

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Adolescência e anticoncepção: conhecimento e o uso de
métodos anticoncepcionais por estudantes da zona
urbana de Cruzeiro do Sul, Acre**

Maria José Francalino da Rocha

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e
Sociedade.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Néia Schor.

São Paulo
2010

**Adolescência e anticoncepção: conhecimento e o uso de
métodos anticoncepcionais por estudantes da zona
urbana de Cruzeiro do Sul, Acre**

Maria José Francalino da Rocha

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e
Sociedade.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Néia Schor.

**São Paulo
2010**

Dedicatória

Dedico este estudo a minha família.

*Ao meu esposo, **Daniel Pereira**, pelo companheirismo, carinho e compreensão. Obrigado pelo incentivo e apoio na conquista deste sonho. Te amo muito!*

*Aos meus filhos, **Marcos e Lucas**, meus amores, que estiveram sempre presente, desde os primórdios de sua existência. Obrigada, por suportar os obstáculos desse trabalho.*

*Aos meus pais, **José e Francisca Rocha**, pelo exemplo de vida. Simplicidade, humildade, coragem, perseverança e amor. Estes valores fundamentam a minha vida.*

*Aos **meus queridos irmãos**, Sérgio, Waldemiro, João, Antonio, Cícero, José, Raimundo, Josias, Frankley e Dayana, mesmo distantes e às vezes tão perto, sabem o valor deste trabalho para mim. Obrigada pelo apoio, carinho, sem vocês esta caminhada não seria possível.*

*A **família Pereira**, da qual, realmente, faço parte. Obrigada, por me acolherem.*

Agradecimentos Especiais

A Deus, por se fazer presente em minha vida, guiando-me e mostrando-me que todo esforço tem sua recompensa. Pois os que confiam no Senhor serão como os montes de Sião que não se abalam mais permanecem para sempre.

A Prof^ª. Dr^ª. Néia Schor, mais que uma orientadora, mãe que acolheu uma filha abandonada. Obrigada! Pelo cuidado e carinho com todos os alunos MINTER/DINTER/ACRE.

Ao Prof^º. Dr^º. Pascoal Torres Muniz, sem sua perseverança, esperança e paciência, este sonho não seria realidade.

As alunas do Curso de Graduação em Enfermagem do Campus Floresta-Cruzeiro do Sul: Nívea, Danila, Sneyla, Rayanne, Alana. Aos Técnicos de Enfermagem Gilmar Gilles e Erita Martins. As amigas e docentes Jaçamar Santos e Carla Alcoforado. E meu querido irmão Cícero Francalino. Muito Obrigado! Pelo apoio, companheirismo e ajuda na coleta de dados.

Aos adolescentes escolares. Obrigada! Pela paciência e disponibilidade que tiveram.

Agradecimentos

Ao Drº Carlos Mendes Tavares, pelas sugestões e contribuições para aperfeiçoamento desta pesquisa.

*Aos **professores** da Universidade Federal do Acre - Campus Floresta, os quais, num momento oportuno apoiaram e me incentivaram. Muito obrigada!*

*Aos **colegas do Dinter-Minter**, pela amizade e incentivo durante os anos de convivência.*

*A **todos os professores, funcionário da FSP/USP** que, direta ou indiretamente, participaram na construção deste trabalho.*

*A minha comadre amiga, **Greiciane Rocha** pelo companheirismo, apoio, ajuda e carinho. Obrigada!*

*As minhas cunhadas **Geane Rocha, Adriana Pineli e Sandra Pereira** pelo apoio, companheirismo, cuidado e carinho Lucas e Marcos agradecem.*

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram nessa etapa da minha vida, meus sinceros agradecimentos.

*Ao colega de mestrado **Tiago** pelo repasse de conhecimento. Que Deus lhe ajude e sempre esteja contigo.*

*A competente secretária do MINTER/DINTER, **Vanessa** por sua disponibilidade e acolhimento.*

Epígrafe

Já Sei Namorar

*Já sei namorar
Já sei beijar de língua, agora
só me resta sonhar
Já sei onde ir
Já sei onde ficar, agora
só me falta sair*

*Não tenho paciência pra televisão
Eu não sou audiência para a solidão
Eu sou de ninguém
Eu sou de todo mundo
E todo mundo me quer bem
Eu sou de ninguém
Eu sou de todo mundo
E todo mundo é meu também*

*Já sei namorar
Já sei chutar a bola, agora
só me falta ganhar
Não tenho juízo
Se você quer a vida em jogo
Eu quero é ser feliz*

*Não tenho paciência pra televisão
Eu não sou audiência para a solidão
Eu sou de ninguém
Eu sou de todo mundo
E todo mundo me quer bem
Eu sou de ninguém
Eu sou de todo mundo
E todo mundo é meu também
Tô te querendo como ninguém
Tô te querendo como Deus quiser
Tô te querendo como eu te quero
Tô te querendo como se quer*

TRIBALISTAS. *Já sei namorar*, 2003.

Rocha, MJF. Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por estudantes da zona urbana de Cruzeiro do Sul, Acre [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Resumo

Objetivo: Caracterizar o conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de escolas públicas. **Métodos:** Estudo transversal, realizado com amostra probabilística e representativa de 363 adolescentes, de ambos os sexos, que não viviam conjugalmente, com idades entre 13 e 17 anos, matriculados no período diurno, de escolas públicas, da zona urbana do município de Cruzeiro do Sul, Estado do Acre, em 2008. A pesquisa contemplou as exigências éticas. A caracterização de conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais foi feita, a partir da aplicação de um questionário estruturado, contendo perguntas fechadas e abertas sobre sexualidade e métodos contraceptivos. Dados coletados foram digitados, revisados e processados. O banco de dados foi constituído e analisado, estatisticamente, com a utilização do software Epi Info (version 3.5.8; 2008). Os dados foram descritos, utilizando a estatística descritiva: distribuição de frequência, medidas de tendência central e medida de dispersão. Para identificação de diferenças entre grupos de adolescentes foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. **Resultados:** Dos 363 adolescentes, 55,4% eram do sexo feminino e 44,6%, do masculino, com média de idade de 14,7 (dp=1,3) anos; 32,0% afirmaram que haviam iniciado a vida sexual, as moças, com média de idade de 15,0 (dp=1,3) anos e os rapazes, com 13,3 (dp=1,3) anos; 98,9% referiram conhecer algum tipo de MAC, especialmente, o preservativo (95,3%) e a pílula (80,1%). Mais do que metade das moças e rapazes, respectivamente, 58,3% e 59,6%, referiram conhecer entre 1 e 4 tipos de MAC. Dentre os que iniciaram, ou não, a vida sexual, 78,4% e 65,6%, respectivamente, já tinham ouvido falar sobre dupla proteção. Dentre aqueles com vida sexual ativa, 79,3% das moças e 81,0% dos rapazes referiram terem feito uso de preservativo na primeira e na última relação sexual. Igualmente, 87,5% das garotas e 72,1% dos garotos, referiram fazer uso de camisinha em todas as relações sexuais. **Conclusão:** O alto nível de conhecimento de MAC e o elevado uso de preservativo sexual masculino entre esses adolescentes podem expressar resultados positivos das políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva atuais, contribuindo para diminuição de gravidez não planejada e de infecções por doenças transmitidas por via sexual.

Descritores: Adolescência, Métodos Anticoncepcionais, Conhecimento e uso, Dupla proteção, Doenças sexualmente transmissíveis.

Rocha, MJF. Adolescence and Contraception: Knowledge and use of contraceptive methods by students of urban area of Cruzeiro do Sul, Acre [mastership essay]. São Paulo: USP Public Health Faculty; 2010.

Abstract

Purpose: To characterize the knowledge and use of contraceptive methods among public school students. **Methods:** Transversal study, accomplished with probabilistic and representative sample of 363 adolescents, man and woman, who didn't live conjugally, between 13 and 17 years old, matriculated in diurnal period, in public schools, in the urban area of Cruzeiro do Sul District, Acre State, in 2008. The research observed the ethic requirements. The characterization of the knowledge and use of contraceptive methods was done with the application of a structured questionnaire, containing open and closed questions about sexuality and contraceptive methods. The gathered data were digitated, revised and processed. The data bank was constituted and analyzed, statistically, using the software Epi Info (version 3.5:8; 2008). The data were described, using the descriptive statistic: frequency distribution, central trend measures and dispersion measure. For the identification of the differences among the adolescent groups it was used the Qui-square test of Pearson or Exact of Fisher. **Results:** From the 363 adolescents, 55,4% were female and 44,6% male, with average age of 14,7 (dp=1,3) years old; 32,0% told that they had begun sexual life, the girls with average age of 15,0 (dp=1,3) years old and the boys, with 13,3 (dp=1,3) years old; 98,9% affirmed to know some kind of MAC, especially the preservative (95,3%) and the contraceptive pills (80,1%). More than half of the girls and boys, respectively, 58,3% and 59,6% affirmed to know between 1 and 4 kinds of MAC. Among the ones who had begun, or not, sexual life, 78,4% and 65,6%, respectively, had already heard about double protection. Among the ones with active sexual life, 79,3% of the girls and 81,0% of the boys affirmed that they had already made use of preservative during the first and the last intercourse. Identically, 87,5% of the girls and 72,1% of the boys affirmed that they use condom in every intercourse. **Conclusions:** The high level of knowledge of MAC and the high use of male sexual preservative among those adolescents can express positive results of the current public sexual and reproductive health policies, contributing with the decrease of the non-planned pregnancy and infections by sexually transmitted diseases.

Describers: Adolescence, Contraceptive Methods, Knowledge and use, Double protection, Sexually transmitted diseases.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	37
1.1 ADOLESCÊNCIA	37
1.2 ADOLESCÊNCIA: SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO	40
1.3 ADOLESCÊNCIA: FECUNDIDADE E ANTICONCEPÇÃO	43
1.4 ADOLESCÊNCIA: DST E HIV/AIDS	49
2. OBJETIVOS	55
2.1 OBJETIVO GERAL	55
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	55
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	56
3.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	56
3.2 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	58
3.3 PLANO AMOSTRAL E TAMANHO DA AMOSTRA	58
3.4 COLETA DE DADOS	62
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	65
3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	67
3.7 QUESTÕES ÉTICAS	72
3.8 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS	73
4. RESULTADO E DISCUSSÃO	74
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDANTES	74
4.2 MENARCA	79
4.2.1 Entre a menarca e o namorar, a vida sexual	82
4.3 VIDA AFETIVA-AMOROSA-SEXUAL	88

4.3.1 Namoro anterior	89
4.3.2 Namorar ou ficar	91
4.3.3 Entre o namorar e o ficar, a vida sexual	96
4.3.4 Idade na primeira relação sexual	99
4.4 FONTES DE INFORMAÇÃO E CONVERSA SOBRE A VIDA SEXUAL	106
4.4.1 Fontes de informações sobre métodos anticoncepcionais e Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS	106
4.4.2 Conversa sobre a vida sexual	113
4.4.3 A escola fonte de informações	116
4.5 ADOLESCENTES E OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS	124
4.5.1 Métodos anticoncepcionais referidos pelos adolescentes	125
4.5.2 Métodos anticoncepcionais conhecidos: faz diferença ter iniciado, ou não, a vida sexual?	133
4.5.3 Quantidade de métodos anticoncepcionais referida pelos adolescentes	137
4.6 ADOLESCENTES E A DUPLA PROTEÇÃO	143
4.6.1 Informação sobre dupla proteção	145
4.6.2 Conhecimento de métodos que oferecem dupla proteção	151
4.6.3 Possíveis fontes de obtenção de métodos contraceptivos de dupla proteção	158
4.7 ADOLESCENTES E O USO DA CAMISINHA: NA PRIMEIRA E NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL	163
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
6. REFERÊNCIAS	179
ANEXOS	189
Anexo 1 Questionário	191

Anexo 2	Termo de consentimento livre esclarecido - pais e/ou responsáveis	194
Anexo 3	Termo de consentimento livre esclarecido - adolescente	196
Anexo 4	Solicitação e autorização de coleta de dados - Secretaria de Estado de Educação	198
Anexo 5	Solicitação e autorização de coleta de dados - Secretaria Municipal de Educação	199
Anexo 6	Solicitação e autorização de coleta de dados - Gestor Escolar	200
Anexo 7	Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal do Acre	201
Anexo 8	Parecer do Comitê de Ética da FSP/USP	202
Anexo 9	Curriculum Lattes Prof ^a Dr ^a Néia Schor	203
Anexo 10	Curriculum Lattes Maria José Francalino da Rocha	204

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo características sociodemográficas e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	75
Tabela 2	Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo a idade na menarca, Cruzeiro do Sul, Acre, 2008.	80
Tabela 3	Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo faixa etária na menarca e o primeiro namoro antes do 15 anos de idade, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	84
Tabela 4	Descrição da idade na menarca, no primeiro namoro e na primeira relação sexual de estudantes do ensino fundamental e médio, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	87
Tabela 5	Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo o relacionamento afetivo-amoroso anterior e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	90
Tabela 6	Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo o relacionamento afetivo-amoroso atual e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	93
Tabela 7	Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo as fontes de informações sobre métodos anticoncepcionais e prevenção de DST/HIV/AIDS e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	107
Tabela 8	Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo a forma como as informações dos meios de prevenção da gravidez e de DST e HIV/AIDS foram transmitidas na escola e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	117
Tabela 9	Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo as disciplinas que as informações sobre métodos anticoncepcionais e prevenção de DST/HIV/AIDS foram repassadas na escola e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	120
Tabela 10	Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo informações recebidas na sala de aula por sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	121
Tabela 11	Porcentagem de estudante do ensino fundamental e médio segundo o conhecimento de métodos anticoncepcionais por sexo e faixa etária, Cruzeiro do Sul, 2008.	127
Tabela 12	Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio, segundo conhecimento de métodos anticoncepcionais e início da vida sexual, Cruzeiro do Sul, 2008.	134

Tabela 13	Número e porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio, segundo as características demográficas e quantidade de métodos anticoncepcionais referidos, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	138
Tabela 14	Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio, segundo o início da vida sexual e quantidade de métodos anticoncepcionais referidos, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	140
Tabela 15	Número e porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio que não haviam iniciado a vida sexual, segundo se ouviram falar sobre métodos que oferecem dupla proteção, por sexo e faixa etária, Cruzeiro do Sul, 2008.	147
Tabela 16	Número e porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio que referiram terem iniciado a vida sexual, segundo se ouviram falar sobre métodos que oferecem dupla proteção, por sexo e faixa etária, Cruzeiro do Sul, 2008.	149
Tabela 17	Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio que referiram não terem iniciado a vida sexual, segundo conhecimento sobre as formas de obter a dupla proteção, por sexo e faixa etária, Cruzeiro do Sul, 2008.	153
Tabela 18	Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio que iniciaram a vida sexual, segundo conhecimento sobre formas de obter a dupla proteção, por sexo e faixa etária, Cruzeiro do Sul, 2008.	154
Tabela 19	Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio que referiram não terem iniciado a vida sexual, segundo o conhecimento sobre possíveis fontes de obtenção de métodos contraceptivos que oferecem dupla proteção, por sexo e faixa etária, Cruzeiro do Sul, 2008.	158
Tabela 20	Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio, que iniciaram a vida sexual, segundo conhecimento sobre as possíveis fontes de obtenção de contraceptivos que oferecem dupla proteção, por sexo e faixa etária, Cruzeiro do Sul, 2008.	160
Tabela 21	Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo o uso de camisinha na primeira relação sexual, por sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	165
Tabela 22	Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo o uso da camisinha na última relação sexual, por sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	167

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa do Estado do Acre.	56
Figura 2	Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo a menarca, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008	79
Figura 3	Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio que tiveram a menarca e informaram ter vivenciado um namoro, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	83
Figura 4	Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio que tiveram a menarca e informaram ter iniciado a vida sexual, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	85
Figura 5	Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo a primeira relação sexual antes dos 15 anos e faixa etária na menarca, Cruzeiro do sul-Acre, 2008.	86
Figura 6	Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo o início da vida sexual, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	97
Figura 7	Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo o início da vida sexual e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	98
Figura 8	Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio segundo idade na primeira relação sexual e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	102
Figura 9	Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo faixa etária no início da vida sexual e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	103
Figura 10	Porcentagem de adolescente do ensino fundamental e médio, segundo as pessoas com quem conversam sobre a vida sexual, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	114
Figura 11	Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo a frequência de uso da camisinha, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.	172

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

♀	Sexo feminino
♂	Sexo masculino
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BEMFAM	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.
DIU	Dispositivo Intra-uterino.
dp	Desvio-padrão
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FSP	Faculdade de Saúde Pública
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Métodos Anticoncepcionais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância.
USP	Universidade de São Paulo

Apresentação

No decorrer de minha formação profissional, foi possível obter informação sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, principalmente, no curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, cujo trabalho de conclusão de curso consistiu em um estudo realizado no município de Rio Branco-Acre, com mulheres no pós-parto imediato, sobre conhecimento dos métodos contraceptivos, estabelecendo, assim, minha trajetória pessoal no campo de saúde materno-infantil.

Meu primeiro contato com o campo de Saúde Pública ocorreu enquanto docente substituta do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Acre (1998/2000), cooperando nas disciplinas Enfermagem na atenção à saúde da mulher e Enfermagem na atenção à saúde da criança e do adolescente.

Em fevereiro de 2006, iniciei minha carreira como docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Acre-Campus Floresta/Cruzeiro do Sul. Em 2007, após passar 5 anos trabalhando em outras áreas da saúde, foi possível retomar alguns caminhos já trilhados no passado, principalmente, depois do ingresso no Mestrado da Faculdade de Saúde Pública da USP. Já que as questões da adolescência sempre aguçaram minha curiosidade e preocupações, após os primeiros diálogos com a orientadora Prof.^a Dr.^a Nélia Schor, iniciei este mestrado com o propósito de desenvolver pesquisa na área da saúde sexual e reprodutiva do adolescente.

No estado do Acre e, especificamente, no município de Cruzeiro do Sul, ações voltadas à saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente são quase inexistentes.

Segundo os dados do IBGE (2003), em 1991, o Acre era o estado com a maior taxa de fecundidade (4,90 filhos por mulher). Dez anos depois, isto é, em 2000, ele

passou a ocupar a segunda posição (3,43 filhos por mulher) entre os estados com maior taxa de fecundidade, sendo superado, apenas, pelo Amapá (3,60 filhos, em média).

Nesse mesmo ano, verificou-se que Roraima apresentava a maior taxa de fecundidade entre mulheres de 15 a 19 anos de idade. Em 2000, a primeira posição passa a ser ocupada pelo estado do Acre.

Em 2004, de acordo com os dados do Registro Civil, 19,9% das crianças que nasceram, originaram-se de mães adolescentes, proporção esta que se mostrou mais elevada na Região Norte, com destaque para Unidades da Federação do Tocantins, Pará e Acre (IBGE, 2006).

CUNHA *et al.* (2002), ao estudarem o perfil das puérperas atendidas em uma maternidade de Rio Branco, Acre, em 1999, verificaram que, entre 101 puérperas estudadas, 34,0% encontravam-se na faixa de 15-19 anos de idade.

AQUINO-CUNHA *et al.* (2002), estudando puérperas em uma maternidade de Rio Branco, Acre, em 2002, constataram que 37,0% eram adolescentes, com média de idade de 16,9 anos (mínimo 10 e máximo de 19 anos).

As constatações e considerações acima apontam para a premência e necessidade de se direcionarem políticas públicas de informação, promoção, prevenção e atendimento para a população adolescente do Estado.

Portanto, instigada por essa problemática, deparei-me com indagações a merecerem respostas, dentre elas:

- Como os adolescentes de Cruzeiro do Sul adquirem informações sobre métodos anticoncepcionais? Quem fornece essas informações?
- Quais métodos anticoncepcionais são conhecidos por esses adolescentes?

- Os adolescentes utilizam contraceptivos? Quais métodos contraceptivos são utilizados? Como se dá o acesso aos contraceptivos?

Essas e outras indagações, cada vez mais presentes no universo de minhas reflexões, marcaram as opções feitas no presente estudo, e apresentam-se como um desafio contínuo nessa questão, que envolve adolescência, sexualidade e reprodução.

Ressaltando, ainda, que não existem trabalhos científicos abordando o tema adolescência e anticoncepção nesta região, deste modo, o propósito desta pesquisa foi focar a contracepção na adolescência, considerando que adolescentes apresentam-se como um grupo vulnerável à gravidez não planejada e a DST e HIV/AIDS, tanto por características próprias da fase, quanto pelo contexto sociocultural e econômico em que estão inseridos.

1. INTRODUÇÃO

1.1 ADOLESCÊNCIA

O conceito de adolescência, como ele é hoje considerado, é recente, até o século XVII, a adolescência era confundida com a infância (BECKER, 2003).

A idéia de que entre a infância e a fase adulta existe um período intermediário, com características próprias, é recente. Sua emergência está relacionada às transformações ocorridas no último século e seus impactos na organização do trabalho e nos comportamentos reprodutivos (VILLELA e DORETO, 2006).

Na literatura, adolescência é apresentada com enfoques e conceituações diversas, analisada do ponto de vista histórico, sociológico, psicológico, cronológico e biológico. Deste modo, adolescência é referida a um período de tempo no processo evolutivo do indivíduo, período caracterizado, tanto pela idade cronológica, como pelos processos biológicos, psicológicos e socioculturais, que definem tanto as particularidades individuais, como as particularidades de grupos de indivíduos de uma determinada sociedade (BORGES, 2004).

Cavalcanti, *apud* SCHOR (1995), afirma que “se a infância nasceu com a burguesia, a adolescência foi gerada no bojo da revolução industrial. Seu conceito é mais nítido na população urbana do que na população do campo, e melhor caracterizada quanto maior for o privilégio da classe social a que pertence.

Adolescente é uma categoria/grupo constituída/o por meninos e meninas que trazem experiências, práticas sociais e estilos de vida distintos, em função das atribuições de gênero, suas complexas articulações com classe social e raça/etnia e as marcas que estas pertencas imprimem à subjetividade de cada um (VILLELA e DORETO, 2006).

As conceituações de adolescência apresentam-se de várias formas. Na área da saúde, a adolescência tem sido vista, na prática, como questão biofisiológica: a maturação, o crescer e o desenvolver fisicamente, ressaltando-se a importância de um desenvolvimento harmonioso com os fenômenos psicossociais e adaptativos/genéticos de cada grupo. Neste contexto, a saúde e o “bem-estar” do adolescente são produtos de inter-relações de três sistemas básicos: o biológico, o psicossocial e do meio ambiente (SCHOR, 1995).

A adolescência compreende uma série de transformações corporais, psicológicas e de inserção social que ocorrem na segunda década de vida, constituindo um período de particular vulnerabilidade, pelas intensas e rápidas modificações que nela ocorrem: a puberdade, a evolução da sexualidade, o afastamento progressivo dos pais, as atitudes reivindicatórias, as contestações e as percepções paradoxais de invulnerabilidade do adolescente. Os riscos da adolescência são sustentados, reforçados e ampliados pelas freqüentes dúvidas, questionamentos e preocupações sobre eventos “normais” que ocorrem nesse período e que, comumente, não encontram espaços para adequada orientação (LOURENÇO, 2006).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, no Decreto-Lei n.º 8.069, de 13/7/1990, veio regular, no âmbito infraconstitucional, a situação jurídica dos indivíduos de até a idade de dezoito anos. A lei define como adolescente “o indivíduo que tem entre 12 e 18 anos de idade”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida (10 aos 19 anos) e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos. O Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS, definindo o público beneficiário como o contingente da população entre 10 e 24 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Há um descompasso entre a fixação etária do Estatuto da Criança e do Adolescente e a da Organização Mundial da Saúde, também adotada pelo Ministério da Saúde.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005a), a adoção do critério cronológico objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública, porém, ignora as características individuais. Portanto, é importante ressaltar que os critérios biológicos, psicológicos e sociais devam ser considerados na abordagem conceitual da adolescência. Na cultura ocidental contemporânea, existe o consenso de que os primeiros indícios da maturação sexual, introduzidos pela puberdade, marcam, concretamente, o início da adolescência.

Em nosso entendimento, o conceito de adolescência, como referido anteriormente, envolve um processo amplo de desenvolvimento biopsicossocial. Desta forma, a puberdade constitui uma parte da adolescência, caracterizada, principalmente, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, evolução da maturação sexual. A puberdade é um parâmetro universal, ocorrendo de maneira semelhante em todos os indivíduos; já a adolescência é um fenômeno singular, caracterizado por influências socioculturais que vão se concretizando, por meio de reformulações constantes.

Os significados relacionados à idéia de adolescência têm, em geral, um caráter negativo, remetendo à dependência, irresponsabilidade, dificuldades emocionais e impulsividade. Desse modo, para analisar a atividade sexual dos adolescentes, é importante considerar como cada um se situa em relação a si mesmo e à sua capacidade de responder pelos seus atos, tendo por referência os diferentes sentidos sociais atribuídos à adolescência (VILLELA e DORETO, 2006).

A adolescência é uma fase da vida com necessidades, potencialidades e vivências presentes em todos os aspectos da vida social, inclusive na sexualidade, na reprodução e na saúde, que devem ser vividas de forma plena, com todos os direitos e responsabilidades inerentes a ela (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

1.2 ADOLESCÊNCIA: SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO

Desde a era cristã, a sexualidade é tida como algo potencialmente perigoso que, portanto, exige controle e traz castigos para quem infringe suas regras, o que contrasta e complementa a idéia de “descontrole” ou “rompimento de limites”, relacionada à adolescência e à juventude, fazendo com que a prática do sexo pelos jovens seja vista com receio (VILLELA e DORETO, 2006).

Conforme esses autores, a dinâmica das relações de gênero impõe às moças o recato em relação ao sexo, enquanto que, para os rapazes, é esperado que não haja muito pudor ou embaraço em relação ao tema. Isso resulta no elevado valor atribuído à virgindade, para as moças, e à experiência sexual, para os rapazes. Tal descompasso de expectativas nem sempre corresponde às vivências individuais, mas dificulta o diálogo aberto sobre sexo e o compartilhamento de estratégias para que o início da vida sexual não traga surpresas desagradáveis.

GUIMARÃES *et al.* (2003) afirmam que a vida sexual dos adolescentes é uma realidade inegável, o que torna imprescindível sua conscientização e orientação, a fim de evitar gravidez não planejada e propiciar maior responsabilidade sobre a anticoncepção, uma vez que esse grupo necessita de informações concretas acerca do assunto.

A saúde sexual e a saúde reprodutiva de adolescentes têm sido foco de inúmeros e profundos debates, questionamentos e controvérsias. A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos dessa população é uma questão de direitos humanos e propicia o pleno exercício do direito fundamental à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Adolescentes, enquanto cidadãos, são sujeitos de direitos reprodutivos e sexuais existentes na ordem constitucional e infraconstitucional. Porém, o processo de transição biopsicossocial, que marca esse período do desenvolvimento, faz com que adolescentes

possuam necessidades específicas, merecedoras da atenção do legislador e do jurista (PIROTTA e PIROTTA, 1999).

No Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei n.º 8.069, de 13/7/1990 –, diversos dispositivos referem-se aos direitos reprodutivos e sexuais. No Art. 17, explicita-se que “O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”.

