



Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Infectologia e Medicina Tropical

Cremildo João Baptista

Perfis de vulnerabilidades e Prevalência de comportamentos de risco para DST/HIV/AIDS: estudo com adolescentes de Escolas Públicas de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil – 2008/2009

Belo Horizonte - MG

2011

Cremildo João Baptista

Perfis de vulnerabilidades e Prevalência de comportamentos de risco para DST/HIV/AIDS: estudo com adolescentes de Escolas Públicas de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil – 2008/2009

Belo Horizonte

2011

Cremildo João Baptista

Perfis de vulnerabilidades e Prevalência de comportamentos de risco para DST/HIV/AIDS: estudo com adolescentes de Escolas Públicas de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil – 2008/2009

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical.

Orientador:

Prof. Dr. Dirceu Bartolomeu Greco

Co-orientadores:

Prof. Dr. Antonio Prates Caldeira

Prof. Dr. Unai Tupinambás

Belo Horizonte

Faculdade de Medicina da UFMG

2011

B222p Baptista, Cremildo João.
 Perfis de vulnerabilidades e prevalência de comportamentos de risco para DST/HIV/AIDS [manuscrito]: estudo com adolescentes de Escolas Públicas de Montes Claros - Minas Gerais, Brasil. / Cremildo João Baptista. -- Belo Horizonte: 2011.
 128f.: il.
 Orientador: Dirceu Bartolomeu Greco.
 Co-Orientadores: Unai Tupinambás, Antonio Prates Caldeira.
 Área de concentração: Infectologia e Medicina Tropical.
 Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
 1. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. Assunção de Riscos. 3. Vulnerabilidade. 4. Adolescente. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Greco, Dirceu Bartolomeu. II. Tupinambás, Unai. III. Caldeira, Antonio Prates. IV. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. V. Título.

NLM: WC 140



Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde:
Infectologia e Medicina Tropical

Prof. Clélio Campolina Diniz
Reitor

Profa. Rocksane de Carvalho Norton
Vice-Reitora

Prof. Ricardo Santiago Gomez
Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Francisco José Penna
Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Tarcizo Afonso Nunes
Vice-Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha
Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação
Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

Prof. Vandack Alencar Nobre Jr.
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde:
Infectologia e Medicina Tropical

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha
Sub-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde:
Infectologia e Medicina Tropical

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde:
Infectologia e Medicina Tropical

Prof. Vandack Alencar Nobre Jr.
Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha
Prof. Antônio Luiz Pinho Ribeiro
Prof. José Roberto Lambertucci
Prof. Ricardo de Amorim Corrêa
Stella Sala Soares Lima – Representante Discente

*À minha mãe Zaida
Lucas Naeni, hoje
habitante da minha
memória!*

Agradecimentos

Primeiro a Deus, O Criador. Aos meus pais, João Bata, Ana Rafael e Zaida Lucas Naeni *in memoriam*. Vocês sempre estiveram presentes na minha caminhada, apesar da distância e dos anos de separação. A vocês serei para sempre grato e nunca será o suficiente.

Às minhas irmãs Elsa, Landinha, Natércia, Lindinha e Nilza, por serem amigas, principalmente quando os caminhos da vida e a distância nos separaram. Obrigado pela amizade, pelo apoio e companheirismo. Saibam que parte desta minha luta empreendo por vocês, para que um dia algumas de vocês cheguem aonde eu cheguei! A Angela Cristina por ter me suportado e compreendido, em especial em relação ao nosso filho Luca Naeni.

Ao meu orientador Dr. Dirceu Bartolomeu Greco e aos co-orientadores, os doutores Unaí Tupinambás e Antonio Prates Caldeira, pela maneira sábia como tornaram academicamente aceitável este trabalho. Aos Professores doutores Manuel Otávio da Costa Rocha e Vandack Alencar Nobre Jr.

Àqueles que me apoiaram e aos que de mim duvidaram! A todos os jovens e amigos da minha Rua, do meu Bairro e da minha cidade, Maxixe - Inhambane. A todas as amigas e todos os amigos brasileiros, em especial a Jairo e Zena, que durante quase uma década foram para mim uma nova família ao me aceitarem como irmão/filho e forasteiro amigo!

Aos Professores doutores Antônio Gonçalves Maciel e Antonio Prates Caldeira por tudo que me proporcionaram. Pela ajuda, pelos incentivos e por terem sido para mim modelos de inspiração na busca pelo conhecimento.

Ao Pe Jacinto Maranedza, tio e sobretudo amigo, por ter me compreendido e apoiado. Aos padres Ézio Lorenzo Bono e Franco Mazzoleni por todo o apoio. A toda a Congregação Sagrada Família de Bérgamo, comunidades de Maxixe e de Montes Claros. E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a minha progressão, serei sempre muito grato!

*Viva como se fosses morrer
amanhã. Aprenda como se
fosses viver para sempre.*

Mahatma Gandhi

RESUMO

INTRODUÇÃO: meninos e meninas têm iniciado sua vida sexual cada vez mais cedo e em contextos diferenciados. As práticas sexuais dos jovens têm sido descritas como dinâmicas e em constantes transformações, o que pode impactar na sua vida sexual e reprodutiva. **OBJETIVOS:** 1) avaliar os conhecimentos sobre modos de prevenção e de transmissão de DST/HIV; 2) determinar a prevalência de comportamentos de risco e 3) traçar os perfis de vulnerabilidades juvenis a esses agravos. **MÉTODOS:** trata-se de um estudo transversal com uma amostra aleatória definida em duas etapas. A amostra final foi composta por 775 adolescentes de onze escolas públicas de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Os sujeitos responderam a um questionário auto-aplicável com perguntas no modelo Comportamentos Atitudes e Práticas (CAP). Os dados foram coletados entre 2008 e 2009 e analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS. Seguiu-se uma abordagem bivariada com uso dos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher quando indicado. **RESULTADOS:** Constatou-se predominância de adolescentes do sexo feminino (73,2%), com idades até os 17 anos (89,1%). A maioria estava matriculada no ensino fundamental (73,1%), residiam com ambos os pais (51,7%) e praticavam a religião católica (55,8%). A experiência sexual foi relatada por 34,8% da amostra, sendo 57,2% meninos e 26,6% meninas ($p < 0,001$). A idade média da coitarca foi 14,2 (DP:1,9), sendo 13,5 para os meninos e 14,7 para as meninas ($p < 0,001$). Entre as meninas, 42,1% tiveram a primeira relação sexual antes dos 14 anos de idade e entre os meninos o percentual foi 69,7% ($p = 0,001$). A prevalência de uso de camisinha na primeira relação sexual foi 66,1% para eles e 67,7% para elas ($p = 0,684$). Na última relação sexual foi 71,8% vs 45,4% ($p < 0,001$) e o uso consistente também teve prevalência maior entre os meninos, 60,6% vs 41,4% ($p = 0,007$). Os motivos mais citados pelas meninas para não usar camisinha foram “não gosto” e “confio no(a) parceiro(a)” (35,1%). Os meninos citaram “outros” e “não gosto” em 45,0% e 39,0% das vezes, respectivamente. Quanto aos conhecimentos sobre DST/HIV/AIDS, 74,6% dos adolescentes superaram o escore médio de acertos. Foram constatadas algumas percepções não adequadas sobre o uso de camisinha. **CONCLUSÃO:** os resultados mostram diferenças substanciais entre meninos e meninas no que diz respeito ao comportamento sexual, com destaque para a maior vulnerabilidade das meninas. Ainda existem lacunas importantes relacionadas a conhecimentos básicos sobre DST/AIDS e preconceitos sobre a doença.

Palavras-chave: Adolescente; Assunção de riscos; Vulnerabilidade; Doenças Sexualmente Transmissíveis.

ABSTRACT

BACKGROUND: boys and girls are starting their sexual activity at an earlier age, and sexual practices among young people have been described as dynamic and in constant changes, with significant impact on their sexual and reproductive lives. **OBJECTIVES:** 1) to assess knowledge about modes of transmission and prevention of STD/HIV/AIDS; 2) to determine the prevalence of risk behavior factors and 3) to outline the profiles of adolescents' vulnerabilities. **METHODS:** this is a cross-sectional study with a random sample defined in two times. The final sample included 775 adolescents from eleven public schools in Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. The adolescents answered a self-administered questionnaire related to Behavior, Attitude and Practice model. Data was collected between 2008 and 2009 and analyzed into a database SPSS package. **RESULTS:** there was a predominance of females (73.2%), aged up to 17 years (89.1%). Most were enrolled in primary education (73.1%); were living with both parents (51.7%) and practice the catholic religion (55.8%). Sexual experience was reported by 34.8%, that 57.2% was boys and 26.6% was girls ($p < 0.001$). The average age of first sexual intercourse was 14.2 (SD: 1.9); 13.5 for boys and 14.7 for girls ($p < 0.001$). Among girls, 42.1% had their first sexual intercourse before 14 years of age and among boys the proportion was 69.7% ($p = 0.001$). The prevalence of condom use in the first intercourse was 66.1% and 67.7% for boys and girls, respectively ($p = 0.684$). In the last intercourse was 71.8% vs 45.4% ($p < 0.001$) and regular use also was higher among boys, 60.6% vs 41.4% ($p = 0.007$). The reasons most often cited by girls for not using condoms were "dislike" and "trust in partner" (35.1%). The boys mentioned "other" and "dislike" in 45.0% and 39.0% times, respectively. As to knowledge about STD/HIV/AIDS, 74.6% of adolescents exceeded the average score of correct answers. **CONCLUSION:** the results shows substantial differences between boys and girls with regard to sexual behavior and girls were found more vulnerable to injure in sexual and reproductive health than boys. Thus, gender differences should be always taken into consideration when formulating strategies to promote sexual and reproductive health.

Key-words: Adolescence; Risk assumption; Vulnerability; Sexually Transmitted Diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO

Quadro 1	Blocos de perguntas segundo agrupamento por semelhança de conteúdo.....	49
-----------------	--	-----------

FIGURAS

Figura 1	Histogramas da idade e da idade da primeira relação sexual, mostrando a média e o desvio padrão (DP).....	50
Figura 2	Perfis de vulnerabilidade dos adolescentes com experiência sexual segundo o padrão de uso de camisinha e o nível de conhecimentos.....	103

TABELAS

Tabela 1	Estatísticas descritivas da idade e da idade da primeira relação sexual dos adolescentes da amostra.....	51
Tabela 2	Escore de acerto sobre modos de transmissão/prevenção da infecção pelo HIV segundo o gênero, Montes Claros, 2008.....	101
Tabela 3	Escore de acerto sobre modos de transmissão/prevenção da infecção pelo HIV segundo a escolaridade, Montes Claros, 2008.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
e cols.	e colaboradores
<i>et al.</i>	<i>et allia</i> (e outros)
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FSH	Hormônio Folículo-estimulante
GH	Hormônio do crescimento humano
GnRH	Hormônio de liberação de Gonadotrofinas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LH	Hormônio Luteinizante
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONUSIDA	Organização das Nações Unidas para o Combate à SIDA
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SUS	Sistema Único de Saúde
T ₄	Tetraiodotiroxina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

RESUMO.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	X
Quadros.....	X
Figuras.....	X
Tabelas.....	XI
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XII
SUMÁRIO.....	XIII
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 A ADOLESCÊNCIA.....	18
2.1.1 Concepções e características.....	18
2.2 As adolescências como construtos sociais.....	22
2.3 Adolescências e sexualidade.....	29
2.4 Adolescências e vulnerabilidades.....	35
2.4.1 A noção e as dimensões das vulnerabilidades.....	38
3 MÉTODOS.....	43
3.1 Cenário do estudo: <i>alguns aspectos importantes</i>	43
3.1.1 Saúde.....	43
3.1.2 Educação.....	45
3.2 Tipo de estudo.....	46
3.3 Universo, População e Amostra do estudo.....	47
3.4 Pontos de corte etária.....	48
3.5 Pré-teste, Seleção e capacitação de pesquisadores de campo.....	48
3.6 Coleta e lançamento dos dados no pacote estatístico.....	49
3.7 Controle de qualidade.....	51
3.8 Perdas e vieses na Amostra.....	51
3.9 Aspectos éticos.....	53

4	RESULTADOS.....	54
4.1	ARTIGO I (Anexo I)	
	Prevalência de fatores de vulnerabilidade juvenil às DST/HIV/AIDS: estudo com enfoque de gênero no Norte de Minas Gerais, Brasil, 2008/2009.....	55
4.2	ARTIGO II (Anexo II)	
	Conhecimentos e percepções de escolares sobre DST/AIDS, Minas Gerais, Brasil, 2008.....	56
4.3	Os Perfis de vulnerabilidade.....	57
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
	REFERÊNCIAS.....	66
	APÊNDICES.....	76
	Apêndice i - Relação das Escolas participantes.....	77
	Apêndice ii - TCLE.....	78
	ANEXOS.....	81
	Anexo I: ARTIGO I.....	82
	Anexo II: ARTIGO II.....	83
	Anexo III: Ata de defesa.....	84
	Anexo IV: Declaração de aprovação.....	85
	Anexo V: Parecer Consubstanciado do CEPE – UNIMONTES.....	86
	Anexo VI: Parecer Consubstanciado do COEP – UFMG.....	87
	Anexo VII: Questionário de pesquisa.....	88

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, apesar de apresentar uma tendência de envelhecimento da população, continua sendo uma nação de jovens e com todos os problemas inerentes a esse segmento da população. O censo de 2000 mostrou que um quarto da população brasileira é constituído por adolescentes e jovens, isto é, por uma população entre 10 e 20 anos de idade (IBGE, 2001). A adolescência é uma etapa do ciclo vital marcada por importantes mudanças físicas, biológicas e comportamentais e que, segundo Sprinthall e Collins (2003), era ignorada tanto pela Psicologia quanto pela sociedade. Essas mudanças são determinantes para a etapa seguinte do ponto de vista da preparação para a vida adulta em todas as suas dimensões: vida sexual, reprodutiva, econômica e social.

No que diz respeito, em particular, à vida sexual dos adolescentes, as suas vulnerabilidades aos problemas contemporâneos têm constituído uma noção multidimensional. Isso porque afetam os adolescentes e jovens em distintos planos, diferentes formas e intensidades, de acordo com as debilidades internas de cada pessoa, grupo ou localidade. Dessa forma, deve-se recorrer a uma noção de vulnerabilidades de pessoas, famílias ou coletividades, entendida como uma combinação de fatores que podem contribuir, em particular, para os agravos à saúde na forma de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Vários fatores têm sido implicados como estando associados à etiologia da gravidez precoce e indesejada bem como da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Pesquisas de cunho comportamental e epidemiológico sugerem que aspectos culturais, sócio-demográficos, como grau de escolarização, especialmente o das mulheres, desigualdades sócio-econômicas e o acesso à informação e à proteção estão freqüente e fortemente associados ao maior ou menor risco para a ocorrência desses agravos na população jovem (MIOTO, 2005; ALMEIDA, AQUINO e BARROS, 2006; SALDANHA et al, 2008; ALVES & BRANDÃO, 2009).

Desse modo, devido à complexidade que envolve essa etapa de transição, como a descrevem vários autores (MAAKAROUN e cols., 1991; SILVA & LEAL, 2008; SPRINTHALL & COLLINS, 2003), a natureza da adolescência e suas peculiaridades, seja como uma transição da segunda infância para a vida adulta, seja como um estágio em si do desenvolvimento humano (COLE & COLE, 2004; ALMEIDA, 2003), tem merecido especial interesse científico e preocupação social por parte dos estudiosos do processo de desenvolvimento e por parte de pesquisadores e formuladores de políticas em saúde pública.

Após o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), em especial pelo fato de sua transmissão ocorrer por via sexual (um importante *tabu* ocidental), a adolescência, sendo uma fase já marcada por vulnerabilidades e conflitos das mais diversas dimensões: social, psicológica, física e emocional (BESSERA e cols., 2008), vem ganhando importância em diferentes estudos acadêmicos em virtude da crescente juvenilização da epidemia (SALDANHA et al, 2008; BRASIL, 2009);.

Não obstante as mudanças sócio-culturais que têm se operado nos últimos tempos no ciclo da adolescência e a despeito do aumento no acesso à contracepção e à informação para a prevenção, a gravidez indesejada e a infecção pelo HIV são eventos recorrentes e preocupantes do ponto de vista da saúde pública (MAUCH e cols., 2005; BRANDÃO & HEILBORN, 2006; GONÇALVES & KNAUTH, 2006). Esses agravos, geralmente, implicam em alta morbidade e mortalidade juvenil, abortamento, evasão escolar e marginalização.

A experiência no campo de pesquisa e extensão com escolares permitiu constatar que a escola é um espaço peculiar e importante de vivências para os adolescentes, configurando-se no local onde ensaiam o relacionamento com o sexo oposto (beijam, paqueram, namoram), experimentam o prazer e trocam sensações (BAPTISTA e cols., 2009b). Isso, em alguns casos, sem informação suficiente sobre os potenciais riscos e os cuidados necessários, o que contribui para o aumento da suscetibilidade às doenças de transmissão sexual e à gravidez não planejada e indesejada (BESERRA, ARAÚJO, BARROSO, 2006).

Estudos sobre as interfaces das possíveis e potenciais relações entre adolescência e sexualidade, ou o inverso, têm enfatizado aspectos demográficos, socioeconômicos e educacionais nessas relações. Daí que, este trabalho teve como objetivo investigar e descrever a prevalência de alguns dos diversos aspectos determinantes das vulnerabilidades juvenis às DST e à gravidez precoce e indesejada, com ênfase nos elementos comportamentais (*individuais*), tomando como sujeitos de estudo adolescentes e jovens de escolas públicas da cidade de Montes Claros - Minas Gerais, Brasil. As hipóteses do estudo foram: 1) há, entre essa população, baixa prevalência de comportamentos de auto-proteção, como por exemplo, a prática de sexo seguro entre adolescentes; 2) há baixos níveis de conhecimentos sobre os modos de prevenção e de transmissão das DST/HIV entre os escolares; 3) os adolescentes possuem alta vulnerabilidade à infecção pelo HIV e à gravidez não-planejada por causa de baixos níveis de conhecimentos e pela baixa prevalência de práticas de auto-cuidado.

Assim, esta pesquisa é fruto de informações de meninos e meninas sobre suas relações afetivas, sua vida sexual, suas relações consigo mesmos e com o outro, com suas famílias e com a escola. Adolescentes esses que se encontram inseridos em um contexto social marcado por trajetórias de vida das mais diversas e por riscos e vulnerabilidades (LOSACCO, 2005).

Ademais, o presente trabalho insere-se no Projeto de extensão em interface com a pesquisa intitulado *Educação Preventiva Continuada Contra DST/Aids e Gravidez em Adolescentes e Jovens de Escolas Públicas de Montes Claros – MG*, batizado de *Projeto Saúde-Escola - Sexo sem Grito* pelos adolescentes e jovens das escolas beneficiadas. O Projeto foi desenvolvido durante 24 meses (2008 e 2009) em doze escolas públicas pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), contando com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) através do Edital nº. 016/2007, processo nº. CDS APQ-7367-5.01/07 e em parceria com a Superintendência Regional de Ensino, com a Prefeitura Municipal de Montes

Claros através das Secretarias de Educação e de Saúde e com o Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTA) de Montes Claros.

Esse projeto foi justificado pelo fato de se constatar que a simples informação ou o mero conhecimento não são suficientes para oferecer liberdade de decisão e nem orientar as escolhas racionais. Nisso, há uma necessidade de se oferecer aos adolescentes e jovens elementos que possam fazer sentido no seu universo cultural e nos seus projetos de vida real, como indivíduos e como coletividades. Assim, torna-se importante o estabelecimento de um diálogo com o saber prático das pessoas e grupos. Como a principal finalidade é traçar o perfil de vulnerabilidades juvenis aos agravos à saúde e definir os reais contextos e situações de risco/susceptibilidade, espera-se, por conseguinte que os resultados do presente trabalho possam trazer novas dimensões às estratégias de prevenção já desencadeadas e assim contribuir para a organicidade de futuras ações de prevenção, em especial no espaço escolar. Nesse contexto, o objetivo do recorte desta pesquisa foi realizar um diagnóstico situacional das vulnerabilidades juvenis às DST/Aids e Gravidez, na esfera individual das vulnerabilidades para oferecer subsídios aos processos de definição de prioridades e de elaboração de estratégias intervencionistas.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 A ADOLESCÊNCIA

2.1.1 Concepções e características

Aos olhos daqueles que observam o crescimento e o desenvolvimento humano, tanto nos seus aspectos físico-biológicos quanto psicossociais, não passa despercebida a existência de uma etapa desse processo maturacionista que ocorre entre a segunda infância e a idade adulta, na qual se verificam características típicas que distinguem o fenômeno conhecido como *adolescência*. Encontrar uma definição que seja universal e abrangente, nos aspectos histórico-culturais, físicos e biopsicossociais para essa fase de transição para a vida adulta é um caminho complexo e detalhista.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1975 apud REIS, 1993) define como sendo adolescência a fase do desenvolvimento entre 10 e 19 anos de idade. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que adota um ponto de vista jurídico, são considerados adolescentes aqueles situados entre os 13 e os 19 anos e, excepcionalmente, até os 21 anos de idade (BRASIL, 1990). O Ministério da Saúde também adota uma classificação etária na concepção de adolescência. Entretanto, a adolescência pode ser definida a partir de diferentes parâmetros, como por exemplo, biológicos, sociológicos, psicológicos ou antropológicos que revelem características desse único estágio do desenvolvimento humano.

Contudo, ao falarmos de adolescência não implica, de certo modo, uma referência ao biológico ou simplesmente ao comportamental; na experiência atual, referimo-nos sobretudo ao campo dos sentidos, das relações e das concepções dessa experiência subjetiva e singular.

Netto (1976) observa que a adolescência pode ser definida a partir de diferentes critérios. Para esse fim, podem ser adotados critérios *cronológicos* que variam entre os autores e entre as nações, critérios de *desenvolvimento*

físico, de acordo com os quais, *grosso modo*, a adolescência corresponde ao período que vai do início da puberdade à idade viril (ENGLISH & ENGLISH, 1958 *apud* NETTO, 1976). Do ponto de vista *sociológico*, a adolescência é o período em que a pessoa deixa de ser considerada criança, mas também não se lhe atribui o *status* de adulto (HOLLINGSHEAD, 1963 *apud* NETTO, 1976), vagando socialmente por uma indefinição, por isso a consideração dessa etapa como sendo uma fase de transição.

Os critérios *psicológicos* enxergam a adolescência como sendo um período marcado por processos de reorganização da personalidade na passagem da infância à idade adulta (AUSUBEL, 1954; PSATHAS, 1963 *apud* NETTO, 1976). Porém, uma consideração importante sugere que a adolescência possa também ser definida pela *combinação de critérios*. Essa combinação de critérios admite que a adolescência surja no início da puberdade e encontre seu final quando o indivíduo já adquiriu as capacidades de reprodução de sua espécie e maturidade nos diversos aspectos, entre eles cognitivos, psicossociais e físicos (NETTO, 1976; SPRINTHALL, COLLINS, 2003).

Para Losacco (2005), ainda que a adolescência seja uma noção concebida numa base social, não pode ser delimitada utilizando-se apenas e exclusivamente critérios da biologia, da psicologia ou da sociologia. Contudo, é fundamental que cada uma dessas ciências dê uma contribuição, embora fragmentária, que constitua parte de uma visão geral que nos permita enxergar na adolescência “a síntese das conquistas e vicissitudes da infância e a reformulação de caráter social e sexual, ideológico e vocacional, impostas por uma completa e radical transformação corporal, que impõe ao indivíduo um *status* de adulto” (MAAKAROUN e cols., 1991:3).

Ressalte-se que, do ponto de vista psicossocial, a adolescência é uma fase do processo evolutivo em que se chega à vida adulta de forma gradual, seguindo-se eventos e etapas próprias de cada cultura, de cada sociedade e de cada período histórico em que se encontra o indivíduo. Barcker e Castro (2002) a entende como sendo algo de caráter psicossocial, sem, no entanto, deixar de vinculá-la à puberdade e ao desenvolvimento físico-biológico. Nessa etapa, o

adolescente tende a buscar autonomia, liberdade, prazer e *status* (ABERASTURY & KNOBEL, 1992; CAMPOS, 1987). A busca por uma identidade¹ é outra característica muito presente na adolescência. Campos (1987) assinala que a adolescência é, inquestionavelmente, uma fase de definição da identidade individual (*self identity*) e social (*group identity*). Nela observam-se transformações corporais e a aquisição de maturidade e de responsabilidades sociais.

A adolescência é concebida também como sendo a fase de amadurecimento (maturacionismo) que inclui a puberdade, esta caracterizada pelo aparecimento do broto mamário, aumento dos testículos e ou aparecimento de pêlos pubianos até o completo desenvolvimento físico que culmina com a capacidade reprodutiva, freqüentemente denunciada pela menarca nas meninas, muitas vezes anovulatória, e pela semenarca nos meninos. Paralelamente ocorre o aumento das gonadotrofinas, dos esteróides sexuais e do hormônio do crescimento (COUTINHO & BESERRA, 2001).

Do ponto de vista psicológico, o desenvolvimento adolescente é marcado por perdas significativas que Aberastury (1990) as chama de 'lutos'. Ao comparar essas perdas ao processo de luto, real ou simbólico, a autora valoriza, na evolução psicológica do adolescente, a perda do corpo infantil, da identidade infantil, da ambigüidade sexual ou da bissexualidade da criança bem como a perda dos pais da infância.

É ainda durante a adolescência, segundo a autora, que surgem os mecanismos de compensação dessas perdas, manifestados por meio de ambivalência entre o desejo de permanecer no estágio infantil (regressão) e a necessidade de continuar o processo normal de desenvolvimento humano (progressão). Somam-se a isso a agressividade, a negação/revolta, a interiorização e a aceitação como defesas necessárias. Essas manifestações seguem uma

¹ A identidade é a consciência de si mesmo como um "ser no mundo", consciência de si como uma unidade pessoal distinta dos outros, resultante das noções de vínculos de integração espacial, temporal e social que, de acordo com a psicologia, giram sempre em torno de três questões: *O que eu penso que sou? O que os outros pensam que sou? e O que eu penso que os outros pensam que sou?* (GRINBERG, 1971 *apud* OSÓRIO, 1992).

sucessão que atinge um patamar crítico que caracteriza a chamada crise da adolescência ou Síndrome da Adolescência Normal (ABERASTURY, 1990; ABERASTURY & KNOBEL, 1992).

O período de crise é caracterizado pela digressão, que consiste no questionamento da família e do mundo com rompimento de vínculos, chegando mesmo o adolescente a se isolar para a busca de si mesmo (*isolamento*) e de outros que vivenciam o mesmo estágio (*busca de identidade de grupo*). Contudo, no final da adolescência, ocorre o inevitável, a aceitação de si e de suas características, abraçando o destino inexorável em busca de sua identidade e maturidade. Há uma reformulação dos aspectos da infância a partir de novas modalidades corporais, psicológicas e biológicas para um novo relacionamento consigo mesmo e com o mundo em sua volta (SPRINTHALL, COLLINS, 2003; OSÓRIO, 1992; PAIS, 1990).

