentes e adultos jovens sem esquecer o resto da população. Afirma que a cada minuto um adolescente adquire gonorréia.

Guthe⁽¹⁴⁾, confirmando Hung⁽¹⁵⁾ e Lopez⁽¹⁷⁾, ressalta em sua pesquisa que os grupos jovens sexualmente ativos representam, atualmente, uma parcela muito maior da população. O período da vida sexual é mais prolongado devido à maturidade precoce; a idade da menarca vem sendo antecipada nos países desenvolvidos, a menopausa vem sendo retardada por estrogênios e há maior longevidade em ambos os sexos. Constatou que as DST acometem com predominância os adolescentes.

Carvalho e Carvalho⁽⁸⁾ referem-se à incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) anorretais, com prevalência da gonorréia e da sífilis, em pacientes jovens (femininos) na faixa etária de 18 a 28 anos, dando como responsável o mito da virgindade e a impressão errônea de que a possibilidade de infecção venérea seja menor pelo coito anal do que pelo vaginal.

Carballo⁽⁷⁾ informa que, na Europa e nos Estados Unidos, devido à natureza do relacionamento que mantém com os pais, muitos adolescentes não podem discutir importantes questões referentes à reprodução, razão pela qual se envolvem em relações sexuais com relativo desconhecimento do seu potencial de consequências; os pais deixam a responsabilidade cada vez maior na prepara-

ção do jovem para instituições educacionais e estas não têm podido acompanhar as modificações que ocorrem; ex.: o casamento, a reprodução e a criação de filhos é deixado à escola ou a outros grupos organizados, quando a família podia resolver. A participação feminina na força de trabalho tem aumentado acentuadamente. Psicólogos têm assinalado que os filhos constituem uma força estabilizadora no âmbito do lar. Não só simbolizam as aspirações e expectativas dos pais mas agem como fatores de coesão.

Adami⁽¹⁾, Gould⁽¹³⁾, Guthe⁽¹⁴⁾, Llopis⁽¹⁶⁾ e Passos⁽²¹⁾ lembram as implicações sociais que as DST acarretam em sua abrangência cultural. Indicam a década de 70 como a época inicial de mudança nas perspectivas demográficas, econômicas e de comportamento da sociedade.

Guthe⁽¹⁴⁾ alerta para o clima da opinião pública a favor da liberação sexual que está facilitando a transmissão das infecções adquiridas sexualmente. Este fato favorece a alteração da ecologia dessas doenças. As mudanças ambientais produzidas têm originado também mudanças sociais colaterais, como por exemplo o aumento da incidência de dependentes de drogas.

Reforça este autor que a intensidade dos processos epidemiológicos nas infecções adquiridas, mediante atividade sexual, depende em grau maior que qualquer outro grupo de enfermidade, do equilíbrio das complexas forças humanas e ambientais que facilitam ou reprimem a propagação da enfermidade.

Adami⁽¹⁾ refere-se a uma situação de crise no sistema de serviços de saúde do País, a partir de 1970, que é configurada por aspectos marcantes, tais como:

- baixa cobertura populacional;
- sofisticação tecnológica, superespecialização e alto custo dos serviços;

- concentração de recursos e predomínio das ações curativas, nos serviços de níveis secundário e terciário de atendimento;

- articulação tênue e informal entre os serviços existentes em diferentes níveis assistenciais;

- insatisfação tanto no receptor como do agente de saúde;

Ressalta a autora que algumas destas forças relacionam-se com os

fatores demográficos, mudanças sócio-econômicas, de conduta e aspecto médico e de Saúde Pública. Acrescenta ainda os fatores demográficos, cuja relação de causa e efeito está ligada diretamente ao rápido incremento demográfico.

Considerando o fator econômico, as estimativas atuais indicam que existem muitas pessoas expostas à incapacitação ou à morte prematura por causa da sífilis. É preciso localizá-las e submetê-las a tratamento, do contrário os prejuízos econômicos para o País, em assistência hospitalar e perda de rendas, podem muito bem ascender a bilhões de dólares. Cumpre evitar esta carga. É necessário dedicar recursos à luta contra as doenças venéreas de sorte que, como no passado, as repercussões econômicas para a nação não representem uma perda⁽⁶⁾.