Direitos sexuais e direitos reprodutivos se constituem de certos direitos humanos fundamentais, já reconhecidos em leis nacionais e internacionais, e nascem a partir da definição de saúde reprodutiva, buscando interagir os direitos sociais, principalmente, o direito à saúde, à educação, à informação, com os direitos individuais de não interferência e de não discriminação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

Os adolescentes têm direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual e ao acesso à orientação sobre todos os métodos anticoncepcionais. A consciência desse direito implica reconhecer a individualidade e a autonomia do adolescente, estimulando-o a assumir a responsabilidade com sua própria saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), que introduziu na normativa internacional o conceito de direitos reprodutivos, inseriu os adolescentes como sujeitos que deverão ser alcançados pelas normas, programas e políticas públicas. Em 1999, a ONU realizou um processo de revisão e avaliação da implementação do programa (Cairo + 5), avançando nos direitos dos jovens. Na revisão do documento, deixou de ser incluído o direito dos pais em todas as referências aos adolescentes, garantindo o direito dos adolescentes à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação, inclusive, sexual, no currículo escolar, à informação e assistência à saúde reprodutiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

No plano normativo nacional, possuímos a Lei n.º 9.263/1996 (planejamento familiar), que regula um conjunto de ações para a saúde sexual e saúde reprodutiva. Não trata a nova lei, expressamente, sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes, o que não constitui uma barreira para o acesso aos serviços de saúde; ao contrário, é direito do adolescente o atendimento integral e incondicional, decorrente dos princípios e diretrizes adotados pela Constituição Federal, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, pelo Sistema Único de Saúde e pela própria lei sobre o tema.

Segundo a Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263, de janeiro de 1996), Art. 3º, o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Parágrafo único: As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no “caput”, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais. A única restrição estabelecida na lei é para a realização da esterilização cirúrgica nas pessoas menores de 25 anos, com menos de dois filhos.

Na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), a orientação sexual é prevista como um dos temas transversais, a serem incluídos nos Parâmetros Curriculares Nacionais, em todas as áreas do conhecimento do ensino fundamental ao ensino médio. Os Parâmetros Curriculares Nacionais incluiu o tema Educação para a Saúde, como obrigatório, a ser tratado de forma transversal por todas as áreas, incluindo tópico especial para a questão da orientação sexual. A reformulação das diretrizes educacionais, em 1996, harmonizou-se com o novo conceito de saúde, conectado ao social, e refletiu a preocupação e a estratégia de reduzir a gravidez não planejada, a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis na adolescência.

As questões de gênero permeiam as questões relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva. Os principais problemas registrados, quanto à saúde sexual e saúde reprodutiva, relacionam-se às adolescentes e mulheres jovens. Isto se deve ao fato da

responsabilização cultural e social das mulheres pela reprodução e pelos cuidados de saúde da família, muitas vezes, reproduzidas pelos serviços de saúde, o que explica serem as mulheres a maioria dos usuários do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Essa situação reflete as desigualdades de poder nas relações de gênero: o menor poder de mulheres termina por expô-las à gravidez não planejada e aos riscos de infecções sexualmente transmissíveis, bem como a distintas formas de violência que afetam sua saúde. Por outro lado, adolescentes e jovens masculinos não têm sido atendidos em suas necessidades de saúde, relacionadas à sexualidade e à reprodução. Com efeito, os serviços de saúde encontram dificuldades em atender a este público, o que é constatado em estudos, pesquisas e ações, envolvendo profissionais de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

A saúde é setor privilegiado para promoção e garantia dos direitos humanos dos adolescentes. A partir dele, podemos intervir de forma satisfatória na implementação de um elenco de direitos, aperfeiçoando as políticas de atenção a essa população, por meio de ações e atividades articuladas e conjuntas, entre os setores de Saúde, Educação, Justiça, Segurança e a própria população jovem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

Garantir direitos reprodutivos a adolescentes, homens e mulheres, significa assegurar, em todos os casos, as condições de escolha por uma gravidez. Para tanto, as informações, os métodos e os serviços, como também a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério devem ser assegurados de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de modo saudável. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

1.3 ADOLESCÊNCIA: FECUNDIDADE E ANTICONCEPÇÃO

A população adolescente no Brasil corresponde a 21,0% da população nacional, são 35.302.872, dos quais 50,4% são homens e 49,5% são mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O grande contingente da população de adolescente, em especial, nos países em desenvolvimento, tanto em números absolutos, como em números relativos, aliado aos altos níveis de fecundidade, caracteriza-a como população de risco, com necessidades de atenção diferenciadas, principalmente, em questões relacionadas à reprodução (SCHOR, 1995).

O Brasil, desde o século XIX até meados da década de 1940, caracterizou-se pela prevalência de altas taxas de natalidade e de mortalidade. As taxas de natalidade, por sua vez, somente iniciam sua trajetória de declínio em meados da década de 1960, período em que se inicia a introdução e a paulatina difusão de métodos anticonceptivos orais, no Brasil (IBGE, 2003).

Até 1960, a taxa de fecundidade total, estimada para o País, era ligeiramente superior a 6 filhos por mulher. Os resultados do Censo Demográfico, 1970, mostraram uma pequena redução nesse indicador (5,76 filhos por mulher), como reflexo da diminuição mais acentuada da fecundidade na Região Sudeste (IBGE, 2003).

Em 1970, os diferenciais de fecundidade entre as Grandes Regiões ainda eram bastante acentuados. As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste possuíam as mais elevadas taxas de fecundidade (8,15; 7,53 e 6,42 filhos por mulher, respectivamente), enquanto a Região Sudeste era detentora da mais baixa, 4,56 filhos por mulher (IBGE, 2003).

Esse mesmo estudo ressalta que, entre 1980 e 1991, a velocidade da queda da fecundidade foi muito mais pronunciada que na década anterior. O País, como um todo, e a Região Norte registraram quedas da fecundidade da ordem de 34,0% e as Regiões Nordeste e Centro-Oeste detiveram percentuais de declínio de 40,0%. Nas Regiões Sudeste e Sul, esses percentuais posicionaram-se em torno de 31,0%. Já, entre 1991 e 2000, os maiores percentuais de queda da fecundidade ocorreram nas Grandes Regiões Nordeste e Norte (28,4% e 24,7%, respectivamente), regiões onde prevalecem os mais elevados níveis das taxas de fecundidade total, principalmente nas áreas rurais.

BERQUÓ e CAVENAGHI (2006) mostraram que a redução ocorrida nos níveis de fecundidade, entre 1991 e 2000, não foi uniforme nos vários segmentos sócio-demográficos da população. Diferenciais importantes foram apontados, revelando queda mais acentuada naqueles grupos em que a fecundidade era mais elevada em 1991, ou seja, entre as mulheres mais pobres, menos escolarizadas, negras, domiciliadas nas áreas rurais, e nas regiões Norte e Nordeste.

De acordo com a PNAD, em 2004, havia 50,5 milhões de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos de idade), sendo que 63,4% delas tinham filhos nascidos vivos. Entre as Grandes Regiões, observou-se que a Região Norte apresentava a maior proporção de mulheres com filhos (69,2%), e o Estado do Acre apresentou o maior índice de mulheres com filhos do país (71,6%). Embora nos últimos anos se tenha verificado uma redução do número médio de filhos por mulher, cerca de 37,0% delas tinham 3 filhos ou mais. Nas regiões menos desenvolvidas do País (Norte e Nordeste), a proporção de mulheres com 3 filhos, ou mais, era de 47,0% e 43,6%, respectivamente (IBGE, 2006). Em 2004, a Região Norte apresentou a taxa de natalidade de 2,8, a maior do País (IBGE, 2005b).

Por apresentarem maior população na zona rural e indicadores socioeconômicos menos favoráveis, o Norte e o Nordeste têm as maiores taxas de fecundidade. Mas é preciso observar que, nessas duas regiões, foram registrados os maiores declínios no número médio de filhos por mulher, no período 1991-2004: da ordem de 31,0% e 37,8%, respectivamente (BERQUÓ e CAVENAGHI, 2006).

Segundo o IBGE (2003), a queda no nível geral da fecundidade foi decorrente de declínios observados nas taxas específicas de fecundidade, em quase todas as idades. As únicas exceções correspondem às taxas de fecundidade de mulheres entre 15 e 19 anos de idade.

Em 2004, a análise, por grupos de idade, revelou que, no Brasil, entre as mulheres na faixa etária de 15 aos 17 anos de idade, 6,8% tiveram, pelos menos, um filho, sendo que quase 11,0% já possuíam 2 filhos (IBGE, 2006).

A manutenção do padrão jovem da fecundidade é destaque em todas as Grandes Regiões do País, entretanto, no Norte e no Nordeste esse caminho é fortemente intensificado no período de 1991/2000. Na Região Norte, em 1991, por exemplo, a taxa de fecundidade das mulheres com idades entre 15 e 19 anos representava uma contribuição para a fecundidade total de 16,7%, elevando-se para 21,7%, em 2000 (IBGE, 2003).

Em 2003, na Região Norte, verificou-se que aumentou a proporção de adolescentes entre 15 e 17 anos de idade, com pelo menos 1 filho, passando de 9,2% em 2002, para 10,4% em 2003 (IBGE, 2005a).

O aumento da taxa de fecundidade entre mulheres adolescentes é um importante aspecto a ser considerado. Se, entre mulheres, como um todo, assistiu-se, nas quatro últimas décadas, um decréscimo na taxa de fecundidade total, entre adolescentes, o sentido foi inverso. A gravidez na adolescência tem sido um tema polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva deste segmento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Este fenômeno, embora caminhando para certa estabilização, ainda constitui um motivo de preocupação para diversos segmentos sociais, devido às características desse grupo. Há que se considerar a vulnerabilidade em termos biológicos e em relação à sobrevivência das crianças, uma vez ser reconhecido que a gravidez em idade muito jovem eleva os riscos de mortalidade para a mulher e seus filhos (IBGE, 2006).

Entre adolescentes, o aumento da fecundidade tem sido relacionado ao aumento da atividade sexual, como conseqüência da difusão de valores culturais e sociais (Melo, *apud* DORETO, 2006).

Na verdade, não há concordância quanto aos fatores que colaboram para o aumento de fecundidade entre adolescentes.

Segundo CAMARANO (1998), GULPTA e LEITE (2001), os fatores que contribuem para o aumento da fecundidade entre adolescentes são: uso de métodos anticoncepcionais com menos frequência; sub-aproveitamento dos serviços de planejamento familiar por adolescentes; desconhecimento do período fértil.

A esse respeito, DÍAZ e DÍAZ (1999) constataram e explanaram o seguinte: a ocorrência da menarca em idade cada vez menor, observada, inicialmente, na Europa, mas que, também, está ocorrendo em outras regiões, tem sido apontada como um dos fatores do aumento da fecundidade de adolescentes, porque faz com que mulheres tenham capacidade reprodutiva em idade mais jovem. Para esses autores, a porcentagem de mulheres, que iniciaram a vida sexual antes de completar 20 anos de idade, tem aumentado durante as últimas décadas. Por outro lado, a idade no casamento está aumentando, o que leva mulheres a enfrentarem um período mais longo de atividade sexual, antes de estabelecerem uma relação marital estável, durante o qual não desejam engravidar.

Embora existam dificuldades para uso de algum método, na população, em geral, essas são maiores e de difícil superação para adolescentes. A própria condição social, que cerca a vida sexual de adolescentes, favorece a ocorrência de uma gravidez não planejada e os expõe aos riscos de contraírem doenças transmitidas sexualmente, diante da ausência de práticas preventivas (DORETO, 2006).

DÍAZ e DÍAZ (1999) ressaltam que diversos fatores, entre eles, a falta de informações adequadas, fatores sociais que, por um lado, estimulam a vida sexual dos adolescentes e, por outro, os condenam, e a falta de acesso a serviços adequados para as pessoas nessa faixa etária levam uma grande parte dos adolescentes a iniciar sua vida sexual sem usar anticoncepção.

SCHOR (1995) observou que, quanto menor a idade da adolescente, ao iniciar a vida sexual, menor a chance de ela estar usando algum método anticoncepcional e, conseqüentemente, maior a probabilidade de ficar grávida, logo nas primeiras relações.

Em 1996, a prevalência de uso de algum método era baixa entre mulheres com idade inferior a 20 anos, e os principais métodos contraceptivos utilizados era a pílula, com 18,0%, seguido do preservativo masculino, com 17,0% (BEMFAM, 1997).

À medida que o casal de jovens não está consciente em relação à importância dos cuidados com a saúde reprodutiva e sexual, a mulher engravida logo nas primeiras relações sexuais, desencadeando um processo de mudança inesperado em sua vida (PIROTTA, 2002).

Em 2001, adolescentes entre 12 e 17 anos, de capitais brasileiras, e que afirmaram já terem tido experiência de relação sexual, 52,0% disseram usar o preservativo em todas as suas relações sexuais: 35,1% eram do sexo feminino e 64,9%, do masculino. Entre os que declararam terem relações prevenidas “às vezes” (32,0%), 53,3% eram rapazes e 46,7% eram moças; e entre os que disseram nunca terem usado preservativo em suas relações sexuais, 64,5% eram do sexo masculino e 35,5% do feminino (UNICEF, 2002).

Estudo realizado por CUNHA *et al.* (2002), com 101 puérperas, em Rio Branco, Acre, constatou que 50,0% referiram usar método contraceptivo. No que se refere aos métodos contraceptivos utilizados, o mais significativo foi a pílula (88,3%), o preservativo masculino (7,8%) e o injetável, com apenas (3,9%).

CHABAN Jr. *et al.* (2003), em outra investigação desenvolvida no município de Porto Acre, Acre, com grávidas de 15 a 19 anos, verificaram que 61,5% não utilizavam nenhum método para evitar a gestação, 23,1% utilizaram a pílula anticoncepcional e 15,4%, o preservativo, demonstrando necessidade de maior atenção na sua orientação e disponibilização dos métodos.

Em relação ao planejamento familiar para adolescentes, homens e mulheres, esta definição, em si, já coloca limitações. Nem sempre, planejar família corresponde às expectativas de adolescentes, que chegam aos serviços em busca de métodos de prevenção ou de anticoncepção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

A anticoncepção é um tema muito importante, especialmente, na adolescência, considerando a relevância social conferida pela ocorrência de gravidez nessa faixa etária e pela possibilidade de exposição às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS. (VIEIRA *et al.*, 2006).

O aumento da taxa de fecundidade entre adolescentes, assim como o número de óbitos maternos nesta faixa etária, é um forte indicador de que as políticas de contracepção, planejamento familiar e atenção pré-natal não têm se adequado ou atendido às necessidades específicas desse segmento, afetando diretamente sua saúde reprodutiva. Indicam, portanto, a necessidade de formulação de ações estratégicas que garantam a autonomia reprodutiva de adolescentes, em condições desejadas e seguras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

1.4 ADOLESCÊNCIA: DST E HIV/AIDS

De acordo com o relatório do “*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*” – UNAIDS, estima-se que existam, atualmente, 33,2 milhões de pessoas com HIV em todo mundo e que ocorreram 2,5 milhões de novas infecções em 2007 (UNAIDS, 2007a). Na América Latina, o relatório afirma que a epidemia permanece estável. Em 2007, o número estimado de novas infecções, na região, foi de 100 mil; e o de mortes, de 58 mil. Atualmente, estima-se que 1,6 milhões de pessoas vivam com AIDS na América Latina (UNAIDS, 2007b).

Segundo o documento, um terço das pessoas que vivem com HIV, na América Latina, encontra-se no Brasil. No país, destacam-se a diminuição da prevalência em usuários de drogas injetáveis (UDI), relacionada aos programas de redução de danos; e o aumento em mulheres, cuja infecção é atribuída, principalmente, ao comportamento sexual de seus parceiros (UNAIDS, 2007b).

CASTRO *et al.* (2002), afirmam, ainda, que mais de 550.000 jovens são portadores de HIV/ AIDS, na América Latina e no Caribe. Destes, a grande maioria

(69,0%) é formada por jovens do sexo masculino, apesar do grande crescimento da epidemia entre mulheres, conhecida como feminilização da AIDS.

Um dos agravos à saúde, que podem ser considerados como determinados, entre outros motivos, pela atividade sexual desinformada e desprotegida na adolescência, é a maior exposição a doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), o agente causador da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS).

Aproximadamente, um terço da população mundial encontra-se entre os 10 e os 24 anos de idade, ou seja, são adolescentes e jovens. Segundo a Organização Mundial da Saúde, é nessa faixa etária que se concentra metade das infecções por HIV, em todo o mundo. Esses dados revelam uma situação crítica, e fazem com que a população de adolescentes e jovens seja colocada no topo da pauta de prioridades do debate público sobre as políticas em resposta à epidemia pelo HIV/AIDS, no Brasil e no mundo (UNESCO, 2002).

Estima-se que, a cada ano, um contingente de 4 milhões de adolescentes tornam-se sexualmente ativos no Brasil. A redução etária do início da vida sexual pode ser considerado um agravante para o comportamento de risco frente ao HIV/AIDS (SANTOS e SANTOS, 1999).

A maioria dos adolescentes inicia a vida sexual sem proteger-se contra as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS, o que tem sido confirmado pela alta frequência de AIDS em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos que, na maioria dos casos, adquiriram a doença durante a adolescência. A mortalidade por AIDS, que tem tido uma significativa diminuição em homens, não tem diminuído em mulheres, fazendo com que, proporcionalmente, a mortalidade em mulheres, especialmente na faixa de 20-29 anos, tenha aumentado (DIAZ e DIAZ, 1999).

Segundo CASTRO *et al.* (2002), adolescentes são estimulados a desenvolverem sua sexualidade desde cedo, sem que, para tanto, sejam devidamente instruídos e

sensibilizados sobre os processos de transmissão de HIV/ AIDS. Problemas decorrentes do contágio por HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, geralmente, referem-se não apenas ao comprometimento do desenvolvimento dos adolescentes que, juntamente com as dificuldades geradas pela gravidez não planejada, também concorrem para vulnerabilizar e comprometer trajetória no ensino formal e no desempenho de atividades produtivas.

A sexualidade é um assunto em evidência em todo o mundo, apresentando muitos temas controvertidos ou polêmicos, com freqüentes choques culturais e de gerações. O início da vida sexual tem ocorrido na adolescência em idades cada vez menor, incluindo até casos de crianças de 10 anos (UNESCO, 2001). Segundo esse estudo, é cada vez mais freqüente a gravidez aos 12 ou 13 anos, fato agravado pela falta de condições financeiras, pela baixa capacidade de se criar um filho, resultando, em muitos casos, em aborto, abandono ou criação do filho em condições precárias e desumanas.

No caso da epidemia do HIV, a adoção do uso de preservativos é o comportamento desejável, sendo esta a única barreira comprovadamente eficaz contra a transmissão sexual do HIV e das doenças sexualmente transmissíveis (UNESCO, 2002).

Segundo CASTRO *et al.* (2004), entre jovens escolarizados, o uso de preservativo masculino surge como prática de dupla proteção, tanto para gravidez quanto para infecção por DST/AIDS. Também há combinação de camisinha e pílula, como forma de dupla prevenção. Adolescentes receiam que apenas um método não seja suficientemente seguro para evitar gravidez, por causa do risco de falha.

Adolescentes, de maneira geral, necessitam ter conhecimentos e habilidades que os auxiliem na adoção de comportamentos que previnam a infecção das DST e do HIV e o uso indevido de drogas. Alguns são mais vulneráveis que outros, pois, além de vivenciarem mudanças próprias da idade, ainda se deparam com mudanças relacionadas com a estrutura familiar e condições de vida, como pobreza, desemprego, baixa

escolaridade e violência, além da falta de acesso amplo aos meios de comunicação, serviços de saúde e aos meios de prevenção (SANTOS e SANTOS, 1999).

Embora dados sugiram uma alta adesão à utilização da camisinha, adolescentes brasileiros ainda encontram uma imensa dificuldade de acesso a esse insumo. Isto porque, quanto mais pobres e mais jovens, menos dinheiro disponível terão para adquiri-lo. E, mesmo quando dispõem de dinheiro, para comprar a camisinha, têm de enfrentar tabus em relação ao exercício da sexualidade (UNESCO, 2002).

Somados aos diversos fatores de vulnerabilidade, algumas características próprias dos adolescentes aumentam o desafio que representa o desenvolvimento de estratégias e ações eficazes para o controle da epidemia: despreparo para lidar com a sexualidade; onipotência e sentimento de invulnerabilidade; barreiras e preconceitos; dificuldade de tomar decisões; indefinição de identidade; conflito entre razão e sentimentos; necessidade de afirmação grupal; e dificuldade de administrar esperas e desejos (SANTOS e SANTOS, 1999).

O uso de preservativos, masculinos ou femininos, por pessoas sexualmente ativas é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis. É o único método que oferece dupla-proteção, ou seja, é eficaz tanto para a redução do risco de transmissão do HIV e outras DST, quanto para contracepção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

As doenças sexualmente transmissíveis e a epidemia de AIDS fazem com que seja fundamental, em todas as faixas etárias, especialmente, na adolescência, insistir no conceito de dupla proteção (DIAZ E DIAZ, 1999).

Entre os adolescentes, as opções contraceptivas, que se lhes apresentam, indicam que cabe ao homem desempenhar o papel de prevenir doenças sexualmente transmissíveis e à mulher, zelar pelos cuidados com a fecundidade (CASTRO *et al.*, 2004).

A disponibilização do preservativo feminino objetiva ampliar as possibilidades de prevenção, para as mulheres, considerando as dificuldades existentes na negociação do uso do preservativo masculino com o parceiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

O conhecimento sobre métodos contraceptivos e riscos advindos de relações sexuais desprotegidas é fundamental para que adolescentes possam vivenciar o sexo, de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e das DST/AIDS, além de ser um direito, que possibilita, cada vez mais, ao ser humano, o exercício da sexualidade, desvinculado da procriação (VIEIRA *et al.*, 2006).

Segundo CASTRO *et al.* (2004) várias interpretações têm sido evocadas para explicar por que muitos jovens continuam a praticar sexo sem dupla proteção, tais como: pouca ou nenhuma presença de programas de educação sexual nas escolas; aconselhamento sexual baseado em tabus ou preconceitos religiosos, distanciados da realidade dos adolescentes; resistências dos pais, por considerarem como promoção da sexualidade o diálogo sobre esse assunto entre professores e alunos; falta de informação sobre regulação da fecundidade; falta de esclarecimento sobre as formas de transmissão das DST/AIDS; pouco ou nenhum acesso a métodos anticoncepcionais, inclusive, a contracepção de emergência (pílula do dia seguinte), que, se providenciada em até 72 horas após a relação sexual, pode evitar uma gravidez não desejada; falta de diálogo sobre sexualidade no seio da família; conflito de gerações, no qual os mais velhos não falam a linguagem dos jovens; necessidade de auto-afirmação, via maternidade e/ou paternidade; falta de estímulos externos que ampliem horizontes e mobilizem o potencial individual dos adolescentes para a formulação de projetos de vida; falta de conhecimento sobre percepções e representações que adolescentes têm de si mesmos e do mundo que os cerca.

Estudos esparsos têm procurado focalizar alguns desses aspectos, na tentativa de elucidar esse complexo de ansiedade, curiosidades e vulnerabilidades que caracteriza o universo dos adolescentes (CASTRO *et al.*, 2004).

A importância crescente que os problemas, derivados do exercício da sexualidade, estão adquirindo na população adolescente, está sinalizando claramente a necessidade de aumentar o acesso de adolescentes a serviços especificamente dedicados a atendê-los, que estejam capacitados para dar atendimento integral aos problemas de saúde reprodutiva, incluindo contracepção e prevenção de DST e AIDS (DIAZ E DIAZ, 1999).

Em um país com inúmeras diversidades sociais e econômicas, as questões de saúde estão diretamente ligadas aos aspectos educacionais. A escola precisa estar em consonância com as demandas da sociedade, sendo fundamental a abordagem das questões relacionadas com o cotidiano dos alunos. A educação para a saúde cumpre, então, o papel de orientar e conscientizar jovens para o direito à saúde e, principalmente, capacitá-los para o exercício de práticas preventivas (UNESCO, 2002).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de escolas públicas da zona urbana, no município de Cruzeiro do Sul, Estado do Acre.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o contexto sócio demográfico de adolescentes, por sexo.
2. Verificar a relação entre a menarca, namoro e vida sexual.
3. Caracterizar a vida afetiva-amorosa-sexual de adolescentes, por sexo.
4. Conhecer as principais fontes de informações, entre adolescentes, sobre métodos anticoncepcionais e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/AIDS, segundo ter iniciado ou não a vida sexual, sexo e faixa etária.
5. Descrever o conhecimento de métodos anticoncepcionais, entre adolescentes, segundo ter iniciado ou não a vida sexual, sexo e faixa etária.
6. Descrever o conhecimento, as fontes de informações e possíveis fontes de obtenção de métodos contraceptivos que oferecem dupla proteção, entre adolescentes, segundo ter iniciado ou não a vida sexual, sexo e faixa etária.
7. Verificar o uso do preservativo masculino, por adolescentes, na primeira e na última relação sexual e frequência de uso, por sexo.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

Este estudo foi realizado na cidade de Cruzeiro do Sul, que fica localizada à Oeste do estado do Acre. É o maior e mais importante município do Vale do Juruá. Na região, está situado o Parque Nacional da Serra do Divisor, maior paraíso ecológico do estado e a maior reserva de biodiversidade do mundo (GOVERNO DO ESTADO DO ACRE, 2003).

Figura 1 – Mapa do Estado do Acre.



Fonte: GuiaNet, 2009.

Cruzeiro do Sul dista cerca de 710 km de Rio Branco, a capital do Estado, pela rodovia BR-364. Entretanto, o acesso terrestre é muito difícil, limitado apenas ao verão

amazônico. Cruzeiro do Sul tem seu limite, ao norte, com o estado do Amazonas; ao sul, com o município de Porto Walter; à leste, com o município de Tarauacá e, à oeste, com os municípios de Mâncio Lima e Rodrigues Alves e com a República do Peru. Sua extensão territorial é de, aproximadamente, 8000 km² e, em 2007, sua população era de 73.948 habitantes (IBGE, 2009).

É o município pólo da microrregião do Juruá, esta região é caracterizada pela predominância de grandes rios e vasta extensão de floresta, o clima é equatorial e úmido e define-se em dois períodos; um seco e um chuvoso, o período de chuvas tem uma duração de, aproximadamente, oito meses, contribuindo para o parcial isolamento da região (GOVERNO DO ESTADO DO ACRE, 2003).

Segundo os dados do Censo escolar da educação básica, de 2008, no Ensino Fundamental existiam 6.994 alunos matriculados no segundo segmento (5^a a 8^a série) desses 74,5% estudavam na zona urbana e 25,5% na zona rural. No Ensino Médio, do total de 3.824 alunos matriculados, 87,6% estudavam na zona urbana (INEP, 2008a).

De acordo com censo escolar realizado pela própria pesquisadora, em julho de 2008, nos estabelecimentos de ensino municipal e estadual do município de Cruzeiro do Sul, Acre. 55,0% dos escolares encontravam-se com idade entre 13 e 17 anos, cursando o ensino fundamental (5^a a 8^a série) e o ensino médio no período diurno. Na zona urbana do município, havia onze escolas estaduais e oito municipais que ofereciam o ensino fundamental (5^a a 8^a ou 7^o ao 9^a) e três escolas estaduais que disponibilizavam o ensino médio, perfazendo um total de vinte e dois estabelecimentos escolares, que atendiam alunos na faixa etária e período, selecionados para o estudo.