Entretanto, de um modo geral, Leal e Saito (2008) salientam que nesse período de existência, diferentemente das transformações físicas, as modificações psicossociais que ocorrem não são universais, pois são “vivas de maneira diferente em cada família ou sociedade, sendo singulares a cada indivíduo” (p. 81). Nessa ótica, apesar da sua complexidade, a adolescência é também descrita por Zagury (1996) como tendo mudanças corporais consensualmente universais, enquanto que as de ordem psicológica e social variam de uma cultura a outra, de um grupo social a outro e até mesmo de um indivíduo a outro no mesmo grupo. De acordo com ela, o acentuado desenvolvimento físico é a característica mais visível durante a transição para a vida adulta, sem que, por isso, as transformações nos campos intelectual e afetivo tenham menor importância. Não há, porém, uma definição universalmente aceita e que ao mesmo tempo seja abrangente no que diz respeito às dimensões que se acredita caibam na concepção de adolescência (COLE & COLE, 2004; SPRINTHALL, COLLINS, 2003; BEE, 2003). Por isso mesmo, no lugar de se falar de adolescência, no singular, deveria se falar de adolescências, no plural. E, enfim, a adolescência não é um prelúdio desprezível entre a infância e a idade adulta e sequer consiste num mero período preparatório para a vida adulta.

Assim, como essas transformações não obedecem a um padrão em todas as sociedades e épocas, para a sua melhor compreensão, os estudos tendem a abordar as adolescências vinculando-as a um processo verdadeiramente do desenvolvimento humano e/ou a fenômenos sociais de construção e elaboração de identidades, ditadas pelos adultos.

2.2 As adolescências como construtos sociais

É curioso observar que os conteúdos e os significados sociais atribuídos às diferentes fases do ciclo vital não são construções meramente naturais, são reminiscências permeadas de aspectos históricos e sócio-culturais (DEBERT, 1998 *apud* ALMEIDA, 2003) tanto que a divisão do ciclo de vida do modo como a conhecemos hoje não foi sempre a mesma em qualquer época e lugar. As marcas sócio-culturais são tão presentes e dominantes sobre os caracteres biológicos e psicológicos da adolescência que nas sociedades mais primitivas ela poderia ser muito breve, contrariamente ao que acontece nas sociedades modernas, industrializadas e tecnologicamente mais avançadas, nas quais ela tende a se prolongar por vários anos (TRAVERSO-YEPEZ & PINHEIRO, 2002).

Diversos estudos têm discutido o fenômeno e os problemas da adolescência na atualidade; contudo, essas abordagens são bastante antigas. Por exemplo, Vitalle e cols. (2008) citam frases atribuídas a Sócrates (469-399 a.C) que dizia que os adolescentes “parecem amar o luxo. Têm maus modos e desdenham a autoridade, desrespeitam os adultos e gastam seu tempo vadiando”. Algum tempo depois, Aristóteles (384-322 a.C) sentenciou que “Os jovens são apaixonados e tendem a se deixar levar por impulsos, particularmente os sexuais”. Shakespeare (1554-1616 d.C) rogou que não existisse a idade entre os 10 e os 23 anos ou que ao menos as pessoas ou os adolescentes “dormissem durante a juventude”. Mais recentemente, Sigmund Freud fez observações sobre a adolescência que influenciam, até hoje, as concepções sobre essa singular etapa da vida (LAPLANCHE, 1997).

Foi, certamente, a partir disso que Sprinthall e Collins (2003:9), sentenciaram que “muito do que hoje se conhece como específico das experiências dos adolescentes não constitui uma inovação deste século”. Portanto, as relações primárias que definem a “nova juventude” são estabelecidas entre diferentes instituições sociais e entre diversos processos familiares, comportamentais, normativos e classificatórios (FOUCAULT, 2006) tecidos durante longos períodos de tempo.

Embora se considere que essas relações primárias estejam em transformação social o tempo todo, tais relações não estão presentes de modo expressivo enquanto não se configurarem reais contextos histórico e cultural que permitam sua manifestação. Todavia, observe-se também que elas apenas definem o que se permite exteriorizar, justapor a outras relações anteriormente estabelecidas. Por isso, essas relações caracterizam não somente o contexto histórico-cultural em que se manifestam, mas também o período anterior ou a série histórico-temporal em que silenciosamente se desenvolveram.

Entende-se, a partir disso, que a construção de uma “juventude” é um processo dinâmico marcado por inovações, descobertas, críticas, incorporações e desincorporações que definem não a existência silenciosa de uma realidade, não o uso canônico de princípios, mas um regime de relações que a modifica e forma, ao contrário das impressões de que a adolescência constitui um período claramente demarcado do ciclo vital. Nisso, embora as discussões sobre a adolescência sejam antigas, acredita-se que os estudos científicos sobre a adolescência pertençam a um período depois do século dezanove, “praticamente ao século vinte” (NETTO, 1976:12).

Cole e Cole (2004), ao refletirem sobre a “natureza da adolescência”, citam Jean-Jacques Rousseau como sendo o primeiro grande teórico da adolescência e que sentenciou que “nascemos, por assim dizer, duas vezes; nascemos para a existência e nascemos para a vida; nascemos um ser humano e nascemos um homem”. Já Sprinthall e Collins (2003) colocam G. Stanley Hall (1844-1924) como sendo o pioneiro mais importante no campo de estudos sobre a adolescência.

Assim, a adolescência como uma construção social não é vista meramente como uma fase natural do desenvolvimento, situada entre a infância e a idade adulta. Ela é expressa a partir de suas repercussões na subjetividade e no desenvolvimento do homem moderno. Para Bock (2007) trata-se de “um momento significado, interpretado e construído pelos homens” (BOCK, 2007:68). Isso significa que a adolescência emerge “como resultante da interação constante entre os processos do desenvolvimento biológico e psicoemocional, intimamente relacionados às tendências socioeconômicas e subordinados à evolução de normas e valores, dentro de culturas específicas” (SAITO, 2008:33).

Corroborando com Bock (2007), Salles (2005) também entende que a adolescência e a juventude somente podem ser compreendidas no contexto social em que se encontram inseridas. Assim, a diferenciação do curso da vida humana em fases pode ser apreendida como uma adaptação a demandas contextuais. E, na nova conjuntura dessas fases, parece que o percurso para o acesso aos atributos tidos como dos adultos ganhou uma nova trilha (BRANDÃO & HEILBORN, 2006). Os jovens cada vez mais realizam seus projetos sem a obrigatoriedade de seguir ritos e caminhos tradicionais. Por exemplo, Cardoso & Cocco (2003), relataram, com base nos achados de um estudo que realizaram com adolescentes em Marília, São Paulo, que os adolescentes manifestaram “o desejo de engravidar e ter filhos, sem projetar a constituição de um núcleo familiar, provavelmente devido às marcas de seu conflituoso relacionamento familiar, que exclui o papel do pai na formação e educação de seu filho” (2003:783).

Um exemplo oportuno da nova conjuntura é o exercício da sexualidade, “uma prática dos adultos” que também já não remete necessariamente à procriação e nem à constituição de um novo núcleo familiar como acontecia. Embora se trate de um atributo que vem sendo adotado precocemente, não significa por si só que não haja, entre os adolescentes e jovens, responsabilidade no exercício desse papel.

Por isso, diversas teorias da adolescência não deixam de fazer uma integração dos aspectos sócio-culturais aos biológicos, para, por se assim dizer, afiançar a assertiva de que a adolescência “começa na biologia e termina na cultura” (CONGER & PETERSON, 1984 apud COLE & COLE, 2004:624). Mussen e cols. (1995) também destacam esse fato evidenciado por alguns filósofos, tanto assim que lembram que a adolescência pode ter períodos de duração distintos nas diversas sociedades, como por exemplo, nas sociedades mais desenvolvidas, onde ela tende a se prolongar.

Diversos autores (SPRINTHALL & COLLINS, 2003; MAAKAROUN e cols., 1991; JEOLÁS, 1995 apud BRASIL e cols., 2000; COLE & COLE, 2004; WINNICOTT, 2005; ZAGURY, 1996; ZAMBERLAM, 2001) fazem amplas discussões sobre o que seria a adolescência, abrangendo tanto o ponto de vista físico-biológico quanto psico-sócio-cultural. Isso, de modo definitivo, confere credibilidade a um modelo biocultural da adolescência.

Em vista das discussões sobre o real caráter da adolescência, questiona-se se ela é verdadeiramente um estágio do desenvolvimento e, portanto, objeto de estudo da Psicologia e das outras ciências da saúde ou se ela consiste meramente num construto social e, por isso, objeto de estudo da Sociologia e da Antropologia. E, enquadrando-se no último caso, sua concepção dependerá completamente de cada cultura e de cada sociedade (SPRINTHALL & COLLINS, 2003).

Para começar essa reflexão, Sprinthall e Collins (2003) fazem referência a uma teoria conhecida como *fatalidade histórica*, de acordo com a qual as pessoas importantes e necessárias para uma sociedade seriam criadas e existiriam mesmo que não tivessem, de fato, sido assim geradas. Para explicitar essa idéia, os autores resgatam as figuras de Adolfo Hitler, Joana d’Arc e de George Washington que surgiram *de* e *em* condições sociais, políticas e econômicas específicas, ou seja, defendem que foram os acontecimentos históricos que geraram uma atmosfera que permitiu a moldura dessas figuras com suas características de liderança e influência política e social.

De modo semelhante, tomando essa teoria como modelo explicativo, defendem que algumas condições sociais, políticas e econômicas, como a industrialização, a urbanização e a tomada gradual de consciência de direitos e liberdades fundamentais, como a educação secundária e superior, “parecem ter propiciado a emergência da adolescência como um período distinto do desenvolvimento humano” (SPRINTHALL & COLLINS, 2003:6).

Cole e Cole (2004:707) documentam que, foi apenas no decorrer do século XIX, com a introdução da educação em massa que, “a adolescência tornou-se uma categoria geralmente reconhecida e difundida de definição de crianças de uma determinada idade, independentemente do seu sexo e de sua classe social”. Isso sugere que essa etapa do desenvolvimento, nos seus aspectos biológicos e psicológicos, sempre existiu em qualquer época e cultura, mas os adultos nem sempre a conceberam da mesma maneira nos diversos períodos históricos; tendo, por conseguinte, emergido diante de demandas contextuais, como as econômicas, políticas e trabalhistas que tornaram inevitável o aparecimento da adolescência nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa ocidental na virada para o século XX (SPRINTHALL, COLLINS, 2003).

Ressalte-se que ainda é possível encontrar algumas sociedades e sub-culturas nas quais a adolescência não é reconhecida como a maioria das culturas e sociedades ocidentais a reconhece (SPRINTHALL, COLLINS, 2003). Em algumas dessas sub-culturas, a transição da infância para a vida adulta é abreviada pela inserção no trabalho, pela responsabilidade sobre os irmãos mais novos, os filhos, terras, gado e, muitas vezes, pela consumação de casamentos planejados, como ainda ocorre em regiões do oriente e até mesmo no hemisfério Sul do ocidente.

Esses e outros autores lembram que o apagão que aconteceu com a adolescência durante séculos também atingiu a infância por longos períodos, pois as crianças eram tratadas como adultos antes mesmo dos 8 anos de idade. As crianças eram consideradas “adultos em miniatura” e, com exceção das oriundas de famílias abastadas, trabalhavam nas minas, nas fábricas, lutavam e morriam nos campos de guerra como adultos. Desse modo, pode se

reconhecer que o que aconteceu no século passado, século XIX, com a descoberta da infância, voltou a se repetir neste século, XX, com a adolescência (AIRÈS, 1978; COLE & COLE, 2004; SPRINTHALL, COLLINS, 2003; NETTO, 1976; ZAGURY, 1996).

E é notório, inclusive com comprovações na literatura, que à medida que as sociedades vão se tornando industrializadas e progressivamente dependentes de mão-de-obra qualificada, o que exige maior tempo de permanência na escola e por que não na casa dos pais, a fase da adolescência vai se prolongando, postergando assim a vida adulta. Portanto, “O alcance da posição social e das responsabilidades dos adultos é adiado por períodos de tempo muito extensos” (SPRINTHALL & COLLINS, 2003:23). Atualmente, esse fenômeno tem encontrado respaldo também no adiamento da formação de novos núcleos familiares, paralelamente, à crescente inserção da mulher no mercado de trabalho e no ensino superior.

Também já é consenso que o processo de transição para o mundo adulto se modificou consideravelmente na maioria das sociedades ocidentais contemporâneas, evidenciando a suposição de que existe uma conexão entre o desenvolvimento de uma consciência social sobre essa fase da vida e as condições específicas da época em que vivemos (WINNICOTT, 2005).

Para Losacco (2005:66), “a juventude tem limites máximos e mínimos, e esses limites variam em cada conjuntura histórica”, o que contextualiza a concepção e a duração dessa etapa do desenvolvimento. Segundo Cole e Cole (2004), os especialistas nesse estágio do desenvolvimento distinguem três sub-estágios da adolescência: o início da adolescência (11 a 14 anos), meados da adolescência (15 a 18 anos) e final da adolescência (18 a 21 anos). Nisso, enfatiza-se o fato de que tais divisões apenas refletem a maneira como as sociedades agrupam as crianças, em especial nas sociedades industrializadas modernas, onde “a adolescência é um estágio institucionalizado do desenvolvimento” (COLE & COLE, 2004:711). E mesmo assim, as especificidades de cada um desses ou de outros recortes sociais estão

carregadas de atribuições, responsabilidades, permissões e, particularmente, de proibições socioculturais pertinentes a cada uma das fases da vida.

Assim, adolescência, enquanto objeto de estudo e de políticas públicas, não deve ser vista apenas a partir dos princípios biológicos, mas também a partir dos contextos histórico e sócio-cultural que definem suas especificidades (TRAVERSO-YEPEZ & PINHEIRO, 2002). De outro modo, não deve ser encarada simplesmente como um processo de aquisição progressiva de atributos da vida adulta como foi tradicionalmente, com os adolescentes adquirindo um *status* intermediário e provisório, e sendo tratados de forma ambivalente, isto é, ora como crianças ora como adultos. E as idéias dos adultos e as suas opiniões acerca dos adolescentes precisam se despir da vontade de que eles se comportem de maneira diferente, se despir dos estereótipos (SPRINTHALL & COLLINS, 2003).

De acordo com Bock (2007), os estudos realizados por Becker (1989), Colligaris (2000) entre outros, elucidaram diversos elementos culturais que permitem uma melhor análise da adolescência, embora não conseguissem suplantam a atual “visão abstrata” da sua concepção. Nesse âmbito, as leituras aqui apresentadas também são insuficientes por uma segunda razão: que conjunto definido e coeso de classificações e objetos se acredita circunscrever as nomeações de juventude que adotamos? E, embora com ligações ou relações assinaláveis entre si, como podemos falar de uma “adolescência” ou de uma “juventude” se temos e conhecemos, em um só período, vários determinantes, heterogêneos em si mesmos, que definem não uma “adolescência” ou uma “juventude”, no singular, mas “adolescências” e “juventudes”, no plural?

Isso nos remete ao quão é complexa essa questão, pois se não se pode falar de unidade na “juventude” de um mesmo período, como se pode comparar “juventudes” de diferentes épocas? Além disso, seria pertinente não atribuir o aparecimento de “novas juventudes” apenas às novas normas características das sociedades modernas e liberais (SALLES, 2005). Pois, sem dúvida,

diferentes processos, distinguíveis ou não, efetivamente ocorreram no passado e ocorrem no presente para formar as “novas gerações”.

Enfim, será que o que chamamos de “novas juventudes” ainda não existia ou preexistia, sob condições positivas, porém em um feixe ainda não complexo de relações que permitisse sua expressão? Por tudo isso, ainda há muito a ser feito para explicitar concepções, clarear nomeações e estabelecer relações com outros/novos conhecimentos (FOUCAULT, 2006).

2.3 Adolescências e sexualidade

Do mesmo modo que a própria adolescência, parece que a sexualidade começa na biologia e termina na cultura. E, tal como a natureza da adolescência, a complexidade que envolve a natureza da sexualidade do adolescente guarda relação com o fato de que há tanto determinantes biológicos quanto socioculturais andando juntos na evolução sexual dos adolescentes (SPRINTHALL & COLLINS, 2003).

A variação nos padrões de comportamento sexual sugere a existência de importantes influências não-biológicas. Aqueles autores lembram que alguns investigadores como Ford e Beach (1951 apud Sprinthall & Collins, 2003) notaram variações de uma cultura a outra que os levaram a concluir que há fatores sociais e culturais que determinam a sexualidade ainda na adolescência. A isso, os investigadores chamam de *prescrição social* da sexualidade.

Investigações também constaram que existem diferenças assinaláveis entre homens e mulheres, onde estes experimentam a sexualidade segundo expectativas e estereótipos sociais. Essas diferenças também levaram pesquisadores como William Simon e John Gagnon a corroborarem com a idéia de que “o sexo é uma atividade *socialmente prescrita*” (SPRINTHALL & COLLINS, 2003:409).

As metamorfoses corporais que abrangem o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários e o crescimento somático pressagiam o destino do corpo infantil. Embora nem sempre o início da adolescência coincida com a puberdade (OSÓRIO, 1992), parece que a puberdade inaugura biologicamente a adolescência (MAAKAROUN e cols., 1991). Segundo Silva e Leal (2008), puberdade é o correspondente biológico das transformações características que se iniciam no final da segunda infância.

De acordo com Coutinho e Beserra (2001), não se conhecem os exatos mecanismos que deflagram a puberdade e por que ela ocorre em um determinado momento e não em outro. Entretanto, há evidências de que as manifestações da puberdade apresentam relação direta com três alterações que ocorrem no eixo hipotálamo - hipofisário. Num primeiro momento ocorre um aumento na secreção noturna de hormônio luteinizante (LH). No segundo, registra-se uma redução da sensibilidade do hipotálamo e da hipófise ao estradiol ou testosterona, dando-se assim início à elevação dos níveis de hormônio folículo estimulante (FSH) e luteinizante. Já num terceiro estágio, observa-se, nas mulheres, o estabelecimento de um sistema de ação-reação hormonal com *feedback* positivo. Nesse sistema, níveis críticos de estrógenos causam uma elevada produção e secreção do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), o que estimula o LH a iniciar o processo que culmina com a ovulação. Esta etapa do crescimento e desenvolvimento humano possui uma seqüência bem ordenada de eventos controlados por fatores neuroendócrinos bastante complexos, aos quais cabe determinar o início e a progressão da puberdade e da capacidade reprodutiva. Destacar que o sistema endócrino como um todo é alterado durante a puberdade. Participam hormônios esteróides gonodais, esteróides adrenais, hormônio do crescimento humano (GH) e Tetraiodotiroxina (T₄) (MAAKAROUN e cols., 1991; COUTINHO & BESERRA, 2001).

Desses achados, infere-se que puberdade não é sinônimo de adolescência, pelo contrário é parte dela. Entretanto, foi, sem dúvida, no passado que surgiu um primeiro momento em que a transgressão à normatização própria das sociedades em relação à sexualidade e ao sexo se propôs a funcionar como

objeto de demarcação, descrição e análise social das atribuições inerentes às fases da adolescência e da idade adulta. Pois se sabe que é, de forma privilegiada, no campo da sexualidade que os adolescentes e jovens 'ensaiam' a conquista gradativa da autonomia e da liberdade (BRANDÃO & HEILBORN, 2006).

É preciso salientar, igualmente, que em determinada época da história, de acordo com as discussões sobre adolescência nos campos social e antropológico, a idade entre 14 e 18 anos foi considerada ideal para que as mulheres tivessem filhos (HEILBORN, 1998; VINOVSIS, 2003 *apud* ALMEIDA, 2003:25). Mas se, em vez disso, em determinada época, a ascensão precoce aos atributos da sexualidade adulta foi 'juvenilizada' e considerada um 'desvio' e, se esse 'desvio' foi capaz de dar lugar a uma série de elementos para novas análises e nomeações, isso se deve ao fato de que a visão dos adultos empregou, no novo discurso sobre adolescência e sexualidade, relações complexas e importantes para os adultos.

De modo paradoxal, atualmente a gravidez na adolescência é um fator que tem contribuído para reduzir a nitidez na distinção entre as diferentes fases da vida. Quando tal distinção se torna pouco nítida porque as noções predominantes sobre adolescência e idade adulta se encontram desorganizadas ou já não são mais válidas, isso afeta as *percepções* e *delimitações* tanto da adolescência quanto da idade adulta, o que passa a demandar um reordenamento das fases da vida, evidenciando, assim, que é a sociedade que forja o modo como a adolescência e a idade adulta são, organizacional e subjetivamente, concebidas (SALLES, 2005; BRANDÃO & HEILBORN, 2006). Desse ponto de vista sobressai que são as sociedades que, com suas proibições, normas, limiares e sensibilidades, determinam as diferentes fases da vida e suas respectivas atribuições.

Nesse quadro, é fundamental que não se dê pouca, mas muita importância a transformações sociais e culturais que mudaram as especificidades que se atribuíam a determinadas faixas etárias no passado, isto é, ao fato de que a juventude contemporânea, por exemplo, vive sua sexualidade não mais no viés

da procriação e da possibilidade de edificação de uma nova família, mas no sentido da liberdade, da experimentação, do prazer e do *agora* (GONÇALVES & KNAUTH, 2006).

Em suma, são essas novas *percepções* e *delimitações* que, atuando no discurso dos adultos, permitiram a reformulação de um novo conjunto de concepções sobre a adolescência, evidenciando as transformações que alteram social e historicamente nossas concepções e expectativas em torno dos adolescentes. E as atuais noções de adolescência lançam mão a raízes de um conjunto de representações sociais que, em geral, cada sociedade e cada época constroem sobre sua própria juventude, pois, em qualquer adolescência,

“não há nada de patológico; não há nada de natural. A adolescência é social e histórica. Pode existir hoje e não existir mais amanhã, em uma nova formação social; pode existir aqui e não existir ali; pode existir mais evidenciada em um determinado grupo social... e não tão clara em outros...” (BOCK, 2007:70).

Nesse sentido, corroborando com Souza (2004:47) que sentenciou que a juventude é “uma categoria *inventada* pelos adultos”, Bock conclui que “Não há uma adolescência, enquanto possibilidade de ser; há uma adolescência enquanto significado social...” (BOCK, 2007:70) e precisa ser constantemente revista nos seus aspectos conceituais e nas suas atribuições sócio-políticas.

Nas sociedades modernas e industrializadas, a sexualidade e a adolescência parecem constituir uma combinação que guarda uma relação preocupante e, em muitos estudos sobre os fenômenos da adolescência, essa combinação tem sido abordada sob um ponto de vista moralizante, alarmista e normativo (BRANDÃO & HEILBORN, 2006). No que se refere à sexualidade, o adolescente se torna uma “caixinha de surpresas”, embora o amadurecimento sexual venha simplesmente em resposta à atividade hormonal.

Curioso é que “ao longo dos tempos a sexualidade dos adolescentes, se desenvolve de forma cada vez mais precoce na sociedade. As transformações

da puberdade rompem com o dito período fazendo aflorar intensamente os impulsos sexuais.” (SAITO, 2008:115-6).

Freud chamou a adolescência de *fase genital*, pois, segundo ele, esse é o período no qual as relações sexuais se tornam um agente fundamental do comportamento (COLE & COLE, 2004). Ele também acreditava que as pulsões “eram fontes de energia que estimulavam os indivíduos a manifestar diferentes tipos de comportamento” (SPRINTHALL & COLLINS, 2003:17).

A preocupação com o sexo e com o corpo são marcos comuns na puberdade e expressam o despertar dos impulsos corporais e sensações sexuais. Então surge o interesse pelo corpo e suas partes, o toque e a masturbação. Isso pode ser constatado ao se comparar os adolescentes e as crianças. Estas últimas, embora se interessem por diversos aspectos do corpo e da sexualidade, esse interesse é menos intenso e pouco constante como na puberdade (HURLOCK, 1979:53).

Na colocação da Organização Mundial da Saúde, “a sexualidade é um aspecto central da experiência humana ao longo da vida e abrange sexo, identidade e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução”. Acrescenta que a expressão da sexualidade e a sua vivência compreendem desde pensamentos até crenças, passando por valores e fantasias. Portanto, ela está sujeita à influência de elementos culturais, biológicos, psicossociais, étnicos, religiosos e político-econômicos.

Para Vitale e cols. (2008:508), é na adolescência que se solidifica a identidade sexual, a qual representa um dos elementos fundamentais da identidade geral além de permitir “a atuação como ser sexual e sexuado”.

Na literatura pertinente, a prática sexual dos adolescentes não tem sido descrita como algo uniforme e constante nos diferentes contextos socioculturais. A atividade sexual na adolescência também é influenciada pelo cenário histórico e pelos padrões de comportamento difundidos entre os membros dessa faixa etária em determinada época e local geográfico. Estudos

antropológicos evidenciaram, por exemplo, que nas culturas mais conservadoras do Oriente é proibido que as meninas, em especial, mantenham contato com homens fora das suas famílias enquanto que em culturas mais ocidentalizadas espera-se que a atividade sexual ocorra naturalmente (COLE & COLE, 2004).

Sprinthall e Collins (2003) e Cole e Cole (2004) reproduzem em suas obras dados interessantes de antropólogos culturais que dão conta de que, em tribos do Quênia, os adolescentes e jovens exercem o *status* de adultos de forma “bastante abrupta e, provavelmente, traumática” (SPRINTHALL & COLLINS, 2003:21) de tão cedo e rápido que eles assumem atributos dos adultos, particularmente os relativos à sexualidade. Diferentemente, Margaret Mead constatou que os adolescentes de Samoa experimentavam “a segunda década de vida como um período relativamente calmo, isento de dificuldades e agradável” (SPRINTHALL & COLLINS, 2003:407).

Nesse âmbito, Winnicott (2005) observa que, diferentemente dos adultos das sociedades modernas cujos processos de formação são naturais, alguns povos primitivos disfarçam por meio de tabus a puberdade e a transição da adolescência para a vida adulta quando não transformam seus adolescentes em adultos em tempo recorde de semanas ou meses por meio de ritos tradicionais.

Nessa teia, de acordo com Zamberlam (2001), Freud, em seus *Três Ensaio*s sugere, entretanto, que não existe um elo direto entre a biologia e a psicologia de um mesmo indivíduo. Para ele, os homens e as mulheres não são “feitos” física ou socialmente homens e mulheres, pelo contrário, eles *se tornam* homens e mulheres física e socialmente. Portanto, o conceito de sexualidade de Freud não se refere às questões biológicas ou interpessoais, “mas está ligado ao seu conceito de sistema inconsciente” (ZAMBERLAM, 2001:66).