Segundo os especialistas^(1,3,4,13,14,23,24) são diversas as causas que favorecem o aumento das DST em jovens, a saber:

— a maior mobilização de adolescentes da zona rural para a zona urbana por falta de escola intermediária;

— o complexo de machismo próprio desta idade na qual eles tratam de adquirir prestígio entre os companheiros;

— maior difusão do uso de anticoncepcionais que contribuiu para o aumento das relações sexuais com pouca possibilidade de engravidar;

— o aumento da circulação livre de revistas pornográficas e de filmes eróticos;

— a ignorância do grupo jovem a respeito de doenças venéreas;

— mudança de critérios morais assim como de conduta com respeito à autoridade paterna de uma forma mais liberal.

Prosseguem os autores citando os fatores específicos que favorecem a propagação da gonorréia:

a) o maior número de susceptíveis é de gonorréia, já que a mesma não confere imunidade e é doença aguda;

b) a incubação a curto prazo da gonorréia com multiplicação das fontes de infecção;

c) predomínio nas prostitutas;

d) resistência do gonococo à penicilina;

e) a escassez de laboratórios, impedindo a investigação do gonococo

em todas as mulheres assintomáticas, o que dificulta a descoberta do foco;

f) automedicação — não se ajusta à realidade já que o mecanismo de transmissão das DST e outros fatores favorecem a propagação.

Valle⁽²⁶⁾, numa pesquisa de campo com adolescentes infectados por DST obteve os seguintes resultados:

— a maioria deles era do sexo masculino, pertencente à classe sócio-econômica baixa e recebeu o diagnóstico de gonorréia;

— antes da intervenção da enfermeira a maioria deles revelou hábitos higiênicos aquém do desejável, nenhum deles demonstrou conhecimento correto e completo sobre a prevenção das DST e a maioria dos reinfetados não soube explicar as razões da recaída;

— após a intervenção da enfermeira através de orientações individuais, todos os adolescentes responderam corretamente às questões sobre a prevenção das DST.

Tais resultados valorizaram o "plano de ação" do enfermeiro não só como novo procedimento na abordagem de adolescentes mas também como atividade de vigilância epidemiológica, conforme preconiza Borges⁽⁵⁾.

Segundo a recomendação de Allain-Regnault⁽²⁾, Valle⁽²⁶⁾ aplicou o referido plano como orientação adequada ao universo dos adolescentes, cujo sucesso deveu-se à estratégia utilizada na comunicação verbal, o uso de vocabulário próprio do adolescente favoreceu o relacionamento interpessoal, a conversa informal, trabalhando os problemas emergentes, possibilitou a atmosfera amistosa e a confiança dos jovens no profissional.

De acordo com Miller-Burt⁽¹⁹⁾ a propagação das doenças venéreas é um problema grave de saúde pública, considerando principalmente que há mais de 25 anos a disponibilidade da penicilina vem possibilitando a cura da sífilis e da gonorréia. Afirmo que o esforço conjunto dos profissionais da saúde para superar a negligência e a ignorância nos cuidados de higiene corporal e de prevenção dessas doenças deve ser dirigido predominantemente para os jovens que são mais susceptíveis à promiscuidade e consequentemente às doenças sexualmente transmissíveis; ainda adverte que são milhares os jovens que

desconhecem os perigos dessas infecções e quando infectados são negligentes em relação ao tratamento, propiciando dessa maneira a expansão da cadeia de transmissibilidade.

Considerando a conduta dos adolescentes face ao problema das DST, é preciso reforçar a importância do aspecto ético na conduta profissional.