3.2 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O estudo é de corte transversal e segundo abordagem quantitativa, realizado entre junho e dezembro de 2008.

A mostra foi constituída por adolescentes, de ambos os sexos, com idade entre 13 e 17 anos, que estavam regularmente matriculados no período diurno, no ensino fundamental e médio dos 22 estabelecimentos escolares públicos da zona urbana do município de Cruzeiro do Sul.

Devido à necessidade de delimitar a região pesquisada, optou-se pela zona urbana, pois a zona rural do município é extensa e as escolas, ali localizadas, são de difícil acesso.

A faixa etária, entre 13 e 17 anos, foi definida, por considerar ser, nessa faixa etária, o período mais provável de ocorrer o início da vida sexual em adolescentes da região, e por inserir-se na definição cronológica adotada pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006a). Permitindo, ainda, comparações, pois segundo BORGES (2004), nesse período podem ser encontradas proporções razoáveis de adolescentes que não iniciaram a vida sexual. Assim, permite verificar a situação dos adolescentes, que iniciaram ou não a vida sexual, a respeito do conhecimento de contraceptivos. E, ao considerar o início da vida sexual, verificar o uso dos contraceptivos em dois eventos, na primeira e última relação sexual.

3.3 PLANO AMOSTRAL E TAMANHO DA AMOSTRA

Em razão da insuficiência de informações na Secretaria Municipal e Estadual de Educação, sobre a quantidade de alunos por idade e sexo, foi realizado um censo pela própria pesquisadora, nos meses de junho e julho de 2008, dos escolares do ensino diurno, da 5ª a 8ª série do ensino fundamental e do 1º ao 3º ano do ensino médio, tendo

por finalidade fornecer subsídios para a elaboração de uma amostra representativa dos alunos, das escolas e do período selecionados. Esse censo consistiu em:

1. Localizar as escolas (endereço/bairro);
2. Obter o número de turmas, por escola;
3. Quantificar alunos, por turma e escola;
4. Especificar o número de alunos, por sexo, idade, turma e escola.

A amostra foi elaborada para atender aos objetivos do estudo. Assim, este estudo foi delimitado, segundo critérios listados, a seguir:

- Nível prévio de cooperação do gestor da Secretaria Estadual e Municipal de Educação, gestores escolares e professores (anexo 4, 5 e 6);
- Escolas públicas de Ensino Fundamental e Médio, localizadas na zona urbana do município de Cruzeiro do Sul;
- Estudantes de 13 aos 17 anos, regularmente matriculados no período diurno (manhã e tarde);
- Concordância e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido por parte do pai, mãe ou representante legal do menor (anexo 2);
- Participação voluntária, mediante concordância e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, por parte do adolescente (anexo 3).

Além das descritas condições de elegibilidade dos participantes, este estudo delimitou-se, também, pela exclusão de adolescentes que viviam conjugalmente, ou

seja, adolescentes casados ou em união consensual, por considerar que as experiências amorosas, sexuais e reprodutivas vivenciadas por adolescentes, que já passaram por um processo de união, bem como por um grau de autonomia, são diferentes daquelas que são solteiros, concordando com BORGES (2004). A sua análise conjunta poderia acarretar viés nos resultados.

Tendo em vista a finalidade do estudo, para dimensionamento da amostra (n_o) optou-se por utilizar, como parâmetro, a variável “*início da vida sexual*”, fundamentado no estudo realizado por BORGES (2004) que, ao estudar o início da vida sexual de adolescentes, que não viviam conjugalmente, de 15 aos 19 anos de idade, residentes na zona leste do município de São Paulo, verificou que o percentual de adolescentes do sexo masculino que havia iniciado a vida sexual foi de 45,6%, e do sexo feminino, 40,4%.

NASCIMENTO e LOPES (2000), ao estudarem aspectos da atividade sexual e ocorrência de DST/AIDS em escolares do ensino médio, no município de Rio Branco, Acre, verificaram que 31,7% das moças e 69,4% dos rapazes referiram terem iniciado a vida sexual.

MARTINS *et al.* (2006) realizaram estudo transversal, do qual participaram 1.594 adolescentes, entre 12 e 19 anos de idade, verificando que cerca de 28,6% dos adolescentes de escolas públicas afirmaram ter atividade sexual.

Deste modo, ao se considerarem os estudos acima citados, considerou-se a porcentagem de 40,0% de adolescentes, entre 13 e 17 anos, que afirmariam terem iniciado a vida sexual. Este é o valor médio arredondado para menos, aproximado da porcentagem utilizada por esses três estudos. A fórmula utilizada foi (SILVA, 1998):

$$n_o = \frac{p.q.z^2}{d^2}$$

Em que:

p = proporção máxima esperada de adolescentes, escolares de 13 aos 17 anos sexualmente ativos. No caso $p = 0,40$

$$q = 1 - p$$

z = abscissa da curva normal padrão, tendo sido assumido o nível de confiança 95%, resultando em $z = 1,96$.

d = erro amostral, tendo sido assumido o valor de $d = 0,05$, já que a precisão desejada é de 5%.

$$\text{tem-se: } n_o = \frac{0,40 \cdot 0,60 \cdot 1,96^2}{0,05^2} = 369$$

$$n_o = 369 \text{ indivíduos}$$

Para se obter a estimativa final do tamanho da amostra, o valor de n_o foi

ajustado, usando-se um fator de correção para população finita (n): $n = \frac{n_o}{1 + \left(\frac{n_o}{N}\right)}$

Em que N = número total de adolescentes de 13 a 17 anos matriculados nas escolas de Ensino Fundamental e Médio, no ano de 2008. $N = 4.415$ alunos.

$$\text{Então: } n = \frac{369}{1 + \left(\frac{369}{4415}\right)}$$

Procedendo-se os cálculos e arredondando-se o valor obtido para o inteiro mais próximo, obteve-se o tamanho da amostra.

$$n = 340 \text{ indivíduos}$$

Ao se considerarem os estudos acerca desta temática (PIROTTA, 2002; BORGES, 2004), avaliando a possibilidade de perdas por taxas de não resposta/recusa, evasão e ausência escolar, o tamanho da amostra deste estudo foi acrescido em 28,0%. Este é o valor médio arredondado, aproximado da percentagem utilizada por esses dois estudos e que garante a reposição de eventuais perdas.

$$\text{Então: } 340 + 28,0\% = 435 \text{ alunos}$$

Optou-se pelo sorteio sistemático sem reposição de 435 adolescentes, de 13 aos 17 anos de idade, com intervalo de sorteio igual a 10, calculado por:

$$I = N/n$$

$$I = 4.415/435 = 10$$

Para selecionar os adolescentes, foi utilizada uma listagem, disposta por ordem de sexo e idade dos alunos que se encontravam na faixa etária entre 13 e 17 anos. O início casual foi obtido por meio de sorteio a partir do intervalo de amostragem, ou seja, sorteou-se um adolescente entre os dez primeiros da listagem. O tamanho final da amostra constou, finalmente, de 443 adolescentes escolares.

3.4 COLETA DE DADOS

A aplicação dos questionários ocorreu no período da manhã e tarde, nos meses de novembro e dezembro de 2008, para alcançar o número calculado de estudantes na pesquisa, e considerando que a etapa de trabalho de campo não deveria exceder a segunda quinzena de dezembro, período de encerramento do ano letivo, sob risco de

comprometer a realização da pesquisa, pois após o final do ano letivo seria impossível retomar o contato com os alunos. Foi composta uma equipe de trabalho, que contou com a participação de mais seis pesquisadores, assim distribuídos: 2 técnicos de enfermagem, 1 acadêmico de enfermagem, 2 docentes enfermeiros da Universidade Federal do Acre – Campus Floresta de Cruzeiro do Sul e 1 enfermeiro da Secretaria Estadual de Saúde, além da pesquisadora responsável, que coordenou e participou de todas as atividades.

Os pesquisadores/colaboradores foram treinados para a aplicação do instrumento e abordagem dos adolescentes, sendo acompanhados com muita atenção, no entanto, não houve grandes percalços, pois todos eram trabalhadores da área da saúde, ou seja, enfermeiros, técnicos de enfermagem e acadêmico de enfermagem. A estratégia de ação baseou-se nas seguintes etapas:

1. Apresentação da equipe de trabalho aos diretores, informe sobre os objetivos da pesquisa, dia e período em que seria realizada a coleta de dados, e solicitação da dispensa dos alunos para que respondessem ao questionário.

2. Contato inicial com os professores, explicação dos objetivos da pesquisa, processo de coleta de dados, procedimentos éticos e informações sobre os responsáveis da pesquisa. Nesse momento, era solicitada a autorização do professor para que os alunos sorteados se ausentassem da sala de aula e recebessem informações e convite para participarem da pesquisa. Após repasse de informações, aos alunos que informavam interesse em participar da pesquisa, era entregue o termo de consentimento livre esclarecido para conhecimento e concordância, mediante assinatura por parte do pai, mãe ou representante legal.

3. Retorno à escola, solicitação de dispensa dos alunos sorteados por turma, recolhimento dos termos de consentimento livre esclarecido, com assinatura do representante legal do menor. Nesse momento, os alunos eram reunidos em uma sala e esclarecidos novamente sobre os objetivos da pesquisa e procedimentos éticos, para que os mesmos se sentissem livres em responder, ou não, o questionário. Somente depois

desse procedimento eram recolhidas as assinaturas do termo de consentimento livre esclarecido (anexo 3) e entregue o questionário a ser respondido.

4. Segundo retorno à escola, para aplicação do instrumento de pesquisa aos alunos faltosos, seguindo os passos descritos acima.

5. Os instrumentos preenchidos foram revisados, em conjunto com o entrevistador, para que não houvessem dúvidas no momento da digitação dos dados.

É preciso salientar que os questionários foram respondidos, respeitando a privacidade do adolescente. E as dúvidas foram esclarecidas no momento da aplicação do instrumento. Independente de ter sido assinado o termo de concordância pelos pais ou responsável legal (anexo 2), era necessário que os adolescentes concordassem em participar da pesquisa. Ficando claro que em qualquer momento eles poderiam desistir de responder o questionário ou pergunta que achasse inconveniente. Após duas tentativas, com impossibilidade de aplicar o questionário ao adolescente selecionado, ele era descartado do estudo e seu número, registrado no formulário de controle de perdas.

Para assegurar um menor número de alunos ausentes, devido aos atrasos, a aplicação do questionário foi efetuada na segunda aula, iniciada nos turnos da manhã e da tarde, ou de acordo com a decisão da direção escolar. Em cada turno, a coleta de dados foi realizada ao mesmo tempo, com todos os alunos selecionados em cada escola, objetivando garantir o desconhecimento dos entrevistados sobre o conteúdo do questionário. Foram entrevistados 368 adolescentes. Houve 80 perdas, em razão de:

1. **Recusa:** cinco pais não permitiram que o questionário fosse aplicado aos seus filhos;
2. **Transferência do aluno:** quatorze adolescentes foram transferidos de escola;
3. **Desistência dos estudos:** dezoito adolescentes desistiram de estudar;

4. **Ausência:** 34 adolescentes não foram encontrados na escola, após duas tentativas;

5. **Falta de qualidade dos questionários:** três entrevistas não foram consideradas confiáveis, portanto foram descartadas;

6. **Adolescentes que vivem conjugalmente:** foram identificados 5 adolescentes que referiram serem casados ou viverem em união consensual

As perdas (18,1%) foram consideradas adequadas, de acordo com esperado pelo plano amostral (28,0%). Vale ressaltar que houve uma excelente receptividade por parte dos adolescentes selecionados, suas famílias, professores e diretores escolares. Muitas vezes, adolescentes não selecionados solicitavam aos pesquisadores participação na pesquisa.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um questionário estruturado, composto por questões fechadas e algumas abertas (anexo 1), desenvolvido pela própria pesquisadora, com base em informações na literatura especializada. A elaboração do questionário baseou-se em instrumentos utilizados nos seguintes estudos:

- Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso (SCHOR, 1995);
- Adolescência e vida sexual: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo (BORGES, 2004);
- Estudo do conhecimento de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de uma área de um programa de saúde da família de Ribeirão Preto, SP (DORETO, 2006).

Após a realização do pré-teste, em julho de 2008, pela equipe de pesquisadores, para 20 alunos do Ensino Médio, período noturno da Escola Estadual Dom Henrique Ruth, em Cruzeiro do Sul, Acre, o instrumento de coleta de dados foi finalizado.

Para a realização do pré-teste, foi solicitada autorização da escola, mediante contato com a direção e professores, a fim de que os alunos selecionados fossem individualmente liberados para responderem ao questionário.

A seleção dos alunos teve, como base, a lista de presença do professor, para identificação dos alunos na faixa etária entre 13 e 17 anos, do sexo feminino e masculino; apenas a idade de 13 anos não foi contemplada, contudo, os objetivos foram alcançados.

Para aplicação do questionário, a direção da escola disponibilizou uma sala, resguardando, assim, a privacidade dos participantes. Os adolescentes que participaram desta fase foram informados sobre a natureza e objetivos do estudo e sobre a participação voluntária, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Nessa etapa do estudo, foi proposto um questionário contendo 72 questões. A análise do pré-teste mostrou a necessidade de algumas adequações na linguagem das questões. Optou-se por substituir algumas palavras ou expressões, por outras mais usuais pelos adolescentes, como “preservativo” por “camisinha”, “coito interrompido” por “gozar fora” e “cômodos” por “divisões”, dentre outras modificações.

O questionário incluía uma breve apresentação, indicando o tema pesquisado, os responsáveis pela pesquisa, as universidades às quais a pesquisa estava vinculada. Destacava-se a relevância do tema e a importância da colaboração dos alunos, buscando sensibilizar os adolescentes para a participação da pesquisa. Também estava explícito, por escrito, que o sigilo seria garantido.

O questionário definitivo foi construído, a partir do processo descrito acima, e a versão final foi composta por 72 questões. Buscou-se proporcionar um preenchimento

fácil e rápido e assegurar um índice alto de participação dos alunos. As questões foram apresentadas de modo esquemático, através do recurso a questões de múltipla escolha, objetivando facilitar as respostas. Todas as questões com alternativas foram pré-codificadas, bastando que o questionado marcasse o item que, para ele, seria o apropriado. A diagramação final foi reelaborada, a fim de proporcionar uma leitura agradável e direta, almejando facilitar o preenchimento do questionário pelos alunos. A versão final do instrumento de coleta de dados encontra-se no anexo 1.

O questionário foi preenchido com facilidade e teve duração de, aproximadamente, 50 minutos. Buscando resguardar a privacidade dos adolescentes, foi reservada uma sala para que os mesmos pudessem utilizar, sem a presença de familiares ou outras pessoas, no momento da aplicação do questionário, possibilitando, assim, o estabelecimento de um ambiente de tranquilidade e confiança.

Com o propósito de estudar os eventos relevantes para esta dissertação, houve a utilização de parte das variáveis do questionário. Contudo, a abrangência das variáveis se deve ao fato de se poder utilizá-las em artigos posteriores ou em uma possível tese de doutorado.

3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram selecionadas, para este estudo, as seguintes variáveis.

a) Perfil sóciodemográfico dos adolescentes:

- **Sexo:** variável categorizada em masculino e feminino.
- **Idade:** 13, 14, 15, 16 e 17 anos.
- **Cor:** as categorias utilizadas seguiram o padrão do IBGE para autoclassificação em branca, parda, preta, amarela e indígena. Os jovens que

se classificaram como pardos e pretos foram agrupados na categoria “parda/preta” e os jovens que se classificaram como brancos, amarelos e indígenas foram agrupados na categoria “branca e outras”.

- **Religião:** declarado pelo entrevistado (católica, evangélica, acredito em Deus e espírita).
- **Nível de instrução:** 5^a, 6^a, 7^a e 8^a série do ensino fundamental. 1^o, 2^o e 3^o ano do segundo grau. Que foram agrupadas na categoria “fundamental incompleto” e “médio incompleto”.
- **Condição de atividade e renda:** se o entrevistado somente estuda ou estuda e trabalha, e se recebe remuneração pelo trabalho prestado.
- **Número de pessoas por domicílio:** quantidade de pessoas por domicílio, que foram agrupadas na categoria, 1 a 3, 4 a 6, e 7 e mais pessoas
- **Coabitação:** variável elaborada em função do responsável que coabitava com o adolescente. Foi agrupada com o pai e mãe, pai/mãe/padastro/madastra, somente com o pai, somente com a mãe e com nenhum dos pais quando o adolescente coabitava com os tios, os avós ou irmãos.

b) Menarca

- **Teve a primeira menstruação:** variável categorizada em sim e não.
- **Idade na menarca:** idade em que teve a primeira menstruação em anos.

c) Vida afetiva-amorosa-sexual

- **Namoro anterior:** se já namorou, variável categorizada em sim e não
- **Idade do primeiro namoro:** idade no momento do primeiro namoro, com respostas agrupadas em, antes dos 15 anos. Sim e não.
- **Namoro atual:** se estava namorando, variável categorizada em sim e não.

- **Idade no namoro atual:** em anos, as repostas foram agrupadas em ≤ 14 anos e ≥ 15 anos.
- **Tempo de namoro atual:** em meses, as repostas foram agrupadas em ≤ 4 meses e ≥ 5 meses.
- **Ficar:** se estava mantendo relacionamento afetivo do tipo ficar, variável categorizada em sim e não.
- **Idade no ficar:** em anos, as repostas foram agrupadas em ≤ 14 anos e ≥ 15 anos.
- **Início da vida sexual:** se já teve ou não a primeira relação sexual, variável categorizada em sim e não.
- **Idade na primeira relação sexual:** idade em que teve a primeira relação sexual em anos. As repostas foram agrupadas em, antes dos 15 anos. Sim e não.

d) Fontes de informação e conversa sobre a vida sexual

- **Fontes de informação sobre métodos anticoncepcionais e doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS:** se nos últimos anos os adolescentes haviam recebido informações e onde obtiveram os conhecimentos de que dispõem, considerando as alternativas: 1- com o pai, 2-com a mãe, 3-com outros parentes, 4-com amigos, 5-na escola, 6-no posto de saúde, 7-televisão, rádio, jornais ou revistas, 8-outra forma. Nessa opção foi considerada a resposta descrita pelo entrevistado, 9- não recebi informação deste tipo.
- **Conversa sobre a vida sexual:** pessoa com quem o entrevistado se sentia à vontade para conversar sobre a vida sexual. Variável agrupada em: amigos(as), pais (mãe, pai ou ambos) e irmãos (Irmã e irmão), namorado(a), outras pessoas (profissionais de saúde e professor), ninguém e outros familiares (tios, avós e primos)

- **Informações na escola:** se nos últimos anos o entrevistado havia recebido informações na escola sobre métodos anticoncepcionais, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, considerando as seguintes alternativas: 1- durante as aulas, 2- individualmente com o professor, 3 conversando com os amigos na escola, 4- de outras formas. Nessa opção foi considerada a resposta descrita pelo entrevistado, 5- nunca tive informações deste tipo na escola, 6- não sei, não lembro.
- **Em qual(is) disciplina(s) recebeu informações na escola.** Consideradas as disciplinas listadas pelos entrevistados e que foram categorizadas em ciências, biologia e outras disciplinas (filosofia, sociologia, geografia, história, religião e matemática).
- **Informações recebidas em sala de aula, sendo propostas as seguintes alternativas:** 1- sexualidade na adolescência, 2- mudanças corporais na adolescência, 3- métodos anticoncepcionais, 4- puberdade, 5- anatomia do aparelho reprodutor masculino e feminino, 6- direitos sexuais e reprodutivos na adolescência, 7- direitos humanos e adolescência, 8- gravidez na adolescência, 9- nenhum tema, 10- outros temas, considerados os temas descritos pelos entrevistados, 11- não sei, não lembro.

e) Conhecimento de métodos contraceptivos

- **Métodos anticoncepcionais referidos: quais os métodos ou meios de evitar filhos conhecidos pelo entrevistado, sendo proposta a seguinte listagem:** 1- pílula/comprimido, 2- camisinha masculina, 3-camisinha feminina, coito interrompido(gozar fora), 5- tabelinha ou calendário, 6- DIU(dispositivo intrauterino), 7- injeção contraceptiva, 8-outro, considerado a citação do entrevistado, 9 não ouviu falar, 10 não sabe, não lembra.
- **Quantidade de métodos anticoncepcionais referidos.** Quantidade de métodos anticoncepcionais referidos pelos entrevistados, que foram categorizados em: um a quatro e cinco ou mais métodos citados.

f) Conhecimento sobre dupla proteção

- **Informações sobre dupla proteção.** Se os entrevistados ouviram falar de maneiras de se proteger ao mesmo tempo, a gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS. Variável categorizada em sim e não.
- **Formas de obter dupla proteção.** Se os entrevistados sabiam quais as formas de prevenir ao mesmo tempo, a gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, sendo propostas as seguintes alternativas: 1- pílula/comprimido e camisinha, 2- injeção contraceptiva, 3- camisinha e pílula do dia seguinte, 4- abstinência (não manter relação sexual), 5- tabelinha ou calendário, 6- camisinha, 7- DIU (dispositivo intra-uterino) 8- camisinha e injeção hormonal, 9- outro, considerado a citação do entrevistado, 10- não ouviu falar, 11- não sei, não lembro.
- **Possíveis fontes de obtenção de métodos contraceptivos que proporcionam dupla proteção.** Se o entrevistado sabe onde conseguir os métodos, citando os locais que conhece para essa possibilidade, sendo propostas as alternativas: 1- com o pai, 2- com a mãe, 3- na farmácia, 4- posto de saúde, 5- com amigos(as), 6- com o namorado(a)/parceiro(a), 7- noutro lugar. Considerado a citação dos entrevistados, 8 não sei, não lembro.

g) Uso da camisinha

- **Uso da camisinha na primeira relação sexual.** Variável categorizada em sim e não.
- **Uso da camisinha na última relação sexual.** Variável categorizada em sim e não
- **Motivos que levaram a usar ou não o preservativo masculino na primeira e na última relação sexual.** Sendo propostas seis alternativas com razões para o uso: 1- para evitar a gravidez, 2- para evitar doenças

sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, 3- não mantenho relação sexual sem camisinha, 4- não conheciam bem o(a) companheiro(a), 5- outros motivos. Considerado as citações dos entrevistados, 6- não sei, não lembro.

Em caso de não uso, foram propostas onze alternativas: 1- não conheço a camisinha, 2- não esperava ter relação sexual, 3- queria engravidar, 4- tenho vergonha de usar camisinha, 5- confia no parceiro(a), tem apenas um(a), 6- não gosta de usar camisinha, 7- o companheiro(a) não aceitou usar, 8- você não aceitou usar, 9- não sei como, onde conseguir, 10- outros motivos. Considerado as citações dos entrevistados, 11- não sei, não lembro.

- **Frequência de uso do preservativo masculino.** Considerado o seu uso em cada prática sexual, sendo propostas as alternativas: 1- sempre, 2- às vezes, 4- nunca.

3.7 - QUESTÕES ÉTICAS

Os aspectos éticos foram baseados na normatização do Conselho Nacional de Saúde, em sua Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, a qual dispõe sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Acre e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (anexos 7 e 8). Os pais e /ou responsáveis legais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2) e tiveram acesso às informações pertinentes à pesquisa. Ficou disponível na direção da escola uma cópia modelo do questionário, para em caso de dúvida, o conteúdo pudesse ser consultado na íntegra pelos envolvidos na pesquisa (anexo 1). Obtida autorização da Secretaria Estadual e Municipal de Educação e os termos de colaboração dos gestores(diretores) escolares foram assinados (anexo 4, 5 e 6).

Os adolescentes foram convidados a participar do estudo, após explicação dos objetivos, do conteúdo das questões e instituições envolvidas. Aceitando participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 3). Foi enfatizado que poderiam recusar a continuidade do preenchimento do questionário a qualquer momento. Assegurada a privacidade, confidencialidade, anonimato e respeito aos valores sócio-culturais dos entrevistados.

3.8 - ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados, revisados e processados pela própria pesquisadora. O banco de dados foi constituído e analisado, estatisticamente, com a utilização do software Epi Info (version 3.5.8; 2008). Os dados foram descritos, utilizando a estatística descritiva: distribuição de frequência (absoluta e relativa); medidas de tendência central (média, mediana e moda) e medida de dispersão, (desvio padrão). Empregou-se, também, a estatística dedutiva: Teste Qui-quadrado de Pearson e Teste exato de Fischer.

Os resultados, que são apresentados, a seguir, em forma de tabelas e figuras, representam a população de adolescentes do estudo, escolares da zona urbana do município de Cruzeiro do Sul, na faixa etária de 13 a 17 anos, e não a população da cidade, uma vez que as características não conhecidas dos adolescentes que não foram avaliados poderiam modificar os resultados, se eles tivessem participado do estudo

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo são apresentados nos próximos oito sub-capítulos. O primeiro, caracterização dos estudantes; o segundo, a menarca; o terceiro, a vida afetiva-amorosa-sexual; o quarto, fontes de informação e conversa sobre a vida sexual; o quinto, adolescentes e os métodos anticoncepcionais; o sexto, quantidade de métodos anticoncepcionais referidos pelos adolescentes; o sétimo, adolescentes e a dupla proteção e o oitavo, adolescentes e o uso da camisinha: na primeira e na última relação sexual.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDANTES

Os dados apresentados neste sub-capítulo buscam caracterizar a população de adolescentes estudados. Dos 363 adolescentes pesquisados, 55,4% eram do sexo feminino (221) e 44,6%, do sexo masculino (162).

Os dados do INEP apresentaram percentuais semelhantes para o estado do Acre, referente aos alunos que estavam no ensino fundamental nos anos finais (5^a a 8^a) do ano de 2007, mostrando que 51,2% eram do sexo feminino e 48,8%, do sexo masculino. O mesmo ocorreu para os alunos que estavam no ensino médio, pois, 53,7% eram do sexo feminino e 46,3% eram do sexo masculino INEP (2008b).

Independente do sexo, os adolescentes em estudo foram estatisticamente semelhantes em relação à idade, raça/cor, religião, nível escolar em curso, condição de atividade, renda, número de moradores por domicílio e coabitação (Tabela 1).