Portanto, de acordo com o já exposto sobre a visão da sexualidade, pode se concluir que os determinantes das experiências sexuais na adolescência não se restringem a elementos biológicos, os quais têm recebido grande parte da

atenção dos estudiosos. Sendo, por conseguinte, necessário inserir e analisar as experiências sexuais dos adolescentes dentro de um contexto mais amplo, que leve em consideração os aspectos biológicos, sociais, culturais e as expectativas que deles têm os adultos depois que passarem para a vida adulta.

2.4 Adolescências e vulnerabilidades

Além da consideração dos aspectos psicoemocionais e comportamentais implicados nas vulnerabilidades e nos comportamentos de risco dos adolescentes, é preciso ponderar o fato de que eles constituem o grupo etário de maior exposição e risco para doenças transmitidas sexualmente. Isso se deve, em parte, às características físicas e biológicas inerentes a essa fase do desenvolvimento, mas também aos contextos socioeconômicos e culturais em que se encontra inserida a maioria dos adolescentes de países em desenvolvimento, onde as desigualdades sociais têm gerado conseqüências negativas para a saúde dos diferentes segmentos sociais (MAAKAROUN e cols., 1991; ABRAMOVAY, 2004; ABRAMOVAY e cols., 2002; AYRES e cols., 2003; AYRES, 1996).

Nesse contexto, Leal e Saito (2008) defendem que é realmente necessário e plausível incorporar na Síndrome da Adolescência Normal os chamados comportamentos de risco, muito presentes na adolescência, opinião que encontra respaldo em Maakaroun e cols. (1991:5) quando notam que o adolescente “se agita, impetuoso e inconseqüente, colocando em risco sua integridade”.

No que diz respeito à vulnerabilidade juvenil às DST/Aids, diversas pesquisas de levantamento da percepção dos adolescentes sobre a sua vulnerabilidade ao HIV têm mostrado que os adolescentes se sentem e se consideram invulneráveis tanto à infecção pelo HIV e à gravidez quanto aos efeitos indesejados do uso de drogas, de direção perigosa e de diversos outros comportamentos socialmente reprovados (SILVA e cols., 2005; PAULILO, JEOLÁS, 2005; CAMARGO, BOTELHO, 2007; SILVEIRA e cols., 2002;

CAMARGO, BERTOLDO, 2006; MACPHAIL, CAMPBELL, 2001; DESSUNTI e REIS, 2007; FERREIRA, 2003).

Jeolás (2003) escreve que existe um paradoxo, no caso da Aids, uma vez que de um lado há um medo exagerado da doença, mas de outro, o medo é minimizado diante de aspectos reais da exposição ao vírus, contribuindo para que, na cabeça das pessoas, dos adolescentes em particular, o risco de contaminação seja afastado de si próprio e atribuído ao *outro*. Ainda de acordo com a autora, esse pensamento mágico, atrelado à afabilidade e à onipotência, que afasta a possibilidade de contaminação, são características da adolescência.

Por um lado, é interessante como Jeolás (2003) e Helman (1994) enfatizam que as noções de saúde, de doença e de risco são percepções construídas social e culturalmente e, conseqüentemente, só podem ser vividas e percebidas dentro desses contextos, isto é, na íntima relação que estabelecem com os significados que lhes são atribuídos pelos grupos sociais. Portanto, a percepção dos adolescentes sobre suas vulnerabilidades a esses agravos à saúde sexual e reprodutiva há de ser influenciada pelas suas vivências em um cenário determinado por aspectos culturais, econômicos, políticos e educacionais.

Aliado ao fato de que os jovens, hoje, vivem intensamente as contradições do presente, uma vez que as incertezas e as inseguranças próprias da idade são agravadas pelas incertezas e pelos problemas da época presente (violência urbana, doenças persistentes e emergentes, terrorismo, drogas e globalização econômica) está o fato de que faltam oportunidades de educação, emprego, lazer e cultura, e nesse caso

está se falando de situações de vulnerabilidade extrema, definidas como “o resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade” (ABRAMOVAY e cols., 2002:29).

Por outro, são esses aspectos inerentes a qualquer pessoa que evidenciam a inquestionável necessidade de educação e orientação sexual, nos termos dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), como ferramentas fundamentais para a prevenção dos agravos à saúde reprodutiva e sexual dos adolescentes e das adolescentes (DST, HIV/Aids, gravidez e aborto).

E essa necessidade demanda uma reflexão aprofundada sobre a sexualidade na adolescência. Na literatura sobre os temas referentes à adolescência, os debates têm ganhado importância cada vez maior, visto pela quantidade de publicações periódicas e de livros disponíveis. Paradoxalmente, pesquisas têm demonstrado que o diálogo intra-familiar e no seio da escola ainda é tímido e pouco expressivo (BRÊTAS e cols., 2009; FERREIRA, 2003; BORGES, NICHIAITA, SCHOR, 2006; ALMEIDA, 2003). Nas escolas, quando esse diálogo ocorre, se foca nas questões biológicas e reprodutivas e apenas em observância a exigências curriculares, não como forma de promoção da saúde e prevenção de agravos (BAPTISTA e cols., 2009b).

Nesse contexto, tem se constatado que, apesar das campanhas educativas em massa contra o HIV/Aids e gravidez em adolescentes, dados sobre este último evento funcionam como indicador da exposição e do risco para infecção pelo HIV a que os meninos e as meninas se sujeitam nas relações sexuais sem preservativo. Portanto, o número de gestações nas adolescentes “é a ponta do iceberg da falta de proteção contra as DST” (PETRI, 2008:477), denunciando que as campanhas de prevenção com foco no uso de camisinha ainda não são efetivas nesse sentido.

Para a compreensão das questões ligadas à suscetibilidade à doença, torna-se também importante considerar componentes de gênero, no que se refere à maneira como meninos e meninas constroem suas relações marcadas por diferenças nos papéis sexuais, o que denuncia relações de poder entre os sexos. Guimarães (1996), citado por Praça e Gualda (2001), faz menção às dificuldades que as mulheres encontram para obter respaldo social que as ajude a negociar com os maridos medidas de proteção à saúde como o uso de camisinha. Nas sociedades latino-americanas, os fatores socioculturais que

influenciam o risco de exposição das mulheres têm sido a tolerância à promiscuidade sexual masculina, a ausência de comunicação aberta sobre sexo entre os pares e a relutância masculina em usar o preservativo, em particular nas relações sexuais com parceira fixa ou estável (TRAVERSO-YÉPEZ, PINHEIRO, 2002).

Praça e Gualda (2001) ao estudarem a percepção de risco de infecção pelo HIV entre mulheres verificaram que elas não se consideravam suscetíveis ao vírus, sendo que essa situação apenas se modificava quando reconsideravam o fato de seus parceiros terem relações com outras mulheres.

Um estudo do perfil da população brasileira sobre os aspectos cognitivos do HIV/Aids observou que, em 1998, aproximadamente 23% da população investigada não tinha percepção de risco de infecção, estando, portanto, vulnerável ao HIV quanto à sua condição de compreender seu próprio risco de exposição à infecção (FERREIRA, 2003).

2.4.1 A noção e as dimensões das vulnerabilidades

A disponibilidade de grande quantidade de conhecimentos sobre a história natural das doenças, no atual contexto sócio-sanitário, tornou fundamental uma atuação não somente das autoridades sanitárias e governamentais na prevenção de agravos à saúde, mas também de toda a sociedade para a redução, de forma efetiva, das vulnerabilidades, tanto em nível individual quanto coletivo.

Consideram-se aqui as vulnerabilidades não apenas no contexto das desigualdades estruturais que configuram as “debilidades e ou desvantagens para o desempenho ou mobilidade social dos atores” (ABRAMOVAY e cols, 2002:13), mas também no contexto de interação dinâmica entre objetividade e subjetividade em que as pessoas estão inseridas. Portanto, as vulnerabilidades devem ser vistas como categorias operativas, de modo a se valorizar não somente a posse de bens materiais e financeiros (que influenciam as

vulnerabilidades), mas também a dinamicidade e a mutabilidade que permitem lidar com o sistema de oportunidades oferecido pela sociedade.

A definição de vulnerabilidades em saúde supera o entendimento tradicional de risco em epidemiologia e abarca uma concepção nova que inclui, na sua abordagem, a determinação social na produção tanto de saúde quanto de doença ou de agravos à saúde (NICHATA e cols., 2008). Por assim dizer, passa a significar muito mais que a “capacidade de o indivíduo ou grupo social se decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos” (BRASIL, 2005:9). Em relação à susceptibilidade às doenças sexualmente transmissíveis incluindo a Aids, Ayres (1996) entende que

A noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais, associadas a diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações, à infecção pelo HIV e suas consequências indesejáveis (AYRES, 1996).

Na base de dados Bireme, as definições conferidas à terminologia vulnerabilidade, como um descritor em ciências da saúde, faz referência a: 1) grau de suscetibilidade ou de risco a que está exposta uma população de sofrer danos por um desastre natural; 2) relação existente entre a intensidade do dano resultante e a magnitude de uma ameaça, evento adverso ou acidente e 3) probabilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica ser afetada por uma ameaça ou risco potencial de desastre, estabelecida a partir de estudos técnicos.

Ademais, o conceito de risco na epidemiologia moderna é visto quantitativamente como sendo a probabilidade de estar suscetível a um agravo à saúde, atribuível a qualquer indivíduo de grupos particularizados delimitados em virtude da exposição em certo grau no tempo e no espaço, de modo indissociável, a agentes agravadores ou protetores da saúde (PEREIRA, 2000, AYRES, 1996).

Já a concepção de vulnerável refere-se a indivíduos ou segmento da população, em particular crianças, mulheres e idosos quando estão mais sujeitos a doenças ou cuja capacidade de fazer escolhas para a proteção da saúde esteja gravemente limitada ou encontrem-se sujeitos à coerção, caso dos adolescentes, englobando, nessa noção de vulnerável as dimensões biológica e social (desigualdades, dominação, pobreza, acesso a serviços de saúde).

Segundo Nichiata e cols. (2008), provavelmente uma das maiores contribuições nas discussões sobre a diferença entre os conceitos de risco e de vulnerabilidade reside no empenho feito para deslocar a noção de risco de uma dimensão individual para uma nova percepção coletiva de risco, configurando as vulnerabilidades sociais.

As vulnerabilidades, de um ponto de vista amplo, podem ser analisadas segundo três dimensões interdependentes, quais sejam, a dimensão *individual*, a *programática* e a *social*. Na dimensão individual, as vulnerabilidades dizem respeito à ação preventiva do indivíduo frente a uma situação de risco. Envolvem questões e características pessoais como o gênero (masculino ou feminino), a opção sexual (homo ou heterossexual), a idade, a raça/cor, as crenças religiosas ou não, o desenvolvimento cognitivo, emocional, o grau de percepção de risco, as atitudes voltadas à auto-proteção, a capacidade de assimilar conhecimentos sobre DST/Aids e, entre outros, a habilidade de negociar práticas sexuais seguras (AYRES e cols., 2003; AYRES, 1996).

Na esfera programática, destacam-se o nível de investimento em ações de enfrentamento da epidemia e o grau de acessibilidade às políticas públicas de saúde eqüitativa e democraticamente desenhadas com metas para mitigar a expansão da doença. Também importam as prioridades estabelecidas para o atendimento aos adolescentes e jovens, as ações concretas na alocação e distribuição eqüitativa dos recursos para prevenção e controle. As vulnerabilidades no âmbito programático também estão intimamente relacionadas às estratégias de transmissão de informação e à capacitação de profissionais capazes de repassar informações/ações sobre prevenção de

forma assimilável e possível de ser concretizada pela comunidade local, com base nas suas demandas e potencialidades (ARAÚJO & CALAZANS, 2007).

Destaque-se ainda o papel das escolas na criação de espaço para a abordagem dos temas da sexualidade e da prevenção e, aliado a isso, a articulação entre a comunidade, a escola e os serviços de saúde locais, de modo a beneficiar ações conjuntas movidas por um mesmo propósito, a promoção da saúde.

Na esfera social, além da estrutura econômica, das políticas públicas, em especial as de educação e de saúde, enquadra-se a cultura, as ideologias e as relações interpessoais na definição das vulnerabilidades. Nessa esfera, ganham importância e valor as desigualdades sociais, o acesso a recursos mínimos para a cidadania plena. Também estão implicados, neste nível de vulnerabilidades, os aspectos da violência urbana, da segurança pública, lazer, cultura, desigualdades sociais de gênero, de raça/cor, acesso à moradia e ao emprego (ARAÚJO & CALAZANS, 2007).

Um ponto importante que tem sido mencionado no campo das vulnerabilidades às doenças sexualmente transmissíveis é o gênero. Nas últimas décadas de intensa produção feminista, tem se implicado as desigualdades de gênero no campo das suscetibilidades (PAIVA e cols., 2008). De acordo com esses autores, outros estudos têm evidenciado “que a cultura sexual na qual mulheres e homens são socializados é um dos fatores que dificultam conter a epidemia da AIDS” (PAIVA e cols., 200:34). Para Brandão e Heilborn (2006), é essencial a articulação da sexualidade, na sua concepção mais ampla, com o conceito de gênero, uma vez que a sexualidade é um sistema utilizado para a classificação social e organização diferenciada dos atributos masculinos e femininos em nossas culturas. Resgatando ainda aqueles autores, constatamos quase que inquestionavelmente o fato de que

No caso da transmissão sexual, os “roteiros sexuais de gênero” são constituintes essenciais daquilo que se define como sendo “próprio do homem” e “próprio da mulher”, deixando ambos mais vulneráveis. A cultura machista e latina fragiliza também os homens, que são pressionados a ser impulsivos

sexualmente para se provar homens, a declamar que o uso do preservativo “atrapalha o prazer” ou dificulta o controle necessário ao senso de invencibilidade e competição associados à potência do sexo masculino (PAIVA e cols., 2008:34-5)

Outras determinantes das vulnerabilidades são os hábitos masculinos de consumir bebidas alcoólicas e outras drogas para ser mais assertivo e menos tímido na relação sexual (primado do prazer masculino) e o fato de os homens deixarem quase que exclusivamente para as mulheres a responsabilidade sobre a reprodução e a contracepção. Como se pode perceber, a cultura machista não torna os homens necessariamente mais protegidos da infecção que as mulheres.

De outra forma, as condicionantes de gênero não afetam somente homens e mulheres heterossexuais, também injuriam cidadãos e cidadãs com condutas homossexuais que, em virtude da cultura sexual, de tabus e pré-conceitos diante das novas e versáteis opções sexuais, acabam por expressar vergonhosa e escondidamente suas opções sexuais em contextos em que a informação para a prevenção e o uso de camisinha se tornam quase impraticáveis. Para os autores que questionam se as vulnerabilidades das mulheres à infecção pelo HIV pela via sexual são maiores por causa das determinantes de gênero, é preciso, antes de tudo, notar que o próprio gênero tem sido alvo da mesma cultura que constrói a sexualidade e preconceitua as novas práticas de ambos os sexos, de modo que, simplesmente, se torna difícil tanto para homens e quanto para mulheres agir, na rotina sexual, em benefício à própria saúde (PAIVA cols., 2008).

3 MÉTODOS

3.1 Cenário do estudo: *alguns aspectos importantes*

3.1.1 A Saúde

A cidade hoje conhecida como Montes Claros foi emancipada em 13 de outubro de 1831. De porte médio, é a quinta maior cidade do Estado de Minas Gerias e a 63ª do Brasil em termos populacionais de acordo com o último censo (IBGE, 2001). Está situada no Sudeste brasileiro e no Norte do estado, na região média da bacia do Rio São Francisco. Fica a 422,6 km de distância da capital estadual Belo Horizonte. O município abrange uma área geográfica de 3.582,034 Km², porém sua sede, a cidade de Montes Claros, ocupa 97 Km² de área e é composta por mais dez distritos (MONTES CLAROS, 2006).

Com uma densidade populacional avaliada em 97,4 hab./km², sua população residente foi estimada em 363.227 habitantes para primeiro de julho de 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) e, em 2000 representava 1,72% da população do estado e 0,18% da população do país, de acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil (PNUD, 2000; 2007).

No período de 1991 a 2000 houve uma taxa anual de crescimento populacional na ordem de 2,4%. No mesmo período a taxa de urbanização cresceu 3,4% e a taxa de fecundidade caiu de 2,8 em 1991 para 2,1 filhos por mulher em 2000. A população jovem residente, da faixa etária de 13 a 24 anos de idade, foi estimada, no mesmo ano, em aproximadamente 127.748 adolescentes e jovens, correspondente a quase 35,0% do total da população. Comparando com o perfil nacional, sabe-se que no Brasil, os jovens, de 10 a 19 anos representam hoje aproximadamente 25,0% da população geral.

Tanto no quesito saúde como no de educação, o município, além de ser referência, tem sido pólo de uma região com mais de um milhão e meio de

habitantes, incluindo o Sul do estado da Bahia e todo o Norte de Minas Gerais. Havia no município 876 leitos hospitalares, dos quais 84,3% oferecem atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Tomando-se apenas como referência os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) de Serra Leoa (0,254) e do Canadá (0,932), respectivamente, o menor e o maior do mundo, o IDH do Brasil foi de 0,807 em 2008 e o IDHM de Montes Claros esteve em torno de 0,783 no mesmo ano (PNUD, 2007), estando o município entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8), segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Em comparação com o IDH brasileiro, o de Montes Claros encontra-se próximo dos valores municipais médios em âmbito nacional. No Brasil, o melhor IDH (0,919) foi registrado no município de São Caetano do Sul, São Paulo, e no estado de Minas Gerais o melhor IDH foi pontuado no município de Poços de Caldas, 0,841 (PNUD, 2000; 2007).

No que diz respeito à assistência à saúde do adolescente, essa constitui um desafio, principalmente nos aspectos da assistência à saúde sexual e reprodutiva. Por conseguinte, o enfrentamento da atenção à gravidez na adolescência, tanto na prevenção quanto no acompanhamento pré-natal e puerperal especializados, se impõe como um desafio dos serviços de saúde locais. A implantação do Programa Adolescente para o III Milênio na Policlínica Doutor Hermes de Paula revela o comprometimento do setor público local com a saúde dos adolescentes. Entretanto, a capacidade de cobertura da demanda local é limitada, além de que sua abrangência e divulgação não atingem as populações da periferia.

Constituindo um centro estudantil, com colégios e universidades, e de assistência à saúde, Montes Claros se configura como rede de referência regional, inclusive para atendimento de gravidez de alto risco. Consubstanciando a preocupação com a presença significativa de gravidez na adolescência em Montes Claros, vivenciada no cotidiano dos serviços de saúde e de educação, observou-se, no período de 1994 a 1996 um aumento na proporção de nascidos vivos nesse segmento etário, que passou de 9,06%

para 17,57% do total de partos realizados na rede hospitalar da cidade (GOLDENBERG *et al.*, 2005). Em resposta às recomendações de agências nacionais e internacionais, entrou em funcionamento, em 1999, um serviço especializado no atendimento de adolescentes, na policlínica da Universidade Estadual de Montes Claros.

3.1.2 Educação

Nas sociedades pós-modernas, no que diz respeito aos filhos, uma das coisas que mais preocupam os pais, além das drogas, da Aids e da gravidez, são as suas relações com a escola, pois dela depende o seu futuro. Pese ainda o fato de que nas camadas populares, a escolarização é vista como uma oportunidade de ascensão social, ou seja, uma oportunidade de 'vencer na vida'. Portanto, a educação é, até mesmo para as camadas mais privilegiadas, um elemento fundamental para a mobilidade social. Acredita-se que esse fato predominante sobre a educação escolar, além de manter o adolescente no sistema de ensino, permite ocupá-lo de alguma forma e por algum período, tirando-o das ruas e das más companhias, onde inúmeros riscos, inclusive o de se infectar pelo vírus causador da Aids ou de engravidar, se fazem presentes.

Na cidade de Montes Claros, existe uma rede de ensino que se tornou referência regional por atender às demandas da região em termos de quantidade de instituições de ensino médio e superior.

No ano de 2000, 90,75% dos adolescentes e jovens de 10 a 17 anos de idade freqüentavam a escola. A taxa de analfabetismo nessa faixa etária era de 6,3%. Na faixa de 15 a 17 anos de idade, 84,41% dos adolescentes e jovens freqüentavam a escola e 1,08% eram analfabetos, ou seja, nunca tinham freqüentado a escola ou tinham-na freqüentado, mas não sabiam ler e escrever. Os 50,43% de jovens que tinham acesso ao ensino médio, quase todos estavam matriculados nesse nível de ensino (PNUD, 2000).

3.2 Tipo de estudo

Em se tratando do estudo de fenômenos sociais, particularmente o da sexualidade cuja abordagem apresenta-se muito complexa, reconhece-se que não existe uma única abordagem possível e nem uma técnica ou instrumento de pesquisa mais válido que outro. Apenas existem abordagens complementares que permitem apreender as multiplicidades das nuances dos objetos da investigação (NEVES, 1996; GÜNTHER, 2006).

Este é um estudo de prevalência, de caráter analítico, como o definem Gordis (2009) e Medronho e cols. (2009). Pode também ser chamado de inquérito epidemiológico, em referência direta ao instrumento de coleta de dados utilizado, “o questionário, com um conjunto variável de perguntas” (MEDRONHO e cols., 2009:194). Esse tipo de estudo caracteriza-se por ser de levantamento, onde todos os dados sobre as características de interesse são determinados simultaneamente; “é como se estivéssemos vendo uma foto da população [de estudo] em determinado ponto no tempo” (GORDIS, 2009:195).

Nesse tipo de delineamento, define-se a população a estudar, obtém-se dela uma amostra, se necessário, e faz-se um levantamento das variáveis e dos desfechos de interesse para cada indivíduo. Portanto, neste estudo, foi feita uma observação direta de uma quantidade disponível de sujeitos - amostra - em uma única oportunidade.

Posterior ao estudo seccional, quinzenalmente e, preferencialmente, aos sábados foram feitas intervenções educativas (oficinas, debates, palestras e gincanas) com os adolescentes em seus ambientes escolares. Isso caracteriza um estudo misto; portanto, de pesquisa e de intervenção (pesquisa-extensão) (FRANCO, 2005; TRIPP, 2005). Esse tipo de estudo, é marcado pela intencionalidade de produzir transformações através da participação efetiva dos sujeitos alvo da ação ou da medida adotada. Nisso, sujeitos e pesquisadores interagem na produção de novos conhecimentos, neste caso de conhecimentos sobre prevenção das DST/HIV e gravidez não-planejada.

Embora se pretendesse uma transformação dos conhecimentos, das atitudes e práticas dos adolescentes diante desses agravos à saúde sexual e reprodutiva, os resultados dessas intervenções, ou seja, uma avaliação comparativa desses aspectos nos momentos *antes* e *depois* da intervenção, não serão aqui apresentados. Por conseguinte, serão relatados apenas os dados do momento anterior à intervenção, o *antes*, na modalidade mesmo de um estudo de prevalência, como caracterizado acima.

3.3 Universo, População e Amostra do estudo

O universo deste estudo são doze escolas públicas da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. A população, que é o conjunto de elementos para os quais desejamos que as inferências da pesquisa sejam válidas, são adolescentes e jovens dessas escolas, com idades compreendidas entre 13 e 21 anos completos e que perfazem aproximadamente 6.000 alunos.

Entretanto, como não se podia exigir que as escolas e seus respectivos alunos participassem da pesquisa, os dados foram obtidos de amostragem aleatória obtida em dois estágios. No primeiro estágio, foram indicadas pela Superintendência Regional de Ensino de Montes Claros doze escolas periféricas da cidade e que eram consideradas de bairros com maiores vulnerabilidades sociais (segundo características socioeconômicas dos residentes, índices de violência urbana e localização periférica).

No segundo estágio, obteve-se uma amostra aleatória simples de sujeitos nessas escolas. O tamanho da amostra em cada escola foi proporcional à quantidade de alunos regularmente matriculados em cada escola anteriormente indicada e tinham a mesma probabilidade de participar.

Dessa forma, como examinamos apenas uma amostra n e não toda a população N dessas escolas, cabe observar que do universo das doze escolas determinou-se, pela fórmula $n_0=1/E_0^2$, uma amostra inicial de 400 alunos, para $E_0=0,05$ (IC: 95%) (Onde n_0 é a aproximação amostral aceitável, n é o tamanho final da amostral e E_0 é o erro máximo admissível). Para oferecer um número

(n) maior de sujeitos, já que se trata de uma amostragem por conglomerados, o tamanho da amostra inicial foi corrigido pelo fator 2 ($n=2n_0 \rightarrow n=800$) e dividido proporcionalmente ao número de alunos matriculados em cada escola, de onde foram sendo alocados aleatoriamente sujeitos até se atingir o tamanho pretendido da amostra.

3.4 Pontos de corte etária

Foram elegíveis para o estudo adolescentes de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 13 anos, matriculados e freqüentes nas respectivas escolas e que concederam anuência voluntária para participar da pesquisa.

Para efeitos de análise e descrição, os participantes deste estudo foram categorizados por faixa etária de acordo com os seguintes procedimentos estatísticos:

No pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), utilizando a ferramenta *Visual Bander*, a idade dos adolescentes foi definida em duas categorias, com um ponto de corte (*Cutpoint*) aos 14 anos de idade, ficando uma variável binária: ≤ 14 e ≥ 15 anos.

O mesmo procedimento de categorização das variáveis foi feito com a escolaridade (ensino fundamental e ensino médio).

3.5 Pré-teste, Seleção e capacitação de pesquisadores de campo

A primeira fase do projeto consistiu em recrutar, dentro da universidade, 24 acadêmicos de graduação nas áreas de ciências sociais e da saúde. Os acadêmicos foram capacitados, no primeiro semestre de 2008, para trabalhar dentro das escolas com os temas da sexualidade, DST/Aids e gravidez por meio de palestras, oficinas, gincanas, shows entre outras atividades lúdicas. A capacitação teve uma carga horária de 40 horas aula. Na última atividade de capacitação, os acadêmicos validaram o instrumento de coleta de dados, o

qual foi aplicado não somente a eles, mas também o aplicaram a 49 adolescentes daquelas escolas que participavam do treinamento.

Essa fase do trabalho de pesquisa permitiu realizar os ajustes necessários no conteúdo e na linguagem do instrumento de coleta de dados. No entanto, algumas questões já tinham sido validadas por estudos anteriores. Foi realizado um treinamento específico sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa, coleta de dados e alimentação do banco de dados do programa SPSS.

3.6 Coleta e lançamento dos dados no pacote estatístico

Os dados apresentados neste trabalho foram coletados em onze das doze escolas participantes do projeto, com a aplicação de um questionário já validado. Embora neste estudo não tenham sido analisadas todas as variáveis (levantadas), o questionário era composto por 98 perguntas cujas respostas poderiam ser únicas ou múltiplas. As perguntas foram agrupadas em catorze blocos específicos de acordo com a semelhança de conteúdo. O quadro que se segue mostra o agrupamento das perguntas de acordo com a semelhança de conteúdo.