Referências

1. ADAMI NP — Cuidados primários de saúde no controle das D.S.T. *Rev Esc Enf USP*, 17 (1): 21-6, 1983.
2. ALLAIN-REGNAULT M — Comunicação nos dois sentidos. *A Saúde do Mundo*, (1) 21-2, jan./fev., 1985.
3. ARMSTRONG S — Doenças transmitidas por contato sexual. *A Saúde do Mundo*, 3-5, nov., 1985.
4. BARROS MJ — Aumento da incidência da gonorréia. *At Med*, (ed. Gonorréia) 2-5, abr., 1975.
5. BORGES MV — Atividades de enfermagem na vigilância epidemiológica. *Rev Bras Enf*, 30: 157-76, 1978.
6. CALLIN AE — Las repercusiones económicas de las enfermedades venéreas. *Bol Of sanit Panam*, 70 (1): ene., 95-102, 1971.
7. CARBALLO M — Necesidades de adaptación: adolescência. *A Saúde do Mundo*, 34-7, ago/set., 1975.
8. CARVALHO FS, CARVALHO A — Doenças venéreas anorretais. *JBM*, 22 (4): abr., 1970.
9. EEUU — Comitê sobre adolescência do Grupo para o Adiantamento da Psiquiatria. *Dinâmica da Adolescência*, aspectos biológicos, culturais e psicológicos. (Normal adolescent — its dynamics and impact). Trad. Octavio Mendes Cajado.
10. FESTA NETO C, CUCÉ LC — Sinopse das doenças sexualmente transmissíveis. *Rev Bras CT*, 13 (8): 29-42, ago., 1984.
11. FREUDA A — The psychoanalytical treatment of children. New York, Schohen, 1964.
12. GAUDERER EC — Adolescência, os jovens e nós. *JBM*, 47 (6): 15-38, dez., 1984.
13. GOULD D — Doenças venéreas em busca de uma resposta final. *A Saúde do Mundo*, 28-31, jun., 1974.
14. GUTHET — Tendências epidemiológicas mundiais de la sífilis y blenorragia. *Bol Ofic Sanit Panam*, 70 (1): 6-25 ene., 1971.
15. HUNG M — Sexualité adolescentes: quelques nouveaux chiffres suisses. *Med et Hyg*, 43: 1.193-200, 1985.
16. LLOPIS A — O problema de las enfermedades venéreas en las Américas. *Bol Ofic Sanit Panam*, 70 (1): 26-58, ene., 1971.
17. LOPEZ ET — Las enfermedades venéreas en las adolescentes del estado de Tamaulipas. *Salud Públ de México*, 14 (2): 233-8, mar/abr., 1972.
18. MAHLER H — Revolução moral. *A Saúde do Mundo*, 2-3, ago./set., 1975.
19. MILLER BF, BURT JJ — Salud individual y colectiva; el hombre y la sociedad actual. 3ª ed. México, Interamericana, 400p., 1972.
20. MOSQUERA J, STOBAUS C — Educação para a saúde; desafio para sociedades em mudança. Porto Alegre, Ed. da Universidade, UFRGS, 1983.
21. PASSOS MR et alii — Gonorréia. *Clín. Méd.*, 3 (5): jun., 1985.
22. PIAGET T — The language and thought of the new child. New York, Humanities Press, 1962.
23. SERRUYA J, PEREIRA JÚNIOR AC — Sífilis. *Bol. D.N.D.S.*, 37: (1/4), 1978.
24. SERRUYA J, TROPE JM — Doenças sexualmente transmissíveis. *JBM*, 48 (4): 62-80, abr., 1985.
25. ULHOA MJC — Características do comportamento adolescente brasileiro. Petrópolis, Vozes, 1974, p. 21-4. Trad. e adapt. da Tese de doutorado do Prof. Jean Guillaumin.
26. VALLE MDB — Intervenção do Enfermeiro na Prevenção da Gonorréia e da Sífilis. Orientação individual a adolescentes. Rio de Janeiro, UFRJ, 1986. Tese de Mestrado em Enfermagem. 141 p.

Endereço para correspondência

Maria Dilce Barroso do Valle
Rua Joaquim Palhares, 608, ap. 904
20260 — Rio de Janeiro — RJ