Tabela 1 – Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo características sociodemográficas e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	SEXO				TOTAL		P ^s
	Feminino		Masculino		N	%	
	N	%	N	%			
Idade							
13	48	23,9	39	24,1	87	24,0	0,745
14	54	26,9	43	26,5	97	26,7	
15	36	17,9	36	22,2	72	19,8	
16	39	19,4	24	14,8	63	17,4	
17	24	11,9	20	12,4	44	12,1	
Média de idade	14,7 (dp*=1,3)		14,6 (dp*=1,3)		14,7 (dp*=1,3)		
Cor							
Parda/preta	156	77,6	120	74,0	276	76,0	0,687
Branca e outras	45	22,4	42	26,0	87	24,0	
Religião							
Católica	125	62,2	94	58,0	219	60,3	0,165
Evangélica	56	27,9	41	25,3	97	26,7	
Acredito em Deus	20	9,9	27	16,7	47	13,0	
Nível de instrução							
Fundamental incompleto	116	57,7	105	64,8	221	60,9	0,168
Médio incompleto	85	42,3	57	35,2	142	39,1	
Condição de atividade							
Somente estuda	190	94,5	154	95,1	344	94,8	0,820
Trabalha e estuda	11	5,5	08	4,9	19	5,2	
Renda ⁽¹⁾							
Até ½ salário mínimo	08	72,7	05	62,5	13	68,4	0,506
> ½ salário mínimo	03	27,3	03	37,5	06	31,6	
<i>Subtotal</i>	11	100,0	08	100,0	19	100,0	
Nº. pessoa/domicílio ⁽²⁾							
1 a 3	77	38,5	62	38,3	139	38,4	0,607
4 a 6	101	50,5	87	53,7	188	51,9	
7 e mais	22	11,0	13	8,0	35	9,7	
Média de pessoa/domicílio	5,2 (dp*=1,8)		5,1 (dp*=1,6)		5,1 (dp*=1,7)		
Coabitação							
Pai e mãe	122	60,7	92	56,8	204	56,2	0,458
Pai/mãe/padrasto/madrasta	26	12,9	22	13,7	58	15,9	
Somente pai	04	2,0	01	0,6	05	1,4	
Somente mãe	31	15,4	35	21,6	66	18,2	
Nenhum dos pais ⁽³⁾	18	9,0	12	7,4	30	8,3	
TOTAL	201		162		363		
	55,4	100,0	44,6	100,0	100,0		

Nota:

⁽¹⁾ Foram excluídos os que somente estudavam (n=344). Salário mínimo em 2008 = 415,00 reais.

⁽²⁾ Foi excluído o entrevistado (1♀) que não respondeu (n=01).

⁽³⁾ Nenhum dos pais: incluem os que moram com os tios e tias (n=08), os avós (n=09), os irmãos e irmãs (n=03).

^(s) Teste do Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher no caso do Qui-quadrado não for adequado

^(*) dp = desvio-padrão.

Os dados do INEP apresentaram percentuais semelhantes para o estado do Acre, relativos a alunos do ano de 2007, que estavam freqüentando o ensino fundamental, nos anos finais (5ª a 8ª). Desses, 69,6% tinham idade entre 11 e 14 anos e 23,0%, com idade de 15 a 17 anos. Já, no ensino médio, 2,7% tinham idade menor ou igual a 14 anos e 54,3%, entre 15 e 17 anos de idade (INEP, 2008b).

Em relação à raça/cor da pele, 76% dos entrevistados se autodefiniram como pardos ou pretos. A proporção verificada é maior que a verificada no Brasil (49,7%), porém, equivale ao percentual verificado na região Norte (73,8%) e no estado do Acre (71,9%), em 2007 (IBGE, 2008).

Dos adolescentes em estudo, 90,1% das moças e 83,3% dos rapazes relataram ter alguma religião. Quanto à religião referida, houve predomínio da religião católica (60,3%), seguida da religião evangélica (26,7%). O que chamou atenção foi a percentagem de adolescentes do sexo masculino (16,7%) que relatou não ter nenhuma religião, somente acreditar em Deus, quando comparados às garotas (9,9%).

Esses resultados são compatíveis com os dados censitários de 2000, de acordo com o IBGE (2003) no Brasil (incluídos os adolescentes), em que predominava o catolicismo (73,6%), seguido de evangélicos (14,4%). O grupo dos “sem religião” correspondia a 9,1% dos adolescentes e jovens entre 15 e 24 anos e 8,9% dos adolescentes entre 15 e 17 anos, sendo que o grupo de adolescentes do sexo masculino sem religião (10,0%) era maior que a do grupo de adolescentes do sexo feminino (6,7%), ou seja, há mais homens entre os “sem religião” do que mulheres nesse grupo etário. No Acre, em 2000, predominava a religião católica (68,1%), os evangélicos estavam em segundo lugar, com 20,3%, e os “sem religião” representavam 9,7% (IBGE, 2004).

Referente ao nível de instrução, 60,9% dos estudantes pesquisados cursavam o ensino fundamental, e os demais estavam cursando o ensino médio.

Segundo o INEP (2008b), a etapa que concentra o maior número de matrículas é o ensino fundamental (60,6%), com peso ligeiramente maior nos anos iniciais (55,4%)

do que nos finais (44,6%). Essa pequena diferença denota o equilíbrio entre as duas etapas, indicador internacionalmente reconhecido da qualidade do sistema educacional, por refletir um adequado fluxo ao longo das séries. Pode-se considerar que, no Acre, especificamente, em Cruzeiro do Sul, segue-se a expansão do acesso ao sistema escolar que ocorre no país, a quase universalização do acesso ao ensino fundamental.

Quanto à condição de atividade, 94,8% dos adolescentes estavam só estudando, evidenciando que, entre os entrevistados, poucos tinham vínculo empregatício, ou seja, apenas 5,5% das garotas e 4,9% dos garotos trabalhavam.

Dos que referiram trabalhar e estudar (19 adolescentes), 68,5% referiram ter uma renda mensal de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo (salário mínimo vigente: R\$ 415,00), desses, 72,7% eram garotas e 62,5%, garotos.

Segundo IBGE (2008), adolescentes de 10 a 15 anos que se dedicavam, exclusivamente, aos estudos, no Brasil, eram 87,1%. Na região Norte, este percentual correspondia a 84,7%. Já, para as idades de 16 e 17 anos, adolescentes que se dedicavam, exclusivamente, aos estudos, no Brasil, eram 54,8%. Na região Norte, 55,5%, em 2007.

A análise da condição de atividade de jovens, de 16 e 17 anos de idade, no período 1997/2007, revela que houve maior procura pelos estudos. Diminuiu o percentual daqueles que somente trabalhavam (16,5% para 10,2%) e daqueles que cuidavam dos afazeres domésticos (11,1% para 8,3%). Aumentou o percentual daqueles que se dedicavam exclusivamente aos estudos, de 45,5%, em 1997, para 54,8%, em 2007 (IBGE, 2008).

Segundo dados do IBGE (2007) 17,4% dos adolescentes da região Norte entre 14 e 17 anos de idade, ocupados na semana de referência, trabalhavam e recebiam de $\frac{1}{2}$ a menos de 1 salário mínimo.

A maioria dos entrevistados residia em domicílio com até 6 pessoas (75%). A média de pessoas, por domicílio, foi de 5,2 pessoas (dp=1,7; mínimo de 2 e máximo de 12 pessoas).

De acordo com o IBGE, no ano de 2000, o número médio de pessoas por domicílio, por espécie de família, no estado do Acre, era assim distribuído: 4,1 pessoas na família nuclear, 5,6 pessoas na família estendida e 5,5 na família composta (IBGE, 2004).

Ao considerar a coabitação dos adolescentes pesquisados, verificou-se que 56,2% coabitavam com os pais (mãe e pai), seguidos dos que coabitavam apenas com a mãe (18,2%).

Segundo os resultados da PNAD 2007, 48,9% das pessoas que vivem juntas são do tipo casal com filhos (IBGE, 2008).

BORGES (2004), em pesquisa com adolescentes com idade entre 15 e 19 anos de idade, matriculados em uma unidade básica de saúde da família da zona leste do município de São Paulo, ao considerar a coabitação com pais e mães, verificou que 66,3% dos adolescentes moravam com ambos. Uma proporção considerável coabitava apenas com a mãe (23,8%).

Os adolescentes escolares estudados se caracterizam por serem 55,4% do sexo feminino e 44,6%, do masculino, com idade média de 14,7 anos (dp=1,3); 76,0% se autodefiniram como pardos ou pretos; 87,0% referiram ter alguma religião, havendo predomínio da religião católica (58,9%) seguida da evangélica (26,7%); 60,9% freqüentavam o ensino fundamental. Quanto à condição de atividade, 94,8% estavam só estudando; dos 19 adolescentes que trabalhavam, 68,4% possuíam uma renda mensal de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo; 51,9% residiam em domicílio com 4 a 6 pessoas, com média de 5,2 pessoas por domicílio e 56,2% coabitavam com os pais (mãe e pai).

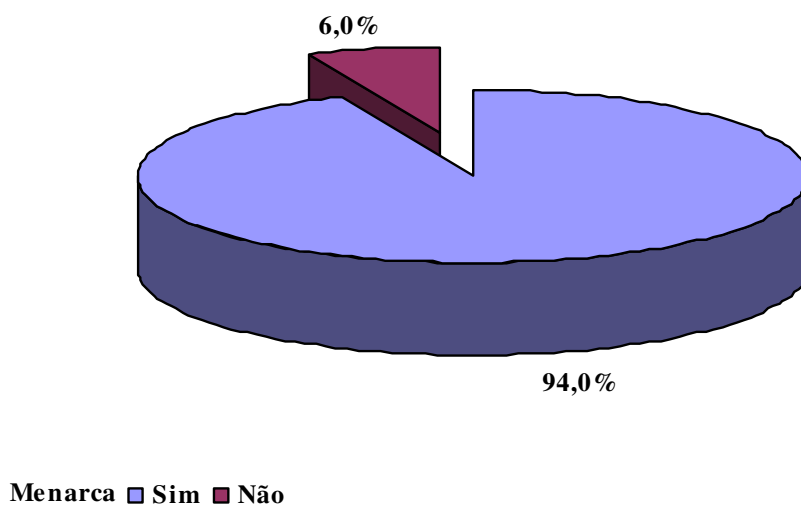
Feita a caracterização dos adolescentes em estudo, apresentamos no sub-capítulo, a seguir, dados relacionados aos eventos reprodutivos femininos, ou seja, a menarca.

4.2 MENARCA

A chegada da menarca constitui importante elemento definidor da passagem da infância para a adolescência, independente do seu segmento social, caracterizando-se como um dos poucos ritos de passagem que ainda permanece valorizado nas sociedades modernas (BRÊTAS *et al.*, 2009).

Desde 1992, de acordo com SCHOR (1995), a idade na menarca constituía um importante indicador na análise da saúde reprodutiva, e não somente em relação ao crescimento. Assim sendo, verificamos a relação entre menarca, namoro e vida sexual no grupo em estudo.

Figura 2 – Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo a menarca, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.



Dentre as adolescentes entrevistadas, 94,0% (188) informaram que já tinham tido a primeira menstruação (Figura 2). A menarca não havia acontecido para doze meninas, que se encontravam na faixa etária entre 13 e 14 anos, exceto uma, com 17 anos.

SCHOR (1995), ao analisar o conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais entre mulheres de 10 aos 19 anos, verificou que 68,3% delas já tinham tido a menarca, enquanto 31,7% ainda não tinham tido, apresentando idades entre 10 e 15 anos.

TAVARES *et al.* (2000), ao estudarem a idade na menarca em escolares, que tinham entre 8 e 17 anos incompletos, no município de Barrinha, São Paulo, verificaram que 45,7% delas já haviam tido a menarca e 54,3%, não.

Para as adolescentes em estudo, a menarca ocorreu até os 13 anos de idade em 80,3% das adolescentes. A idade, por ocasião da primeira menstruação, variou entre 9 e 15 anos, a média foi de 12,6 anos, com desvio padrão de 1,2 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo a idade na menarca, Cruzeiro do Sul, Acre, 2008.

IDADE NA MENARCA	N	%
09	02	1,1
10	02	1,1
11	24	12,8
12	56	29,8
13	67	35,6
14	24	12,8
15	13	6,9
TOTAL	188	100,0

Média (\bar{x}) = 12,6 anos
Desvio padrão (d.p) = 1,2 anos

Mediana (Me) = 13,0 anos
Moda (Mo) = 13,0 anos

A idade média na menarca das moças do município de Cruzeiro do Sul foi semelhante à encontrada em estudos desenvolvidos no Brasil, como pode ser observado, a seguir.

SCHOR *et al.* (1998), ao caracterizar adolescentes de 15 a 19 anos de idade, da Região Sul de São Paulo, Brasil, verificou que a média da idade na menarca foi 12,5 anos.

PETROSKI *et al.* (1999), avaliando a maturação sexual e a satisfação com o peso em 1.070 escolares da rede pública da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, verificaram que a média de idade na menarca correspondeu a 12,6 anos. Relataram que a menarca tende a ser mais tardia, em escolares oriundas de famílias grandes, de centros urbanos menores e de nível socioeconômico baixo, enquanto em escolares oriundas de famílias pequenas, de centros urbanos maiores e de nível socioeconômico alto tende a ocorrer antecipadamente.

Da mesma forma, BIASSIO *et al.* (2004), em um estudo longitudinal com 62 meninas, com idade entre 8 e 18 anos, da rede pública de ensino, residentes em Ilhabela, São Paulo, verificaram que a média de idade na menarca foi 12,5 anos.

CASTILHO *et al.* (2005), em estudo longitudinal com 111 adolescentes paulistanas, de baixo nível socioeconômico, apontaram que a média de idade na menarca foi 12,7 anos.

FARIAS *et al.* (2006), em estudo longitudinal com 44 estudantes da rede pública de ensino fundamental, residentes em Rio Branco, Acre, constataram que a média de idade na menarca foi 12,7 anos.

Neste estudo, 94,0% das moças informaram que tiveram a primeira menstruação entre 9 e 15 anos de idade e, em média, aos 12,6 anos. Dessas, 65,4% tiveram a menarca aos 12 ou 13 anos, estando de acordo com a literatura, pois, segundo BRÊTAS *et al.* (2009), a menarca costuma apresentar-se, aproximadamente, aos 12 anos, podendo essa idade variar para mais cedo ou mais tarde (entre 8 e 16 anos de idade).

Tendo como pressuposto que a chegada da menarca instiga a vida afetiva-amorosa-sexual das adolescentes, e o início da vida sexual reflete nas questões ligadas à

reprodução, apresentam-se, a seguir, algumas informações relativas à menarca, ao namoro e ao início da vida sexual das adolescentes participantes deste estudo.

4.2.1 Entre a menarca e o namorar, a vida sexual

A menarca assume papel importante na fase de desenvolvimento psicossocial, pois ela continua sendo um marco que identifica a passagem da infância da menina para a adolescência. Muitas vezes, é uma situação valorizada pelas mães e pelas adolescentes (BRÊTAS *et al.*, 2008a).

Segundo BRÊTAS (2003), no senso comum, menstruar é tornar-se mocinha, ou seja, é adquirir um novo *status* perante o grupo e a família. É um momento esperado ansiosamente pelas meninas e quando o fato acontece, é enaltecido para todo o grupo social da adolescente, afinal, a menina agora é moça. Esse momento está relacionado com o padrão feminino da fertilidade.

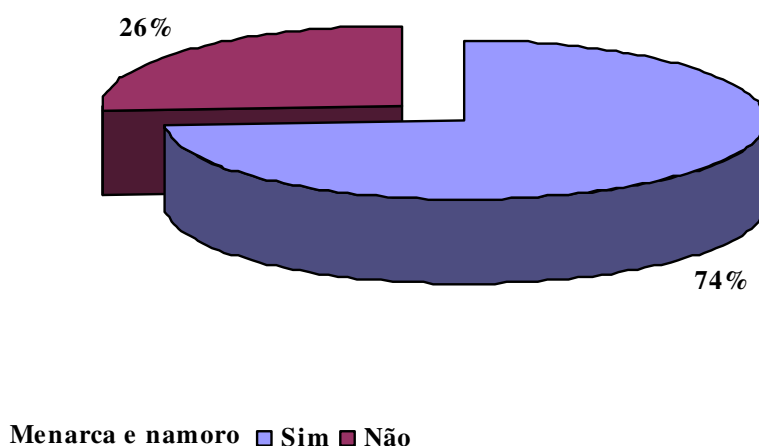
Estudos apontam que a idade na menarca vem diminuindo cerca de quatro meses a cada década, encontrando-se, atualmente, na faixa entre 12,5 e 13 anos, a redução da idade da menarca serviria para um despertar mais cedo da sexualidade e, conseqüentemente, para a possibilidade de experimentar a gravidez em idade cada vez menor (BAREIRO, 2005).

Vários são os fatores tidos como decisivos ou desencadeantes na iniciação sexual de um adolescente, tais como: menarca; estrutura familiar; escolaridade; pensamento mágico; acesso a métodos anticoncepcionais; deficiência dos serviços de saúde; manuseio do método contraceptivo e projeto de vida do adolescente (SCHOR *et al.*, 1999).

Sendo o início da vida sexual um marco na vida reprodutiva de qualquer indivíduo e que ocorre, com maior freqüência, na adolescência, os aspectos que o antecedem e que advêm desse evento passam a ser importantes para conhecer, com mais

profundidade, a trajetória afetivo-amorosa e reprodutiva de jovens mulheres (BORGES e SCHOR, 2005).

Figura 3 - Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio que tiveram a menarca e informaram ter vivenciado um namoro, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.



Na figura 3, observa-se que, das 188 adolescentes deste estudo, que informaram a chegada da menarca, 74,0% referiram ter vivido uma experiência de namoro, enquanto as restantes (26,0%) informaram que não.

Questões sobre a vivência da sexualidade vêm sendo um campo fértil para facilitar as formas e maneiras de relacionamento afetivo, amoroso e sexual entre os indivíduos e mudanças nas atitudes preliminares ao namoro, noivado e casamento, não só entre os adolescentes, mas também entre os adultos. Nesta perspectiva, hoje se pode observar que, desde pequenos, os adolescentes aprendem a se comportar segundo modelos estabelecidos socialmente. Cada vez mais cedo, crianças de até três e quatro anos, seja na escola, na rua e bairro onde moram, acabam “arrumando namoradinhos” entre outras crianças conhecidas, incentivadas, na maioria das vezes, pelos próprios pais, que vêem esta situação como algo natural no mundo de hoje (SILVA, 2002).

A situação de namoro entre adolescentes é um fator cada vez mais importante a ser considerado, pois assume especial relevância nesse grupo de idade, principalmente, nas mais jovens (menores de 17 anos) e tendo em vista o início em idade cada vez menor da menarca e da vida sexual (SCHOR, 1990; D'ORO, 1992).

Neste estudo, verificou-se que a idade do primeiro namoro entre as garotas que referiram a menarca, variou entre 11 e 17 anos, com média de 13,5 anos, desvio padrão de 1,2 anos, idade mediana de 13,5 anos, valor modal de 14 anos.

Tabela 3 – Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo faixa etária na menarca e o primeiro namoro antes do 15 anos de idade, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.

FAIXA ETÁRIA NA MENARCA	PRIMEIRO NAMORO ANTES DOS 15 ANOS				TOTAL		p*
	Sim		Não		N	%	
	N	%	N	%			
≤ 13 anos	98	86,7	15	13,3	113	100,0	<0,001
≥14 anos	12	46,2	14	53,8	26	100,0	
TOTAL	110	79,1	29	20,9	139	100,0	

Nota:

(*) Teste Qui-quadrado Pearson.

Verificou-se, também, que das adolescentes que tiveram a menarca com até 13 anos de idade, 86,7% tiveram o primeiro namoro, antes dos 15 anos de idade. Enquanto que, dentre as adolescentes que tiveram a menarca, com idade igual ou maior que 14 anos, 46,2% (Tabela 3). Indicando que a menarca antecipada estar associada ao primeiro namoro antes dos 15 anos, ou seja, a primeira menstruação é interpretada pela menina como indicativo de estar pronta para iniciar os estágios da vida afetiva, em especial, o namoro, considerado um compromisso mais sério.

Considerando-se todas as idades na menarca (Tabela 3), a porcentagem de adolescentes que tiveram a primeiro namoro antes dos 15 anos (79,1%) foi maior,

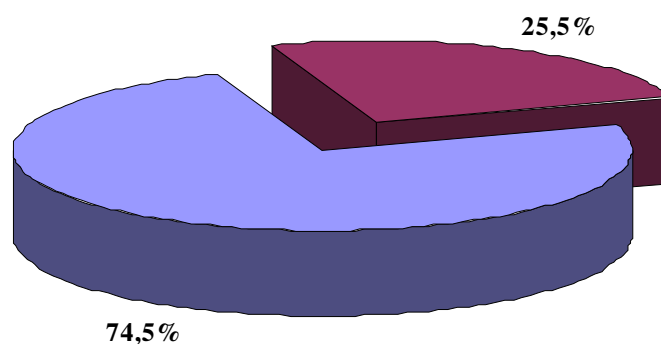
quando comparada à proporção das que não tiveram (20,9%), com diferença estatística significativa ($p < 0,001$).

SCHOR *et al.* (1998), em estudo com adolescentes de 15 a 19 anos da Região Sul da Cidade de São Paulo, observaram que, entre as adolescentes que não tinham iniciado a vida sexual, a maioria (72,9%) não estava namorando. Entre as jovens que já tinham iniciado a vida sexual, 54,1% referiram estar namorando.

SCHOR e ALEGRIA (1990) afirmaram que a crescente antecipação da idade na menarca implica exposição ao início da vida sexual e à gravidez, em idades cada vez menores.

Assim, consideramos importante saber se as garotas que referiam a menarca tinham iniciado a vida sexual. Observou-se, neste estudo, que das 188 adolescentes que referiram a primeira menstruação, 25,5% tiveram a primeira relação sexual (Figura 4).

Figura 4 - Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio que tiveram a menarca e informaram ter iniciado a vida sexual, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.



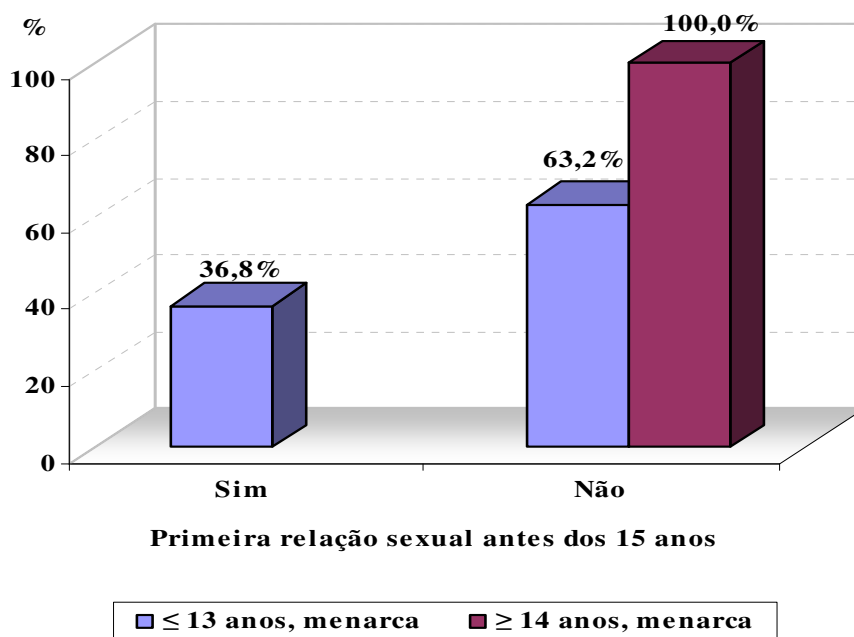
Menarca e início da vida sexual ■ Sim ■ Não

SCHOR *et al.* (1998), ao caracterizarem adolescentes de 15 a 19 anos, da Região Sul de São Paulo, Brasil, verificaram que, dentre as moças que mencionaram a ocorrência da menarca, 35,0% referiram ter iniciado a vida sexual.

Segundo BOZON e HEILBORN (2006), a menstruação tardia está associada a ter a primeira relação sexual mais tarde, por outro lado, as meninas que têm a menarca antecipada (11 anos ou menos), não começam, sistematicamente, mais cedo sua vida sexual. A exceção é quando a antecipação da menarca se atrela à baixa escolarização. Assim, o fato de ter tido uma menstruação antecipada não reduz a idade da iniciação sexual para as que têm nível fundamental completo, médio ou superior. Esse efeito da trajetória escolar ascendente sobre a sexualidade das mulheres pode ser interpretado em termos de atitudes e projetos pessoais, levando-se em conta escolhas e prioridades.

Esta situação foi encontrada entre adolescentes em estudo, que estavam cursando o ensino fundamental ou médio: das 188 que tinham tido a primeira menstruação, apenas 25,5% referiram que tiveram sua primeira relação sexual (Figura 3).

Figura 5 - Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo a primeira relação sexual antes dos 15 anos e faixa etária na menarca, Cruzeiro do sul-Acre, 2008.



Das 38 adolescentes em estudo que haviam tido a menarca com até 13 anos de idade, 36,8% tiveram sua primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade (Figura 5). Verificou-se, também, que 63,2% das adolescentes que haviam tido a menarca com até 13 anos de idade e 100,0% das que haviam tido com idade igual ou maior que 14 anos, referiam que não tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade. Isso pode indicar que as garotas que tiveram a menarca em menor idade não começaram sistematicamente mais cedo a vida sexual.

Pode-se dizer que a idade da adolescente na menarca é um ponto importante para prever o início da vida sexual, e que, de certa maneira, dependendo das condições socioeconômicas, será ou não prenúncio de uma gravidez (SCHOR *et al.*, 1998).

Neste estudo, a idade na menarca, no primeiro namoro e na primeira relação sexual, parece ter uma distribuição simétrica, isso significa que a média é o melhor resumo ou parâmetro para descrever esses eventos (Tabela 4).

Tabela 4 - Descrição da idade na menarca, no primeiro namoro e na primeira relação sexual de estudantes do ensino fundamental e médio, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.

VALORES	IDADE NA MENARCA	D ¹	IDADE NO 1º NAMORO	D ²	IDADE NA 1ª R.S	D ³
\bar{x}	12,6	0,9	13,5	2,4	15,0	1,5
dp	1,2	-	1,2	-	1,1	-
Me	13,0	0,5	13,5	2,0	15,0	1,5
Mo	13,0	1,0	14,0	2,0	15,0	1,0

\bar{X} = Média
 dp = Desvio padrão
 Me = Mediana
 Mo = Moda

R.S = Relação sexual
 D¹ = Idade no 1º namoro – Idade na menarca
 D² = Idade na 1ª relação – Idade na menarca
 D³ = Idade na 1ª relação – Idade no 1º namoro

Concernente à menarca, ao namoro e à primeira relação sexual, verificou-se que as adolescentes tiveram o primeiro namoro, em média, 0,9 meses após a primeira menstruação. A primeira relação sexual ocorreu, em média, 2,4 anos após a menarca e 1,5 anos após o primeiro namoro (Tabela 4).

SCHOR (1995), ao analisar o conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais entre mulheres de 10 a 19 anos idade, da zona sul do município de São Paulo, verificou que, entre a menarca e a primeira relação sexual passaram-se, em média, 2,9 anos.

BORGES e SCHOR (2005), em estudo transversal desenvolvido com jovens entre 15 e 19 anos de idade, de ambos os sexos, moradores da área adscrita de uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo (SP), observaram que o primeiro beijo ocorreu em torno da menarca, considerada o início da entrada da mulher na vida reprodutiva. Entre o primeiro beijo e o primeiro namoro passaram-se, em média, 1,6 anos e, entre o primeiro namoro e a primeira relação sexual, em média, 1,5 anos. Os resultados mostraram que 2,9 anos passaram-se entre a menarca e a primeira relação sexual.

Podemos dizer que as garotas em estudo vivenciam as mesmas experiências de outras garotas das demais cidades e estados. Comparando com estudos, acima citados, observa-se que o tempo entre a menarca e a primeira relação sexual na população em estudo foi menor, cerca de 5 meses, indicando que o comportamento de adolescentes pode sofrer influência do meio onde estão inseridos.