Quadro 1 Blocos de perguntas segundo agrupamento por semelhanças de conteúdos.

Bloco	Conteúdo abordado nas perguntas	Nº. de questões
1	Vida pessoal – “Sobre você” e “Sobre sua religião”	07
2	Sobre seus pais	04
3	Sobre sua família, sua casa e sua vida em casa	05
4	Sobre sua vida fora de casa	03
5	Programas e ações sobre sexualidade na sua escola	07
6	Temas e metodologias de abordagem da sexualidade na sua escola	06
7	Fontes de conhecimentos prévios sobre sexualidade	02
8	Sobre sua vida afetiva	03
9	Sobre sua vida sexual	11
10	Conhecimentos sobre DST em geral e uso de camisinha	15
11	Sobre a Aids em particular	12
12	Conversas sobre sexualidade	15
13	Sobre métodos contraceptivos	06
14	Sobre seus sentimentos ao responder ao questionário	02

Os dados foram tabulados e analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS, versão 16.0 para Windows® (Inc., Chicago, Estados Unidos, 2007).

Uma vez que houve ruptura dos pressupostos de homocedasticidade e, com base nos testes estatísticos de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para idade ($Z=4,553|p<0,001$) e para idade da primeira relação sexual ($Z=2,504|p<0,001$) e também nos valores de assimetria ($p=0,620$) e curtose ($p=0,148$) para idade e assimetria ($p=0,703$) e curtose ($p=2,85$) para idade da primeira relação sexual (Tabela 1), não há elementos suficientes para afirmar que a distribuição dos dados das variáveis quantitativas é normal ou normal aproximada (Figura 1). Por conseguinte, adotamos testes não-paramétricos para efetuar as análises estatísticas. Contudo, foram feitas estatísticas de dispersão para as variáveis quantitativas discretas *idade* e *idade da primeira relação sexual*: média, moda, mediana, variância e desvio padrão (DP) (MOTTA & OLIVEIRA FILHO, 2009; PEREIRA, 2003; BARBETTA, 2007).

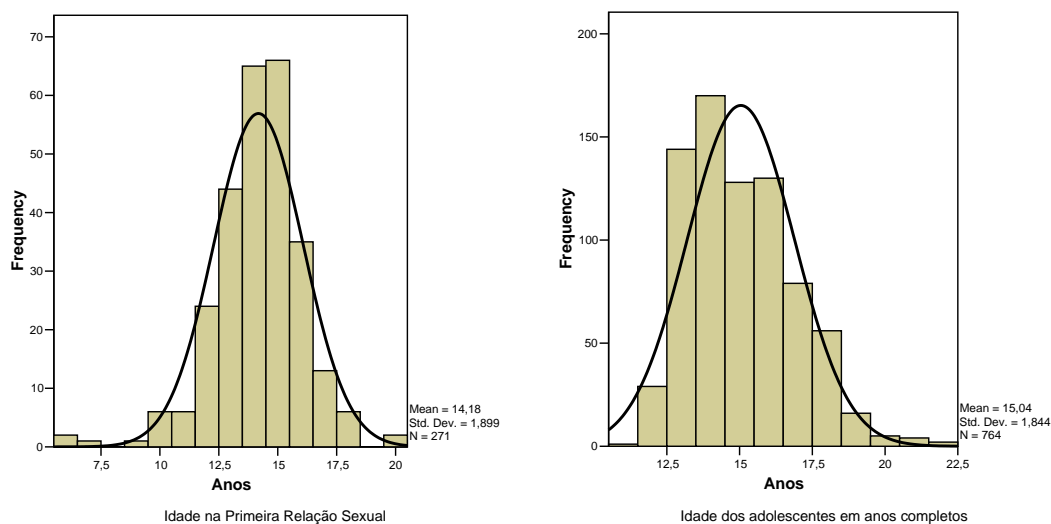


Figura 1: Histogramas da idade da primeira relação sexual e da idade dos adolescentes, mostrando teste de normalidade, média e o desvio padrão (DP).

Tabela 1: Estatísticas descritivas do teste de normalidade para idade e idade da primeira relação sexual dos adolescentes da amostra.

Variável numérica	N válido	Média		Assimetria		Curtose	
		Est.	DP	Est.	DP	Est.	DP
Idade	764	15,04	1,84	,620	,088	,148	,177
Idade da 1ª relação sexual	271	14,18	1,89	-,703	,148	2,848	,295

Portanto, as análises estatísticas de comparação de freqüências e proporções observadas em relação às freqüências esperadas entre grupos foram feitas utilizando-se o teste estatístico não-paramétrico Qui-quadrado (adotando-se o valor de *Qui-quadrado de Pearson* ou o valor do teste exato de Fisher quando indicado) e para comparação de médias foi utilizado o teste *U* de Mann-Whitney em substituição ao teste *T* de Student (MOTTA & OLIVEIRA FILHO, 2009).

3.7 Controle de qualidade

Cada questionário foi codificado. Utilizou-se a dupla digitação seguida de confrontação dos dados para assegurar a veracidade das informações lançadas no banco de dados. A revisão para verificar o completo preenchimento dos dados e informações solicitados também foi feita por dois observadores.

Inicialmente foi feita uma análise exploratória dos dados como descrita por Motta e Oliveira Filho (2009) com a finalidade de identificar eventuais erros não sistemáticos e omissões de respostas. À posterior foram feitas análises estatísticas descritivas com o uso de estatísticas de dispersão e de tendência central.

3.8 Perdas e vieses na Amostra

Todos os dados utilizados para análise neste estudo foram auto-relatados pelos sujeitos da pesquisa. Nas pesquisas desse tipo, em geral as perdas são fenômenos esperados, o que não foi exceção neste estudo.

As perdas podem ser decorrentes do mau preenchimento do questionário, de respostas em branco, da não devolução do questionário e até mesmo da recusa de participar da pesquisa. Neste estudo, as perdas observadas se deveram, em grande parte, a respostas em branco. Houve perda de uma escola que, apesar de ter concordado em participar da pesquisa, seus alunos tiveram baixa participação nas atividades do Projeto. Assim, os poucos dados coletados nessa escola não foram incluídos para análise.

Por outro lado, como se tratava de adolescentes, alguns questionários não foram devolvidos, entretanto não foi possível contabilizar as perdas relacionadas à não devolução de questionários. Na tabulação e análise dos dados, as perdas em virtude de mau preenchimento e de respostas em branco foram interpretadas como *Missing* e, por uma questão estética, não serão apresentados nos resultados.

A introdução involuntária de vieses em pesquisas é *fato* mesmo quando há rigoroso controle e eliminação de elementos que possam potencializá-los. Por se tratar de um estudo transversal, há que se considerar o *viés de lembrança* ou *de informação*. Ademais, as alternativas de resposta do tipo “Não me lembro” e “Não sei responder”, certamente podem ter contribuído para que os respondentes não apresentassem a verdadeira resposta a determinadas questões, diga-se, embaraçosas.

Não é rara na literatura a referência ao fato de que os jovens sabem muito pouco sobre suas mães (idade, escolaridade, salário) e menos ainda sobre seus pais, que muitas vezes são ausentes. Ao que alguns entrevistados podem não ter dado ou ter dado informações incorretas sobre esses aspectos.

Notou-se também certa compreensão errônea de algumas perguntas, pois alguns adolescentes de escolas públicas possuem dificuldades de leitura e de compreensão de textos, fato já relatado na literatura. Tudo isso, deve-se reconhecer, pode ter contribuído para a introdução de elementos de viés ainda que em menor grau.

3.9 Aspectos éticos

Os respondentes foram previamente cadastrados para participarem do projeto e assinaram o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) para participação em pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes menores de 18 anos de idade, além do seu consentimento, tiveram autorização por escrito dos pais ou de outro responsável para participarem do Projeto.

O TCLE informava a natureza, os objetivos e a metodologia da pesquisa ressaltando os benefícios, a ausência de danos/riscos e a confidencialidade das informações. O mesmo concedia a liberdade de retirar-se da pesquisa e das atividades de extensão a qualquer momento. O pré-projeto e o TCLE foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) sob o Parecer Consubstanciado nº. 800/2007 e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o nº. ETIC 0486.0.203.000-10.

4 RESULTADOS

Parte dos resultados será apresentada na forma de dois artigos completos publicados pela revista Motricidade em 2012 e que constam não no corpo da dissertação mas como anexos (Anexo I e Anexo II) em respeito aos direitos autorais cedidos à revista Motricidade pelos autores. A outra parte dos resultados será apresentada na forma tradicional nesta secção.

ARTIGO I

Vide anexo I na pg. 82

ARTIGO II

Vide Anexo II na pg. 83

4.3 Os Perfis de vulnerabilidades

A vulnerabilidade dos adolescentes sexualmente ativos aos agravos à saúde sexual e reprodutiva pode ser dimensionada ao se agruparem as características comportamentais frente ao sexo com os conhecimentos que eles possuem sobre esses assuntos. As características comportamentais frente ao sexo referem-se ao uso sistemático ou não do preservativo enquanto que nos conhecimentos valoriza-se a posse de bons conhecimentos sobre os modos de transmissão e de prevenção desses agravos.

Nisso, com base nas características comportamentais frente ao sexo apresentadas no tópico anterior e nos níveis de conhecimento apresentados a seguir, serão traçados os perfis de vulnerabilidade juvenil à gravidez não-planejada e à infecção pelo HIV e outras DST.

A distribuição percentual de adolescentes, por gênero, segundo os escores classificatórios obtidos nas respostas corretas dadas às perguntas sobre modos de transmissão e de prevenção do HIV é dada na Tabela 2. A quantidade de perguntas corretas foi agrupada pela ferramenta *Visual Binning* com utilização do recurso *Count* do SPSS para conferir um escore de zero (mínimo) a quatro (máximo) à quantidade de respostas certas.

A média geral de escore, que varia de 0 a 4, foi 2,87, sendo 2,88 para as meninas e 2,85 para os meninos. 7,3% dos adolescentes como um todo não atingiu o escore médio, isto é, acertou menos de 50% das perguntas. Nisso, 4,6% obtive o escore mínimo, zero, tendo acertado no máximo 20% das questões. Por outro lado, 74,6% (percentual cumulativo) dos adolescentes superaram o escore médio, por outras palavras, acertaram mais de 70% das perguntas, embora somente 24,0% dos adolescentes tenham obtido o escore máximo, isto é, acertaram de 90 a 100% das perguntas.

Já 18,1% dos respondentes acertaram 50% a 60% das questões e 50,6% acertaram de 70 a 80% dos questionamentos. No entanto, os escores em que

foram observadas as maiores proporções foram o escore 3 e o escore 4, respectivamente com 50,6% e 24,0% de adolescentes acertando as respostas.

Tabela 2: Escores de acerto sobre modos de transmissão/prevenção da infecção pelo HIV segundo gênero, Montes Claros, 2008. (10 perguntas selecionadas)

Escore ⁽¹⁾	Quantidade de Respostas corretas	Meninas	Meninos	Total	
		(N=567) %	(N=208) %	n	%
0	0 a 2	4,2	5,8	36	4,6
1	3 a 4	2,6	2,9	21	2,7
2	5 a 6	18,7	16,3	140	18,1
3	7 a 8	50,1	51,9	392	50,6
4	9 a 10	24,3	23,1	186	24,0
Escore médio ⁽²⁾		2,88	2,85	2,87	

⁽¹⁾Nível descritivo do teste qui-quadrado para gênero: p=0,832

⁽²⁾Nível descritivo do teste U de médias para gênero: p=0,937

Escore: 0= vulnerabilidade muito alta, 1= alta, 2=moderada, 3=baixa, 4= muito baixa.

Não houve diferença estatisticamente significativa tanto nas proporções observadas por escore obtido quanto na comparação de escores médios entre meninas e meninos ($p>0,05$). A análise dos escores obtidos de acordo com a escolaridade dos adolescentes na Tabela 3 mostra um padrão distinto do anterior apenas pela diferença estatisticamente significativa na comparação tanto dos escores obtidos quanto dos escores médios entre os graus de escolaridade ($p<0,001$).

O escore médio dos alunos do ensino fundamental foi 2,79 e dos alunos do ensino médio foi 3,09, sendo que o escore médio geral foi 2,87. Nisso, 7,3% dos respondentes não atingiram o escore médio, ou seja, acertaram até 40% das questões, sendo 8,0% do ensino fundamental contra 5,3% do ensino médio. A maioria dos adolescentes, 50,6%, obteve o escore 3, seguido do escore 4, alcançado por 24,0% dos adolescentes (Tabela 3).

Destacando a diferença estatisticamente significativa entre os dois níveis de ensino, nota-se, na tabela 3, que 20,9% dos alunos do fundamental acertaram 50 a 60% das perguntas (escore 2) enquanto que entre os alunos do ensino médio, o percentual que obteve o mesmo escore foi apenas de 10,1%, metade do observado entre os estudantes do ensino fundamental. Enfatiza-se ainda a

diferença nas proporções de alunos do fundamental e do médio que obtiveram o escore máximo, 21,3% *versus* 31,7%.

Tabela 3: Escores de acerto sobre modos de transmissão/prevenção da infecção pelo HIV segundo escolaridade, Montes Claros, 2008. (10 perguntas selecionadas)

Escore ⁽¹⁾	Quantidade de Respostas corretas	Alunos do Fundamental	Alunos do médio	Total	
		(N=567) %	(N=208) %	n	%
0	0 a 2	5,3	2,4	36	4,6
1	3 a 4	2,7	2,9	21	2,7
2	5 a 6	20,9	10,1	140	18,1
3	7 a 8	49,8	52,9	392	50,6
4	9 a 10	21,3	31,7	186	24,0
Escore médio ⁽²⁾		2,79	3,09	2,87	

⁽¹⁾ Nível descritivo do teste qui-quadrado para escolaridade: $p=0,001$

⁽²⁾ Nível descritivo do teste *U* para escolaridade: $p=0,001$

Escore 2 considerado ponto de corte para fracos (≤ 2) e bons (> 2) conhecimentos.

A figura 2, na próxima página, mostra um modelo de fluxograma para a determinação do grau de vulnerabilidade dos adolescentes sexualmente ativos, considerando dois fatores de risco para infecção pelo HIV e gravidez: 1) uso consistente ou não de camisinha e 2) posse de bons ou fracos conhecimentos sobre os modos de transmissão e de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e de gravidez.

Nota-se no fluxograma que há quatro possíveis perfis de vulnerabilidade para adolescentes com experiência sexual: 1) adolescentes que fazem uso consistente de camisinha e possuem bons conhecimentos; 2) adolescentes que fazem uso consistente de camisinha, mas possuem fracos conhecimentos; 3) adolescentes que não fazem uso consistente de camisinha e possuem bons conhecimentos e 4) adolescentes que não fazem uso consistente de camisinha e possuem fracos conhecimentos.

Em suma, quanto mais á esquerda do fluxograma se encaixar o perfil do adolescente, maior o grau ou nível de vulnerabilidade e quanto mais à direita, menor será o grau de suscetibilidade. Observe-se, nesse fluxograma, que não há nível de ausência de vulnerabilidade, isto é, de risco nulo.

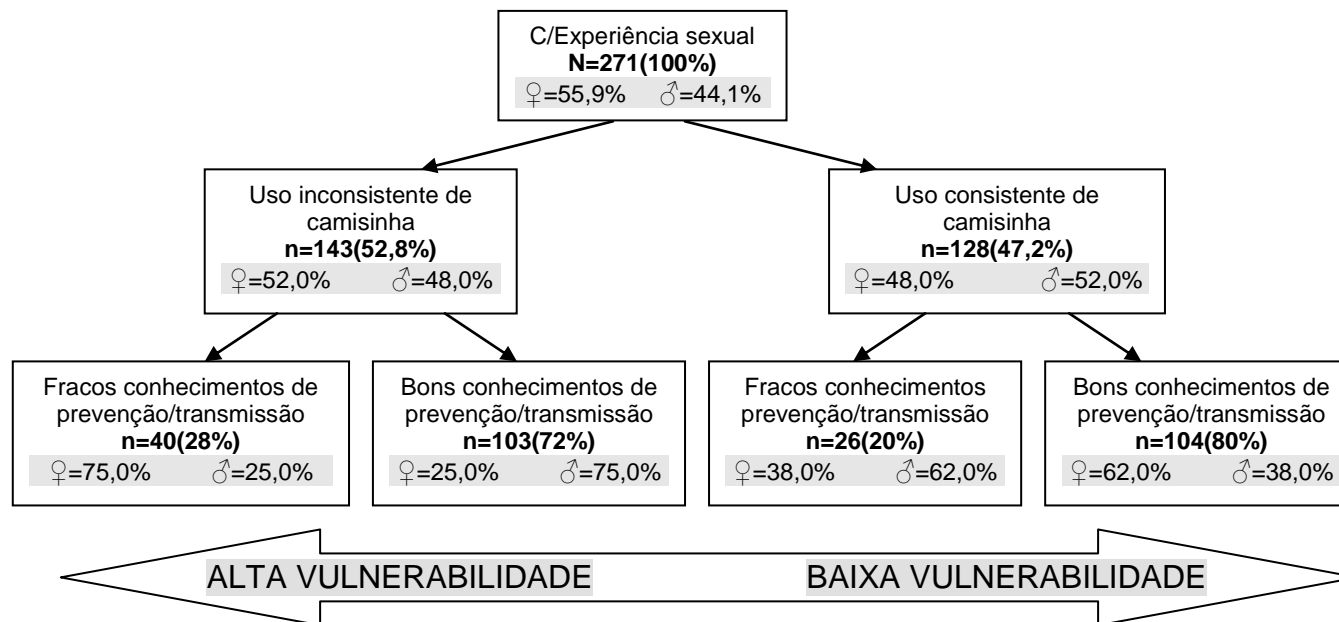


Figura 2: Perfis de vulnerabilidade dos adolescentes com experiência sexual segundo o padrão de uso de camisinha e o nível de conhecimentos.

1. Os percentuais referentes a gênero foram arredondados para reduzir decimais.
2. Nível descritivo do qui-quadrado para gênero: uso de camisinha $p=0,007$. Escore de conhecimentos para uso consistente de camisinha $p=0,282$. Escore de conhecimentos para uso inconsistente de camisinha $p=0,531$.

Constata-se na análise do fluxograma que dos adolescentes com experiência sexual, 128 (47,2%) relataram uso consistente de camisinha, dos quais 80,0% possuíam bons conhecimentos sobre modos de prevenção e de transmissão dos agravos à saúde sexual e reprodutiva, contra 20,0% que tinham fracos conhecimentos. A diferença estatisticamente significativa ($p=0,007$) no uso consistente de camisinha entre os gêneros revela maior vulnerabilidade das meninas, como foi discutido anteriormente. Embora as adolescentes revelem mais e maior conhecimento, não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,282$) entre os gêneros.

O uso inconsistente de camisinha foi auto-relatado por 143 (52,8%), sendo maioria (52,0%) as meninas, com diferença estatisticamente significativa na comparação entre gêneros. Não houve diferença significativa quanto a conhecimentos ($p=0,531$).

Por outro lado, quase metade deles (52,0%) admitiu fazer uso inconsistente do preservativo. Entre os que fazem uso inconsistente do preservativo, observa-se ainda que a maioria, 73,0%, possuía bons conhecimentos enquanto que somente 27,0% não tinha bons conhecimentos sobre os modos de prevenção e de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez.

Esses dados, concordando com os de outros estudos já citados, mostram que o nível de conhecimento dos adolescentes sobre DST/HIV/Aids e gravidez é consideravelmente satisfatório. Entretanto, outros estudos demonstraram o contrário, como o de Saldanha e cols. (2008) que evidenciou pouco conhecimento de métodos preventivos, predominantemente entre os rapazes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve predomínio de adolescentes do sexo feminino, da raça/cor preta ou pardo, com idades até os 17 anos, representando bem os adolescentes, objetos deste estudo. Na sua maioria estavam matriculadas no ensino fundamental, residiam com ambos os pais e eram praticantes da religião católica.

Os resultados do estudo mostraram diferenças substanciais entre meninos e meninas no que diz respeito ao comportamento sexual e, por conseguinte, à vulnerabilidade aos agravos à saúde sexual e reprodutiva. A idade média da primeira relação sexual foi substancialmente menor para os meninos. Notou-se, em ambos os sexos, iniciação sexual relativamente precoce, com destaque para a média de idade da primeira relação sexual dos rapazes. Embora o contingente total da amostra com experiência sexual não tenha sido grande, a proporção de adolescentes do sexo masculino com experiência foi alta em comparação à das meninas, super-representadas na amostra. As maiores proporções de experiência sexual entre os meninos, provavelmente se devem às pressões sociais no sentido de que os meninos tenham, não só mais cedo, mas também mais regularmente a atividade sexual.

Houve relatos de história de DST e registro de filhos, com destaque para os que ocorreram em meninas com menos de 15 anos. Embora esses relatos tenham sido poucos, são constatações reais da exposição dos adolescentes tanto ao risco de gravidez não-planejada quanto de infecção pelo HIV. E, isso tem relação com a prevalência de uso de camisinha na primeira, na última e nas outras relações sexuais que apenas foi maior entre os meninos. Esse achado evidencia que as meninas, embora iniciem a atividade sexual, ligeiramente mais tarde que os meninos, encontram-se mais vulneráveis em virtude do não uso sistemático do preservativo, justificado pela confiança que elas têm nos parceiros.

Em relação ao baixo uso de camisinha pelas meninas, essa situação pode estar a refletir o seu poder de negociar seu uso com os meninos, pois a

adolescente, mesmo tendo bons conhecimentos sobre os métodos preventivos e sobre a importância do uso do preservativo, não se sente empoderada para negociar seu uso com o parceiro, o que a torna mais vulnerável às DST, à gravidez não-planejada e, conseqüentemente, em alguns casos, ao aborto clandestino.

Estudos têm mostrado que o uso do preservativo é uma prática bastante complexa, em especial entre os adolescentes, e é influenciado tanto por questões referentes ao gênero, ao acesso, às crenças e conhecimentos pessoais como por aspectos afetivos (parceiro estável ou ocasional) e sexuais. Nisso, a constatação de que as meninas usam menos o preservativo que os meninos além de ter relação com o baixo poder que as mulheres têm para negociar seu uso com o parceiro, é provável que elas estejam a fazer uso, freqüentemente, de outro método contraceptivo que não seja o preservativo.

Os adolescentes apresentaram bons níveis de conhecimentos sobre os modos de prevenção e de transmissão dos agravos à saúde sexual e reprodutiva. No entanto, é de se ressaltar que, apesar das campanhas de informação, em algumas perguntas houve baixas proporções de respostas corretas, com destaque para as questões sobre sexo oral, sexo anal e compartilhamento de roupas íntimas. Ademais, o bom nível de conhecimento, ao que parece, não está refletido nas condutas sexuais dos adolescentes, evidenciadas pelas taxas relatadas de uso de preservativo; o que reafirma a assertiva de que a simples posse de conhecimentos não muda as atitudes.

Os níveis de conhecimento de métodos contraceptivos foram bons, sendo o preservativo predominantemente conhecido por ambos, meninos e meninas. Contudo, alguns aspectos subjetivos avaliados como forma de mensurar as vulnerabilidades dos adolescentes apresentaram maiores proporções de não aceitação ou inconformidade; demonstrando que, embora estejam presentes bons conhecimentos, os aspectos culturais, as crenças e os estereótipos podem ser os maiores obstáculos na adoção de práticas de auto-cuidado entre adolescentes frente à sexualidade.

Destaque-se que o papel social da mulher não emancipada e sem informação para a tomada de decisões pode aumentar suas vulnerabilidades, visto que as relações de poder, de gênero e o seu papel cultural numa sociedade machista e patriarcal, especialmente em países em desenvolvimento e com grandes desigualdades nos direitos entre homens e mulheres, pois limitam seu poder de negociar de práticas sexuais seguras, ainda mais quando se trata de meninas adolescentes. Por esses e outros motivos, é fundamental que sejam traçadas estratégias de prevenção mais efetivas para as mulheres, especialmente para as adolescentes, pois parece uma estratégia fundamental para diminuir o desequilíbrio de poder entre homens e mulheres, de modo a flexibilizar normas de gênero, proporcionar capacidades para mudar condutas e emancipar as meninas para negociarem com seus parceiros práticas sexuais protetivas.

Embora tenha se constatado início precoce de atividade sexual (antes dos 15 anos de idade) e relativo uso inconsistente de camisinha como comportamentos de risco, o estudo constatou que parte dos adolescentes possui bons conhecimentos, pratica o auto-cuidado, em geral pelo uso de camisinha, o que sugere que essa porção de adolescentes encontre-se mais à direita do fluxograma de perfis de vulnerabilidades aos agravos à saúde sexual e reprodutiva.

Concluindo, a constatação de que há diferenças entre os adolescentes e as adolescentes em aspectos importantes do comportamento sexual deve ser levada em consideração na formulação de estratégias de promoção de saúde sexual e reprodutiva da população jovem.

Enfim, algumas limitações deste estudo podem ter relação com a natureza das perguntas, de cunho íntimo, o que pode ter levado alguns respondentes a darem respostas falso-negativas. Por se assim dizer, podem-se citar, como possíveis limitações a dificuldade em relatar experiências íntimas, o viés de lembrança ou de informação, o grau de compreensão de textos por parte dos entrevistados já que se utilizou um questionário auto-aplicável. E, em se tratando de estudo com adolescentes no espaço escolar, algumas questões podem ter sido superestimadas, como por exemplo, o uso de camisinha, uma

vez que os adolescentes tenderiam a dar respostas que consideram mais adequadas ou corretas, mas que não retratam a verdade. Contudo, acreditamos que essas possíveis limitações não comprometeram os resultados do estudo, uma vez que foi feito um teste piloto para minimizar o efeito desses obstáculos e foi garantido o anonimato e a confidencialidade das informações aos participantes.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. Adolescência. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M.; FERRE, E.S.L.; GOLDSTEIN, R.Z.; JARAST, S.G.; KALINA, E.; PAZ, L.R. **Adolescência**. 6ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1990. p.15-32.

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 10ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1992. p.24-62.

ABRAMOVAY, M. **Juventudes e Sexualidade**. Miriam Abramovay, Mary Garcia Castro e Lorena Bernadete da Silva (org.). Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M.J.; PINHEIRO, L.C.; LIMA, F.S.; MATINELLI, C.C. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, BID, 2002.

AIRÈS, F.P. **História Social da Criança e da Família**. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1978.

ALMEIDA, J.M.R. **Adolescência e Maternidade**. 2ª ed. Lisboa: FCG. 2003.