Apontar a menarca como único fator determinante para o ato sexual, ou tentar estimar qual a porcentagem de contribuição que ela traz à adolescente frente à decisão em relação à sua primeira experiência, ainda é difícil, porém, não podemos negar que exerce certa influência na fantasia e na maturidade sexual de cada adolescente (BAREIRO, 2005).

4.3 VIDA AFETIVA-AMOROSA-SEXUAL

Nesta seção, os dados são contextualizados nas questões ligadas à vida afetiva, amorosa e sexual, com ênfase no primeiro namoro, namoro atual, o ficar e primeira relação sexual. As variáveis de estudo foram cruzadas com as do sexo, permitindo uma análise de gênero.

4.3.1 Namoro anterior

O namoro é um dos aspectos mais importantes do relacionamento afetivo-sexual na adolescência (BORGES, 2009). Nesse sentido, as relações íntimas que se desenvolvem nesse período, de amizade ou namoro, estabelecem laços que conferem segurança emocional, nesse momento de distanciamento das relações parentais. E a noção compartilhada do que constitui o feminino e o masculino (representação social), particularizada pela identidade social de cada indivíduo, indica seus valores e comportamentos (BERTOLDO e BARBARÁ, 2006).

Considerando que adolescentes, principalmente os mais jovens, são majoritariamente solteiros, o namoro passa a ser um episódio que merece atenção. Além de ser a relação afetiva mais comum e esperada nesse grupo, é em tal contexto que, geralmente, ocorre o início da vida sexual (SCHOR, 1995).

Deste modo, neste estudo (Tabela 5) os adolescentes foram questionados se haviam namorado: 74,1% deles informaram que namoraram no período anterior a essa pesquisa, sendo 78,4% dos homens e 70,6% das mulheres, sem diferença estatística significativa entre os sexos ($p = 0,094$).

Referente à idade no primeiro namoro, 71,4% dos rapazes relataram o primeiro namoro com idade até 13 anos, enquanto que 50,0% das moças o tiveram com idade igual ou maior que 14 anos, apresentando diferença estatística significativa entre os sexos ($p < 0,001$). Isso significa que os rapazes começaram a namorar mais cedo do que as moças.

Os rapazes namoraram pela primeira vez, em média, aos 12,7 anos de idade ($dp=1,4$; mínima de 9 e máxima de 16). Por outro lado, as moças namoraram pela primeira vez, em média, aos 13,5 anos de idade ($dp=1,2$; mínima de 11 e máxima de 17). Os rapazes tiveram seu primeiro namoro, em média, 8 meses antes que as moças. Indicando que a média de idade, no início de namoro dos garotos, é menor que a das garotas.

Tabela 5 - Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo o relacionamento afetivo-amoroso anterior e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.

RELACIONAMENTO AFETIVO-AMOROSO ANTERIOR	SEXO				TOTAL		p*
	Feminino		Masculino		N ^o	%	
	N ^o	%	N ^o	%			
Já namorou							
Sim	142	70,6	127	78,4	269	74,1	0,094
Não	59	29,4	35	21,6	94	25,9	
Subtotal	201	100,0	162	100,0	363	100,0	
Idade no primeiro namoro ⁽¹⁾							
≤ 13 anos	71	50,0	90	71,4	161	60,1	<0,001
≥ 14 anos	71	50,0	36	28,6	107	39,9	
Subtotal	142	100,0	126	100,0	268	100	
TOTAL	201	100,0	162	100,0	363	100,0	

Nota:

⁽¹⁾ Foram excluídos os entrevistados (59♀ e 35♂) que nunca namoraram (n=94).

* p = Teste Qui-quadrado de Pearson.

<i>Média de idade do primeiro namoro</i>	13,5	12,7	13,1
<i>Desvio padrão</i>	1,2	1,5	1,4
<i>Mediana</i>	13,5	13,0	13,0
<i>Moda</i>	14,0	13,0	13,0
<i>Amplitude</i>	11 /- /17	9 /- /16	9 /- /17

BORGES (2004), ao caracterizar e analisar o início da vida sexual de adolescentes solteiros de 15 aos 19 anos, matriculados em uma unidade básica de saúde da família na zona leste do município de São Paulo, observou que a maioria dos adolescentes revelou que já havia namorado anteriormente, sendo 88,3% dos homens e 83,3% das mulheres, sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Os achados no nosso estudo diferem dos encontrados nos estudos com adolescentes e jovens das cidades das regiões sul, sudeste e nordeste, uma vez que moças e rapazes referiram vivenciar a experiência de namoro bem mais cedo do que os adolescentes e jovens das outras cidades brasileiras.

BORGES (2004), no mesmo estudo anteriormente citado, observou que adolescentes do sexo masculino namoraram pela primeira vez aos 13,2 anos de idade,

em média ($dp=2,05$). Por outro lado, as meninas namoraram pela primeira vez, em média, aos 13,9 anos ($dp=1,67$).

Em uma pesquisa conduzida com jovens de 18 a 24 anos de idade em três capitais brasileiras, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, BOZON e HEILBORN (2006) verificaram que quase a totalidade dos jovens, ou seja, mais de 95% deles, disse ter conhecido uma relação afetiva com compromisso, do tipo namoro, constatando, também, que a idade mediana do primeiro namoro não variou muito entre as diversas categorias sociais (analisadas a partir da escolaridade da mãe). Ela foi a mesma para homens e mulheres (um pouco antes dos 15 anos), sendo apenas ligeiramente mais tardia para os que apresentavam escolaridade secundária ou superior. Para os portadores de ensino fundamental completo ou incompleto, a idade mediana no primeiro namoro foi 14,2 para as moças e 14,1 para os rapazes (análise das tabelas).

Os indicadores dos relacionamentos amorosos, para homens e mulheres, mostram, assim, desequilíbrio entre as várias regiões do país, entre os sexos e as idades. Neste estudo, adolescentes iniciaram a vida afetiva bem mais cedo do que relatado na literatura, principalmente, os garotos que começaram, em média, 8 meses antes das garotas, porém, esse achado não é surpreendente, por ocorrer em uma cultura que, tradicionalmente, tem estimulado os jovens, do sexo masculino, a iniciarem suas práticas amorosas bem mais cedo do que jovens do sexo feminino.

4.3.2 Namorar ou ficar

O namoro tem uma função clara de treinamento para o modelo de comportamento masculino e feminino que se espera que cada um de nós cumpra. Na atualidade, freqüentemente, o namoro é precedido de uma forma de comportamento denominada “ficar”, que é uma fase de busca de experimentação, sendo, às vezes, considerada uma fase intermediária para o namoro, que representa uma forma de compromisso mais estável (BRÊTAS *et al.*, 2009).

Em discursos de jovens, o “ficar” configura-se, de certa forma, como uma interação afetiva e sexual, em que se pode lidar com as demandas referentes às relações de namoro, consideradas mais rígidas. Neste sentido, o “ficar” aparece como uma forma alternativa ao namorar, cujos aspectos mais enfatizados por rapazes e moças, referem-se ao relaxamento dos acordos mais complexos, pertinentes às relações estáveis. Neste caso, a obrigação da fidelidade é uma das dificuldades que o “ficar” minimiza, proporcionando maior flexibilidade nas trocas afetivas (ABRAMOVAY *et al.*, 2004). Hoje, o “ficar” trouxe a possibilidade da experiência, sem envolvimento emocional, em uma fase de formação e afirmação da personalidade, para ambos os sexos (BRÊTAS *et al.*, 2009).

Neste estudo, o relacionamento afetivo-amoroso atual entre adolescentes do ensino fundamental e médio, não apresentou diferenças estatísticas significativa entre o sexo feminino e masculino, referente à idade no namoro atual, tempo de namoro atual e idade no “ficar” (Tabela 6).

Ao verificar a relação entre namoro atual e sexo dos adolescentes, observou-se que 34,6% estavam namorando (44,4% garotas e 23,6% garotos). Destes, 69,9% estavam com 15 anos ou mais de idade, 73,0 % moças e 63,3% rapazes; 50,6% estavam com 4 meses ou menos de namoro (45,6% feminino e 60,0% masculino). Dentre os que referiram ter relacionamento do tipo “ficar”, 54,0% das garotas encontravam-se com 14 anos ou menos e 52,9% dos garotos estavam com 15 anos ou mais.

A maioria dos adolescentes referiu ter namorado anteriormente ao momento da pesquisa (Tabela 5), porém, a quantidade de adolescentes que estavam namorando no momento da entrevista foi relativamente mais baixa. Nota-se que 44,4% das garotas e 23,6% dos garotos em estudo que referiram estar namorando, com uma diferença estatística significativa por gênero ($p < 0,001$). Esta diferença assinala que, embora homens e mulheres tenham vivenciado uma experiência de namoro anteriormente, na mesma proporção, mulheres têm preferência por um relacionamento afetivo mais “estável”, ou seja, o namoro.

Tabela 6 – Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo o relacionamento afetivo-amoroso atual e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.

RELACIONAMENTO AFETIVO-AMOROSO ATUAL	SEXO				TOTAL		p*
	Feminino		Masculino		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Namoro atual ⁽¹⁾							
Sim	63	44,4	30	23,6	93	34,6	<0,001
Não	79	55,6	97	76,4	176	65,4	
<i>subtotal</i>	142	100,0	127	100,0	269	100,0	
Idade no namoro atual **							
≤ 14 anos	17	27,0	11	36,7	28	30,1	0,341
≥ 15anos	46	73,0	19	63,3	65	69,9	
<i>Subtotal</i>	63	100,0	30	100,0	93	100,0	
<i>Média</i>		15,3		15,1		15,2	
<i>Desvio padrão</i>		1,2		1,3		1,2	
<i>Mediana</i>		15,0		15,0		15,0	
<i>Moda</i>		15,0		14,0		15,0	
Tempo de namoro atual **							
≤ 4 meses	26	45,6	18	60,0	44	50,6	0,297
≥ 5 meses	88	54,4	12	40,0	43	40,4	
<i>Subtotal</i> ⁽²⁾	57	100,0	30	100,0	87	100,0	
<i>Amplitude</i>		1s/-/2a8m		1s/-/1a6m		1s/-/2a8m	
Fica ⁽³⁾							
Sim	50	24,9	68	42,0	118	32,5	<0,001
Não	151	75,1	94	58,0	245	67,5	
<i>Subtotal</i>	201	100,0	162	100,0	363	100,0	
Idade no ficar ***							
≤ 14 anos	27	54,0	32	47,1	59	50,0	0,456
≥ 15anos	23	46,0	36	52,9	59	50,0	
<i>Subtotal</i>	50	100,0	68	100,0	118	100,0	
<i>Média</i>		14,6		14,8		14,7	
<i>Desvio padrão</i>		1,3		1,4		1,3	
<i>Mediana</i>		14,0		15,0		14,5	
<i>Moda</i>		14,0		14,0		14,0	
TOTAL	201	100,0	162	100,0	363	100,0	

Nota:

(1) Foram excluídos os entrevistados (59♀ e 35♂) que nunca namoraram (n=94).

(2) Foram excluídos os entrevistados (6♀) que não responderam à questão (n=6).

(3) Fica: incluem os que nunca namoraram (6♀ e 10♂) e os que já namoraram (44♀ e 58♂), mas que no momento só estavam ficando (n=118).

* p = Teste Qui-quadrado Pearson.

** Foram excluídos os entrevistados (138♀ e 132♂) que nunca namoraram e que não estão namorando (n=270)

*** Foram excluídos os entrevistados que não haviam namoraram e que nunca ficaram (53♀ e 25♂), os que já namoraram (35♀ e 39♂) mas que no momento não tinham nenhum relacionamento afetivo e os que estavam namorando (63♀ e 30♂) n=245.

Concernente ao namoro, DORETO (2006), ao estudar o conhecimento de métodos anticoncepcionais da área de um Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP, entre 90 adolescentes, do sexo feminino, na faixa etária compreendida entre 15 e 19 anos de idade, constatou que 44,4% das adolescentes solteiras estavam namorando e 55,6%, não.

PIROTA (2002), ao investigar as práticas e as representações ligadas à vida reprodutiva entre jovens de ambos os sexos, com idade entre 17 e 24 anos da Universidade de São Paulo (USP), na primeira fase da pesquisa, constatou que, dos 952 entrevistados, 45,4% estavam namorando, destes 49,9% eram do sexo feminino e 41,1%, do masculino.

BORGES (2004), em estudo efetuado com adolescentes entre os 15 e 19 anos, na zona leste do município de São Paulo, observou que uma maior quantidade de mulheres (39,9%) estava namorando, quando comparado a de rapazes (23,9%), com uma diferença estatística significativa.

Ainda, na tabela 6, concernente ao “ficar” este estudo constatou que 42,0% dos garotos e 24,9% de garotas referiram que estavam ficando, com diferença estatística significativa ($p < 0,001$), indicando diferença de gênero, pois os garotos tiveram preferência pelas interações afetivas do “ficar”. Essa preferência pelo “ficar” pode ser em razão da fluidez dos acordos, de maior possibilidade de troca de parceiras e a possibilidade de vir a ser mais experiente e reafirmar a masculinidade.

Em pesquisa conduzida com jovens de 18 a 24 anos de idade em três capitais brasileiras, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, BOZON e HEILBORN (2006) constataram que a experiência do “ficar” foi declarada por 90% dos homens, mas por apenas 76% das mulheres, sendo que cariocas (78%) e baianas (67%) tiveram essa experiência, com frequência menor que as gaúchas (88%).

É interessante observar que, apesar de o “ficar” ser muito comum, atualmente, esta forma de experimentação é carregada de preconceito, não só entre adultos, mas

entre os próprios adolescentes, havendo distinção entre o “ficar” masculino e feminino (BRÊTAS *et al.*, 2009).

Para rapazes, a possibilidade da variação de parceiras para “ficar” recebe um valor positivo, reeditando os princípios e respaldando o sistema de valores sociais morais que significam a masculinidade. O que vale é a possibilidade de se tornar cada vez mais experiente na amorosidade e na sexualidade (CASTRO *et al.*, 2004).

Em nosso meio social, o rapaz é muito incentivado e acaba sendo valorizado perante o seu grupo, perante os pais e a sociedade, por exhibir e definir o seu poder de virilidade (BRÊTAS *et al.*, 2009).

Para as moças, o “ficar” pode estabelecer limites, em que uma variedade grande de parceiros resulta em uma atribuição de valor negativo. Ainda que, para ambos, o “ficar” venha se tornando uma possibilidade, de certa forma, fluida para a iniciação dos jogos amorosos e sexuais da adolescência/juventude, com o “ficar” persistem códigos restritivos, preconceitos e interdições (CASTRO *et al.*, 2004).

Vigoram, na cultura ocidental, modelos sociais diferenciados para menina e para menino (SILVA, 2002). Mesmo existindo tendência, que propõe rupturas com a maneira tradicional de constituição de relacionamentos, ainda existe diferenciação, principalmente, regional, sobre o que é próprio para menino ou rapaz e o que seria mais adequado para meninas ou moças, no campo da sexualidade, tendendo-se a imprimir fronteiras em moldes mais tradicionais em cidades do Norte e Nordeste (CASTRO *et al.*, 2004).

Essa forma de relacionamento (o “ficar”) permeia as relações exploratórias de adolescentes e jovens, e deve ser investigado e interpretado pela lente da área da saúde, pois apresenta vicissitudes que podem comprometer a saúde e a integridade de seus praticantes. O problema, talvez, esteja na substituição do “ficar”, enquanto experiência de beijar, abraçar, tocar, o que não possibilita gravidez ou DST, para o fato de muitos

adolescentes passarem a “ficar”, tendo relações sexuais, com baixo índice de uso de preservativos (BRÊTAS *et al.*, 2009).

4.3.3 Entre o namorar e o ficar, a vida sexual.

O namoro é a relação afetiva mais comum e esperada entre adolescentes, juntamente com o “ficar” e, com frequência, é nesse contexto que ocorre o início da vida sexual (BORGES, 2004).

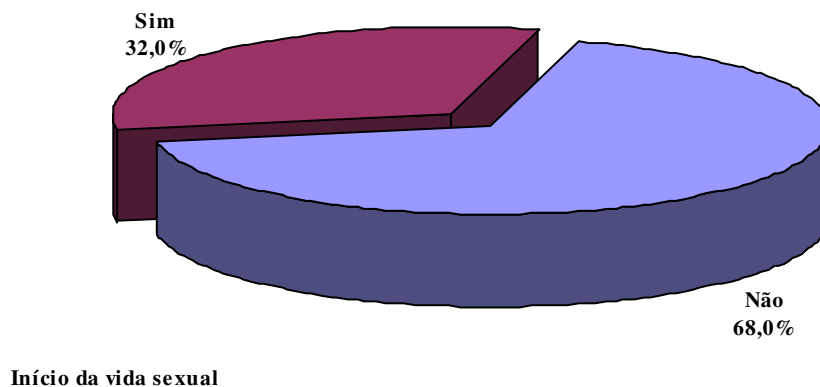
O fator intensamente associado à iniciação sexual de adolescentes de 15 aos 19 anos de idade foi a relação de namoro. Independente do sexo dos entrevistados, ter namorado alguma vez, ou estar namorando, foi associado positivamente à iniciação sexual, mesmo considerando que nem todos os adolescentes, principalmente, homens, tiveram a primeira relação sexual em um contexto de namoro. Isso foi o que BORGES (2004) relatou, ao tecer considerações a respeito dos resultados do estudo com adolescentes entre os 15 e 19 anos matriculados em uma unidade básica de saúde da família, na zona leste do município de São Paulo.

Apresentam-se, a seguir, resultados sobre a vida afetiva-sexual dos adolescentes do estudo, em relação ao início da vida sexual, idade da primeira relação sexual, por sexo.

O estudo do relacionamento afetivo-sexual indica que, dos 247 adolescentes escolares, na faixa etária de 13 a 17 anos em estudo (Figura 6), 68,0% referiram que não tinham tido a primeira relação sexual. Portanto, na população estudada, havia menor número (116) de adolescentes (32,0%) que referiram terem iniciado a vida sexual. Esses dados corroboram com estudos desenvolvidos no Brasil, como pode ser observado, a seguir.

SCHOR *et al.* (1998), em estudo com 180 adolescentes de 15 aos 19 anos da região sul da cidade de São Paulo (SP), observaram que 34,4% deles referiram ter iniciado a vida sexual.

Figura 6 – Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo o início da vida sexual, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.



MARTINS *et al.* (2006), em pesquisa com estudantes com idade entre 12 e 19 anos, verificou que cerca de 18,6% dos adolescentes de escola privada e 28,6% de escola pública referiram terem iniciado a vida sexual.

NASCIMENTO e LOPES (2000), em estudo efetuado com escolares do 2º grau, na cidade de Rio Branco, Acre, verificaram que 48,9% referiram terem iniciado a vida sexual.

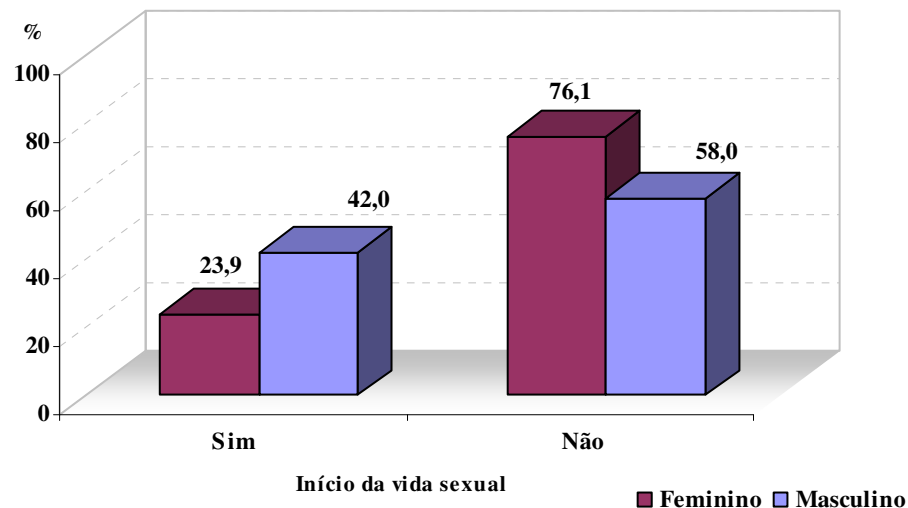
Ao analisarem o início da vida sexual de adolescentes entre 15 e 19 anos residentes na zona leste do município de São Paulo, BORGES *et al.* (2007) observaram que mães consideradas não rígidas (liberais ou meio-termo) pelos adolescentes, aumentaram a chance de iniciação sexual, tendo, como referência, mães rígidas. Em relação à inserção social, constataram que o fato de não estudar foi associado à iniciação sexual entre adolescentes do sexo masculino.

Investigando a iniciação sexual entre adolescentes de 15 aos 18 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, CRUZEIRO *et al.* (2008) verificaram que adolescentes que não residem com a mãe ou com o pai apresentam

maior risco de terem iniciação sexual mais cedo do que aqueles que residem. Na figura 6, apresentam-se dados atinentes ao início da vida sexual.

Concernente ao início da vida sexual dos estudantes entrevistados, entre os garotos, 42,0% referiram terem iniciado a vida sexual. Tal proporção corresponde a quase duas vezes mais àquela das garotas que referiram início da vida sexual (23,9%), com $p < 0,001$. Assim, na população estudada, houve maior porcentagem de homens que tinham iniciado a vida sexual do que mulheres (Figura 7).

Figura 7 - Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo o início da vida sexual e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.



Os resultados deste estudo apontam que as garotas evitam a relação sexual, mais do que os rapazes, o que pode ser uma expressão de como a sociedade atribui o sexo para os diferentes gêneros.

A esse respeito, NASCIMENTO e LOPES (2000), em estudo efetuado com escolares do 2º grau de Rio Branco, Acre, verificaram que 31,7% de estudantes do sexo feminino e 69,4%, do sexo masculino referiram terem iniciado a vida sexual.

Essa diferença de gênero na iniciação sexual foi observada, também, por BARBOSA e KOYAMA (2008), comparando achados básicos de duas pesquisas sobre

comportamento e práticas sexuais de mulheres e homens, entre 15 e 65 anos de idade, moradores em regiões urbanas do Brasil. Verificaram que a proporção de homens e mulheres que referiu ter tido relações sexuais, alguma vez na vida, manteve-se inalterada para os grupos populacionais, de 1998 a 2005. Porém, observaram diferenças, segundo sexo, com proporção maior para homens do que para mulheres, sendo essas diferenças estatisticamente significativas nos dois períodos analisados.

SCHOR *et al.* (2007), ao caracterizarem o cotidiano e vida sexual de 108 adolescentes escolares, entre 11 e 15 anos de idade, residentes em Serra Pelada, município de Curionópolis, Pará, relataram que uma grande diferença entre os sexos foi encontrada quando os mesmos foram questionados se tinham, ou não, relações sexuais enquanto namoravam, pois 93,6% das meninas afirmaram que não, enquanto 59,6% dos meninos disseram o mesmo.

De acordo com CALAZANS (2005), um aspecto valorizado em “ser homem”, entre adolescentes e jovens, é a liberdade, especialmente, em relação à circulação, aos horários, à sexualidade e ao namoro. Segundo o autor, outro aspecto a ser considerado é a menor vivência de preconceitos, pois, os homens têm maior liberdade moral e menos controle social, referindo que há uma forte pressão social para que a vida sexual dos rapazes aconteça o mais cedo possível, tendência que não se verifica quando se trata das moças.

Para reforçar essa forma de entendimento, CASTRO *et al.* (2004) consideram que o exercício da sexualidade se processa por meio de possibilidades, e se realiza dentro de um marco cultural delimitado por preconceitos e rituais.

4.3.4 Idade na primeira relação sexual

Um dos indicadores mais usados para debate sobre a iniciação sexual, na literatura, tem sido a idade da primeira relação sexual. A iniciação sexual é socialmente percebida como um rito de passagem, cujos contornos ainda não estão claramente

definidos. Adolescentes/jovens, ao se iniciarem na sexualidade, passam a ser considerados adultos, pelo menos nesse aspecto (CASTRO *et al.* 2004).

Ao estudarem fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, BORGES *et al.* (2007) verificaram que a idade mostrou ser um marcador importante da iniciação sexual e deveria ser considerada muito seriamente na elaboração e implementação de estratégias de promoção da saúde reprodutiva e sexual do grupo adolescente, sem que haja, contudo, generalizações.

Um pouco mais de $\frac{1}{4}$ do total de adolescentes pesquisados haviam iniciado a vida sexual (32,0%). A resposta afirmativa foi mais freqüente entre os rapazes do que entre as moças. O estudo da idade na primeira relação sexual indica que ela ocorre com mais freqüência entre 12 e 16 anos. Nesse intervalo, 92,0% dos estudantes, independente de sexo, haviam iniciado a vida sexual (Figura 8).

A primeira relação sexual para o grupo formado pelo sexo feminino foi, em média, aos 15,0 anos (mínimo 12 e máximo 17anos; $dp=1,3$), valor modal e mediano de 15,0 anos de idade. No grupo formado pelo sexo masculino foi, em média, aos 13,3 anos (mínimo 9, e máximo,16 anos; $dp=1,3$), valor modal e mediano de 13,0 anos de idade. Assim, considerando os valores de tendência central, os homens iniciaram a vida sexual, aproximadamente, dois anos antes do que as mulheres. Revelando que a média de idade dos garotos na primeira relação sexual é menor que a das garotas. Percebe-se, portanto, que mulheres controlam seus impulsos sexuais e os homens, não, ou seja, para eles o sexo é permitido bem mais cedo do que para elas.

A média de idade, observada na primeira relação sexual para os estudantes do sexo feminino do nosso estudo, foi semelhante à encontrada na pesquisa realizada com escolares do ensino fundamental e médio, com idade entre 10 e 24 anos por CASTRO *et al.* (2004), em Manaus ($\bar{x}=15,1$), Rio de Janeiro ($\bar{x}=15,2$) e São Paulo ($\bar{x}=15,2$). Igual

à média de idade encontrada em Porto Alegre (15,0) e inferior à média encontrada na cidade de Belém (16,0).

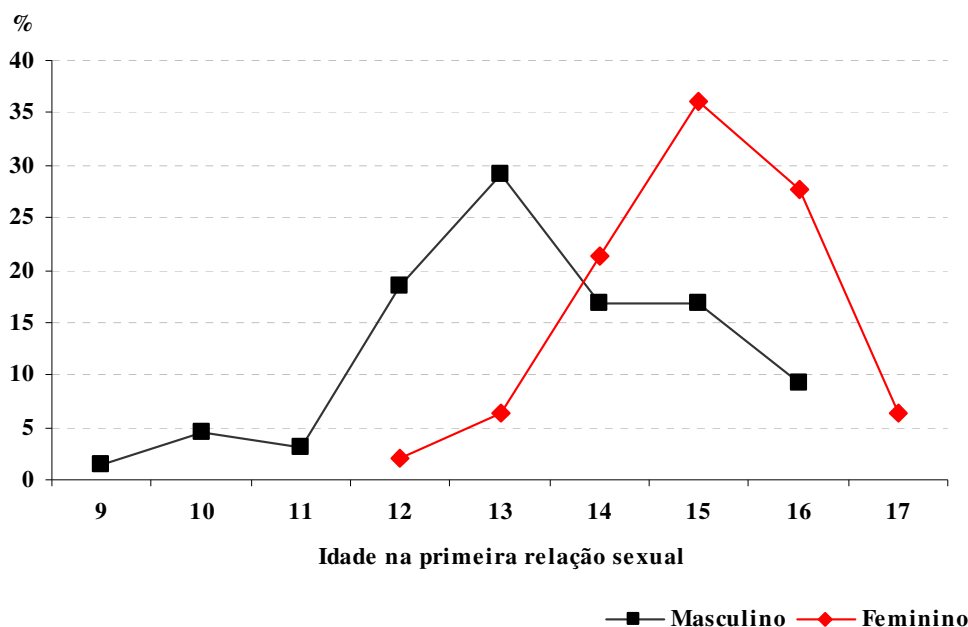
Para o sexo masculino, a média de idade na primeira relação sexual constatada neste estudo foi similar à verificada em estudo com escolares do ensino fundamental e médio, com idade entre 10 e 24 anos, por CASTRO *et al.* (2004) na cidade de Vitória, Espírito Santo ($\bar{x}=13,4$ anos). E inferior, em média de 8 meses, quando comparada com a média de idade na primeira relação sexual de estudantes nas cidades de Porto Alegre, São Paulo e Belém; de 9 meses, quando comparada à encontrada no Distrito Federal, Maceió e Recife e de 10 meses, em relação à verificada nas cidades de Goiânia e Rio de Janeiro.

SCHOR *et al.* (2007), em seu estudo realizado em Serra Pelada, município de Curionópolis, Pará, descreveram que mais da metade dos meninos iniciou a vida sexual com 12 anos ou menos, enquanto a maioria das meninas iniciou a vida sexual aos 14 anos de idade.

O estudo de abrangência nacional, conduzido pelo Ministério da Saúde, em 1998, encontrou uma média de idade na iniciação sexual dos adolescentes, entre 16 e 19 anos de idade, igual a 14,5 anos entre os homens e 15,2 anos entre as mulheres (CEBRAP, 2000).

O estudo das curvas de idade, no início da vida sexual, segundo o sexo dos estudantes do ensino fundamental e médio, nesta pesquisa, indicou que a curva do grupo formado por homens atingiu o ápice aos 13 anos, declinando bruscamente até os 14 anos de idade. Permaneceu na mesma proporção entre 14 e 15 anos, declinando suavemente até 16 anos de idade. No grupo formado por mulheres, a curva atingiu o ápice aos 15 anos e declinou com maior intensidade do que o grupo formado pelos homens (Figura 8). Os resultados encontrados reforçam o fato de que a vida sexual dos adolescentes começa em idade cada vez menor, principalmente, entre os homens.

Figura 8 – Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio segundo idade na primeira relação sexual e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.



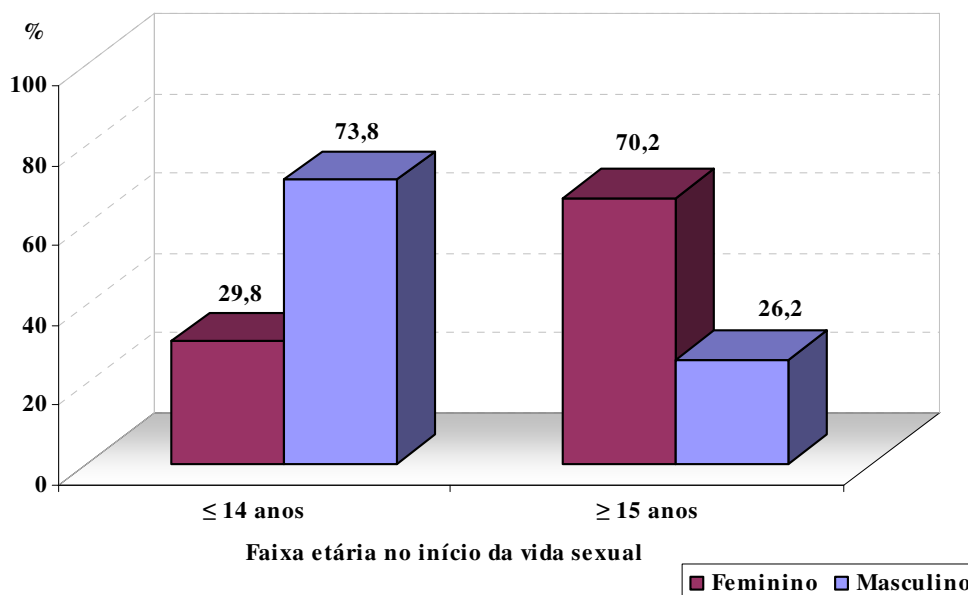
A pesquisa de abrangência nacional do CEBRAP (2000) verificou que, em 1984, era de 35,2% a proporção de homens, entre 16 e 19 anos idade, que haviam iniciado a vida sexual antes dos 15 anos de idade, crescendo para 46,7%, em 1998. Também, pode-se observar um aumento na antecipação do início da vida sexual entre as mulheres, pois em 1984 era de 13,6% a proporção de mulheres, entre 16 e 19 anos de idade, que haviam iniciado a vida sexual antes dos 15 anos de idade e, em 1998, ascendeu para 32,3%.

Em relação às diferenças na iniciação sexual entre as gerações, destaca-se que tem sido observada uma antecipação na idade da primeira relação sexual, o que significa que, atualmente, homens e mulheres estão iniciando a vida sexual mais cedo do que as gerações anteriores (BORGES, 2009).

Ao verificar o início da vida sexual, segundo faixa etária e sexo dos estudantes entrevistados, observou-se menor proporção de resposta afirmativa entre mulheres com

idade menor ou igual a 14 anos (29,8%), frente ao grupo formado pelos homens (73,8%). Já para a idade de 15 anos ou mais, a proporção de adolescentes do sexo feminino (70,2%) que referiram início da vida sexual, foi maior que a proporção de adolescentes do sexo masculino (26,2%), existindo diferença significativa entre os sexos, com $p < 0,001$. Assim, na população estudada, havia maior número de garotos que tinham iniciado a vida sexual com idade menor ou igual a 14 anos do que garotas, conforme pode ser observado na figura 9.

Figura 9 – Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo faixa etária no início da vida sexual e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.



Estudando a sexualidade de alunos do ensino fundamental e médio, com idade entre 10 e 24 anos, de 14 cidades brasileiras, CASTRO *et al.* (2004) verificaram que mais da metade dos jovens, do sexo masculino, haviam iniciado a vida sexual na faixa etária entre 10 e 14 anos, em Manaus, cerca de 70% dos entrevistados, em Salvador, 68%; e em Belém, 66%. Tais valores correspondem a duas ou três vezes aos das alunas que se iniciaram na mesma faixa etária, sendo que em Porto Alegre, cerca de 39%, em Manaus, 36% e em São Paulo, 34%, as jovens, em sua maioria, têm sua primeira relação sexual entre 15 e 19 anos de idade.

BARBOSA e KOYAMA (2008), comparando achados básicos de duas pesquisas realizadas nos anos de 1998 e 2005, sobre comportamento e práticas sexuais de mulheres e homens com idade entre 16 e 65 anos, moradores em regiões urbanas do Brasil, verificaram que na análise por faixa etária evidenciou-se uma distribuição não homogênea para homens e mulheres, em ambos os períodos, com mulheres iniciando a vida sexual mais tardiamente que os homens.

Essa diferença de gênero e a antecipação na iniciação sexual podem ser observadas desde algumas décadas anteriores. Em 1984, 13,6% das mulheres e 35,2% dos homens, com idade entre 16 e 19 anos, haviam iniciado a vida sexual antes dos 15 anos de idade. Em 1998, 32,6% das mulheres e 46,7% dos homens, na faixa etária entre 16 e 19 anos, haviam iniciado a vida sexual antes dos 15 anos de idade. (CEBRAP, 2000).

Segundo BORGES (2009) as explicações para tais diferenças baseiam-se no fato de que há expectativas sociais diferenciadas para homens e mulheres no tocante ao seu comportamento sexual, inclusive, a iniciação sexual. E são os estudos que tomam como categoria de análise as relações de gênero os que mais apreendem a diversidade e complexidade das trajetórias sexuais de homens e mulheres.

Destaca-se a peculiaridade dos adolescentes focalizados, ou seja, aqueles na escola. A primeira relação sexual desses adolescentes pode ocorrer em tempo diferente de outras populações adolescentes brasileiras (CASTRO *et al.*, 2004).

De acordo com HEILBORN (2006), na adolescência, o aprendizado da sexualidade não se restringe àquele da genitalidade, tampouco ao acontecimento da primeira relação sexual. Trata-se de um processo de experimentação pessoal e de impregnação pela cultura sexual do grupo, que se acelera na adolescência e na juventude. O aprendizado constitui-se na familiarização de representações, valores, papéis de gênero, rituais de interação e de práticas, presentes na noção de cultura sexual.

E a noção compartilhada do que constitui o feminino e o masculino (representação social), particularizada pela identidade social de cada indivíduo, indica seus valores e comportamentos (BERTOLDO e BARBARÁ, 2006).

A sexualidade é uma manifestação psicoafetiva individual e social que transcende sua base biológica (sexo) e cuja expressão é normatizada pelos valores sociais vigentes. O desenvolvimento sexual do adolescente sofre as influências dele próprio, da família, de sua cultura e de seus companheiros, sendo que a pressão do grupo é, talvez, o fator mais poderoso para determinar seu comportamento (BRÊTAS *et al.*, 2008b).

A magnitude do grupo adolescente, em relação à população total, e o fato de esse segmento vivenciar um processo de passagem para a vida adulta, em que vigoram certos marcos, tornam-no de grande interesse e relevância para o campo da saúde coletiva, especialmente, no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, por ser esta uma fase em que as práticas sexuais assumem um caráter específico como parte das experimentações corporais, emocionais e amorosas dos indivíduos (BORGES, 2009).

No presente estudo, foram enfatizadas semelhanças e diferenças existentes entre os adolescentes, na questão de gênero. Deste modo, verificou-se que a maioria dos adolescentes já havia namorado alguma vez e 32,0% referiram terem iniciado a vida sexual. Os rapazes começaram a namorar com idade menor ou igual a 13 anos, preferem o relacionamento do tipo “ficar” e referiram terem iniciado a vida sexual, em média, aos 13,3 anos. Já entre as moças, 50% referiram o primeiro namoro com 14 anos ou mais, têm preferência pelo namoro e iniciaram a vida sexual, em média, aos 15,0 anos. Ressalta-se, ainda, que 68,0% dos adolescentes estudados referiram não ter iniciado a vida sexual.

As estratégias de promoção da saúde reprodutiva e sexual necessitariam alcançar, não apenas o adolescente engajado em atividade sexual ou tendo iniciado sua vida reprodutiva, mas também aquele que ainda não a iniciou, estimulando atitudes

responsáveis em relação à sexualidade e reprodução, preparando-o, assim, para o início de uma vida sexual sem riscos (BORGES *et al.*, 2007).

4.4 FONTES DE INFORMAÇÃO E CONVERSA SOBRE A VIDA SEXUAL

Neste sub-capítulo, são descritas as fontes de informação e referências para a conversa sobre sexo entre os adolescentes, a partir dos relatos dos entrevistados. Durante a pesquisa, perguntou-se a todos os entrevistados (tenham tido relações sexuais ou não), se nos últimos anos, eles tinham obtido informações sobre métodos anticoncepcionais e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, se eles tinham recebido essas informações na escola, como havia ocorrido o repasse de conhecimento e que temas tinham sido trabalhados na escola. Foi perguntado, também, com quem eles se sentiam à vontade para conversarem sobre a vida sexual.

4.4.1 Fontes de informações sobre métodos anticoncepcionais e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS.

Diversos fatores, entre eles, a falta de informação adequada, fatores sociais que, por um lado, estimulam a vida sexual dos adolescentes e, por outro lado, a condenam, e a falta de acesso a serviços adequados para as pessoas nessa faixa etária levam grande parte dos adolescentes a iniciar sua vida sexual sem usar anticoncepção, apesar de não desejar uma gravidez. Além dos riscos para a saúde, a gravidez não planejada, também, apresenta consequências sociais importantes, entre elas, abandono dos estudos, diminuição do padrão de vida e problemas no futuro profissional, que levam a profundas alterações no padrão de vida (DIAZ e DIAZ, 1999). Além disso, eles podem ser expostos a doenças transmitidas por via sexual.

O exercício da sexualidade, na adolescência, passa a representar, além de um grande prazer, um grande risco – influenciado pela cultura, pelo grupo, pelas questões

de ser homem ou mulher – por uma possível gravidez não planejada e doenças sexuais; sem contar os problemas com a auto-estima, ocasionados pelas mudanças do corpo e com a dificuldade de expressão, própria dessa fase (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Assim, foi de nosso interesse averiguar quais seriam as fontes de obtenção de informações sobre prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/AIDS, a que adolescentes deste estudo tiveram acesso. As respostas obtidas podem ser observadas na tabela 7.

Tabela 7 - Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo as fontes de informações sobre métodos anticoncepcionais e prevenção de DST/HIV/AIDS e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.

FONTES DE INFORMAÇÕES ⁽¹⁾	SEXO				TOTAL	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Na escola	186	92,5	146	90,1	332	91,5
Televisão, rádio, jornais ou revistas.	125	62,2	101	62,3	226	62,3
Com a mãe	74	36,8	48	29,6	122	33,6
Com amigos	51	25,4	42	25,9	93	25,6
No posto de saúde	43	21,4	36	22,2	78	21,5
Com o pai	21	10,4	42	25,9	63	17,4
Com outros parentes	25	12,4	20	12,3	44	12,1
Outras formas ⁽²⁾	06	3,0	02	1,2	08	2,2

Nota:

⁽¹⁾ Questão de múltipla escolha

⁽²⁾ Outras formas incluem: o namorado(a) e em palestras.

No presente estudo, quando verificadas, exclusivamente, as frequências de referências de fontes de informação, observou-se que adolescentes estão recebendo informações sobre prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/AIDS, essencialmente na escola (92,5% das garotas e 90,1% dos garotos), em segundo lugar, pelos meios de comunicação de massa (62,2% das moças e 62,3% dos rapazes), em terceiro lugar, das mães (36,8% das garotas e 29,6% dos garotos) e, em quarto lugar, dos amigos (25,4%, feminino, e 25,9%, masculino).

As fontes de informação menos referidas pelos adolescentes em estudo foram: posto de saúde (20,9% das garotas e 22,2% dos garotos), pai (10,4% das meninas e 25,9% dos meninos), outros parentes (11,9% feminino e 12,3% masculino) e outras formas: o namorado e em palestras (3,0% das moças e 1,2% dos rapazes).

Esses resultados diferem daqueles apresentados por BORGES (2004) que, ao caracterizar e analisar o início da vida sexual de adolescentes solteiros de 15 aos 19 anos, matriculados em uma unidade básica de saúde da família na zona leste do município de São Paulo, verificou que, em relação às dúvidas sobre como evitar uma gravidez, adolescentes citaram, com maior frequência, os amigos como pessoas a quem eles buscavam (32,2% entre os homens e 27,1% entre as mulheres). Quanto às dúvidas sobre doenças sexualmente transmissíveis/aids, 33,9% dos homens e 36,5% das mulheres referiram esclarecê-las com outras pessoas, como profissionais de saúde e professores.

Por sua vez, NASCIMENTO e LOPES (2000), em estudo efetuado com escolares de segundo grau da cidade de Rio Branco, Acre, verificaram que as fontes de informação mais relevantes foram: junto ao professor, 64,9%; TV, revistas e jornais, 64,2%; pais, 32,9% e amigos e colegas, 28,6% .

Observou-se, neste estudo, que a escola (91,5%), os meios de comunicação de massa (62,3%) e a mãe (33,6%) são os atores que desempenham um papel mais ativo, enquanto fonte de informação para adolescentes sobre meios de prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/AIDS (Tabela 7).

Atualmente, a escola tem sido apontada como um importante espaço de intervenção sobre a sexualidade adolescente que, nos últimos anos, adquiriu uma dimensão de problema social. Mais do que um problema moral, ela é vista como um problema de saúde pública, e a escola desponta como um local privilegiado de implementação de políticas públicas que promovem a saúde de crianças e adolescentes (ALTMANN, 2003).

Crianças e adolescentes trazem noções e emoções sobre sexo, adquiridas em casa, em suas vivências e em suas relações interpessoais, além do que recebem pelos meios de comunicação. A Orientação Sexual na escola deve considerar esse repertório e possibilitar reflexão e debate, para que alunos construam suas opiniões e façam suas escolhas (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1998).

AQUINO *et al.* (2003) enfatizaram o importante papel da escola na transmissão de conhecimentos e chamaram a atenção para o fato de que a prevalência de gravidez na adolescência foi significativamente mais baixa entre jovens que mencionaram a escola, como fonte de primeiras informações sobre tal tema. Dessa forma, investir na promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes significa, com certeza, investir, propriamente, em educação formal de qualidade (BORGES, 2004).

Os meios de comunicação de massa, como: televisão, rádio, jornais ou revistas, também, destacaram-se como fonte de informação entre os adolescentes estudados. Essas fontes caracterizam-se pelos conteúdos narrativos simplificados, contribuindo, de alguma forma, para informações menos esclarecedoras e estereotipadas.

A mídia, em suas múltiplas manifestações, e com muita força, assume relevante papel, ajudando a moldar visões e comportamentos. Ela veicula imagens eróticas, que estimulam crianças e adolescentes, incrementando a ansiedade e alimentando fantasias sexuais. Também informa, veicula campanhas educativas, que nem sempre são dirigidas e adequadas a esse público. Muitas vezes, também, moraliza e reforça preconceitos. Ao ser elaborada por crianças e adolescentes, essa mescla de mensagens pode acabar produzindo conceitos e explicações, tanto errôneos, quanto fantasiosos (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1998).

Neste estudo, ao se compararem ambos os sexos, observou-se prioridade, no que concerne à escolha do pai, pelos garotos (25,9%), como fonte de informação, fato que acontece com menos frequência entre as garotas (10,4%), pois elas preferem a mãe (36,8%). Apesar da preferência do pai como fonte de informação, pelos garotos, a mãe é mais mencionada por ambos os sexos. Mesmo os pais (mãe e pai), sendo mencionados

por adolescentes, eles ainda não ocupam um lugar primordial de referência para os filhos. Quando considerada somente a porcentagem de citação, a mãe ocupa o terceiro lugar, e o pai, o sexto lugar, como fonte de informação para esses assuntos (Tabela 7).

CASTRO *et al.* (2004) estudaram escolares de 10 aos 24 anos de idade de capitais brasileiras e observaram que, na maioria dos depoimentos, as moças declararam que é mais fácil e confortável o diálogo com as mães, consideradas mais acessíveis, assim como mencionaram que sentem desconforto e vergonha na aproximação com os pais para esclarecimento de dúvidas sobre sexualidade. Se, por um lado, há relatos de que a figura da mãe é a mais próxima para as moças, por outro, há, também, referências a uma melhor interação entre pai e filha, principalmente, quando a mãe não tem iniciativa ou não dá oportunidades de conversar. Já nos casos dos filhos, é comum que eles tenham maior proximidade com seus pais.

Interações deficientes entre pais-filhos, namorados e parceiros sexuais podem estar revelando um constrangimento concomitante na abordagem de temas associados à prática e a saúde sexual e demonstrando a necessidade de criação de espaços de intimidade relacionados com a fase de desenvolvimento em que a pessoa se encontra, ou com a qualidade das relações estabelecidas.

Um ambiente familiar estruturado norteia valores e critérios morais. As crianças e adolescentes não podem perder a referência do que é certo e do que é errado baseado no respeito ao outro e a si mesmo. Essa perda de referência pode prejudicar a todos, gerando inseguranças e ausência ou deficiência de parâmetros.

Segundo VOLPI (2004), toda família cresce e evolui quando o adolescente encontra nela um espaço de realização. O mito de que a adolescência é uma fase de ruptura com a família não se sustenta, quando se observa o resultado da pesquisa “A voz do adolescente” UNICEF (2002), que evidencia que, entre diferentes formas de expressão, 95,0% dos adolescentes afirmaram ser a família o seu principal espaço de realização e de prazer, onde se sentem bem, onde buscam apoio e onde se sentem valorizados.

As fontes de informação menos referidas por adolescentes em estudo foram: posto de saúde, o pai, outros parentes, namorado(a) e palestras. Poucos adolescentes vêem os serviços de saúde como fonte de informação, tal como se observa a menor referência ao posto de saúde (21,5%), quando comparado com a escola (91,5%) e os meios de comunicação de massa (62,3%). Isto pode indicar que os serviços e profissionais de saúde ainda perpetuam a imagem da assistência clínica e não de serviço de promoção, prevenção e compreensão dos aspectos biopsicossociais que permeiam as necessidades de saúde do adolescente (Tabela 7).

Para que se possa avançar na promoção da autonomia, da saúde e do bem estar dos adolescentes, e ampliar suas oportunidades de participação, é fundamental que os serviços de saúde percebam que o adolescente não é “propriedade” de nenhum serviço, em especial. Toda unidade de saúde deveria se responsabilizar pelos adolescentes, capacitando-se para lidar com suas especificidades individuais, culturais e sociais, mesmo que haja profissionais mais interessados e preparados para lidar com esse grupo (BRANCO, 2004).

Os parceiros, namorado(a), não foram muito citados como fontes de informações pelos adolescentes de ambos os sexos. Parece que existe uma dificuldade de construir espaços de intimidade com o(a) parceiro(a), produzindo repercussões de comunicação e consequentes dificuldades na adoção de comportamento preventivo, sugerindo existir um distanciamento entre prática sexual e a partilha de opiniões e informações dessas mesmas práticas entre parceiros.

As palestras, enquanto atividades planejadas, ou trabalhos isolados, tornam-se alvo de críticas pela falta de continuidade e monotonia. Considera-se que as informações, no âmbito escolar, têm estado distantes das vivências e das emoções dos alunos, sendo avaliadas, inclusive, pelos alunos, como desinteressantes ou não apropriadas, o que reduz sua efetividade, observam CASTRO *et al.* (2004) em estudo com escolares entre 10 e 24 anos de idade de 14 capitais brasileiras.

A variedade de fontes de informação escolhidas pelos adolescentes, em estudo, revela que as informações obtidas nem sempre são de fonte confiável ou embasada no conhecimento científico e pedagógico. Ressalta-se que, muitas das vezes, a procura e a facilidade do acesso, também, partem da necessidade, motivação e habilidade de cada adolescente.

Essa rede sócio-familiar necessitaria, pois, ser compreendida como parte de um elenco fundamental, para constituir a base de ações de promoção da saúde do adolescente (BORGES *et al.*, 2006).

A possibilidade de existir uma relação entre conhecimento sobre os meios de prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/AIDS, e adoção de comportamentos de risco ou de proteção, requer urgente implementação de estratégias de intervenção adequadas. Adolescentes precisam estar envolvidos nas ações de promoção da saúde, tanto em unidades de saúde, como em escolas e na comunidade, para que suas potencialidades sejam valorizadas e as ações sejam adequadas às necessidades dos mesmos.

O envolvimento direto do adolescente no planejamento, implementação e avaliação das ações aumenta sua auto-estima, favorece sua autonomia, amplia suas oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, melhora sua qualidade de vida e contribui para a legitimidade e relevância ao trabalho do setor saúde junto a outros jovens (BRANCO, 2004).

4.4.2 Conversa sobre a vida sexual

Seres humanos necessitam de seus semelhantes para sobreviverem, comunicarem-se, criarem símbolos e formas de expressão cultural, perpetuar a espécie e se realizarem plenamente como indivíduos. Por meio da socialização, a pessoa se integra ao grupo em que nasceu, assimilando o conjunto de hábitos, regras e costumes característicos de seu grupo. O indivíduo se socializa, quando participa da vida em sociedade e passa a se comportar, segundo suas normas, valores e costumes (OLIVEIRA, 2007).

A sexualidade é uma manifestação psicoafetiva individual e social, que transcende sua base biológica (sexo) e cuja expressão é normatizada pelos valores sociais vigentes. O desenvolvimento sexual do adolescente sofre influências dele próprio, da família, de sua cultura e subcultura e de seus colegas, sendo que a pressão do grupo é, talvez, o aspecto mais poderoso para determinar seu comportamento (BRÊTAS E SILVA, 2009).

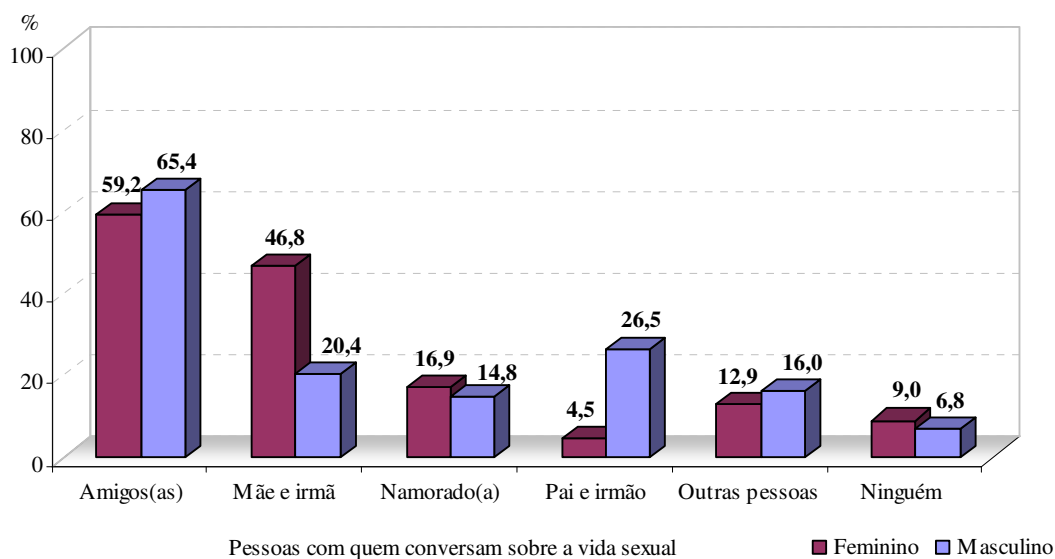
BORGES (2004), em seu estudo, mencionado anteriormente, verificou que adolescentes relataram que era com os amigos com quem conversavam com maior frequência sobre sexo, perfazendo 57,2% no grupo masculino e 45,3% no grupo feminino.

Assim sendo, foi de nosso interesse saber com quem os adolescentes se sentiam à vontade para conversarem sobre a sua vida sexual. Os resultados podem ser observados na figura 10.

Adolescentes deste estudo relataram que era com os amigos que se sentiam à vontade para conversarem sobre sua vida sexual – 59,2% das moças e 65,4% dos rapazes. Ao se compararem ambos os sexos, verifica-se que existe uma preferência das garotas em conversarem sobre sua vida sexual com a mãe ou irmã (46,8%), com o namorado (16,9%), ou não se sente à vontade de conversar com ninguém (9,0%). Rapazes, por seu lado, relataram preferência em conversarem com os amigos (65,4%),

com o pai ou irmão (26,5%) e com outras pessoas, como professores e profissionais de saúde (16,0%). Os dados podem ser observados na figura 10.

Figura 10 – Porcentagem de adolescente do ensino fundamental e médio, segundo as pessoas com quem conversam sobre a vida sexual, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.