ALMEIDA, M.C.C.; AQUINO, E.M.L.; BARROS, A.P. Trajetória escolar e gravidez na adolescência entre jovens de três capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, 2006; 7(22): 1397-1409.

ALMEIDA, M.C.C.; AQUINO, E.M.L.; GAFFIKIN, L.; MAGNANI, R.J. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Rev. Saúde Pública**, 2003; 37: 566-75.

ALVES, C.A.; BRANDÃO, E.R. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009; 14(2): 661-670.

ANTUNES, Maria Cristina et al. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública** [online] 2002; 36(supl.4): 88-95.

ARAÚJO, T.W.; CALAZANS, G. **Prevenção das DST/Aids em adolescentes e jovens; brochuras de referência para os profissionais de saúde**. São Paulo: Secretaria de Saúde/Coordenação Estadual de ADT/Aids, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

AYRES, J.C.R.M.; FRANÇA, J.I.; CALANZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.S. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. São Paulo:_, 2003.

AYRES, J.R.C.M. **Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas**. São Paulo: Casa de Edição, 1996.

BAPTISTA, C.J.; MACIEL, A.G.; CALDEIRA, A.P. DST/Aids Gravidez: relato de experiência de prevenção com adolescentes nas escolas de Montes Claros. **Rev. Intercambio**, jun/dez, 2009a; 1(1): 153-7.

BAPTISTA, C.J.; MACIEL, A.G.; CALDEIRA, A.P.; SOUZA, A.C.C. Os Parâmetros Curriculares Nacionais e a “Orientação Sexual” nas escolas brasileiras: a prática pela prática. **I Congresso Norte-Mineiro de Pesquisa em Educação**. Práticas Educativas: fazer local e pensar global, 2009b. Anais: 1 CD. 15p.

BARBETTA, P.A. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 5ª ed. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2003.

BARCKER, S.L.; CASTRO, D.M.F. Gravidez na adolescência: dando sentido ao acontecimento. In: CONTINI, M.L.J.; KOLLER, S.H (org.). **Adolescência e Psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p.78 - 84.

BEE, H.L. **A criança em desenvolvimento**. 9ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BESERRA, E.P., PINHEIRO, P.N.C.; ALVES, M.D.S; BARROSO, M.G.T. Adolescência e vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis: uma pesquisa documental. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, 2008; 20(1): 32-35.

BESERRA, E.P.; ARAÚJO, M.F.M.; BARROSO, M.G.T. Promoção da saúde em doenças transmissíveis - uma investigação em adolescentes. **Acta Paul de Enferm**, 2006; 19(4): 402-7.

BOCK, A.M.B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Rev. Ass. bras Psi. Esc e Educ.**, 2007; 11(1): 63-76.

BORGES, A.L.V.; NICHATA, L.Y.I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2006; 14(3): 422-7.

BORGES, A.L.V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2005; 21(2): 499-507.

BRANDÃO, E.R.; HEILBORN, M.L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2006; 22(7): 1421-1430.

BRASIL, L. *et al.* Mudanças no comportamento sexual do adolescente decorrentes do surgimento da SIDA no contexto social. **Aná. Psicológica**, nov. 2000; 18(4): 465-483.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº. 8.069/90. Título I - Das disposições preliminares - Art. 2º. Brasília: DF, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília (DF): 2009; 6(1): 8-9.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids. BERQUÓ, E.S. e cols. (org.) CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999. Disponível em: [URL:http://www.aids.gov.br/geral.pdf](http://www.aids.gov.br/geral.pdf) [Acesso em set 2010].

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/Aids. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids; 2000. Disponível em: [URL:http://www.aids.gov.br/geral.pdf](http://www.aids.gov.br/geral.pdf) [Acesso em set 2010].

BRÊTAS, J.R.S.; OHARA, C.V.S.; JARDIM, D.P.; MUROYA, R.L. Conhecimento sobre DST/Aids por estudantes adolescentes. **Rev. Esc Enferm USP**, 2009; 43(3): 551-7.

CAMARGO, B.V.; BOTELHO, L.J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, 2007; 41:1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5296.pdf>. [Acesso em ago de 2010].

CAMARGO, B.V.; BERTOLDO, R.B. Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 2006; 23(4): 369-79.

CAMPOS, D.M.S. **Psicologia da Adolescência: normalidade e psicopatologia**. 11ª ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

CARDOSO, C.P.; COCCO, M.I.M. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2003; 11(6): 778-85.

CASSAMO, H.; GRÃS, M.E.; PLANES, M. Expectativas, actitudes y normas percibidas respecto al uso del preservativo por los jóvenes en Mozambique. **Sexología Integral**, 2005; 2(4): 173-179.

CASSAMO, H.; PLANES, M.; GRÃS, M.E. Uso del preservativo em estudantes de secundaria de Mozambique. Diferencias en razón del género y del tipo de pareja. **C. Med. Psicossom**, 2008; nº. 86/87: 60-68.

COLE, M.; COLE, S.R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. Magda França Lopes (trad.) 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, cap. 16, p. 660-712, 2004.

COUTINHO, M.F.G.; BESERRA, I.C.R. Desenvolvimento puberal normal e suas alterações. In: COUTINHO, M.F.G & BARROS, R.R. **Adolescência: uma abordagem prática**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.33-47.

DE BONI, R.; PECHANSKY, F. Age and gender as risk factors for the transmission of HIV in a sample of drug users of Porto Alegre, Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2002; 24(3): 137-140.

DESSUNTI, E.M.; REIS, A.O.A. Psychosocial and behavioral factors associated to STD/Aids risk among health students. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2007; 15(2): 267-74.

FERNÁNDEZ, D.M. e cols. Changes in HIV/AIDS knowledge among early adolescents in Puerto Rico. **Ethn Dis**. 2008; 18[Suppl 2]:S2-146–S2-150.

FERREIRA, M.P. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2): S213-S222, 2003.

FERREIRA, M.P; GRUPO DE ESTUDOS EM POPULACAO, SEXUALIDADE E AIDS. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública** [online] 2008; 42(supl.1): 65-71.

FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade e política**. Manoel Barros da Motta (org.) Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa (tradução). 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRANÇA, J.L.; VASCONCELLOS, A.C. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 8ª ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007.

GELUDA, K.; BOSI, M.L.M.; CUNHA, A.J.L.A.; TRAJMAN, A. "Quando um não quer, dois não brigam": um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online] 2006; 22(8): 1671-1680.

GIR, E.; MORIYA, T.M.; HAYASHIDA, M.; DUARTE, G.; MACHADO, A.A. Medidas preventivas contra a aids e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 1999; 7(1): 11-7.

GOLDENBERG, P; FIGUEIREDO, MCT; SILVA, RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2005; 21(4): 1077-1086.

GONÇALVES, H.; KNAUTH, D.R. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. **Rev. Antropol.**, 2006; 49(2): 625-43.

GORDIS, L. **Epidemiologia, Quarta edição**. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

GUJRAL, L.M.; BARRETO, A. Sexual activity knowledge and condom use among youth in Mozambique. **International Conference on AIDS**. 2004; Jul 11-16, Abstract: Tu PeC4791. Disponível em: <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/102282608.html> [Acesso de set.2010].

GUNE, E.. Momentos *liminares*: dinâmica e significados no uso do preservativo. **Anál. Social**, Apr. 2008, no.187, p.297-318.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa *versus* pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psic.: Teor. e Pesq.** [online]. 2006; 22(2): 201-209.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença**. Eliane Mussnich (trad.). 2ª Ed. Porto Alegre : Artes Medicas,1994.

HURLOCK, E.B. Desenvolvimento do adolescente. Auriphebo Berrance Simões (tradução) São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1979.

IBGE. Censo Demográfico 2000. Dados de População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade – Brasil. 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil11.shtm> Acesso em 20/09/2010. [Acesso em set. 2010].

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Produto Interno Bruto dos Municípios, 2003-2006*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2006/tab01.pdf> [Acesso em 02 de novembro de 2009].

INE. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Inquérito Nacional Sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Adolescentes e Jovens, INJAD. Relatório Final, Maputo, Moçambique: INE, 2003. Disponível em: http://www.ine.gov.mz/inqueritos_dir/injad/injad_2003. [Acesso em out. 2010].

JEOLÁS, L.S. Os Jovens e o Imaginário da Aids: notas para uma construção social do risco. **Campos**, 4:93-112, 2003. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/campos/article/viewFile/1600/1348>. [Acesso em: 27/09/2010].

LAPLANCHE, J. Freud e a sexualidade: o desvio biologizante. Lucy Magalhães (trad.) Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

LEAL, M.M.; SAITO, M.I. Síndrome da Adolescência Normal. In: Maria Ignez Saito; Luis Eduardo Vargas da Silva e Marta Miranda Leal. **Adolescência: Prevenção e Risco**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, cap.8, 81-92, 2008.

LOSACCO, S. O jovem e o contexto familiar. In: Ana Rosa Costa; Maria Amalia Faller Vitale (org.) **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos Especiais - PUC/SP, 2005. p.63-76.

MAAKAROUN, M.F. et al. **Tratado de Adolescência: um estudo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Cultura médica, 1991.

MACPHAIL, C.; CAMPBELL, C. 'I think condoms are good but, aai, I hate those things': condom use among adolescents and young people in a southern African township. **Social science and medicine**, 2001; 52 (11):1613-27.

MARTINS, L.B.M. et al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online] 2006; 22(2): 315-323.

MAUCH, S.D.N.; CABRAL, C.M.C.; PINHEIRO, Z.E.D.; PARCA, J.M. Gravidez na adolescência: um estudo sobre o problema em Santa Maria - DF. **Brasília med.**, 2005; 42(1/2): 16-23.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MIOTO, R.C.T. A maternidade na adolescência e a (des)proteção social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez. ano XXVI, nº. 83, 2005; p.128-46.

MONTES CLAROS. Prefeitura Municipal. Atlas escolar histórico, cultural e geográfico do Município de Montes Claros Estado de Minas Gerais. Prefeitura Municipal de Montes Claros. Montes Claros, MG: Secretaria Municipal de Educação, 2006.

MOTTA, V.T.; OLIVEIRA FILHO, P.F. **SPSS - Análise de dados biomédicos**. Rio de Janeiro: Medbook, 2009.

MUSSEN, P.H.; CONGER, J.J.; KAGAN, J.E.; HUSTON, A.C. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. São Paulo: Editora Harbra, 1995.

NETTO, S.P. **Psicologia da Adolescência**. 5ª ed. São Paulo: Pioneira, 1976.

NEVES, J.L. Pesquisa quantitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno Pesq. Administração**, 1996; 1(3). 5p. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf> [Acesso em 20 de agosto de 2009].

NICHIATA, L.Y.I.; BERTOLOZZI, M.R.; TAKAHASHI, R.F.; FRACOLLI, L.A. A utilização do conceito "Vulnerabilidade" pela Enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2008; 16(5):_.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Adolescent health and development in *nursing and midwifery education*. Genebra, OMS, 2004. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EIP_HRH_NUR_2004.1.pdf [Acesso em out. 2010].

ONUSIDA. Mozambique. Country situation analysis. 2007. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/mozambique.asp> [Acesso em set. 2010].

OSÓRIO, L.C. **Adolescente hoje**. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PAIS, J.M. A construção sociológica da juventude: alguns contributos. **Revista Análise Sociológica**, 1990; XXV(105/106): 139-165.

PAIVA, V.; CALAZANS, G.; VENTURI, G.; DIAS, R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, 2008; 42(Supl 1): 45-53.

PAULILO, M.A.S., JEOLAS, L.S. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. **Ciênc Saúde coletiva**, 2005; 10 (1): 175-84.

PEREIRA, A. SPSS: Guia prático de utilização - Análise de dados para ciências sociais e psicologia. 4ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000.

PETRI, V. AIDS e Adolescência. In: Maria Ignez Saito; Luis Eduardo Vargas da Silva e Marta Miranda Leal. **Adolescência: Prevenção e Risco**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, cap.42, 477-487, 2008.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Ranking do IDH-M dos municípios do Brasil. PNUD. 2000. Disponível em [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20de%20crescente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20de%20crescente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm) [Acesso em 03 de novembro de 2009].

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008 – Combater as Mudanças do Clima: Solidariedade Humana em um mundo dividido. PNUD, 2007. Disponível em: http://www.pnud.org.br/arquivos/release_idh.pdf [Acesso em 03 de novembro de 2009].

PRAÇA, N.S.; GUALDA, D.M.R. Percepção de risco para HIV/AIDS de mulheres faveladas segundo o modelo de crenças em saúde. **Rev. Esc Enf USP**, 2001; 35(1): 54-9.

PRATA, N.; MORRIS, L.; MAZIVE, E.; VAHIDNIA, F.Y.; STEHR, M. Relationship between HIV risk perception and condom use: evidence from a population-based survey in Mozambique. **Inter. Family Plannig Perspectives**, 2006; 32 (4): 192-200. DISPONIVEM EM: <http://www.jstor.org/stable/4147639> [Acesso em: 29/10/2010 17:56].

REIS, A.O.A. O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: Avatares. [Tese Doutorado] Faculdade de Saúde Pública – USP. São Paulo, 1993.

SAITO, M.I. Visão histórica da Sexualidade: reflexões e desafios. In: Maria Ignez Saito; Luis Eduardo Vargas da Silva e Marta Miranda Leal. **Adolescência: Prevenção e Risco**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, cap.10, 99-105, 2008.

SAITO, M.I.; SILVA, L.; VARGAS, E. Adolescência: Prevenção e Risco. São Paulo, 2001, p. 34-128.

SALDANHA, A.A.W. et al. Comportamento Sexual e Vulnerabilidade à Aids: Um Estudo Descritivo com Perspectiva de Práticas de Prevenção. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, 2008; 20(1): 36-44.

SALLES, L.M.F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estudos de Psicologia**, 2005; 22(1): 33-41.

SANTOS, N.J.S.; TAYRA, A.; SILVA, S.R.; BUCHALLA, C.M.; LAURENTI, R. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev. Bras. Epidemiol.**, 2002; 5(2): 286-310.

SILVA, L.E.V.; LEAL, M.M. Crescimento e Desenvolvimento Puberal. In: Maria Ignez Saito; Luis Eduardo Vargas da Silva e Marta Miranda Leal. **Adolescência: Prevenção e Risco**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, cap.5, 49-66, 2008.

SILVA, P.D.B; OLIVEIRA, M.D.S; MATOS, M.A; TAVARES, V.R; MEDEIROS, M.; BRUNINI, S.; TELES, S.A. Comportamento de risco para Doenças Sexualmente transmissíveis em Adolescentes Escolares de baixa renda. **Rev. Eletronica Enf**, 2005; 02(07): 185-189. Disponível em: www.fen.ufg.br [Acesso em 26/11/2009].

SILVEIRA, M.F.; BÉRIA, J.U; HORTA, B.L.; TOMASI, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Rev. Saúde Pública**, 2002; 36(6): 670-7.

SOUZA, C.Z.V.G. Juventude e contemporaneidade: possibilidades e limites. **Ultima década**, Chile. n.º 20, 2004, p. 47-69.

SPRINTHALL, N.A; COLLINS, W.A. **Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista**. Cristina Maria Coimbra Vieira (trad.) 3ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

TAMAYO, A.; LIMA, A.; MARQUES, J; MARTINS, L. Prioridades axiológicas e uso do preservativo. **Psicol Reflex Crít.**, 2001;14(1):167-75.

TEIXEIRA, A.M.F.B; KNAUTH, D.R.; FACHEL, J.M.G.; LEAL, A.F. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006; 22(7): 1385-1396.

TORRES, C.A.; BESERRA, E.P.; BARROSO, M.G.T. Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. **Esc. Anna Nery** [online] 2007; 11(2): 296-302.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A.; PINHEIRO, V.S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicologia & Sociedade**, 2002; 14 (2): 133-147.

VITALLE, M.S.S.; SCHOR, N.; MEDEIROS, E.H.G.R. ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA. **Guia da adolescência: uma abordagem ambulatorial**. Maria Sylvia de Souza Vitalle, Élide Helena Guidolini da Rocha Medeiros (coord.) Barueri, SP: Manole, 2008.

WINNICOTT, D.W. **A família e o desenvolvimento individual**. Marcelo Brandão Cipolla (trad.) 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.

ZAMBERLAM, C.O. **Os Novos Paradigmas da Família Contemporânea: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

FRANCO, M.A. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

APÉNDICES

Apêndice I

Relação das escolas efetivamente participantes do Projeto Saúde Escola - Sexo sem grilo - 2008-2009

NOME DA ESCOLA	ENDEREÇO
E.E. Armênio Veloso	Rua Valfranio, nº 192, Lourdes
E.E. Beato José de Anchieta	Rua O, nº 90, Cristo Rei
E.E. Benjamim Versiane dos Anjos	Av. Bio Lopes, nº 733, Alice Maia
E.E. Delfino Magalhães	Rua Anenida Neco Delfino, nº 627, Delfino Magalhães
E.E. Dom Aristides Porto	Rua capitão Eneas, nº 170, Morrinhos
E.E. Francisco Lopes da Silva	Rua São Mateus, nº 1500, Todos Santos
E.E. Levi Durães Peres	Rua Cel. Luiz Alaia, nº 1355, Santa Lúcia
E.E. Vereador Francisco Tófani	Rua Pananá, nº 132, Roxo Verde
E.M. Alcides Carvalho	Rua Demerval Campos, nº 261, Vera Cruz
E.M. Jason Caetano II	Av. Lauro Dias de Sá, nº 369, Santo Antônio
E.M. Profª. Maria de Lourdes Pinheiro	Rua Portugal, nº 141, Independência

Apêndice II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PROTEÇÃO A RISCOS, A DESCONFORTOS E À CONFIDENCIALIDADE DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS

Área de Conhecimento: **Ciências da Saúde**

Nível de atuação: **Prevenção**

Público alvo: **Adolescentes e Jovens (faixa de 13 a 21 anos de idade)**

Locais: **em doze (12) Escolas públicas da cidade de Montes Claros**

Coordenador: Dr. Antonio Prates Caldeira

Pesquisador: Cremildo João Baptista

Justificativa

Pela ausência, tanto nas escolas quanto no setor da saúde da cidade, de um programa continuado de Promoção à Saúde do Adolescente e do Jovem, que apenas testemunham ações preventivas nos dias 1^{os} de Dezembro, e pela importância do assunto em todo o país e no mundo, especialmente naquela faixa etária, há uma necessidade de se promover uma educação preventiva continuada contra DST/AIDS e Gravidez Precoce numa cidade que é pólo educacional.

Metodologia/procedimentos

Disponibilização de palestras, debates, oficinas, brincadeiras, jogos e outras atividades instrumentais e culturais. Aplicação de questionário com perguntas sobre a vida afetiva, sexual e familiar.

Benefícios

Os Adolescentes e Jovens receberão estímulo, atenção e orientação para desenvolverem de forma coletiva e individual medidas de prevenção às DST/AIDS e Gravidez Precoce, preservando, assim, o seu bem-estar físico, mental e social. Uma vez que a finalidade do Projeto é reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes a situações de risco, isso não só beneficiará os Adolescentes e Jovens, como também beneficiará a saúde pública da cidade em geral.

Desconfortos e riscos

A implementação do Projeto não acarreta quaisquer riscos presumíveis aos participantes.

Danos

As atividades do Projeto, palestras, debates, oficinas, reflexões, jogos, brincadeiras, não pressupõem quaisquer danos aos participantes.

Confidencialidade das informações

A metodologia de trabalho deste Projeto não prevê colher informações com a identificação das fontes ou dos seus participantes. Durante os debates e reflexões serão levantadas as principais vulnerabilidades dos adolescentes às DST/AIDS e Gravidez Precoce a fim de elaborarmos recomendações que contribuam com a organicidade de futuras ações de educação preventiva e orientem a elaboração de estratégias de promoção de Educação em Saúde para adolescentes e jovens. Isso não requer coleta direta de informações individuais nem a identificação dos participantes, no entanto, garante-se a confidencialidade em quaisquer situações que a exijam.

Compensação/indenização

Uma vez que o projeto vai beneficiar os próprios participantes, não se prevê qualquer outro tipo de compensação. E, por não pressupor a riscos, não causar danos e nem desconfortos não são previstas, para este Projeto, quaisquer indenizações.

Outras informações pertinentes

Por este tema, **Prevenção de DST/AIDS e Gravidez Precoce**, envolver o uso de métodos contraceptivos, além de barreiras contra infecções sexuais, para tratá-lo principalmente com Adolescentes e Jovens cujos pais ou eles próprios podem tomar diferentes ordens nos contextos sociais, culturais e religiosos, entendemos que a participação dos beneficiados poderia ser com o consentimento dos pais ou encarregados de educação. Ao que propomos uma espécie de compromisso de trabalho (sem valor legal) com os adolescentes e jovens participantes, o qual será assinado primeiro pelo participante (beneficiário adolescente ou jovem), depois pelo(s) pai(s) ou encarregado(s) de educação, pelo(a) Diretor(a) da Escola e pelo Coordenador do Projeto (ANEXO III deste Projeto).

CONSENTIMENTO E FICHA DE CADASTRO DO ADOLESCENTE

Este cadastro não tem nenhum valor legal, nem obriga o participante a freqüentar as atividades do **Projeto Escola aos Sábados**. Ele serve apenas para o melhor funcionamento do Grupo de atividades, a fim de assegurar o melhor aproveitamento de todos; afinal as atividades do Projeto devem beneficiar aos próprios adolescentes que dele, livremente, participarem. E, este não oferece riscos aos participantes. Entretanto, comprometemo-nos a assegurar a confidencialidade.

Nome: _____

Data de Nascimento ___/___/___ Sexo___ Classe ou Série _____

Escola _____

Endereço: _____

nº _____ Cidade _____

Eu, acima descrito, com o consentimento de meu(s) pai(s) ou encarregado(s) de educação, por livre vontade pretendo, após ter sido esclarecido sobre as atividades e os objetivos do **Projeto Sexo sem Grilo**, participar dele ativamente.

Obs.: Reservo-me o seu direito de sair do Projeto a qualquer momento.

Montes Claros, _____ de _____ de 200__

Assinatura do Aluno

Ass. do pai/mãe ou outro responsável

Assinatura do(a) Diretor(a) da Escola

Ass. membro da Equipe Técnica do Projeto

Ass. do Coordenador do Projeto

ANEXOS

Prevalência de fatores de vulnerabilidade juvenil às DST/ HIV/ AIDS: Estudo com enfoque de gênero no Norte de Minas Gerais, Brasil, 2008-2009

Prevalence of juvenile vulnerability factors to DST/ HIV/ AIDS: Study of gender in the North of Minas Gerais, Brazil, 2008-2009

C.J. Baptista, A.G. Maciel, A.P. Caldeira, U. Tupinambás, D.B. Greco

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

RESUMO

O objetivo deste trabalho é determinar e comparar as prevalências de fatores de risco individuais para DST/HIV/AIDS entre adolescentes de Montes Claros, Brasil. Trata-se de um estudo transversal com uma amostra final de 775 alunos que responderam a um questionário auto-aplicável no biênio 2008-2009. Foram considerados fatores de risco: a) iniciação sexual precoce (idade ≤ 14 anos); b) uso inconsistente de camisinha e c) não uso de camisinha. Os dados foram analisados no Software SPSS. As prevalências de fatores de risco para meninos e meninas, respectivamente, foram: iniciação sexual precoce 71.4% vs 42.1% ($p = .000$); uso inconsistente de camisinha 43.7% vs 58.6% ($p = .006$); não uso de camisinha 6.2% vs 13.5% ($p = .001$). A prevalência de uso de camisinha, por gênero, na primeira relação sexual foi 65.5% vs 67.8% ($p = .760$) e na última relação foi 26.0% vs 45.4% ($p = .001$). História de DSTs entre os meninos foi 5.0% e entre as meninas 6.0%. Observou-se importante prevalência de fatores de vulnerabilidades individuais, com destaque para a maior vulnerabilidade das meninas. Os resultados sugerem a necessidade de estratégias efetivas para a redução das vulnerabilidades juvenis.

Palavras-chave: saúde do adolescente, saúde sexual e reprodutiva, doenças sexualmente transmissíveis, vulnerabilidade

ABSTRACT

This study aimed to determine and to compare the prevalence of individual risk factors to STD/HIV/AIDS among adolescents from Montes Claros, Brazil. Is a cross-sectional study with sample of 775 students who responded to a self-administered questionnaire between 2008-2009. Were considered risk factors: a) early sexual initiation (age ≤ 14 years); b) inconsistent use of condoms and c) not using condoms. The data were analyzed with SPSS software. The prevalence of risk factors for boys and girls, respectively, were: early sexual initiation 71.4% vs 42.1% ($p = .000$); inconsistent use of condom 43.7% vs 58.6% ($p = .006$); not using condom 5.9% vs 13.2% ($p = .001$). The prevalence of condom use by gender at first sexual intercourse was 65.5% vs 67.8% ($p = .760$). On the last sexual intercourse was 26.0% vs 45.4% ($p = .001$). Cases of STDs among boys were 5.0% and 6.0% among girls. There was a significant prevalence of individual vulnerability factors, especially that for greater vulnerability of girls. The results suggest the need of effective strategies for reducing youth vulnerability.

Keywords: adolescent health, sexual and reproductive health, sexually transmitted diseases, vulnerability

Submetido: 01.08.2011 | Aceite: 14.09.2011

Cremildo J. Baptista, Antonio G. Maciel, Antonio P. Caldeira, Unai Tupinambás e Dirceu B. Greco. Programa de Pós-Graduação em Infectologia e Medicina Tropical, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil.

Endereço para correspondência: Dirceu B. Greco, Av. Alfredo Balena 190, 1.º andar, Santa Efigênia, Belo Horizonte, CEP: 30130-100 Minas Gerais, Brasil.

E-mail: greco@medicina.ufmg.br

A adolescência é a faixa etária em que se acredita que ocorra parte importante das exposições ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (Fernández et al., 2008; Silveira, Béria, Horta, & Tomasi, 2002), uma vez que tem se registrado uma juvenilização da doença relacionada a comportamentos de risco individuais como consumo de drogas, múltiplos parceiros sexuais, não uso de preservativo e baixa percepção de risco (De Boni & Pechansky, 2002; Santos, Tayra, Silva, Buchalla, & Laurenti, 2002).

Em relação às vulnerabilidades juvenis às doenças sexualmente transmissíveis (DST), várias pesquisas têm implicado aspectos Individuais, Sociais e Programáticos como estando freqüente e fortemente associados ao maior ou menor risco de infecção (Almeida, Aquino, & Barros, 2006; Miotto, 2005). Esses aspectos correspondem, respectivamente, a: 1) comportamento sexual, gênero, idade, raça, opção sexual, nível de informação ou instrução; 2) aspectos socioeconômicos e 3) políticas de prevenção, acesso a preservativos e à informação (Abramovay, Castro, Pinheiro, Lima, & Matinelli, 2002; Araújo & Calazans, 2007).