Nota-se que garotas revelaram melhor interação com a mãe ou irmã, pois, apesar de terem os amigos como referência de conversa sobre sexo, mãe e irmã estão como segunda opção, bem próxima em citação, quando comparada com os amigos. O que não acontece com os garotos, pois os amigos foram referência três vezes mais, quando comparados com os pais (mãe e pai).

A esse respeito, BORGES (2004) verificou que, entre as mulheres, além dos amigos (45,3%), a preferência para conversas sobre sexo eram os outros familiares (19,7%) e os pais (18,7%). Por outro lado, entre os homens, as conversas sobre sexo davam-se mais freqüentemente, além dos amigos (57,2%), com outras pessoas, como professores e profissionais de saúde (20,0%) do que com os pais (13,3%) e outros familiares (9,4%).

Uma quantidade razoável de adolescentes (9,0% feminino e 6,8% masculino) relatou não se sentir à vontade para conversar sobre sua vida sexual com ninguém. O que nos chamou atenção é que, dos 29 adolescentes que referiram não se sentirem à vontade para conversar sobre sua vida sexual com ninguém, 62,1% eram do sexo feminino, possibilitando, assim, a consideração de duas pressuposições: a primeira, que essas adolescentes são extremamente tímidas e introvertidas para manterem uma conversa sobre o assunto, não sendo capazes de esclarecer suas dúvidas e realizarem troca de experiências, nem mesmo com seus amigos; e a segunda, é que os dados acerca da comunicação e troca de conhecimento podem não ter sido devidamente investigados, em razão de perguntas formuladas em questões fechadas, não permitindo a compreensão de tal fator. Isto pode estar indicando que são necessárias novas investigações, que aprofundem o tema da comunicação e interação de adolescentes com as demais pessoas nas questões do comportamento, em busca de informação, utilizando, para isso, métodos de cunho qualitativo e outros estudos.

BORGES (2004), também, em estudo com adolescente da zona leste do município de São Paulo, verificou que uma proporção razoável de adolescentes relatou não esclarecer suas dúvidas com ninguém, seja porque já se consideravam detentores de um saber suficiente para conter quaisquer dúvidas, seja porque eram extremamente tímidos e introvertidos para manterem uma conversa sobre assuntos tão íntimos, quanto este.

No que concerne às fontes de informações sobre os meios de prevenção da gravidez e de doença sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/AIDS, resultados ressaltam a participação da escola, dos meios de comunicação de massa e da mãe na promoção da saúde desses adolescentes, em detrimento de outras fontes da sociedade, tais como os amigos, profissionais de saúde. Por outro lado, amigos foram considerados os indivíduos com quem adolescentes sentem-se à vontade para conversarem sobre a vida sexual e, em segundo lugar, pais e irmãos.

Diferenças de gênero na socialização das questões relacionadas à gravidez, DST/AIDS e dúvidas sobre sexo são bem nítidas. A mãe foi referida como uma das

principais fontes de informações para adolescentes do sexo feminino, ao mesmo tempo em que exerce, também, papel importante na socialização de meninos. Já o pai funciona como fonte de informação e pessoa de referência para a conversa sobre vida sexual entre os garotos, enquanto seu papel é praticamente inexistente para as moças. Além disso, os pares exercem um papel mais relevante junto aos rapazes, do que junto às moças, sendo seu peso relativamente mais forte, neste caso, que o da mãe, no que se refere à pessoa com quem conversar sobre sexo. Já para as moças entrevistadas, o papel da mãe continua a ser mais central que o dos amigos. As fontes de informações coletivas são mencionadas em proporções basicamente idênticas por ambos os sexos. Analisando os estudos, já citados, percebe-se que cada região ou cidade constitui um espaço de socialização bem distinto entre adolescentes.

4.4.3 A escola fonte de informações

A escola é apontada como um importante instrumento para veicular informação sobre formas de evitar a gravidez e de se proteger de doenças sexualmente transmissíveis, chegando-se a ponto de afirmar que, quanto mais baixa a escolaridade, maior o índice de gravidez entre adolescentes (ALTMANN, 2001).

A educação escolar deve constituir uma ajuda intencional, sistemática, planejada e continuada para crianças, adolescentes e jovens durante um período contínuo e extensivo de tempo, diferindo de processos educativos que ocorrem em outras instâncias, como na família, no trabalho, na mídia, no lazer e nos demais espaços de construção de conhecimentos e valores para o convívio social. Assim sendo, deve ser evitada a abordagem simplista de encarar a educação escolar como o fator preponderante para as transformações sociais, mesmo reconhecendo-se sua importância na construção da democracia. Para estar em consonância com as demandas atuais da sociedade, é necessário que a escola trate de questões que interferem na vida dos alunos e com as quais se vêem confrontados no seu dia-a-dia. Nessa perspectiva, as problemáticas sociais em relação à ética, saúde, meio ambiente, pluralidade cultural,

orientação sexual e trabalho e consumo são integradas na proposta educacional dos Parâmetros Curriculares Nacionais como temas transversais (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1998).

A proposta dos Parâmetros Curriculares Nacionais para Orientação Sexual é que a escola trate da sexualidade como algo fundamental na vida das pessoas, porém não deve substituir, nem concorrer com a família, mas possibilitar a discussão de diferentes pontos de vista, associados à sexualidade, sem imposição de valores.

Ao indagar como as informações sobre meios de prevenção da gravidez e de doença sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/AIDS, foram transmitidas na escola, os adolescentes responderam, conforme pode ser observado na tabela 8.

Tabela 8 - Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo a forma como as informações dos meios de prevenção da gravidez e de DST e HIV/AIDS foram transmitidas na escola e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.

INFORMAÇÕES NA ESCOLA ⁽¹⁾	SEXO				TOTAL	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Durante as aulas	162	80,6	129	79,6	291	80,2
Conversando com os amigos	48	23,9	40	24,7	88	24,2
Individualmente com o professor	12	6,0	14	8,6	26	7,2
Nunca tive informações deste tipo	08	4,0	10	6,2	18	5,0
Não sei/não lembro	07	3,5	07	4,3	14	3,9

Nota:

⁽¹⁾ Questão de múltipla escolha

Verifica-se que informações foram repassadas, principalmente, durante as aulas, tanto para as moças (80,6%), como para os rapazes (79,6%). Nota-se que o ambiente escolar, também, favorece a troca de experiência e informações, pois 24,2% dos adolescentes referiram que obtêm informações sobre o assunto conversando com os amigos na escola (23,9% das garotas e 24,7% dos garotos) e alguns obtêm informações conversando individualmente com o professor (6,0% das moças, e 8,6% dos rapazes).

Nota-se, ainda, que no grupo das mulheres, 4,0% informaram que nunca receberam informações sobre esses assuntos na escola e 3,5% referiram não saber/não lembrar, e os homens, 6,2% e 4,3%, respectivamente (Tabela 8).

Nossos resultados de como as informações são repassadas na escola não diferem dos encontrados por DIB (2007), ao analisar o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes, de 13 aos 16 anos de idade, de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto, São Paulo, verificando que as informações obtidas na escola foram, principalmente, no decorrer das aulas (40,8%) e conversando com amigos (28,3%).

Percebe-se que o professor constitui a principal fonte de repasse de informações, colaborando, tanto durante as aulas, como individualmente, com os alunos que o procuram. Esse resultado nos leva a refletir sobre: Quais são as condições de trabalho desses professores? Qual o suporte pedagógico oferecido? Qual o preparo técnico, científico e pedagógico desses professores para trabalhar orientação sexual com adolescentes? Que métodos são utilizados no repasse de informações? Dentre outras. Revela, assim, que são necessárias investigações para que essas dúvidas possam ser respondidas, utilizando-se, para isso, métodos de cunho quantitativo e qualitativo e outros estudos, visando subsidiar ações de orientação sexual que são desenvolvidas nas escolas do município.

Com essa preocupação, JARDIM e BRÊTAS (2006), desenvolveram estudo, envolvendo 100 professores que atuavam no ensino fundamental e médio da rede de ensino público do município de Jandira, São Paulo, em que constataram que os professores mostraram-se inseguros com o seu conhecimento e prática nos conteúdos de orientação sexual, restringindo-se apenas aos conteúdos dos livros de ciências e biologia, que se resumem na anatomia e fisiologia da reprodução e temas tradicionais da adolescência, como prevenção de gravidez e das DST/AIDS.

Da mesma forma, ao verificarem o conhecimento e necessidades de professores de um colégio público de Goiânia-GO sobre orientação sexual, SOUZA *et al.* (2008)

constataram que, de modo geral, esses profissionais enfrentam dificuldades para assumir a responsabilidade de trabalharem a temática educação sexual no ambiente escolar. Houve referência de dificuldades em abordar o assunto no ambiente escolar e de despreparo técnico para trabalhar com os alunos. Mediante respostas ao questionário, ou mesmo, verbalizações, observaram que são vários os motivos que levam alguns a não realizarem as referidas atividades com alunos.

PECORARI *et al.* (2005), ao avaliarem o desenvolvimento de programas de orientação sexual no contexto escolar em escolas públicas e particulares dos municípios de Franco da Rocha e Caieiras, São Paulo, verificaram que, em escolas públicas, dentre os profissionais que desenvolviam o programa de orientação sexual junto aos alunos, 60,0% deles eram professores da área biológica, pertencentes à cadeira de ciências e biologia; 20,0%, professores da área de exatas, de matemática; 20,0%, profissional voluntário sem especificação de sua formação profissional. Nas escolas particulares, 50,0% eram professores da área biológica; 25,0%, professores da área de humanas, de História e 25,0%, de Psicologia. Identificaram, também, ausência de metodologia e falta de treinamento para a execução dos programas de orientação sexual voltados aos alunos.

No presente estudo, quando indagados sobre em quais disciplinas as informações sobre os meios de prevenção da gravidez e de doença sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/AIDS, foram repassadas na escola, adolescentes informaram, conforme pode ser observado na tabela 9:

Verifica-se que, para os adolescentes em estudo, para ambos os sexos, informações sobre métodos anticoncepcionais e prevenção de DST e HIV/AIDS foram repassadas na escola, basicamente, na disciplina de ciências (65,6%); 32,8% das meninas e 20,9% dos meninos referiram receber informações nas aulas de biologia e apenas 4,9% das moças e 9,3% dos rapazes relataram terem recebido informações durante as aulas de filosofia, sociologia, geografia, história, religião e matemática.

Tabela 9 - Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo as disciplinas que as informações sobre métodos anticoncepcionais e prevenção de DST/HIV/AIDS foram repassadas na escola e sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.

DISCIPLINAS	SEXO				TOTAL		p*
	Feminino		Masculino		N	%	
	N	%	N	%			
Ciências	101	62,3	90	69,8	191	65,6	0,044
Biologia	53	32,8	27	20,9	80	27,5	
Outras disciplinas ¹	08	4,9	12	9,3	20	6,9	
TOTAL	162	100,0	129	100,0	291	100,0	

Nota:

(1) Outras disciplinas incluem: filosofia, sociologia, geografia, história, religião, matemática.

(*) Teste Qui-quadrado de Pearson.

Em estudos com escolares de 10 aos 24 anos, de quatorze capitais brasileiras, CASTRO *et al.* (2004) verificaram que sexualidade é tema abordado, principalmente, nas aulas de ciências.

Na leitura de BORGES (2004), existe uma tendência a que assuntos relativos às DST/AIDS e questões biológicas sejam, prioritariamente, discutidos por profissionais da saúde e professores em suas intervenções junto aos adolescentes, limitando suas abordagens, na maior parte das vezes, apenas aos aspectos físicos do ato sexual, o funcionamento do corpo e as consequências adversas de atos sexuais desprotegidos, com forte abordagem da noção de risco.

Praticamente, todas as escolas trabalham o aparelho reprodutivo em Ciências Naturais, geralmente, o fazem por meio da discussão sobre a reprodução humana, com informações ou noções relativas à anatomia e fisiologia do corpo humano. Essa abordagem, de forma geral, não abarca ansiedades e curiosidades das crianças, nem o interesse dos adolescentes, pois enfoca apenas o corpo biológico e não inclui a dimensão da sexualidade (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1998).

Apesar dessas deficiências identificadas em alguns estudos, CASTRO *et al.* (2004) referem que escola é considerada pelos pais como uma importante fonte de apoio

na orientação sexual dos adolescentes. Para alguns, as aulas e feiras de ciências, as palestras e conversas com professores são tidas como boas estratégias para a elucidação de dúvidas e, de certa forma, complementam as iniciativas parenterais, nesse sentido.

Os adolescentes do nosso estudo, ao serem perguntados sobre quais os conteúdos já haviam sido discutidos, em algum momento, na sala de aula, adolescentes responderam, conforme pode ser observado na tabela 10.

Tabela 10 - Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo informações recebidas na sala de aula por sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.

INFORMAÇÕES RECEBIDAS NA SALA DE AULA ⁽¹⁾	SEXO				TOTAL	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Gravidez na adolescência	153	76,1	109	67,3	262	72,2
Sexualidade na adolescência	147	73,1	115	71,0	262	72,2
Mudanças corporais na adolescência	148	73,6	98	60,5	246	67,8
Métodos anticoncepcionais	127	63,2	89	54,9	216	59,5
Puberdade	109	54,2	78	48,1	187	51,5
Anatomia do aparelho reprodutor masculino e feminino	73	36,3	60	37,0	133	36,6
Direitos humanos na adolescência	40	19,9	32	19,8	72	19,8
Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência	37	18,4	25	15,4	62	17,1
Não sei/não lembro	12	6,0	13	8,0	25	6,9
Nenhum tema	08	4,0	06	3,7	14	3,9

Nota:

⁽¹⁾ Questão de múltipla escolha

Pertinente aos conteúdos lecionados aos adolescentes em estudo, verifica-se que os assuntos mais referidos pelos adolescentes foram: gravidez na adolescência (76,1% das garotas e 67,3% dos garotos), sexualidade na adolescência (73,1% das meninas e 71,0% dos meninos), mudanças corporais na adolescência (73,6% das moças e 60,5% dos rapazes), métodos anticoncepcionais (63,2% das garotas e 54,9% dos garotos) e puberdade (54,2% das moças e 48,1% dos rapazes).

Os assuntos menos referidos por adolescentes em estudo foram: anatomia do aparelho reprodutor masculino e feminino (36,3% das garotas e 37,0% dos garotos), direitos humanos na adolescência (19,9% das meninas e 19,8% dos meninos), direitos sexuais e reprodutivos na adolescência (18,4% das moças e 15,4% dos rapazes). Nota-se, ainda, que 4,0% das moças e 3,7% dos garotos informaram nunca terem recebido informações sobre os temas na escola e 6,0% das meninas e 8,0% dos meninos referiram não saber/não lembrar.

DIB (2007), em estudo com adolescentes de 13 aos 16 anos de idade, de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto, São Paulo, identificou que os temas relacionados à saúde na adolescência, discutidos em sala de aula com o professor, e referidos pelos alunos foram: sexualidade, 57,5%; mudanças corporais, 54,2% e puberdade, 35,8%.

Ao verificar o conhecimento e necessidades de professores de um colégio público de Goiânia, GO, sobre orientação sexual, SOUZA *et al.* (2008) identificaram que os principais temas trabalhados com os alunos em sala de aula pelos professores estudados foram: sexualidade (26,0%), gravidez (21,0%) prevenção e DST (18,0%) e AIDS (15,0%).

Os resultados desses estudos mostram que, apesar de terem sido desenvolvidos em regiões geográficas diferentes no país, os temas abordados são similares, possibilitando, assim, algumas considerações: a primeira, que as dificuldades de trabalhar a temática sexualidade estão ligadas a tabus e preconceitos arraigados em nossa cultura; a segunda, falta de preparo técnico com informações atualizadas e recursos didáticos específicos para que professores possam trabalhar de forma efetiva; a terceira, os aspectos biológicos são mais enfatizados e a transmissão de outras informações sobre sexualidade aparece de forma tímida.

Ainda existe, entre educadores, a crença de que, ao falarem sobre determinados assuntos estarão estimulando a sua prática, quando, na realidade, adolescentes, muitas vezes, já têm conhecimento desses “tabus” e carecem de esclarecimentos (JARDIM E BRÊTAS, 2006).

Considera-se que o professor é a peça chave para promover a orientação sexual no ambiente escolar, e por isso há a necessidade emergente de se fazer um trabalho de capacitação, tanto no aspecto do conhecimento de conteúdos específicos, quanto de uma metodologia adequada para que ele possa se sentir cada vez mais capacitado e seguro (SOUZA *et al.*, 2008).

É certo que a escola não substitui, nem concorre com a família, mas possibilita a discussão de diferentes pontos de vista associados à sexualidade, sem imposição de valores. Em nenhuma situação, cabe à escola julgar a educação que cada família oferece a seus filhos. Como um processo de intervenção pedagógica, tem por objetivo transmitir informações e problematizar questões relacionadas à sexualidade, incluindo posturas, crenças, tabus e valores a ela associados, sem invadir a intimidade, nem direcionar o comportamento dos alunos (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1998).

Os temas relacionados à sexualidade abordados nesta pesquisa estão sendo repassados, primordialmente, em aulas de ciências e de biologia, com participação insignificante de outras disciplinas, porém deveriam ser trabalhados transversalmente em todas as disciplinas do currículo escolar, com professores devidamente preparados para esta função, pois a escola deveria ser um local acessível ao debate, à discussão, à reflexão e a propagação de idéias e conhecimentos que propiciem uma sociedade mais capacitada. Os resultados assinalam que os professores tem facilidade de repassar conteúdos de questões biológicas, como prevenção da gravidez não planejada e das doenças transmitidas por via sexual. Os resultados também sugerem que os mesmos não estão preparados para lidarem com a diversidade de valores, crenças, tabus e comportamentos relativos à sexualidade, reconhecendo e respeitando as diferentes formas de atração sexual e o direito de informação e expressão de seus alunos.

Diante da necessidade de conquistar o adolescente e de atingir as suas expectativas de discutir não só questões biológicas, mas também questões que envolvem sentimentos, valores, a moral e a ética, é necessário “construir” professores com habilidades essenciais, proporcionando a eles condições de ampliar e reciclar seu conhecimento, através de programas de atualização e capacitação direcionadas a

sexualidade. Só assim, teremos professores capazes de criar e manter um vínculo de confiança com o adolescente e cumprir os objetivos da orientação sexual na escola de levá-los à reflexão e aplicação do conhecimento para a construção da sua cidadania (JARDIM e BRÊTAS, 2006).

Dessa forma, nas estratégias de orientação voltadas para a saúde reprodutiva dos adolescentes, é preciso considerar sua rede de relações e abarcar, não apenas professores e profissionais de saúde e outros adolescentes como fontes de informação e diálogo, mas também, com certeza, pais, mães e outros membros da família. Além do mais, tanto profissionais de saúde, quanto professores, necessitam serem capacitados a ultrapassarem, em suas intervenções, o modelo biológico, e iniciarem discussões e incitarem reflexões acerca da sexualidade, enquanto uma dimensão socialmente construída, contemplando as perspectivas físicas, psicológicas, emocionais, culturais e sociais, evitando, com isso, o reducionismo biológico, no intuito de alcançar, com mais pertinência, a promoção da saúde do adolescente (BORGES, 2004).

4.5 ADOLESCENTES E OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Neste segmento, são apresentados dados referentes ao conhecimento sobre os tipos de métodos contraceptivos. Como referido na metodologia, os dados relativos ao conhecimento sobre métodos anticoncepcionais foram obtidos, mediante aplicação de um questionário, o qual apresentava uma listagem contendo o nome dos métodos contraceptivos, em que os adolescentes assinalavam com um (x) o método que eles conheciam (anexo 1).

Assim, esse conhecimento refere-se apenas em saber identificar o método, sem aprofundar-se quanto ao funcionamento ou a utilização do mesmo. Ainda que não se avaliasse o conhecimento quanto ao modo de uso e funcionamento do contraceptivo listado, foi possível verificar as possibilidades contraceptivas que os adolescentes sabiam existir. A seguir, são expostos os resultados, por sexo e faixa etária, concernentes a conhecimentos dos tipos de métodos, referidos por todos os

adolescentes, e, logo após, são descritos os tipos de métodos conhecidos por adolescentes, que iniciaram ou não a vida sexual.

4.5.1 Métodos anticoncepcionais referidos pelos adolescentes

O conceito de saúde sexual e reprodutiva pressupõe a capacidade de desfrutar de uma vida sexual segura e satisfatória e de reproduzir-se com liberdade de fazê-lo ou não, quando e com que frequência. Decorre, da definição acima, o direito de homens e mulheres à informação, ao acesso a métodos de planejamento da fecundidade de sua escolha, que sejam seguros e efetivos, disponíveis e aceitáveis, e o direito de acessar serviços de saúde apropriados (PIROTA, 2006).

A adolescência é uma fase que acarreta importantes mudanças biopsicossociais e que determina especificidades emocionais e comportamentais que repercutem na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes de ambos os sexos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Os adolescentes têm direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual e ao acesso à orientação sobre todos os métodos anticoncepcionais. A consciência desse direito implica reconhecer a individualidade e a autonomia do adolescente, estimulando-o a assumir a responsabilidade com sua própria saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

A anticoncepção é um tema muito importante, especialmente na adolescência, considerando a relevância social constatada pela ocorrência da gravidez nessa faixa etária e pela vulnerabilidade de exposição às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS (BARBIERI, 2009). Segundo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006a), existe um elevado número de partos entre adolescentes, início cada vez mais antecipado das relações sexuais e aumento das DST/AIDS na faixa etária entre 10 e 19 anos.

Concernente à gravidez na adolescência, MAIA (2009), estudando fatores associados ao baixo peso ao nascer, no município de Cruzeiro do Sul, Acre, nos anos de 2006 e 2007, verificou que, do total de partos, 29,1% ocorreram em mulheres entre 10 e 19 anos, e que a proporção de baixo peso ao nascer (12,02%) foi maior nessa faixa etária, quando comparada à proporção em filhos de mães não adolescentes (7,9%). Ao observar os dados referentes aos partos ocorridos em adolescentes, descritos por MAIA (2009), verificou-se que 1,5% dos partos ocorreram em mulheres com idade entre 12 e 13 anos, 13,0% em mulheres de 14 e 15 anos, 36,3% em mulheres de 16 e 17 anos e 49,2% em mulheres de 18 a 19 anos. É importante ressaltar que 50,8% dos partos ocorreram na faixa etária entre 12 e 17 anos.

Em estudo referente à anticoncepção e adolescência, abrangendo 387 adolescentes da região Sul do município de São Paulo, SCHOR (1995) observou que, quanto menor a idade da adolescente ao iniciar a vida sexual, menor a chance de ela estar usando algum método anticoncepcional e, conseqüentemente, maior a probabilidade de ficar grávida, logo nas primeiras relações.

Apesar das controvérsias quanto à anticoncepção na adolescência, deve-se considerar que a utilização adequada de qualquer método é preferível às repercussões de uma gravidez inoportuna (REIS *et al.*, 2005). A anticoncepção não está restrita a casais, podendo ser requisitada por indivíduos solteiros e, nesse caso, em vez de planejamento familiar, a nomenclatura adequada seria regulação da fecundidade ou controle da fertilidade (ALDRIGHI *et al.*, 2005).

Tendo em vista o panorama descrito, isto é, o direito do adolescente à educação sexual e ao acesso a orientação sobre todos os métodos anticoncepcionais; o início cada vez mais antecipado das relações sexuais; o aumento das DST/AIDS, do número de gestantes adolescentes e o da fecundidade nesse grupo etário, os adolescentes do nosso estudo (tendo eles iniciado a vida sexual ou não) foram indagados sobre quais os métodos anticoncepcionais que eles conheciam.

Na tabela 11 apresenta-se o percentual de todos os adolescentes que referiram conhecer algum tipo de método anticoncepcional, por sexo e faixa etária.

Tabela 11 - Porcentagem de estudante do ensino fundamental e médio segundo o conhecimento de métodos anticoncepcionais por sexo e faixa etária, Cruzeiro do Sul, 2008.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS								N
	Algum método	Modernos (%)					Tradicionais (%)		
		Camisinha masculina	Pílula	Camisinha feminina	Injeção	DIU	Tabelinha ou calendário	Coito interrompido	
Sexo									
Feminino	99,0	94,0	80,1	77,6	47,3	34,3	31,8	22,9	201
Masculino	98,8	96,4	71,0	68,5	35,2	31,5	25,3	34,6	162
Faixa etária									
≤14 anos	97,8	91,8	65,8	67,4	29,9	30,4	24,5	18,5	184
≥15 anos	100,0	98,9	86,6	79,9	54,2	35,8	33,5	38,0	179
TOTAL	98,9	95,3	76,0	73,6	41,9	33,1	28,9	28,1	363

Observa-se, na tabela 11, que entre os adolescentes do nosso estudo, mais de 90,0% referiram conhecer, pelo menos, algum tipo de MAC. Nota-se que o conhecimento de métodos é praticamente universal, além disso, o conhecimento de métodos modernos é mais disseminado que os tradicionais, entre adolescentes.

Ao realizar estudo com adolescentes de escolas públicas e privadas do município de São Paulo, MARTINS *et al.* (2006) verificaram que quase todos os adolescentes, tanto das instituições públicas, quanto das particulares (95,0%), disseram conhecer algum tipo de contraceptivo.

SILVA e ABRAMOVAY (2007) verificaram que adolescentes têm um nível de informação significativa sobre formas de contracepção, havendo proximidade no percentual de declaração por homens (90,5%) e mulheres (95,2%).

No presente estudo, observa-se que o contraceptivo mais referido foi a camisinha masculina, 95,3% dos adolescentes (94,0%, feminino, e 96,4%, masculino) referiram conhecer esse método. Tal fato, de certa forma, não surpreende, tendo em vista a ampla divulgação desse método através de campanhas de prevenção a DST/AIDS e de hepatite B, em nossa região.

A popularidade da camisinha, entre meninas, merece destaque, sugerindo mudanças na cultura de gênero e sexualidade. Essa popularidade, também, foi observada por CASTRO *et al.* (2004).

O segundo método mais citado por adolescentes em estudo foi a pílula, referida por 80,1% das garotas e por 71,0% dos garotos. O terceiro e quarto método mais citado foi à camisinha feminina e a injeção contraceptiva, 77,6% e 47,3%, respectivamente, para adolescentes do sexo feminino e 68,5% e 35,2%, respectivamente, para adolescentes do sexo masculino.

Em estudo realizado por GUIMARÃES *et al.* (2003), com adolescentes escolares de ambos os sexos, matriculados no ensino médio da rede pública da cidade de Aracajú, Sergipe, a camisinha masculina foi referida por 84,5% dos adolescentes, a pílula, por 53,0% e a camisinha feminina, por 46,7%.

Por sua vez, DORETO (2006), ao estudar adolescentes do sexo feminino, na faixa etária entre 15 e 19 anos de idade, cadastradas em uma área do Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto, São Paulo, verificou que os métodos mais citados, de forma espontânea, foram: pílula (95,6%), preservativo masculino (86,7%), seguidos de injeção hormonal (61,7%) e apenas 13,3% de preservativo feminino.

MARTINS *et al.* (2006), em seu estudo com adolescentes entre 13 e 19 anos, de escolas públicas e privadas do município de São Paulo, observaram que os métodos contraceptivos mais referidos entre os estudantes das escolas públicas foram a camisinha masculina (84,3%), a pílula (67,8%) e a camisinha feminina (52,1%).