Entretanto, a quantidade de conhecimentos sobre prevenção de agravos à saúde e sobre a história natural das doenças, no atual contexto sócio-sanitário, tornou fundamental uma atuação não somente das autoridades sanitárias, mas também de toda a sociedade para a redução, de forma efetiva, das vulnerabilidades, tanto individuais quanto coletivas.

Consideram-se aqui as vulnerabilidades em saúde não apenas no campo das desigualdades estruturais que configuram as debilidades para o desempenho ou mobilidade social, mas também no contexto de situações de interação dinâmica entre objetividade e subjetividade em que as pessoas estão inseridas (Abramovay et al., 2002).

Por se assim dizer, as vulnerabilidades em saúde devem ser vistas como categorias operativas, de modo a se valorizar não somente a posse de bens materiais e financeiros (que de fato influenciam as vulnerabilidades em

saúde), mas também a dinamicidade e a mutabilidade que permitem lidar com o sistema de oportunidades oferecidas pela sociedade. Pois, vulnerabilidades em saúde superam o entendimento tradicional de risco em epidemiologia e abarcam uma concepção que inclui os determinantes sociais, culturais, espirituais, econômicos e políticos na produção tanto de doença quanto de saúde (Ayres, 1996; Niachita, Bertolozzi, Takahashi, & Fracolli, 2008).

A vulnerabilidade, portanto, se re-significa como sendo a capacidade de o indivíduo ou grupo social se decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, biológicos, sociais, políticos, econômicos e, porque não, espirituais. Dessa forma, tal concepção de vulnerabilidades refere-se não apenas à situação concreta dos adolescentes (no caso sujeitos aqui em estudo) em seus contextos culturais, sociais e familiares que os expõem a riscos, mas também aos julgamentos e às medidas de que a sociedade e o estado dispõem para compreender e intervir diante do problema, buscando soluções efetivas (Araújo & Calazans, 2007; Ayres, França, Calazans, & Saletti Filho, 2003; Niachita et al., 2008; Paula & Guibu, 2007).

Entende-se que cada esfera das vulnerabilidades está relacionada diretamente com um campo de possibilidades, oportunidades, vivências e experiências individuais ou coletivas dos participantes desta pesquisa. Por isso pretende-se explorar alguns fatores que contribuem para a determinação das vulnerabilidades juvenis às DSTs, dando ênfase aos aspectos individuais (enfoque de gênero) e tomando como sujeitos de estudo adolescentes de escolas públicas do Norte de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um inquérito epidemiológico descritivo (Gordis, 2009), conduzido na cidade de Montes Claros, Norte de Minas Gerais, Brasil, no biênio 2008-2009. A cidade é de porte médio e com aproximadamente 360.000

habitantes, sendo referência em saúde e em educação para a região que abrange o Norte de Minas Gerais e o Sul do Estado da Bahia.

O objetivo do estudo foi determinar a prevalência e as diferenças de gênero em relação a fatores de risco individuais para infecção pelo HIV e outras DSTs em adolescentes. Foram considerados como fatores de risco individuais: a) iniciação sexual precoce (idade ≤ 14 anos); b) o uso irregular de camisinha e c) o não uso de camisinha nas relações sexuais.

Amostra

A amostra foi delineada em duas etapas: primeiro, foram sugeridas pela Superintendência Regional de Ensino 12 escolas consideradas de bairros com maiores vulnerabilidades sociais (segundo características socioeconômicas dos residentes, índices de violência urbana e localização periférica). Essas escolas iriam se beneficiar do Projeto Saúde-Escola (Projeto universitário de pesquisa em interface com a extensão, voltado para saúde sexual e reprodutiva de adolescentes). Num segundo momento, foi feita uma amostragem aleatória simples de sujeitos, proporcional à quantidade de alunos regularmente matriculados em cada escola indicada (Gil, 2008).

Do universo das doze escolas determinouse, pela fórmula $n_0 = 1/E_0^2$, uma amostra inicial de 400 alunos, para $E_0 = .05$ (IC: 95%) (Onde n_0 é a aproximação amostral aceitável, n é o tamanho final da amostral e E_0 é o erro máximo admissível). Para oferecer um número (n) maior de sujeitos, o tamanho da amostra inicial foi corrigido pelo fator 2 ($n = 2n_0 \rightarrow n = 800$) e dividido proporcionalmente ao número de alunos matriculados em cada escola, de onde foram sendo alocados sujeitos até se atingir o tamanho pretendido da amostra (Barbetta, 2007).

Foram elegíveis para o estudo adolescentes de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 13 anos, matriculados e frequentes nas respectivas escolas e que concederam anuência voluntária para participar da pesquisa.

Instrumentos

Foi elaborado um questionário auto-aplicável com questões mistas e já validadas por outros estudos. As perguntas versavam sobre identificação pessoal, dados sócio-demográficos e práticas sexuais. Foi realizado um estudo piloto para testar o instrumento de coleta de dados e definir a estrutura do questionário final. A coleta de dados foi feita, em cada escola, por uma dupla de acadêmicos pesquisadores da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), integrantes do Projeto Saúde-Escola e treinados para esse propósito.

Procedimentos

Foi criado um banco de dados primário onde foi feita dupla digitação para controle de qualidade das informações primárias. A análise de dados foi feita no pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 16.0 para Windows® (Inc., Chicago, Estados Unidos, 2007). Seguiu-se uma abordagem bivariada com uso dos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher quando indicado. Para efeitos de análise e descrição, os respondentes foram categorizados por variáveis independentes, como faixa etária, gênero e escolaridade (Motta & Oliveira Filho, 2009).

O protocolo de pesquisa e o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES sob o nº 0800/2007. Os respondentes leram e, após esclarecimentos adicionais, assinaram voluntariamente o TCLE. Foi garantido anonimato, confidencialidade e direito de se retirar do estudo a qualquer momento, conforme as normas vigentes para participação de seres humanos em pesquisas Ministério da Saúde [Brasil] (1996).

RESULTADOS

Foram aplicados no total 820 questionários. Foi excluída uma escola cujos alunos desistiram de participar do estudo, tendo sido feita

reposição dos sujeitos correspondentes. Também foram excluídos 45 questionários mal preenchidos. Por conseguinte, consideradas as perdas, a amostra final foi composta por 775 alunos e 11 escolas.

Dos adolescentes pesquisados, 73.2% (567) pertenciam ao gênero feminino e 26.8% (208) ao masculino. A média geral de idade foi 15.04 anos (DP = 1.84). A moda foi 14 anos. A idade média das meninas foi ligeiramente maior que a dos meninos, 15.26 (DP = 1.95) e 14.96 (DP = 1.79).

A amostra foi dividida em dois grupos, com e sem experiência sexual. A prevalência geral de experiência sexual foi 35.0% (271). A prevalência feminina foi 26.8% e a masculina quase o dobro, 57.2%. Entre os adolescentes com até 14 anos de idade a prevalência foi de 17.2% e mais que dobrou entre os adolescentes mais velhos, 49.3%. A prevalência de experiência sexual no ensino fundamental foi 35.8% e no ensino médio foi 34.0% (Tabela 1).

Houve maior representação da cor preta/morena (80.0%) contra 12.6% que se disseram brancos. A prevalência de experiência sexual foi 38.8% entre os auto-declarados brancos e 34.1% entre os que se declararam pretos/morenos. A religião predominante foi a católica, referida por 62.8% dos adolescentes. A prevalência de experiência sexual foi maior (47.0%) entre os que não frequentavam nenhuma religião e 36.5% entre os católicos (Tabela 1).

Disseram que exerciam alguma atividade remunerada 223 (29.6%) adolescentes. A prevalência de experiência sexual entre eles foi maior (50.2%) que entre os que não exerciam alguma atividade remunerada, 27.0%. A maioria dos entrevistados (37.6%) disse que as respectivas mães não tinham alfabetização, contra 28.0% que disseram que tinham o ensino fundamental, 19.7% o ensino médio e 14.7% o ensino superior, completo ou incompleto. Disseram que moravam com ambos os pais 51.7% dos adolescentes, 48.3% referiram outra situação. Nesses dois grupos, a prevalência de experiência sexual foi 32.3% e 38.7%,

respetivamente (Tabela 1).

A média de idade na primeira relação sexual foi 14.18 anos (DP = 1.89). A média de idade na primeira relação sexual entre os meninos foi ligeiramente menor (13.5 ± 1.97) que entre as meninas (14.7 ± 1.65). O grupo de adolescentes mais novos (até 14 anos) apresentou média de idade na primeira relação sexual menor (12.9 ± 1.46) que a média geral e também menor que a dos adolescentes mais velhos (acima de 14 anos) ($15.5 \pm .93$).

A tabela a seguir mostra que entre os 271 adolescentes com experiência sexual houve um total de 6.3% (17) de relatos de filhos. A maior prevalência foi de maternidade (9.9%). No relato dos meninos, a prevalência de paternidade foi de 1.7%. Houve cinco relatos de DSTs, isto é, 5.0% (2) entre os meninos e 6.0% (3) entre as meninas.

Disseram que praticavam sexo com regularidade 57.2% (87) das meninas e 52.1% (62) dos meninos. A primeira relação sexual aconteceu antes dos 14 anos de idade com 42.1% (64) das meninas e com 69.7% (83) dos meninos. Na primeira relação sexual, a prevalência de uso de camisinha foi 67.8% (103) entre as meninas e 65.5% (78) entre os meninos.

A prevalência de uso inconsistente de preservativo nas relações sexuais foi 43.7% (52) para meninos e 58.6% (89) para meninas. A prevalência masculina de uso de camisinha na última relação sexual antes deste estudo foi 62.2% (74) e a feminina foi 45.4% (69) (Tabela 2).

Dados sobre a frequência de uso de camisinha indicam que 56.3% (67) dos meninos e 41.4% (63) das meninas usam “sempre”. Enquanto 43.7% (52) dos meninos e 58.6% (89) das meninas disseram que usam “eventualmente” ou “nunca” usaram (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Houve predominância do gênero feminino na amostra estudada. Esse dado sugere uma fraca participação dos meninos em atividades desse gênero nas escolas, o que já foi consta-

Tabela 1

Características biográficas da amostra estudada segundo experiência sexual (ES), Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2008-2009

Variável Independente	Amostra (n=775) *		Com ES (n=271) *		Sem ES (n=504) *		p **
	n	%	n	%	n	%	
Gênero							
Masculino	208	26.8	119	57.2	89	42.8	.000
Feminino	567	73.2	152	26.8	415	73.2	
Faixa etária							
≤14	344	45.0	59	17.2	285	82.8	.000 ***
≥15	420	55.0	207	82.8	213	17.2	
Escolaridade							
Ensino fundamental	419	54.0	150	26.6	414	73.4	.000
Ensino médio	353	45.5	120	57.7	88	42.3	
Raça/cor							
Branca	98	12.6	38	38.8	60	61.2	
Preta/Morena	622	80.3	212	34.1	410	65.9	
Amarela/Indígena	28	3.6	10	35.7	18	64.3	
Ignorada	27	3.5	10	37.0	17	63.0	
Religião de criação							
Católica	482	62.8	176	36.5	306	63.5	.279
Outra	268	35.0	86	32.1	182	67.9	
Nenhuma	17	2.2	8	47.0	9	53.0	
Atividade remunerada							
Sim	223	29.6	122	54.7	101	45.3	.000
Não	530	70.4	143	27.0	387	73.0	
Escolaridade materna							
Não alfabetizada	284	37.6	88	31.0	196	69.0	.050
Ensino fundamental	211	28.0	80	37.9	131	62.1	
Ensino médio	149	19.7	64	43.0	85	57.0	
Superior (in)completo	111	14.7	34	30.6	77	69.4	
Mora com							
Ambos os pais	393	51.7	127	32.3	266	67.7	.066
Outra situação	367	48.3	142	38.7	225	61.3	

Nota: *As diferenças se devem a respostas em branco (Missing). **Nível descritivo do teste qui-quadrado. ***Nível descritivo do teste qui-quadrado de tendência linear

tado em outros estudos (Martins et al., 2006; Taquette, Vilhena, Paula, 2004) que trabalharam com proporções de meninos e meninas em torno de 30.0% e 70.0%, respectivamente.

A prevalência de experiência sexual na amostra (35.0%) foi semelhante à encontrada

por outros estudos em regiões geográfica e socioeconomicamente similares (Almeida et al., 2003; Martins et al., 2006; Taquette et al., 2004). Outros pesquisadores já haviam observado que 46.1% dos adolescentes haviam iniciado a atividade sexual numa amostra da

Tabela 2

Associação entre indicadores de vulnerabilidade à DST/HIV/AIDS em adolescentes sexualmente ativos (N=271) por gênero e Razão de Prevalência (RP), Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2008-2009

Indicador	Meninas (n=152)		Meninos (n=119)		p*	RP (IC: 95%)
	n	%	n	%		
Filhos (Sim)	15	9.9	2	1.7	.126**	2.73 (.63-11.8)
Historia de DST	9	6.0	6	5.0	.542	.73(.26-2.01)
Sexo regularmente (Sim)	87	57.2	62	52.1	.488	1.10 (.87-1.30)
Idade da sexarca ≤14 anos	64	42.1	85	71.4	.000	.60 (.49- .76)
Camisinha na 1ª relação (Não)	103	67.8	78	65.5	.760	.95 (.68-1.33)
Uso inconsistente de camisinha	89	58.6	52	43.7	.006	1.43 (1.10-1.86)
Camisinha na última relação sexual (Não)	69	45.4	31	26.0	.001	1.71(1.22-2.40)
Frequência de uso						
Sempre (Não)	63	41.4	67	56.3	.006	
Eventual + Nunca	89	58.6	52	43.7		
Nunca	20	13.2	7	5.9		

Nota: *Nível descritivo do teste qui-quadrado.**Nível descritivo do teste Exato de Fisher. IC: intervalo de confiança.

zona leste do Município de São Paulo (Borges & Schor, 2005). Quanto a esses aspectos, não foram localizadas pesquisas prévias sobre o cenário geográfico aqui em estudo.

A prevalência de experiência sexual foi estatisticamente maior entre os adolescentes mais velhos, entre os de maior escolaridade e também entre os que exerciam atividade remunerada. O valor do teste qui-quadrado de tendência linear ($p = .000$) sugere um perfil de maior prevalência de experiência sexual com o aumento da idade, o que é esperado na sociedade e também nessa população específica. Não foram observadas diferenças significativas de prevalência de experiência sexual entre as diferentes religiões ($p = .279$).

A escolaridade materna ($p = .050$) e a situação em que moravam os adolescentes ($p = .066$) também não sugeriram relação de associação com prevalência de experiência sexual.

Ao comparar meninos e meninas, a prevalência de experiência sexual entre os meninos é praticamente o dobro da prevalência feminina ($p = .000$). Por outro lado, observou-se também diferença significativa nas médias de idade da primeira relação sexual, sugerindo que os

meninos iniciam a atividade sexual ligeiramente mais cedo que as meninas ($p = .001$).

Em diversos estudos, a idade média de iniciação sexual tem apresentado pequenas variações em torno de 15 anos. A título de exemplo, essa tendência foi relatada num levantamento realizado a nível nacional no Brasil, Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil [BEMFAM] (1997) e por um estudo realizado na Bahia (Almeida et al. 2003), tendo o último estudo relatado média de idade de início da atividade sexual em torno de 13 anos para eles e de 15 anos para elas. Ressaltem-se ainda estudos realizados no Rio de Janeiro (Taquette et al., 2004), em Cabo Verde (Tavares, Schor, França Jr., & Diniz, 2009) e em Moçambique (Prata, Morris, Mazive, Vahidnia, & Stehr, 2006) que mostraram cenários semelhantes.

Quanto à prática de sexo com regularidade, não foi constatada diferença significativa entre os gêneros ($p = .488$). A prevalência de uso de camisinha na primeira relação sexual também não mostrou diferença estatisticamente significativa ($p = .760$). Entretanto, observou-se diferença estatística em relação ao último inter-

curso sexual antes da pesquisa ($p = .001$).

Quadro parecido foi encontrado em relação às prevalências de uso inconsistente de camisinha ($p = .006$). Nesse caso, a razão de prevalência como medida da força de associação converge para a confirmação de menor uso de camisinha entre as meninas. Portanto, as diferenças estatisticamente significativas sugerem desvantagem para as meninas, indicando que elas estão mais vulneráveis que os meninos. Ademais, as razões dessas diferenças deveriam ser objeto de estudo de modo a nortear ações de redução das vulnerabilidades femininas.

Em comparação com os dados deste estudo, foi relatada prevalência de 42% de uso de preservativo entre escolares na última relação sexual num estudo realizado em Pelotas e de 33.0% em adolescentes de quatro escolas da região central do Município de São Paulo (Antunes, et al., 2002; Silveira et al., 2002). Em três capitais brasileiras e também em três capitais moçambicanas foram encontrados panoramas semelhantes, tanto em relação à primeira relação sexual quanto à última relação sexual antes das entrevistas (Cassamo, Planes, & Grãs, 2008; Teixeira, Knauth, Fachel, & Leal, 2006).

A popularização da camisinha nas últimas décadas tem aumentado a frequência de seu uso entre adolescentes e jovens, de modo geral. Dados mostram que em 1986, menos de 5% dos meninos e meninas brasileiros relataram ter usado camisinha na primeira relação sexual. Já em 1999 quase 50% dos adolescentes referiram ter feito uso de camisinha na primeira relação sexual. Entretanto, ainda é necessário alcançar um número maior de jovens e, não menos importante que isso, alcançar níveis maiores de uso consistente.

A prevalência de filhos não mostrou diferença significativa entre meninas e meninos ($p = .126$), provavelmente devido ao pequeno número de casos registrados. A prevalência de DST também não evidenciou diferenças significativas ($p = .542$), provavelmente pelo mesmo motivo. Entretanto, diversos estudos mostra-

ram maior prevalência de maternidade do que de paternidade em amostras de adolescentes escolares.

Dados sobre a frequência de uso de camisinha têm mostrado diferenças importantes entre meninos e meninas em todo o mundo (Almeida, Aquino, & Barros, 2006; Almeida et al., 2003; Antunes, et al., 2002; BEMFAM, 1997; De Boni & Pechansky, 2002; Cassamo, Planes, & Grãs, 2008; Prata et al., 2006; Tavares et al., 2009).

Assim, corroborando com a tendência dos resultados de Taquette et al., (2004), que encontraram prevalências de uso consistente de 54.0% para rapazes e de 35.5% para moças, neste estudo as prevalências foram de 56.3% e 41.4%, respectivamente. E o inverso, ou seja, o uso inconsistente de camisinha, também sugere desvantagem para as meninas. A proporção de meninas que nunca usou camisinha ou que usa eventualmente foi praticamente o dobro da proporção de meninos ($p = .006$). Aqueles autores (Taquette et al., 2004) estimaram em seu estudo em 64.5% de meninas e em 46.0% de meninos que disseram nunca ter usado camisinha.

Estudos realizados com adolescentes na mesma faixa etária em diversos locais, quais sejam, em Moçambique (Cassamo, Grãs, & Planes, 2005; Cassamo, Planes, & Grãs, 2008), nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador (Teixeira, Knauth, Fachel, & Leal, 2006), em Florianópolis (Camargo & Botelho, 2007) e também num estudo com uma amostra representativa da população jovem urbana brasileira (Paiva, Calazans, Venturi, & Dias, 2008), relataram perfis semelhantes ao aqui apresentado, no que diz respeito às diferenças entre meninos e meninas.

Ademais, de modo geral, pode se dizer que o cenário encontrado neste estudo não é muito diferente dos apresentados por pesquisas realizadas em vários países do continente Africano, na América do Norte e na América Latina (Cassamo et al., 2005; Cassamo et al., 2008; Gujral & Barreto, 2004; Prata et al., 2006; Tavares et al., 2009).

CONCLUSÕES

Por se tratar de um estudo transversal, há que se considerar o viés de memória. Destaque-se também o fato de que perguntas de cunho íntimo podem induzir respostas falso-negativas, particularmente em adolescentes, fazendo com que eles deem respostas que consideram mais adequadas, especialmente quando as pesquisas são feitas no ambiente escolar.

No entanto, devidamente considerados os potenciais vieses, os resultados sugerem diferenças substanciais entre meninos e meninas no que diz respeito ao comportamento sexual e, por conseguinte, à vulnerabilidade aos agravos à saúde sexual e reprodutiva.

Os resultados ressaltaram a antecipação da idade da primeira relação sexual, tanto pelos meninos quanto pelas meninas. Trata-se de um fenômeno presente em diferentes camadas sociais e que pode constituir uma tendência generalizada.

Os dados também sugerem que o gênero está associado à iniciação sexual precoce e também às variações no uso de camisinha. Foram encontradas evidências sugestivas de associação entre o sexo feminino tanto com o “uso inconsistente” de camisinha quanto com o uso eventual ou “não uso”.

Embora relatos de filhos e de DSTs tivessem baixas prevalências, são constatações reais da exposição dos adolescentes e das adolescentes tanto ao risco de gravidez não-desejada quanto de infecção pelo HIV e outras DSTs.

Tanto dados de estudos recentes quanto de pesquisas mais antigas têm mostrado um perfil de maior auto-proteção nas relações sexuais entre os meninos e menor entre as meninas. Diante de um cenário de maior vulnerabilidade das mulheres, acredita-se que o discurso sobre a AIDS, os mitos e tabus sobre o sexo e a sexualidade, a passividade feminina e a visão do amor romântico podem ter dado (e estar dando) subsídio à edificação de uma forma subjetiva própria das mulheres, o que as vulnerabiliza de diversas maneiras dentro de uma sociedade que as perpetua como submissas

simbolicamente à figura masculina.

Por fim, é fundamental que essas diferenças sejam levadas em consideração na formulação de estratégias de promoção de saúde sexual e reprodutiva na população jovem. E, uma das contribuições deste estudo é poder mostrar aos formuladores de políticas e estratégias para jovens que as diferenças de gênero em relação às vulnerabilidades aos agravos à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes precisam orientar o desenho de programas de prevenção diferenciados, mas pensados de forma coletiva com os próprios beneficiários, respeitando a autonomia e a realidade juvenis.

Informações:

Artigo baseado na dissertação de mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Infectologia e Medicina Tropical da Universidade Federal de Minas Gerais.

Agradecimentos:

Nada a declarar.

Conflito de Interesses:

Nada a declarar.

Financiamento:

Projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Processo nº. CDS APQ-7367-5.01/07.

REFERÊNCIAS

- Abramovay, M., Castro, M.J., Pinheiro, L.C., Lima, F.S., & Martinelli, C.C. (2002). *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: UNESCO e BID.
- Almeida, M.C.C., Aquino, E.M.L., & Barros, A.P. (2006). Trajetória escolar e gravidez na adolescência entre jovens de três capitais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(22), 1397-1409. doi: 10.1590/S0102-311X2006000700005
- Almeida, M.C.C., Aquino, E.M.L., Gaffikin, L., & Magnani, R.J. (2003). Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia.

- Revista de Saúde Pública*, 37(5), 566-75. doi: 10.1590/S0034-89102003000500004
- Antunes, M.C. et al. (2002). Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 88-95. doi: 10.1590/S0034-89102002000500013
- Araújo, T.W., & Calazans, G. (2007). *Prevenção das DST/Aids em adolescentes e jovens: brochuras de referência para os profissionais de saúde*. São Paulo: Secretaria de Saúde/Coordenação Estadual de ADT/Aids.
- Ayres, J.C.R.M., França, J.I., Calazans, G.J., & Saletti Filho, H.S. (2003). *O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios*. São Paulo: SD.
- Ayres, J.R.C.M. (1996). *Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas*. São Paulo: Casa de Edição.
- Barbetta, P.A. (2007). *Estatística aplicada às ciências sociais* (7ª ed.). Florianópolis: Ed. UFSC.
- Borges, A.L.V., & Schor, N. (2005). Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 499-507. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200016
- Camargo, B.V., & Botelho, L.J. (2007). Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 61-68. doi: 10.1590/S0034-89102006005000013
- Cassamo, H., Grás, M.E., & Planes, M. (2005). Expectativas, actitudes y normas percibidas respecto al uso del preservativo por los jóvenes en Mozambique. *Sexología Integral*, 2(4), 173-179.
- Cassamo, H., Planes, M., & Grás, M.E. (2008). Uso del preservativo en estudiantes de secundaria de Mozambique. Diferencias en razón del género y del tipo de pareja. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatria de enlace*, 86(87), 60-68.
- De Boni, R., & Pechansky, F. (2002). Age and gender as risk factors for the transmission of HIV in a sample of drug users of Porto Alegre, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 137-140. doi: 10.1590/S1516-44462002000300007
- Fernandéz, D.M. Figueroa, W., Gomez, M., Maysonet, J., Olivares, E., & Hunter, R. (2008). Changes in HIV/AIDS knowledge among early adolescents in Puerto Rico. *Ethnicity & Disease Journal*, 18(2), 146-150.
- Gil, A.C. (2008). Amostragem na pesquisa social. In A.C. Gil (Ed.), *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed., pp. 89-135). São Paulo: Atlas.
- Gordis, L. (2009). *Epidemiologia* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Gujral, L.M., & Barreto, A. (2004). Sexual activity knowledge and condom use among youth in Mozambique. In: *International Conference on AIDS*. Recuperado em 04 setembro, 2010, de <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/102282608.html>
- Martins, L.B.M., Costa-Paiva, L.H.S., Osis, M.J.D., Souza, M.H., Pinto-Neto, A.M., & Tadini, V. (2006). Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2), 315-323. doi: 10.1590/S0102-311X2006000200009.
- Ministério da Saúde – BRASIL. (1996). *Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Recuperado em 24 março, 2007, de http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm
- Mioto, R.C.T. (2005). A maternidade na adolescência e a (des)proteção social. *Serviço Social & Sociedade*, 83, 128-46.
- Motta, V.T., & Oliveira Filho, P.F. (2009). *SPSS: Análise de dados biomédicos*. Rio de Janeiro: Medbook.
- Niachita, L.Y.I., Bertolozzi, M.R., Takahashi, R.F., & Fracolli, L.A. (2008). A utilização do conceito “Vulnerabilidade” pela Enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(5), 923-928. doi: 10.1590/S0104-11692008000500020
- Paiva, V., Calazans, G., Venturi, G., & Dias, R. (2008). Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 45-53. doi: 10.1590/S0034-89102008000800007
- Paula, I.A., & Guibu, I.A. (2007). *DST/AIDS e rede básica: uma integração necessária*. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde.
- Prata, N., Morris, L., Mazive, E., Vahidnia, F.Y., & Stehr, M. (2006). Relationship between HIV risk perception and condom use: evidence from a population-based survey in Mozambique. *Internacional Family Plannig Perspectives*, 32(4), 192-200.
- Santos, N.J.S., Tayra, A., Silva, S.R., Buchalla, C.M., & Laurenti, R. (2002). A AIDS no Estado de

- São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(2), 286-310. doi: 10.1590/S1415-790X2002000300007.
- Silveira, M.F., Béria, J.U., Horta, B.L., & Tomasi, E. (2002). Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Revista de Saúde Pública*, 36(6), 670-677. doi: 10.1590/S0034-89102002000700003
- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil – BEFAM (1997). *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, Brasil, 1996*. Rio de Janeiro: BEMFAM.
- Taquette, S.R., Vilhena, M.M., & Paula, M.C. (2004). Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: Um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 282-290. doi: 10.1590/S0102-311X2004000100046.
- Tavares, C.M., Schor, N, França Jr., I., & Diniz, S.G. (2009). Factors associated with sexual initiation and condom use among adolescents on Santiago Island, Cape Verde, West Africa. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), 1969-1980. doi: 10.1590/S0102-311X2009000900011
- Teixeira, A.M.F.B., Knauth, D.R., Fachel, J.M.G., & Leal, A.F. (2006). Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1385-1396. doi: 10.1590/S0102-311X2006000700004

Conhecimentos e percepções de escolares sobre DST/AIDS, Minas Gerais, Brasil, 2008

Knowledge and perceptions of students about STD/AIDS, Minas Gerais,
Brazil, 2008

C.J. Batista, F.J.A. Souza, A.C.C. Souza, U. Tupinambás, D.B. Greco

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

RESUMO

O objetivo deste estudo é identificar e comparar os conhecimentos e percepções de meninos e meninas sobre DST/HIV/AIDS. Trata-se de um estudo transversal realizado em onze escolas públicas de Montes Claros, Brasil, em 2008. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário autoaplicável contendo perguntas mistas (abertas e fechadas) sobre modos de transmissão e de prevenção e percepções acerca de HIV/AIDS. Partindo-se da hipótese de que não havia diferença nos níveis de conhecimentos e nas percepções entre meninos e meninas, o estudo baseou-se numa amostra aleatória de 775 adolescentes com 13 ou mais anos de idade. A maioria dos entrevistados eram meninas (73.1%), e 33.9% da amostra já havia participado de alguma atividade educativa sobre DST/AIDS. A maioria (74.4% das meninas e 75.0% dos meninos) teve bons conhecimentos. Foram observadas algumas percepções não adequadas sobre o uso de camisinha. Conclui-se que ainda existem lacunas importantes relacionadas a conhecimentos básicos sobre DST/AIDS e preconceitos sobre a doença. As metodologias de informação e educação preventiva devem se distanciar dos moldes tradicionais e genéricos que, como tem se constatado, não têm levado a mudança de comportamento.

Palavras-chave: adolescente, doenças sexualmente transmissíveis, síndrome da imunodeficiência adquirida, conhecimentos, percepções

ABSTRACT

This study aims to identify and compare the knowledge and perceptions of boys and girls on STD/HIV/AIDS. It is a cross-sectional study with a random sample from public schools of Montes Claros, Brazil, in 2008. To collect data we used a self-administered questionnaire. Starting from the hypothesis that there was no difference in levels of knowledge and perceptions between boys and girls, we interviewed 775 adolescents from 13 years of age. Most teens interviewed were girls (73.1%), and 33.9% had participated in educational activity on STD/AIDS before this researcher. The majority (74.4% of girls and 75.0% of boys) had good knowledge. We observed inappropriate perceptions about the use of condom. We conclude that there are still important gaps related to basic information about STD/AIDS. The methodologies of information and preventive education should move away from traditional patterns, because as has been noted, have not led to change behavior.

Keywords: adolescent, sexually transmitted diseases, acquired immune deficiency syndrome, knowledge, perceptions

Submetido: 01.08.2011 | Aceite: 14.09.2011

Cremildo J. Batista, Fernando J. A. de Souza, Angela C. C. de Souza, Unai Tupinambás, Dirceu B. Greco. Programa de Pós-Graduação em Infectologia e Medicina Tropical, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil.

Endereço para correspondência: Dirceu B. Greco, Av. Alfredo Balena 190, 1.º andar, Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais. CEP: 30130-100, Brasil.

E-mail: greco@medicina.ufmg.br

Admitir que a adolescência é uma etapa importante do desenvolvimento humano é fundamental para que se tracem estratégias de promoção de uma adolescência saudável. Nessa fase do desenvolvimento, apesar das vulnerabilidades juvenis relacionadas à imaturidade psíquica, social e físico-biológica, é também importante reconhecer que os adolescentes estão mais suscetíveis a assimilar conhecimentos (Almeida, Silva, & Cunha, 2007; Nogueira, Saavedra, & Costa, 2008; Oliveira, Pontes, Gomes, & Ribeiro, 2009).

A construção de competências e habilidades individuais diante da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) pelos adolescentes, em particular pelas meninas, em primeiro lugar passa pela informação que auxilie nas suas escolhas e decisões. Em segundo, constitui alternativa para debelar suas vulnerabilidades em situações em que os fatores socioeconômicos e culturais podem contribuir para a maior vulnerabilidade desse segmento da população (Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira, & Linhares, 2006; Villela & Doreto, 2006).

Estudos têm mostrado diferenças significativas entre meninos e meninas a respeito da adoção de condutas sexuais preventivas, habilidades e capacidades individuais para negociar e adotar práticas sexuais seguras, determinadas por questões biológicas, sociais e culturais (Asinelli-Luz & Fernandes Junior, 2008; Nogueira et al., 2008).

Críticas na mídia têm mencionado que as campanhas de informação ou educação de massas não alcançam o sucesso pretendido. O impacto dessas campanhas de prevenção pode ser avaliado a partir da coleta de dados sobre os conhecimentos da população que a elas tem acesso. Apesar de estudos mostrarem altos percentuais de conhecimento, em particular do preservativo como método de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), tem se constatado que seu uso não é satisfatoriamente referido, o que, segundo estudos, sugere uma ineficácia dessas campanhas na educação e sensibilização da população

(Castro, Abramovay, & Silva, 2004; Marinho, 2000).

Investigações do nível de conhecimento dos adolescentes sobre DST/HIV/AIDS, modos de prevenção e de transmissão, revelam que os adolescentes possuem conhecimentos básicos ou regulares, quando não superficiais e fragmentados, sobre o assunto, o que, entre outros fatores, não gera condutas sexuais seguras (Camargo, Barbara, & Bertoldo, 2007; Davila, Tagliaferro, Bullones, & Daza, 2008; Doreto & Vieira, 2007; Morera, Ross, Porro, & Luis, 2009; Thiengo, Oliveira, & Rodrigues, 2005).

É consenso, no entanto, que um dos conjuntos de medidas consideradas fundamentais para a prevenção da AIDS é a informação e educação (Merchan-Hamann, 1995; Morera et al., 2009; Thiengo et al., 2005). Assim, um método interessante de dimensionar as vulnerabilidades dos adolescentes às DSTs é através da avaliação dos seus conhecimentos sobre prevenção e modos de transmissão.

As estimativas mundiais de infecções que ocorrem a cada ano pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes e jovens oferecem números bastante expressivos. Sabe-se que a maior parte dessas infecções é resultado de práticas sexuais desprotegidas, por vezes devido à falta de informação, sensibilização ou acesso às tecnologias de prevenção, isto é, acesso à camisinha (Thiengo et al., 2005).

Sem dúvida uma porção significativa dessas infecções anuais poderia ser reduzida com estratégias de informação e sensibilização eficazes pela sua integralidade e especificidade de cultura, de gênero, de idade e de classe social.

Assim, o objetivo deste estudo foi identificar e comparar os conhecimentos de meninos e meninas sobre DST/HIV em escolas de Montes Claros, Brasil, partindo da hipótese de que não há diferença nos níveis de conhecimentos entre os gêneros.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo (Gordis, 2009) realizado em Montes Claros, no Estado

de Minas Gerais, Brasil, durante o primeiro semestre de 2008. O objetivo do estudo foi identificar e comparar os conhecimentos e as percepções de meninos e meninas sobre DST/HIV/AIDS. O levantamento de diagnóstico inicial foi feito antes de intervenção educativa (pesquisa-intervenção) de modo a delinear estratégias de educação preventiva nas escolas públicas da cidade e também possibilitar, posteriormente, uma avaliação do impacto dessa intervenção (pela comparação antes × depois – *cross over*).

Amostra

O processo de amostragem seguiu dois momentos: primeiro, foram alocadas 12 escolas consideradas de bairros com maior vulnerabilidade social (segundo características socioeconômicas dos residentes, índices de violência urbana e localização periférica) para se beneficiarem do Projeto Saúde-Escola (Projeto universitário de educação preventiva continuada contra DST/AIDS e gravidez não-desejada entre adolescentes e jovens). Num segundo momento foi feita uma amostragem aleatória simples de sujeitos dessas escolas. O tamanho das amostras foi proporcional à quantidade de alunos de cada escola (Gil, 2008).

A fórmula $n_0 = 1/E_0^2$ foi utilizada para determinar o tamanho necessário da amostra para $E_0 = 0.05$ (IC: 95%) (Onde n_0 é a aproximação amostral aceitável, n é o tamanho final da amostral e E_0 é o erro máximo admissível). Foi obtida uma amostra de 400 alunos que, para oferecer um número (n) maior de sujeitos, foi corrigida pelo fator 2 (resultando $n=800$) e dividida proporcionalmente ao número de alunos de cada escola incluída (Barbetta, 2007).

Para a pesquisa e para a ação educativa nas escolas foram alocados meninos e meninas desde que com idade maior ou igual a 13 anos e que concedessem anuência voluntária para participar.

Instrumentos

A partir de questões já validadas por outros estudos, foi elaborado um questionário auto-

aplicável com perguntas abertas e fechadas. Foram coletados dados de identificação pessoal, dados sócio-demográficos e relativos a práticas sexuais. Um estudo piloto serviu para testar a aplicabilidade do questionário. A coleta de dados foi feita nas escolas por um acadêmico e uma acadêmica designados para as ações educativas na respectiva escola e treinados para esses fins.

Procedimentos

Os níveis de conhecimento sobre DST/HIV/AIDS foram definidos numa escala de valores de acordo com a quantidade de respostas corretas. Consideraram-se 'bons conhecimentos' para escore acima da média (escores 3 e 4). Abaixo da média (escore 2) os conhecimentos foram considerados regulares a fracos e baixos ou deficientes para escores 0 e 1. A quantidade de perguntas corretas (de 0 a 10) foi agrupada pela ferramenta Visual Binning com utilização do recurso Count do SPSS para conferir um escore de zero (mínimo) a quatro (máximo).

O protocolo de pesquisa e o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) sob o processo nº 0800/2007. Os respondentes leram e assinaram voluntariamente o TCLE. Foi garantido anonimato, confidencialidade e direito de se retirar do estudo a qualquer momento (Ministério da Saúde do Brasil, 1996).

Análise Estatística

Os dados dos questionários foram lançados num banco de dados primário. Para controle de qualidade foi adotada a dupla digitação. Esses dados foram analisados no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 16.0 para Windows® (Inc., Chicago, Estados Unidos, 2007). A análise de dados seguiu uma abordagem bivariada. A associação entre variáveis foi verificada utilizando os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher quando indicado (Motta & Oliveira Filho, 2009).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Antes da intervenção educativa nas escolas, foram aplicados 820 questionários em 11 escolas a fim de avaliar os conhecimentos prévios dos adolescentes. Foram excluídos 45 questionários mal preenchidos, sendo a amostra final constituída por 775 alunos.

A amostra teve predominância do sexo feminino, 73.1%. Entre elas a experiência sexual foi relatada por 26.8%, contra 57.2% entre os rapazes. A diferença estatística entre meninas e meninos foi confirmada pelo valor p do teste qui-quadrado ($p = .000$).

A faixa etária mais representada foi a de adolescentes com idade a partir de 15 anos, 55.0%. Quanto à escolaridade, houve predomínio de alunos do ensino fundamental, 54.0%. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre meninos e meninas nessas duas variáveis ($p > .05$). Com diferença significativa

entre meninos e meninas ($p = .000$), constata-se na Tabela 1 que somente 22.9% das meninas exerciam alguma atividade remunerada, contra quase o dobro dos meninos, 44.7%.

Um dado interessante ao se avaliar e comparar os conhecimentos dos adolescentes sobre DST/AIDS é saber se eles já participaram de alguma atividade de educação sobre o assunto.

Disseram já ter participado de atividades de educação preventiva 33,9% dos entrevistados. Entre as meninas, 34.4% disseram que já tinham participado, quase a mesma proporção entre os meninos, 32.7%. Como não houve diferença estatisticamente significativa entre meninos e meninas ($p = .687$) que já participaram de ações educativas sobre DST/AIDS, torna-se mais seguro comparar os níveis de conhecimentos entre eles uma vez que houve homogeneidade quanto à participação prévia em atividades educativas.

Tabela 1.

Características sócio-demográficas e afetivas de 775 meninos e meninas entrevistados em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2008

Variável	Amostra (n=775)*		Meninas (n=567)*		Meninos (n=208)*		p^{**}
	n	%	n	%	n	%	
Experiência sexual							
Sim	271	35.0	152	26.8	119	57.2	.000
Não	504	65.0	415	73.2	89	42.8	
Faixa etária							
≤14	344	45.0	267	47.1	83	39.9	.060
≥15	420	55.0	300	52.9	125	60.1	
Escolaridade							
Ensino fundamental	419	54.0	305	53.8	114	54.8	.654
Ensino médio	353	45.5	262	46.2	94	45.2	
Atividade remunerada							
Sim	223	29.6	130	22.9	93	44.7	.000
Não	530	70.4	428	75.5	109	52.4	
Participou de atividade educativa em DST/AIDS							
Sim	263	33.9	195	34.4	68	32.7	.687
Não	496	64.0	361	63.6	135	64.9	

Nota: * As diferenças se devem a respostas em branco (*missing values*); ** Nível descritivo do teste qui-quadrado

Tabela 2.

Percentual de adolescentes com respostas corretas sobre modos de transmissão e de prevenção da infecção pelo HIV e outras DSTs segundo escolaridade e o gênero, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2008

Pergunta	Alunos do fundamental (n=567)			Alunos do médio (n=208)		
	Meninas	Meninos	Total	Meninas	Meninos	Total
A camisinha evita infecção por HIV?	94.1	91.2	93.3	98.7	100.0	99.0
Evita outras DSTs além do HIV?	95.1	93.2	94.6	98.1	100.0	98.5
HIV é transmitido por sexo vaginal?	83.0	77.8	81.5	91.4	87.5	90.5
...por sexo oral?	42.5	39.7	41.7	39.6	20.0 ⁽¹⁾	35.1
...por sexo anal?	66.6	66.9	66.7	81.3	82.6	81.6
...por beijo na boca?	74.0	68.7	72.5	71.9	73.9	72.4
...por picada de inseto?	79.7	76.0	78.7	76.5	87.2	79.0
...por transfusão de sangue?	83.9	83.3	83.5	92.8	93.8	93.0
...por compartilhamento de seringas?	90.1	84.4	88.5	98.1	97.9	98.0
...de roupas íntimas e talheres?	46.0	61.0 ⁽²⁾	50.2	48.1	65.2 ⁽³⁾	52.0

Nota: Níveis descritivos do teste Qui-quadrado significativos para gênero: ⁽¹⁾ $p = .016$, ⁽²⁾ $p = .002$, ⁽³⁾ $p = .021$

Os dados da Tabela 2 mostram que no ensino fundamental, 94.1% das meninas e 91.2% dos meninos deram respostas corretas à pergunta sobre se a camisinha evita a infecção pelo HIV. No ensino médio as proporções foram de 98.7% e 100.0%, respectivamente, para meninas e meninos. Em relação à segunda pergunta, sobre se a camisinha evita outras DSTs além do HIV, 95.1% das meninas do ensino fundamental acertaram, contra 93.2% dos meninos do mesmo nível de ensino. No ensino médio a diferença também foi pequena, 98.1% contra 100.0%, respectivamente, para meninas e meninos.

Em um estudo realizado com adolescentes internos da Fundação Estadual do Bem Estar do Menor (Febem), em São Paulo, os resultados mostraram que 83% dos adolescentes consideram a camisinha frágil para proteger contra a infecção por HIV. Outro estudo realizado com adolescentes de duas escolas de São Paulo mostrou que quase a totalidade deles tem conhecimento da camisinha como o método de prevenção da infecção por HIV (Oliveira et al., 2009; Peres, Paiva, Silveira, Peres, & Hearst, 2002).

Na pergunta seguinte, acerca da transmissão do HIV por sexo vaginal sem proteção, 83% das meninas e 77.8% dos meninos acertaram. Já no ensino médio as frequências foram de 91.4% para elas e de 87.5% para eles. Sobre a transmissão por sexo oral houve 42.5% de acertos por parte das meninas e 39.7% por parte dos meninos do ensino fundamental. Para essa mesma pergunta, a tendência de queda das frequências de acerto foi constatada no ensino médio, 39.6% e 20.0%, respectivamente. Mas a diferença estatisticamente significativa entre meninos e meninas observou-se somente para ensino médio ($p = .016$).

Em estudo realizado na Venezuela, Morera, Ross, Porro e Luis (2009) constataram que 58.0% das meninas e 21.5% dos meninos afirmaram corretamente que o vírus pode ser transmitido por contato sexual desprotegido.

Perguntados se o HIV é transmitido por sexo anal, 66.6% das meninas e 66.9% dos meninos do ensino fundamental acertaram. No ensino médio foram 81.3% das meninas e 82.6% dos meninos que acertaram. Sobre a transmissão do vírus pelo beijo na boca, 74.0% das meninas acertaram contra 68.7% dos

meninos. No nível médio foram 71.9% das meninas e 73.9% dos meninos.

No ensino fundamental, 79.7% das meninas e 76.0% dos meninos admitiram que o vírus causador da AIDS não é transmitido pela picada de insetos. No ensino médio 76.5% das meninas e 87.2% dos meninos também admitiu que a infecção não ocorre dessa forma.

Diferentemente dos achados aqui apresentados, em estudo realizado no Rio de Janeiro evidenciou-se que 70.0% das entrevistadas acreditavam, naquela época, que o vírus pode ser transmitido pela picada do mosquito (Merchan-Hamann, 1995).

Em relação à sétima pergunta, 83.9% das meninas e 83.3% dos meninos do ensino fundamental disseram que a transfusão de sangue não transmite o vírus. No ensino médio foram, respectivamente, 92.8% e 93.8%. Morera et al. (2009) encontraram proporções de acerto de 52.4% para as meninas e 45.5% para os meninos no município de Libertador, na Venezuela.

O compartilhamento de seringas, uma das formas de exposição ao HIV entre usuários de drogas injetáveis, foi considerado como infante por 90.1% das meninas e por 84.4% dos meninos do ensino fundamental. Entre os adolescentes do ensino médio foram 98.1% e 97.9%, respectivamente.

O compartilhamento de roupas íntimas e de talheres foi considerando corretamente não infante por 46.0% das meninas e por 61.0% dos meninos do ensino fundamental. Dos adolescentes do ensino médio, 48.1% e 65.2% de meninas e meninos, respectivamente, responderam corretamente. Observou-se diferença estatística significativa entre meninos e meninas em ambos os níveis de ensino, fundamental ($p = .002$) e médio ($p = .021$).

Em relação à transmissão do HIV pelo compartilhamento de material não perfuro-cortante, 77.0% de adolescentes em confinamento entrevistados em São Paulo, concordaram que não se transmite a doença pelo compartilhamento de alimentos, como sanduíche. Entretanto, em outro estudo no Rio de Janeiro, cerca de 40.0% das meninas disseram que a

transmissão pode acontecer dessa forma (Merchan-Hamann, 1995; Peres et al., 2002).

Com exceção de alguns poucos casos cujos níveis descritivos foram apresentados no final da tabela acima, em geral não houve diferenças estatisticamente significativas na comparação de proporções de respostas corretas entre meninos e meninas, tanto no ensino médio quanto no ensino fundamental. Por outro lado, as proporções de acerto também não apresentaram diferenças importantes na comparação entre os dois níveis de ensino, fundamental e médio.

A distribuição percentual de adolescentes, por gênero, segundo os escores classificatórios obtidos nas respostas corretas dadas às perguntas sobre modos de transmissão e de prevenção do HIV é dada na Tabela 3.

O escore médio de acerto foi 2.87, numa escala de 0 a 4. Para as meninas, o escore médio foi 2.88 e para os meninos foi 2.85. Não houve diferença significativa. Cerca de 6.8% (4.2 ± 2.6) dos adolescentes do sexo feminino e 8.7% (5.8 ± 2.9) do sexo masculino tiveram baixo nível de conhecimento, como pode se verificar na tabela abaixo. Em torno de 18.7% das meninas e 16.3% dos meninos tiveram escores de conhecimentos regulares a fracos. Já 75.0% dos meninos e 74.4% das meninas revelaram escores indicativos de bons conhecimentos.

Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação tanto das proporções observadas por escore ($p = .832$) quanto das médias de escores ($p = .937$) entre meninas e meninos.

Contrastando com os dados aqui apresentados, pesquisadores encontraram diferenças de distribuição de conhecimentos entre adolescentes do município de Jiménez, Venezuela, onde 67.1% das meninas e somente 32.9% dos meninos apresentaram bons conhecimentos (Davila et al., 2008). Neste estudo, foram 74.4% das meninas e 75% dos meninos, sem diferença estatística significativa. Outro estudo, ainda na Venezuela, mostrou que 33.2% das meninas e apenas 17.5% dos

Tabela 3.

Escores de acerto sobre modos de transmissão e de prevenção da infecção pelo HIV e outras DSTs segundo o gênero, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2008

Escore ⁽¹⁾	Quantidade de respostas certas	Nível de Conhecimentos	Meninas	Meninos	Total	
			(n=567) %	(n=208) %	n	%
0	0 a 2	Deficientes	4.2	5.8	36	4.6
1	3 a 4		2.6	2.9	21	2.7
2	5 a 6	Fracos	18.7	16.3	140	18.1
3	7 a 8	Bons	50.1	51.9	392	50.6
4	9 a 10		24.3	23.1	186	24.0
Escore médio ⁽²⁾			2.88	2.85	2.87	

Nota: ⁽¹⁾ Nível descritivo do teste qui-quadrado dos escores para gênero: $p = .832$; ⁽²⁾ Nível descritivo do teste U de médias de escores para gênero: $p = .937$

Tabela 4.

Distribuição percentual de adolescentes que apresentaram respostas consideradas "adequadas" sobre o uso de camisinha segundo gênero, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2008. (7 itens selecionados)

Questão: O uso de camisinha pode...	Meninas		Meninos		Total		$p^{(1)}$
	n	%	n	%	n	%	
...ser erótico/excitante na relação?	250	47.5	107	54.6	357	49.4	.091
...diminuir o prazer dos homens?	353	66.9	96	49.2	449	62.1	.000
...cortar o clima da relação?	371	70.7	105	54.1	476	66.2	.000
...causar desconfiança no(a) parceiro(a)?	400	74.9	125	63.5	525	71.8	.002
...evitar a infecção pelo HIV?	519	95.4	184	93.4	703	94.9	.275
...evitar outras DST?	523	96.0	185	94.4	708	95.5	.359

Nota: ⁽¹⁾ Nível descritivo do teste qui-quadrado

meninos tinham bons conhecimentos, reafirmando, contrariamente aos dados deste trabalho, diferenças de gênero (Morera et al., 2009).

As percepções dos adolescentes sobre diversos aspectos da sexualidade constituem aspectos importantes para se avaliarem as suas suscetibilidades às DSTs, incluindo o HIV. Em particular no que diz respeito ao uso de camisinha nas relações sexuais, tem se observado que sobre essa importante prática de autocuidado, os adolescentes apresentam percepções, por vezes distorcidas, influenciadas por culturas, tabus e estereótipos (Castro et al., 2004).

De acordo com dados da tabela que se segue, 49.4% dos adolescentes da amostra consideram que a camisinha pode ser um instrumento erótico na relação sexual. Essa percepção

foi mais frequentemente declarada pelos meninos (54.6%) que pelas meninas (47.5%), contudo sem diferença estatisticamente significativa ($p = .091$).

Entre os que discordaram com a afirmação segundo a qual a camisinha pode diminuir o prazer sexual dos homens (62.1%), a maior proporção ocorreu entre as meninas (66.9%) em comparação com os meninos (49.2%). Houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros ($p = .000$). Asinelli-Luz e Fernandes Junior (2008) apresentam em seu trabalho qualitativo achados que reiteram a concepção dos adolescentes de que o uso de camisinha diminui o prazer sexual dos rapazes.

Cerca de 66.0% dos entrevistados não concordam com a afirmação de que a camisinha

pode cortar o “clima da relação”. Entre as meninas, essa percepção ocorreu com 70.7% delas, contra 54.1% entre os meninos; assinalando-se diferença estatisticamente significativa ($p = .000$).

Em comparação com esses dados, foi constatado que para 58% dos adolescentes internos da Febem (SP), a camisinha atrapalha a relação sexual (Peres et al., 2002). Essas constatações são motivos de preocupação uma vez que as crenças dos adolescentes e das adolescentes influenciam na determinação das vulnerabilidades aos agravos à saúde sexual e reprodutiva.

Não acreditam que o uso de camisinha possa gerar desconfiança entre o casal 74.9% das meninas e 63.5% dos meninos. Nota-se, porém, diferença estatisticamente significativa entre meninos e meninas ($p = .002$).

Proporções em torno de 95.0% de ambos os sexos consideram que o uso de preservativo pode evitar tanto outras DSTs quanto a infecção pelo HIV. Não se observou diferença significativa entre meninos e meninas para essas duas perguntas ($p > .05$).

CONCLUSÕES

A análise dos dados deste estudo possibilitou acessar o campo cognitivo dos adolescentes sobre as DST e a AIDS. Foram observadas diferenças assinaláveis entre meninos e meninas no que diz respeito a alguns pontos de conhecimentos e de percepções sobre HIV/AIDS. No entanto, os resultados não permitem traçar de forma segura vantagens ou desvantagens para meninos ou para meninas. As questões que apresentaram diferenças significativas de conhecimentos foram sobre a forma de transmissão do HIV, por sexo oral e por compartilhamento de roupas íntimas e talheres. Em relação aos últimos aspectos, nota-se a possibilidade de discriminação e de maior fragilização dos portadores do vírus, quando se sabe que não há possibilidade de contaminação por essas vias. Isso indica um caminho a ser seguido nas ações educativas.

Quanto às percepções, houve diferenças assinaláveis nas concepções sobre o uso de camisinha que a) pode diminuir o prazer dos homens, b) cortar ou atrapalhar o clima da relação sexual e c) causar desconfiança entre os parceiros. Esses achados também trazem preocupação, uma vez que o sucesso na prevenção da AIDS, sem sombra para dúvidas, requer que se ultrapassem os limites culturais, as crenças e os demais aspectos subjetivos que direta ou indiretamente contribuem na determinação das vulnerabilidades em saúde.

De modo geral, os adolescentes apresentaram bons níveis de conhecimento sobre os modos de prevenção e de transmissão do HIV e de outras DSTs.

Ressalte-se que, apesar das campanhas de informação em massa, dispendiosas e amplamente distribuídas, em particular no Brasil, em algumas perguntas houve baixas proporções de respostas corretas, com destaque para as questões sobre sexo oral, sexo anal e compartilhamento de roupas íntimas e talheres. Essas constatações indicam que existem ainda, entre os adolescentes, e por que não na população geral, lacunas importantes relacionadas à informação básica sobre prevenção, modos de transmissão e preconceitos sobre DST/HIV/AIDS.

Dir-se-ia, em outras palavras, que apesar de bons conhecimentos espontâneos dos adolescentes, representados neste estudo, existe entre eles um domínio pouco estruturado de conhecimentos, o que pode estar a gerar condutas sexuais não preventivas.

Ainda nesse contexto, há um quase consenso na literatura segundo o qual a posse de conhecimentos sobre prevenção pela população, em especial os adolescentes, não se reflete na conseqüente adoção de práticas sexuais seguras. Portanto, em que pese a posse de informação, ela não tem sido suficientemente esclarecedora ou convincente para induzir ou orientar as escolhas e decisões sexuais das pessoas. Isso sugere a necessidade de mudança de estratégia de informação/educação para jovens, respeitando as especificidades de meninos e meninas.

As percepções sobre o uso de camisinha se mostraram, em parte, inadequadas, pois alguns dos aspectos subjetivos avaliados como forma de mensurar as vulnerabilidades dos adolescentes apresentaram inconformidades relevantes. As percepções podem refletir aspectos culturais, crenças, preconceitos e estereótipos adquiridos na falta de uma orientação e esclarecimento adequados sobre o assunto. E, acredita-se, que esses são os maiores obstáculos na adoção de práticas de autocuidado entre os adolescentes de todo o mundo.

Sabe-se, por outro lado, que muitos jovens não adotam nas suas práticas sexuais o que conhecem na teoria. Portanto, há necessidade de uma articulação coletiva entre os atores envolvidos nas ações de educação e sensibilização, multidisciplinaridade e intersetorialidade para que a construção de teorias entre essa população se reflita na construção, no dia a dia, de novas práticas.

Por conseguinte, os aspectos que apresentaram diferenças importantes de conhecimentos e percepções entre os adolescentes e as adolescentes devem ser valorizados nas políticas de gênero e de prevenção. Nesse âmbito, a escola pode desempenhar papel importante no processo de formação e informação, de modo que os adolescentes e jovens não apenas recebam já prontos, mas construam um leque de conhecimentos que os possam auxiliar na tomada de decisões de vida e nas suas escolhas sexuais.

Por fim, é importante que as metodologias de informação e educação preventiva se distanciem dos moldes tradicionais e genéricos que, como tem se constatado, não têm levado a mudança de comportamento. Além disso, é preciso edificar um projeto de vida igualitário para meninos e meninas de modo que as assimetrias de poder entre os gêneros não funcionem como obstáculos aos direitos sexuais e reprodutivos dessa população (Valcarcel, Gutierrez, & Avila, 2010).

Agradecimentos:

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Aos professores

Manuel Otávio das Costa Rocha que esteve e Vandack Nobre que está na coordenação do Programa de Infectologia e Medicina Tropical. Aos acadêmicos da UNIMONTES, aos adolescentes e aos responsáveis pelas escolas que participaram da pesquisa.

Conflito de Interesses:

Nada a declarar.

Financiamento:

Projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Processo n.º. CDS APQ-7367-5.01/07.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A.D.L., Silva, C.F., & Cunha, G.S. (2007). Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre SIDA dos adolescentes portugueses do meio urbano e não-urbano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 180-6. doi: 10.1590/S0080-62342007000200002.
- Asinelli-Luz, A., & Fernandes Junior, N. (2008). Gênero, adolescências e prevenção ao HIV/AIDS. *Pro-Posições*, 19(2), 81-97. doi: 10.1590/S0103-73072008000200007
- Barbetta, P.A. (2007). *Estatística aplicada às ciências sociais* (7ª ed.). Florianópolis: Ed. UFSC.
- Camargo, B.V., Barbara, A., & Bertoldo, R.B. (2007). Conceção pragmática e científica dos adolescentes sobre a AIDS. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 277-284. doi: 10.1590/S1413-73722007000200008.
- Castro, M.G., Abramovay, M., & Silva, L.B. (2004). *Juventudes e sexualidade*. Brasília (DF): UNESCO.
- Davila, M.E., Tagliaferro, A.Z., Bullones, X., & Daza, D. (2008). Nível de conhecimento de adolescentes sobre VIH/SIDA. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 716-722. doi: 10.1590/S0124-00642008000500004
- Doreto, D.T., & Vieira, E.M. (2007). O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2511-2516. doi: 10.1590/S0102-311X2007001000026.
- Gaspar, T., Matos, M.G., Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 299-316.

- Gil, A.C. (2008). Amostragem na pesquisa social. In A.C. Gil (Ed.), *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed., pp. 89-135). São Paulo: Atlas.
- Gordis, L. (2009). *Epidemiologia* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Marinho, M.B. (2000). Entre funcional e o lúdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da AIDS. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 4(6), 97-108.
- Merchan-Hamann, E. (1995). Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de AIDS em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 463-478. doi: 10.1590/S0102-311X1995000300022
- Ministério da Saúde do Brasil (1996). *Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) - Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Recuperado em 24 março de 2007, em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm
- Morera, R.A.B., Ross, D.M.M., Porro, A.B.S., & Luis, Z.A. (2009). Conocimiento sobre VIH/SIDA por adolescentes de la Parroquia 23 de Enero, Caracas, Venezuela. *Revista Humanidades Médicas*, 9(1), 1-31.
- Motta, V.T., & Oliveira Filho, P.F. (2009). *SPSS: Análise de dados biomédicos*. Rio de Janeiro: Medbook.
- Nogueira, C., Saavedra, L., & Costa, C. (2008). (In)Visibilidade do gênero na sexualidade juvenil: Propostas para uma nova concepção sobre a educação sexual e a prevenção de comportamentos sexuais de risco. *Pro-Posições*, 19(20), 59-79. doi: 10.1590/S0103-73072008002000006.
- Oliveira, D.C., Pontes, A.P.M., Gomes, A.M.T., & Ribeiro, M.C.M. (2009). Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(4), 833-41. doi: 10.1590/S1414-81452009000400020
- Peres, C.A., Paiva, V., Silveira, F., Peres, R.A., & Hearst, N. (2002). Prevenção da AIDS com adolescentes encarcerados em São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 76-81. doi: 10.1590/S0034-89102002000500011
- Thiengo, M.A., Oliveira, D.C., & Rodrigues, B.M.R.D. (2005). Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: Implicações para os cuidados de enfermagem. *Revista da escola de Enfermagem da USP*, 39(1), 68-76. doi: 10.1590/S0080-62342005000100009.
- Valcarcel, B.G., Gutierrez, M.R., & Avila, N.L.P. (2010). Estrategias educativas para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en jóvenes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 295-300. doi: 10.1590/S0864-3466201000040002
- Villela, W.V., & Doreto, D.T. (2006). Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2467-2472. doi: 10.1590/S0102-311X2006001100021





FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 34099640 FAX: (31) 34099641



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **CREMILDO JOÃO BAPTISTA**, nº de registro 2010658510. Às oito horas e trinta minutos do dia **nove do mês de dezembro de dois mil e onze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar o trabalho final intitulado: **“PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO E PERFIL DE VULNERABILIDADE À GRAVIDEZ E DST/HIV/AIDS: ESTUDO COM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DE MONTES CLAROS – MINAS GERAIS, BRASIL, 2008-2009”**, requisito final para a obtenção do grau de mestre em Ciências da Saúde – Infectologia e Medicina Tropical, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Dirceu Bartolomeu Greco, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra ao candidato, para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Dirceu Bartolomeu Greco/Orientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Prof. Unai Tupinambás/Coorientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Mariângela Carneiro	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Prof. Antônio Prates Caldeira	Instituição: UNIMONTES	Indicação: <u>Aprovado</u>

Pelas indicações, o candidato foi considerado: Aprovado

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 09 de dezembro de 2011.

Prof. Dirceu Bartolomeu Greco Dirceu Bartolomeu Greco

Prof. Unai Tupinambás Unai Tupinambás

Profa. Mariângela Carneiro Mariângela Carneiro

Prof. Antônio Prates Caldeira Antônio Prates Caldeira

Prof. Vandack Alencar Nobre Júnior/Coordenador Vandack Alencar Nobre Jr.

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Prof. Vandack Alencar Nobre Jr.
Coordenador do Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde:
Infectologia e Medicina Tropical
Faculdade de Medicina - UFMG



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos professores doutores: Dirceu Bartolomeu Greco, Unai Tupinambás, Mariângela Carneiro e Antônio Prates Caldeira, aprovou a defesa de dissertação intitulada: **“PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO E PERFIL DE VULNERABILIDADE À GRAVIDEZ E DST/HIV/AIDS: ESTUDO COM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DE MONTES CLAROS – MINAS GERAIS, BRASIL, 2008-2009”** apresentada pelo mestrando **CREMILDO JOÃO BAPTISTA** para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 09 de dezembro de 2011.

Prof. Dirceu Bartolomeu Greco
Orientador

Prof. Unai Tupinambás
Coorientador

Profa. Mariângela Carneiro

Prof. Antônio Prates Caldeira



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Montes Claros, 06 de outubro de 2007.

Processo N.º 800/07.

Título do Projeto: **Educação Preventiva Continuada contra DST/AIDS e Gravidez Precoce em Adolescentes e Jovens nas Escolas Públicas de Montes Claros - MG.**

Orientador: **Prof. Antônio Prates Caldeira**

Orientando: **Cremildo João Baptista**

Relator: **Prof. Waldemar de Paula Júnior**

Histórico

A epidemia de AIDS tem gerado discussões de diferentes ordens sobre o seu controle em todos os contextos sociais e culturais. A AIDS é uma doença infecciosa causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), cuja principal via de transmissão é a relação sexual. Dados recentes mostram que dos 40 milhões de infectados pelo HIV, 25% são jovens entre 14 e 19 anos de idade. No Brasil, dos 363 mil casos, 15% são jovens entre 13 e 24 anos de idade, caracterizando a juvenilização da AIDS.

Mérito

A implantação de educação continuada contra AIDS é de grande importância porque trata-se de um processo em que serão discutidas todas as variáveis acerca do problema envolvido na infecção. Poderão ser levantadas questões sociais, religiosas, de saúde, culturais, econômicas e comportamentais. Discutir esses fatores pode contribuir para despertar o interesse da sociedade para reflexões que culminem numa redução da infecção pelo HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis.

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes, analisou o processo 800, e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa.

Prof. Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 0486.0.203.000-10

**Interessado(a): Prof. Unai Tupinambás
Departamento de Clínica Médica
Faculdade de Medicina - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 15 de dezembro de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Diagnóstico situacional das vulnerabilidades juvenis as DST/Aids: estudo com adolescentes de escolas públicas de Montes Claros, 2008/09 – Minas Gerais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

VOCÊ NÃO PRECISA SE IDENTIFICAR

SE VOCÊ NÃO CONVERSA SOBRE SEXUALIDADE, SUAS RAZÕES SÃO:

- 78) Vergonha? 1 Sim 2 Não
- 79) Medo de se expor? 1 Sim 2 Não
- 80) Razões religiosas? 1 Sim 2 Não
- 81) Razões Familiares (repressão familiar)? 1 Sim 2 Não
- 82) Falta de interesse/curiosidade? 1 Sim 2 Não
- 83) Preconceito dos outros? 1 Sim 2 Não
- 84) Outras razões? 1 Sim 2 Não

QUAIS MÉTODOS ABAIXO VOCÊ CONHECE (SABE COMO SE USA OU COMO FUNCIONA) PARA EVITAR A GRAVIDEZ

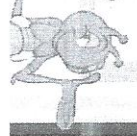
- 85) Pílula 1 Sim 2 Não
- 86) preservativo (Camisinha Masculina) 1 Sim 2 Não
- 87) Diafragma 1 Sim 2 Não
- 88) DIU 1 Sim 2 Não
- 89) Camisinha feminina 1 Sim 2 Não
- 90) Tabela 1 Sim 2 Não

SOBRE QUAIS DAS DOENÇAS ABAIXO, VOCÊ TEM ALGUM CONHECIMENTO (SABE COMO SE PEGA OU COMO SE MANIFESTA):

- 91) AIDS 1 Sim 2 Não
- 92) Gonorreia (blenorragia) 1 Sim 2 Não
- 93) Sífilis 1 Sim 2 Não
- 94) Câncer 1 Sim 2 Não
- 95) Herpes genital 1 Sim 2 Não

PARA TERMINAR...

- 96) Você sentiu vergonha ao responder a este questionário?
1 Senti 2 Não Senti 3 Senti um pouco
- 97) Você respondeu às perguntas com sinceridade?
 1 Poucas vezes 2 Na maioria das respostas 3 Todas as vezes 4 Não fui sincero



QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Educação Preventiva Continuada contra DST/AIDS e Gravidez em Adolescente e Jovens nas Escolas Públicas de Montes Claros - MG (BRASIL)

(FAVOR NÃO PREENCHER)

Nº				
----	--	--	--	--

O Projeto de "Educação Preventiva Continuada contra DST/AIDS e Gravidez em Adolescentes e Jovens nas Escolas Públicas de Montes Claros" é uma iniciativa da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) em parceria com a Prefeitura Municipal e a Superintendência Regional de Ensino financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) a ser desenvolvida em doze (12) escolas públicas da cidade.

Este questionário é simplesmente um instrumento para coletar informações que possam revelar real contexto de vulnerabilidade juvenil às doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez não planejada.

ANTES DE RESPONDER AO QUESTIONÁRIO VOCÊ PRECISA SABER QUE

1. Não é preciso escrever seu nome no questionário.
2. Você não é obrigado a responder a este questionário, você o faz de forma voluntária.
3. Este questionário NÃO é Prova e NEM VALE NOTA. Responda o que você sabe.
4. Para o sucesso da pesquisa, é importante que você diga a verdade.
5. Ninguém vai saber que foi você quem respondeu então, você não precisa inventar respostas.
6. Em algumas perguntas você poderá marcar mais de uma resposta.
7. Use caneta esferográfica e não lápis para responder ao questionário.
8. Se você quiser corrigir alguma resposta, risque bem a primeira e marque a resposta correta.
9. Em caso de dúvida chame a pessoa que está aplicando o questionário.
10. Se você não quiser responder a alguma pergunta, marque a opção "não quero responder".

11. LEMBRE-SE QUE NÃO É PRECISO ESCREVER O SEU NOME NO QUESTIONÁRIO

UNIMONTES Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

FAPEMIG Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

MONTES CLAROS Obrigada pela participação

Qualquer dúvida ou outro questionamento, mesmo depois de entregar o questionário, procure pelos acadêmicos da UNIMONTES, responsáveis pela sua escola ou entre em contato pelos nossos E-mails: saudefescola.moc@unimontes.br ou saudefescola@yahoo.com.br que estarão à sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

VOCÊ NÃO PRECISA SE IDENTIFICAR

SOBRE VOCÊ:

- 1) Sexo:
 1 Masculino
 2 Feminino
- 2) Qual é a sua idade?
 _____ anos completos
- 3) Você tem filho(s)?
 1 Sim 2 Não
- 4) Que série você frequenta na escola
 06 6ª série do primeiro grau
 07 7ª série do primeiro grau
 08 8ª série do primeiro grau
 09 1º ano do segundo grau
 10 2º ano do segundo grau
 11 3º ano do segundo grau
- 5) Qual das alternativas abaixo você escolheria para definir a sua cor ou raça?
 1 Branca
 2 Preta ou negra
 3 Parda ou morena
 4 Amarela (origem asiática)
 5 Indígena
 7 Não quero ou não sei responder

SOBRE SUA RELIGIÃO

- 6) Em que religião você foi criado(a)
 1 Católica
 2 Evangélica
 3 Espírita
 4 Outra
 8 Nenhuma
 9 Não sei
- 7) Atualmente qual religião ou culto você frequenta?
 1 Católica
 2 Evangélica
 3 Espírita
 4 Outra
 8 Nenhuma

SOBRE SEU PAI:

- 8) Qual é a idade do seu pai?
 _____ anos completos
- 9) Qual é a escolaridade do seu pai?
 1 Nunca frequentou a escola
 2 1º grau incompleto
 3 1º grau completo
 4 2º grau incompleto
 5 2º grau completo
 6 Superior incompleto
 7 Superior completo
 9 Não sei/Não me lembro

VOCÊ NÃO PRECISA SE IDENTIFICAR

SOBRE O USO DA CAMISINHA, VOCÊ ACHA QUE ELA...

- 50) Pode ser erótica/excitante numa relação.
 1 Concorde 2 Discordo
- 51) Corta o 'clima' da relação
 1 Concorde 2 Discordo
- 52) Significa respeito a(o) parceiro(a)
 1 Concorde 2 Discordo
- 53) É muito cara para comprar e usar em todas as relações
 1 Concorde 2 Discordo
- 54) Diminui o prazer dos homens
 1 Concorde 2 Discordo
- 55) Provoca desconfiança no casal
 1 Concorde 2 Discordo
- 56) Ela evita AIDS.
 1 Concorde 2 Discordo
- 57) Evita doenças sexualmente transmissíveis
 1 Concorde 2 Discordo

SOBRE AIDS VOCÊ ACHA QUE

- 58) AIDS pega mais os homossexuais.
 1 Concorde 2 Discordo
- 59) AIDS está diminuindo em todo o mundo
 1 Concorde 2 Discordo
- 60) AIDS se pega com sexo vaginal.
 1 Concorde 2 Discordo
- 61) AIDS se pega com sexo oral.
 1 Concorde 2 Discordo
- 62) AIDS se pega com sexo anal
 1 Concorde 2 Discordo
- 63) AIDS pode ser transmitida pelo beijo na boca
 1 Concorde 2 Discordo
- 64) AIDS pode ser transmitida por picada de inseto
 1 Concorde 2 Discordo
- 65) Sentar em banheiro público pode pegar AIDS
 1 Concorde 2 Discordo
- 66) Transfusão de sangue pode passar AIDS
 1 Concorde 2 Discordo
- 67) Injetar drogas com seringas usadas por outras pessoas pode passar AIDS
 1 Concorde 2 Discordo
- 68) Roupas íntimas de outras pessoas pode transmitir AIDS.
 1 Concorde 2 Discordo
- 69) Alicates de unha contaminada pode transmitir AIDS.
 1 Concorde 2 Discordo

COM QUEM VOCÊ CONVERSA SOBRE SEXUALIDADE...

- 70) Com meus pais
 1 Sim 2 Não
- 71) Com meus irmãos ou minhas irmãs
 1 Sim 2 Não
- 72) Com meus amigos(as)/colégas
 1 Sim 2 Não
- 73) Com meus professores(as)
 1 Sim 2 Não
- 74) Com minha namorada ou namorado
 1 Sim 2 Não
- 75) Com o médico/psicólogo ou outro profissional de saúde
 1 Sim 2 Não
- 76) Com outras pessoas pela Internet
 1 Sim 2 Não
- 77) Não converso sobre sexualidade
 1 Sim

ESCOLA: _____

TURNHO: _____



VOCÊ NÃO PRECISA SE IDENTIFICAR

SE A SUA ESCOLA DESENVOLVE ATIVIDADES ESPECÍFICAS SOBRE SEXUALIDADE, JÁ FORAM ABORDADOS TEMAS SOBRE...

- 20) Doenças sexualmente transmissíveis?
1 Sim 2 Não
- 21) AIDS?
1 Sim 2 Não
- 22) Gravidez não planejada
1 Sim 2 Não
- 23) Educação sexual?
1 Sim 2 Não
- 24) Uso de bebidas alcoólicas e drogas?
1 Sim 2 Não
- 25) Sexo seguro?
1 Sim 2 Não

SE A SUA ESCOLA DESENVOLVE ATIVIDADES ESPECÍFICAS SOBRE SEXUALIDADE, OS TEMAS SÃO APRESENTADOS...

- 26) Dentro das próprias matérias da escola?
1 Sim 2 Não
- 27) Em reuniões e palestras?
1 Sim 2 Não
- 28) Através de material educativo (folhetos, cartilhas, etc.)
1 Sim 2 Não
- 29) Em oficinas ou reuniões de pequenos grupos?
1 Sim 2 Não
- 30) Com participação de vários professores?
1 Sim 2 Não
- 31) Com participação de profissionais de saúde
1 Sim 2 Não

SOBRE SEUS CONHECIMENTOS INICIAIS (Marque apenas uma alternativa)

- 32) Através de quem você obteve as primeiras informações sobre relação sexual?
- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Da sua mãe ou seu pai | 2 <input type="checkbox"/> De irmãs ou irmãos |
| 3 <input type="checkbox"/> De amigos ou colegas | 4 <input type="checkbox"/> De professores na escola |
| 5 <input type="checkbox"/> Da televisão ou das revistas | 6 <input type="checkbox"/> Dos livros |
| 7 <input type="checkbox"/> Por outros meios. Quais? _____ | |
| 8 <input type="checkbox"/> Não me lembro/Não sei responder | |
- 33) Através de quem você obteve as primeiras informações sobre gravidez?
- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Da sua mãe ou seu pai | 2 <input type="checkbox"/> De irmãs ou irmãos |
| 3 <input type="checkbox"/> De amigos ou colegas | 4 <input type="checkbox"/> De professores na escola |
| 5 <input type="checkbox"/> Da televisão ou das revistas | 6 <input type="checkbox"/> Dos livros |
| 7 <input type="checkbox"/> Por outros meios. Quais? _____ | |
| 8 <input type="checkbox"/> Não me lembro/Não sei responder | |

VOCÊ NÃO PRECISA SE IDENTIFICAR

SOBRE SUA VIDA AFETIVA:

- 34) Você já teve namorado ou namorada?
1 Sim 2 Não
- 35) Você já teve relações sexuais alguma vez?
1 Sim 2 Não
- 36) Em caso afirmativo, qual era a sua idade, na época?
 A primeira vez foi com _____ anos
 Ainda não tive nenhuma experiência sexual (Nesse caso, passe para a questão 49)

SOBRE SUA VIDA SEXUAL:

- 37) Os seus pais ou responsáveis sabem que você já teve experiência sexual?
1 Sim, os dois sabem
2 Apenas um deles sabe
3 Nenhum dos dois sabe
4 Não sei se eles sabem
- 38) Na sua "primeira vez" era também a primeira vez da outra pessoa?
1 Sim
2 Não
3 Não sei informar
- 39) Onde aconteceu sua primeira relação sexual?
1 Na sua casa
2 Na casa do(a) parceiro(a)
3 Na casa de amigos/conhecidos
4 Motel/Hotel
5 Em um carro
7 Outro lugar (especificar): _____
- 40) Vocês tomaram algum cuidado para evitar a gravidez?
1 Sim 2 Não 3 Não me lembro
- 41) Você ou seu parceiro usou preservativo (camisinha) na primeira relação?
1 Sim 2 Não 3 Não me lembro



VOCÊ NÃO PRECISA SE IDENTIFICAR

AINDA SOBRE SUA VIDA SEXUAL:

- 42) Atualmente você tem atividade sexual regularmente?
1 Sim 2 Não
- 43) Você usa algum método de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis?
1 Não uso nenhum método
2 Uso preservativo (camisinha) Masculino
3 Uso Preservativo (camisinha) Feminino
4 Uso outro. (Qual?) _____
- 44) Você usa algum método para evitar gravidez?
1 Não uso nenhum método
2 Sim: Preservativo
3 Sim: Pílula
4 Sim: Injeção
5 Uso outro. (Qual?) _____

AINDA SOBRE SUA VIDA SEXUAL:

- 45) Em relação ao sexo com o uso de preservativo (camisinha), você:
1 Usa sempre
2 Usa quase sempre (maioria das vezes)
3 Usa às vezes (raramente)
4 Não usa nunca
- 46) Se você tem atividade sexual e não usa preservativo é porque:
1 Não gosta
2 Não sabe usar/tem vergonha de usar
3 Seu/sua parceiro(a) não aceita
4 Acha que não é responsabilidade sua
5 Não tem como arrumar
6 Confiava em seu/sua parceiro(a)
7 Outros motivos.
Quais: _____
- 47) Na sua última relação sexual você usou preservativo?
1 Sim 2 Não 3 Não me lembro

SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

- 48) Você já teve alguma doença sexualmente transmissível?
1 Sim 2 Não 3 Não me lembro
- 49) Caso já tenha apresentado alguma doença sexualmente transmissível, qual foi a sua atitude
1 Procurou o médico ou o serviço de saúde
2 Procurou a farmácia e comprou o medicamento
3 Procurou ajuda com alguém da família
4 Procurou ajuda com um amigo(a)
5 Nunca teve doença sexualmente transmissível

VOCÊ NÃO PRECISA SE IDENTIFICAR

SOBRE SUA MÃE

- 10) Qual é a idade da sua mãe?
_____ anos completos
- 11) Qual é a escolaridade da sua mãe?
1 Nunca frequentou a escola
2 1º grau incompleto
3 1º grau completo
4 2º grau incompleto
5 2º grau completo
6 Superior incompleto
7 Superior completo
9 Não sei/Não me lembro

SOBRE SUA FAMÍLIA

- 12) Seus pais vivem juntos?
1 Sim
2 Nunca viveram juntos
3 Já viveram juntos, mas estão separados
4 Não conheci meus pais/perdi o contato
7 Outra situação (especificar) _____
- 13) Quantos irmãos você tem?
_____ irmãos

SOBRE SUA VIDA EM CASA

- 14) Atualmente você mora:
1 Com o seu pai e a sua mãe
2 Apenas com a mãe
3 Apenas com o pai
4 Com a mãe e o padrasto
5 Com o pai e a madrasta
6 Com outros familiares ou responsáveis
- 15) Quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas
- 16) Quantos cômodos tem sua casa? _____ cômodos

SOBRE SUA VIDA FORA DE CASA

- 16) Você está ou já esteve trabalhando, estagiando ou exercendo alguma atividade com remuneração?
1 Sim 2 Não
- 17) Você participa de atividades de grupo regularmente com outros jovens fora da escola?
1 Sim 2 Não
- 18) Você já participou ou participa de alguma atividade de educação para a prevenção de DST/AIDS e gravidez não desejada?
1 Sim, na escola 3 Não
2 Sim, fora da escola

SOBRE SUA ESCOLA

- 19) Em relação às atividades na sua escola, sobre o tema sexualidade, você pode dizer que:
1 A escola não desenvolve nenhum tipo de atividade ou programa sobre sexualidade
2 A escola desenvolve atividades apenas nas aulas
3 A escola tem um programa específico sobre sexualidade para os alunos