DIB (2007), estudando o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre alunos de ambos os sexos, com idade entre 13 e 16 anos, de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto, São Paulo, verificou que os métodos mais citados foram a camisinha masculina (45,8%), a camisinha feminina (30,8%) e a pílula (28,3%) e apenas 10,9% referiram a injeção contraceptiva.

De acordo com os estudos acima citados, verifica-se que os contraceptivos mais referidos por adolescentes são o preservativo masculino (camisinha) e a pílula, sendo que o preservativo feminino ocupa um lugar de destaque entre os tipos de métodos conhecidos.

Neste estudo (Tabela 11), verifica-se que os métodos anticoncepcionais modernos menos conhecidos foram: esterilização feminina e masculina (0,8%), métodos vaginais (1,7%), evidenciando serem eles os menos familiares a esses adolescentes (dados não apresentados), provavelmente, pelo fato de métodos cirúrgicos não fazerem parte do rol de métodos contraceptivos indicados para uso entre adolescentes; métodos vaginais por sua vez, requerem um bom conhecimento da anatomia dos órgãos genitais, uma alta motivação anticoncepcional, pois, precisa ser usado em cada coito, requer certo grau de privacidade para a sua inserção e remoção, além de cuidados necessários para a conservação após o uso (ALDRIGHI, 2005). Pode-se concluir que, para usar o método vaginal é necessário atender muitos requisitos, dificultando, assim, seu uso por parte de adolescentes.

No estudo realizado por GUIMARÃES *et al.* (2003), com adolescentes escolares de ambos os sexos, matriculados no ensino médio da rede pública da cidade de Aracajú, Sergipe, verificaram-se altos percentuais para nenhuma informação, tanto para os garotos, quanto para as garotas, em relação a métodos de esterilização.

Nota-se, no estudo em questão, que os métodos anticoncepcionais tradicionais conhecidos, em ordem crescente, para as garotas foram: coito interrompido (22,9%) e tabelinha/calendário (31,8%). E, para os garotos: tabelinha/calendário (25,3%) e coito

interrompido (34,6%). Percebe-se que os métodos tradicionais não se mostraram muito conhecidos entre adolescentes.

DORETO (2006), estudando o conhecimento de adolescentes do sexo feminino, na faixa etária entre 15 e 19 anos de idade, cadastradas em uma área do Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto, São Paulo, sobre métodos anticoncepcionais, verificou que os métodos tradicionais referidos, de forma espontânea, foram a tabelinha (5,6%) e o coito interrompido (2,2%).

As diferenças de conhecimento entre adolescentes, segundo sexo, em diferentes estudos, referem-se a alguns tipos de métodos. Os rapazes referiram conhecer o coito interrompido, 11,7% a mais do que as moças, enquanto estas referiram conhecer a injeção contraceptiva 12,1% a mais do que os rapazes. Para os demais métodos referidos, as diferenças foram inferiores a 10,0%. Percebe-se, portanto, que não existem grandes diferenças de conhecimento de métodos anticoncepcionais, por gênero, entre os adolescentes estudados. Porém, os métodos que se destacam nas diferenças de conhecimento indicam que mulheres têm preferência pelo método de alta eficácia na prevenção da gravidez, enquanto que os homens não, pois o coito interrompido (prática sexual considerada um método comportamental) não é eficaz para prevenir a gravidez e muito menos para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Tradicionalmente, o tema contracepção é associado às mulheres, tendo como referência a preocupação em evitar a gravidez (SILVA e ABRAMOVAY, 2007). As opções contraceptivas entre jovens indicam que cabe ao homem desempenhar o papel de prevenir doenças sexualmente transmissíveis e à mulher, zelar pelos cuidados com a fecundidade (CASTRO *et al.*, 2004).

No estudo realizado, verifica-se que as mulheres, também, estão preocupadas em prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, pois elas referem a camisinha masculina (94,0%) e feminina (77,6%) em maior porcentagem, quando comparadas com a pílula (80,1%) e a injeção contraceptiva (47,3%).

Quando se considera o conhecimento de métodos anticoncepcionais somente por faixa etária, observa-se que 97,8% dos adolescentes, com idade menor ou igual a 14 anos e 100,0% dos adolescentes, com idade igual ou maior que 15 anos, referem conhecer algum tipo de método contraceptivo. Verifica-se que o percentual de conhecimento cresce com a idade e está fortemente centrado nos métodos modernos de alta eficácia.

Ao lado disso, segundo faixa etária e modalidade de resposta, observa-se que, entre adolescentes, com idade máxima 14 anos, métodos modernos, como: camisinha masculina (91,8%), pílula (65,8%), camisinha feminina (67,4%) e injeção contraceptiva (30,4%), são menos conhecidos do que entre adolescentes/jovens, com idade igual ou maior que 15 anos (98,9%, 86,%, 79,9%, 54,2%, respectivamente). Verifica-se, portanto, diferença no conhecimento de alguns métodos anticoncepcionais entre as faixas etárias (Tabela 11).

Há quase duas décadas, SCHOR e ALEGRIA (1990) chamaram atenção para o fator idade, observando que o nível de conhecimento de métodos anticoncepcionais mostra-se altamente relacionada com a variável idade, aumentando à medida que esta se eleva em anos.

SCHOR (1995), afirma que adolescentes maiores de 16 anos já estão mais atentas à questão de evitar filhos do que em idades mais jovens, pois muitas delas já iniciaram, ou estão prestes a iniciar a vida sexual.

Ao caracterizarem adolescentes de 15 a 19 anos de idade, da região sul da cidade de São Paulo, Brasil, SCHOR *et al.* (1998) verificaram que a proporção de jovens que referiram conhecer algum contraceptivo foi bastante elevada e não se alterou muito na faixa etária de 15 a 19 anos.

Os métodos tradicionais, como tabelinha ou calendário (24,5%), coito interrompido (18,5%), foram menos referidos entre adolescentes com idade máxima de 14 anos do que entre adolescentes com idade igual ou maior a 15 anos (33,3%, 38,0%,

respectivamente). Destaca-se, entretanto, que adolescentes, com idade igual ou maior que 15 anos, fizeram maior referência ao coito interrompido, cerca de 20% a mais do que adolescentes com idade máxima de 14 anos.

REIS *et al.* (2005) referem que métodos comportamentais são poucos utilizados e não devem ser estimulados entre adolescentes, devido às freqüentes alterações menstruais nesse período, à irregularidade de vida sexual e, principalmente, à alta taxa de falhas e falta de motivação para seu uso, pois, exclui a espontaneidade do ato sexual.

No entanto, podem ser úteis como complemento no uso de métodos de barreira, além de trazer conhecimento da fisiologia reprodutiva, devendo, portanto, seu ensino ser estimulado com esses objetivos (BARBIERE, 2009).

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002b), existem práticas sexuais que podem ser consideradas como métodos comportamentais, já que reduzem o risco de uma gravidez indesejada, entre elas, a relação sexual sem penetração e a interrompida antes da ejaculação (coito interrompido). São práticas muito usadas, embora não sejam recomendadas como único método anticoncepcional. Com relação ao coito interrompido, destaca-se que é necessário um autocontrole por parte do homem, para que ele possa retirar o pênis da vagina, na iminência da ejaculação, e o sêmen ser depositado longe dos genitais femininos. Esse fato traz alta possibilidade de falha, fazendo com que seu uso não deva ser estimulado.

Verificou-se, neste estudo, que o conhecimento dos métodos contraceptivos não difere muito na questão de gênero, porém, ter maior idade interfere positivamente no conhecimento de métodos contraceptivos.

4.5.2 Métodos anticoncepcionais conhecidos: faz diferença ter iniciado, ou não, a vida sexual?

Segundo GUIMARÃES *et al.* (2003), anticoncepção não é tarefa fácil para o adulto, sendo mais complexa para o adolescente. A utilização de qualquer método contraceptivo implica decisão consciente das relações existentes entre os vários subprocessos experimentados pelos indivíduos em sua vida e, mais especificamente, em um relacionamento sexual. A forma como o indivíduo vivencia esse processo é fortemente influenciada por seu conhecimento sobre prática sexual, métodos anticoncepcionais, risco de engravidar e gravidez.

Os cuidados com a contracepção, na adolescência, são fundamentais para vivenciar a sexualidade de forma plena, evitando uma gravidez não planejada, bem como a transmissão de doenças. A desinformação e a inexistência de locais adequados para o atendimento a adolescentes têm exposto esse grupo a riscos de saúde, que envolvem anticoncepção, gravidez não planejada e doenças sexualmente transmissíveis. Assim, foi importante verificar quais métodos anticoncepcionais, que adolescentes que haviam iniciado, ou não, a vida sexual, poderiam referir conhecer.

Na tabela 12, observa-se que 100,0% das moças que iniciaram a vida sexual referiram conhecer, pelo menos, um tipo de método contraceptivo. Os métodos mais conhecidos por elas foram: camisinha masculina (97,9%), pílula (89,6%), camisinha feminina (81,3%) e injeção contraceptiva (64,6%). Menos de 45,5% dessas adolescentes referiram os demais métodos.

Entre moças, que não haviam iniciado a vida sexual, 98,7% delas referiram conhecer, pelo menos, um tipo de método contraceptivo. Os métodos mais conhecidos por elas foram: camisinha masculina (92,8%), pílula (77,1%), camisinha feminina (76,5%). Os demais métodos foram referidos por menos de 45,0% desse grupo.

Tabela 12 – Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio, segundo conhecimento de métodos anticoncepcionais e início da vida sexual, Cruzeiro do Sul, 2008.

INÍCIO DA VIDA SEXUAL	Algum método	MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS							N
		Modernos (%)					Tradicionais (%)		
		Camisinha masculina	Pílula	Camisinha feminina	Injeção	DIU	Tabelinha ou calendário	Coito interrompido	
Sexo									
Feminino									
Sim	100,0	97,9	89,6	81,3	64,6	31,3	31,3	41,7	48
Não	98,7	92,8	77,1	76,5	41,8	35,3	32,0	17,0	153
Masculino									
Sim	100,0	100,0	77,9	66,2	47,1	29,4	25,0	42,6	68
Não	97,9	94,7	66,0	70,2	26,6	33,0	25,5	28,7	94
TOTAL	98,9	95,3	76,0	73,6	41,9	33,1	28,9	28,1	363

Considerando, ainda, a tabela 12, verifica-se que moças que não haviam iniciado a vida sexual referiram, em menor porcentagem, todos os métodos citados pelas adolescentes do sexo feminino, destacando-se os métodos injeção contraceptiva e coito interrompido, pois foram referidos, 22,8% e 24,7%, respectivamente a mais pelas que haviam iniciado a vida sexual.

Os dados encontrados para as adolescentes sexualmente ativas são semelhantes aos dados da PNDS. 100,0% das mulheres não unidas, sexualmente ativas em 2006 conheciam ou ouviram falar de algum método anticoncepcional (BERQUÓ *et al.*, 2008).

A proporção de métodos referidos por adolescentes, que não haviam iniciado a vida sexual, também foram similar à divulgada na PNDS. Pois, segundo os autores, EM 2006, das mulheres sem experiência sexual, 99,0% referiram conhecer algum contraceptivo, sendo a camisinha masculina referida por 99,7% (BERQUÓ *et al.*, 2008).

O achado, que chamou atenção, foi o coito interrompido ser mais conhecido entre garotas que haviam iniciado a vida sexual, pois esse método é praticamente ineficaz na prevenção de gravidez e ainda traz risco à saúde, por expô-las a doenças transmitidas por via sexual.

Dos rapazes em estudo, 100,0% dos que iniciaram a vida sexual e 97,9% dos que não iniciaram a vida sexual referiram conhecer, pelo menos, um tipo de método contraceptivo. Os métodos mais conhecidos entre os que iniciaram a vida sexual foram: camisinha masculina (100,0%), pílula (77,9%) e camisinha feminina (66,2%). Os demais métodos foram referidos por menos de 50,0% desse grupo (Tabela 12).

Os métodos mais conhecidos entre rapazes que não iniciaram a vida sexual também foram: camisinha masculina (94,7%), pílula (66,0%) e camisinha feminina (70,2%). Menos de 30,0% desses adolescentes referiram os demais métodos (Tabela 12).

Verifica-se que rapazes que não haviam iniciado a vida sexual referiram, em menor porcentagem, praticamente, todos os métodos citados pelos adolescentes que haviam iniciado a vida sexual, com exceção da camisinha feminina. Nas diferenças de porcentagem de referência aos métodos contraceptivos entre os rapazes que iniciaram, ou não, a vida sexual, destaca-se a injeção hormonal, que foi referida 20,5% a mais pelos que haviam iniciado a vida sexual (Tabela 12).

A injeção hormonal destaca-se entre os demais métodos, por apresentar alta eficácia e facilidade de uso, e isso pode justificar o maior conhecimento entre garotos que iniciaram a vida sexual. Por não depender da ingestão diária, regular, oferece maior proteção para uma gravidez não planejada e facilita o controle por parte do homem, sendo que o mesmo pode supervisionar a administração do método.

Percebe-se, portanto, que entre os adolescentes pesquisados, não foram encontradas grandes diferenças de conhecimento sobre tipos de métodos anticoncepcionais, entre os que iniciaram e aqueles que não iniciaram a vida sexual.

Ao caracterizarem adolescentes de 15 aos 19 anos de idade, da Região Sul da cidade de São Paulo, Brasil, SCHOR *et al.* (1998), da mesma forma que neste estudo, não encontraram diferenças significativas no conhecimento de métodos anticoncepcionais entre adolescentes, que tinham iniciado, ou não, a vida sexual.

Neste estudo, os métodos mais conhecidos, tanto por adolescentes que iniciaram, como por aqueles que não iniciaram a vida sexual, foram: camisinha, em primeiro lugar, seguida de pílula e camisinha feminina. Diferença de conhecimento foi detectada somente para injeção contraceptiva e coito interrompido, métodos que foram mais referidos por moças que haviam iniciado a vida sexual. Entre os rapazes, destaca-se a injeção contraceptiva, método referido, em maior proporção, por rapazes que haviam iniciado a vida sexual.

Sabe-se que o exercício da sexualidade responsável e consciente vai além do sexo seguro, sendo de fundamental importância que o adolescente tenha valores sólidos, convicções e limites que servirão de base para a vida sexual, social e profissional; para tanto, será necessária adequada orientação sexual, em que todos sejam envolvidos nesse processo contínuo de educação.

Na adolescência, a educação sexual deve ser antecipada e formal, tendo como objetivo preparar o jovem para as mudanças que vão ocorrer, do ponto de vista físico, fisiológico, emocional e social. O trabalho educativo em sexualidade para adolescentes não deve se caracterizar como transmissão de crenças, valores e preconceitos sexuais ou imposição de “verdades”. Ao contrário, deve favorecer trocas de dogmatismo, de forma que adolescentes possam expressar-se, refletir, discutir, questionar e optar, livre e responsabilmente, acerca de suas condutas no campo da afetividade e, especificamente, de sua vida sexual (MANDU *et al.*, 2002).

Adolescentes têm direito à educação sexual e à orientação sobre métodos contraceptivos. A consciência desse direito implica reconhecer a individualidade e a autonomia do adolescente, estimulando-o a assumir a responsabilidade pela sua própria saúde (BARBIERE, 2009).

No sentido de valorizar a atenção primária ao adolescente, devem ser criadas políticas de educação sexual contínuas, integrais e abrangentes, que incluam outros grupos/fases da vida, em uma abordagem interdisciplinar, e que contemple, além do jovem, a família e os profissionais que o cercam, a fim de favorecer a saúde reprodutiva e sexual, com eficácia. Contudo, não basta apenas informar, é necessário conhecer o contexto e a perspectiva do público que se pretende educar, além de considerar as experiências e vivências anteriores dos participantes (TONIS *et al.*, 2005).

4.5.3 Quantidade de métodos anticoncepcionais referida pelos adolescentes

Neste segmento apresentam-se dados referentes à quantidade de métodos que adolescentes referiram conhecer. No primeiro momento, os dados são apresentados, segundo sexo e faixa etária, objetivando verificar diferenças de conhecimento entre gênero e idade; no segundo momento, são apresentados, segundo início da vida sexual, sexo e faixa etária. Para a finalidade do presente estudo, os adolescentes de 13 a 17 anos de idade foram separados em 2 grupos: um composto por aqueles que, até o momento da entrevista, não tinham iniciado a vida sexual e o outro, composto por aqueles que haviam iniciado a vida sexual.

No contexto dos direitos reprodutivos, a liberdade de escolha é fundamental na área da regulação da fecundidade. Para optar por um método contraceptivo, de forma livre e informada, adolescentes necessitam conhecer e terem acesso a todos os métodos anticoncepcionais, cientificamente aprovados e disponíveis, para que possam eleger aquele que seja mais adequado às suas características e às suas condições de vida, em cada ocasião. Assim, foi de interesse deste estudo verificar a quantidade de métodos anticoncepcionais, que adolescentes, que haviam iniciado, ou não, a vida sexual, poderiam referir conhecer.

Observa-se, na tabela 13, que, entre os adolescentes deste estudo, 58,9% referiram conhecer de um a quatro tipos de métodos contraceptivos, independente de terem iniciado, ou não, a vida sexual.

Dos adolescentes estudados, 58,3% das moças e 59,6% dos rapazes referiram conhecer de um a quatro tipos de métodos contraceptivos, não apresentando diferença estatística significativa por gênero ($p=0,798$), indicando que ser mulher ou homem não interfere na quantidade de métodos conhecidos. A quantidade de métodos referidos pelas garotas foi, em média, 4,2 métodos ($dp=2,0$), mediana de 4,0 (mínimo de 1 e máximo de 9), e a referência dos garotos foi, em média, 3,9 métodos ($dp=2,1$), mediana de 4,0 (mínimo de 1 e máximo de 8).

Estudo desenvolvido por DIB (2007), com adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária de 13 a 16 anos, matriculados em escolas públicas municipais de Ribeirão Preto, São Paulo, apresentou resultados bem diferentes sobre o número de métodos contraceptivos conhecidos, tendo encontrado 45% de adolescentes que não conheciam nenhum contraceptivo, seguidos de 20,8% que conheciam apenas um, 5,8% que conheciam dois e 10,8% que conheciam três tipos de métodos.

Tabela 13 - Número e porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio, segundo as características demográficas e quantidade de métodos anticoncepcionais referidos, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS	QUANTIDADE DE MÉTODOS REFERIDOS				TOTAL		p*
	Um a quatro		Cinco ou mais		N	%	
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino ⁽¹⁾	116	58,3	83	41,7	199	100,0	0,798
Masculino ⁽²⁾	96	59,6	65	40,4	161	100,0	
Faixa etária							
≤ 14 anos ⁽³⁾	128	70,7	53	29,3	181	100,0	<0,001
≥ 15 anos	84	46,9	95	53,1	179	100,0	
TOTAL	212	58,9	148	41,1	360	100,0	

Nota:

(1) Foram excluídos os entrevistados (2♀) que referiram não saber/não lembrar.

(2) Foram excluídos os entrevistados (1♂) que referiram não saber/não lembrar

(3) Foram excluídos 2♀ com idade ≤ 14 anos e 1♂ com idade ≤ 14 anos que referiram não saber/não lembrar

(*) Teste Qui-quadrado de Pearson.

Ao considerar a quantidade de métodos contraceptivos conhecidos, por faixa etária, constatou-se que 70,7% dos adolescentes, com idade máxima de 14 anos, referiram conhecer de um a quatro e 53,1% dos que tinham 15 anos ou mais de idade, referiram conhecer cinco ou mais tipos de métodos contraceptivos. Foi encontrada diferença estatística significativa ($p < 0,001$). A quantidade de métodos referidos por adolescentes, com idade máxima de 14 anos, foi, em média, 3,5 métodos ($dp=2,1$), mediana de 3,0 (mínimo de 1 e máximo de 9), e a referência dos que estavam com 15 anos ou mais de idade foi, em média, 4,6 métodos ($dp=2,0$), mediana de 5,0 (mínimo de 1 e máximo de 8). Ressalta-se, a partir desses resultados, que a idade interfere positivamente na quantidade de métodos contraceptivos conhecidos, ou seja, o leque de métodos de escolha é maior para adolescentes com mais idade (Tabela 13).

Observa-se que a questão do conhecimento de métodos anticoncepcionais está influenciada pela idade, uma vez que a alta porcentagem de conhecimento que se verifica a partir dos 15 anos não é realidade em adolescentes mais jovens, reforçando resultados encontrados por SCHOR *et al.* (1998), em estudo com adolescentes de 15 a 19 anos de idade, na região sul do município de São Paulo.

SCHOR (1995), em outro estudo anterior, envolvendo adolescentes de 10 a 19 anos de idade, residentes na região sul do município de São Paulo, identificou que 44,9% dos adolescentes menores de 15 anos referiram não conhecerem nenhum contraceptivo.

Conforme a autora, adolescentes com mais idade estão mais receptivos às mudanças biopsicossociais, em especial, as que se referem à sua sexualidade e de seu grupo (SCHOR *et al.*, 1998).

No que se refere à idade, a maior parte das adolescentes, com até 14 anos, apresentou nível médio de conhecimento sobre contracepção (84,3 %). Nota-se, ainda, que, à medida que a idade cronológica aumenta, o mesmo ocorre com o nível de conhecimento. Isso foi o que DIB (2007) relatou, ao tecer considerações a respeito dos

resultados do estudo com adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária de 13 a 16 anos, matriculados em escolas públicas municipais de Ribeirão Preto, São Paulo.

Neste estudo, também, foi importante verificar a quantidade de métodos anticoncepcionais, que adolescentes que haviam iniciado, ou não, a vida sexual poderiam referir conhecer, com intuito de identificar semelhanças ou diferenças que pudessem existir entre adolescentes que compõem esses dois grupos (Tabela 14).

Tabela 14 - Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio, segundo o início da vida sexual e quantidade de métodos anticoncepcionais referidos, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.

INÍCIO DA VIDA SEXUAL	QUANTIDADE DE MÉTODOS REFERIDOS				TOTAL		p*
	Um a quatro		Cinco ou mais		N	%	
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino							
Não ⁽¹⁾	93	61,6	58	38,4	151	100,0	0,094
Sim	23	47,9	25	52,1	48	100,0	
<i>Subtotal</i>	116	58,3	83	41,7	199	100,0	
Masculino							
Não ⁽²⁾	59	63,4	34	36,6	93	100,0	0,249
Sim	37	54,4	31	45,6	68	100,0	
<i>Subtotal</i>	96	59,6	65	40,4	161	100,0	
Faixa etária							
≤ 14 anos							
Não ⁽³⁾	112	70,8	46	29,2	158	100,0	0,897
Sim	16	69,6	07	30,4	23	100,0	
<i>Subtotal</i>	128	70,7	53	29,3	181	100,0	
≥ 15 anos							
Não	40	46,5	46	53,5	86	100,0	0,915
Sim	44	47,4	49	52,6	93	100,0	
<i>Subtotal</i>	84	46,9	95	53,1	179	100,0	
TOTAL	212	58,9	148	41,1	360	100,0	

Nota:

- (1) Foram excluídos os entrevistados (2♀) que referiram não saber/não lembrar.
- (2) Foram excluídos os entrevistados (1 ♂) que referiram não saber/não lembrar
- (3) Foram excluídos os entrevistados (2♀ com idade ≤ 14 anos e 1 ♂ com idade ≤ 14 anos) que referiram não saber/não lembrar
- (*) Teste Qui-quadrado de Pearson.

Em relação à quantidade de métodos contraceptivos conhecidos, verifica-se, na tabela 14, que 58,3% dos adolescentes do sexo feminino referiram conhecer de um a quatro métodos contraceptivos, dessas, 61,6% referiram não terem iniciado a vida sexual e 47,9% referiram que haviam iniciado a vida sexual. Não foi encontrada diferença estatística entre as que iniciaram e as que não iniciaram a vida sexual, no que diz respeito à quantidade de métodos conhecidos ($p=0,094$). A quantidade de métodos referidos pelas garotas que referiram não terem iniciado a vida sexual foi, em média, 4,0 métodos ($dp=2,0$), mediana de 4,0 (mínimo de 1 e máximo de 9) e a referência das garotas que referiram terem iniciado a vida sexual foi, em média, 4,6 métodos ($dp=1,9$), mediana de 5,0 (mínimo de 1 e máximo de 8).

No grupo constituído por adolescentes do sexo masculino, 59,6% referiram conhecerem de um a quatro tipos de métodos contraceptivos, desses 63,4% referiram não terem iniciado a vida sexual e 54,4% referiram que iniciaram vida sexual (Tabela 14). Não foi encontrada diferença estatística entre os que iniciaram e aqueles que não iniciaram a vida sexual, em relação à quantidade de métodos conhecidos ($p=0,249$). A quantidade de métodos referidos por rapazes que informaram não terem iniciado a vida sexual foi, em média, 3,7 métodos ($dp=2,1$), mediana de 3,0 (mínimo de 1 e máximo de 8) e a referência de rapazes que referiram terem iniciado a vida sexual foi, em média, 4,2 métodos ($dp=2,2$), mediana de 4,0 (mínimo de 1 e máximo de 8).

Ainda na mesma tabela, verifica-se que 61,6% das moças, 63,4% dos rapazes que referiram não terem iniciado a vida sexual, e 54,4% dos rapazes que referiram terem iniciado a vida sexual mencionaram conhecerem de um a quatro tipos de métodos anticoncepcionais, enquanto 52,1% das moças que referiram terem iniciado a vida sexual mencionaram conhecerem de cinco ou mais métodos.

SCHOR *et al.* (1998), em estudo com adolescentes de 15 aos 19 anos da região sul do município de São Paulo, verificaram que 92,4% das adolescentes que haviam iniciado a vida sexual e 91,9% das que não haviam tido relação sexual referiram conhecerem algum tipo de método anticoncepcional.

Segundo a PNDS (1996, 2006), para as mulheres sem experiência sexual, a média de métodos referidos foi de 6,6 e 9,3, respectivamente. A média de métodos referidos pelas adolescentes, em estudo, e que informaram não terem iniciado a vida sexual, foi inferior a 2,6 métodos, quando comparada com a média do ano de 1996, e de 5,3 métodos, quando comparada com a média do ano de 2006 (BEMFAM, 1997; BERQUÓ *et al.*, 2008).

Segundo a PNDS (1996, 2006), para as mulheres não unidas e sexualmente ativas, a média de métodos referidos foi de 7,9 e 10,5, respectivamente. Neste estudo, a média de métodos referidos por adolescentes, que informaram terem iniciado a vida sexual, foi inferior a 3,3 métodos, quando comparada com a média do ano de 1996 e de 5,9 métodos, quando comparada com a média do ano de 2006 (BEMFAM, 1997; BERQUÓ *et al.*, 2008).

Tais resultados são diferentes daqueles encontrados no estudo de DIB (2007), com adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária de 13 a 16 anos, matriculados em escolas públicas municipais de Ribeirão Preto, São Paulo, em que 13,6% das moças e 86,4% dos rapazes apresentaram baixo nível de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, sugerindo haver diferença de gênero no conhecimento sobre o referido assunto.

Ainda, na tabela 14, com relação à quantidade de métodos contraceptivos conhecidos, por faixa etária, dentre adolescentes com idade máxima de 14 anos, 70,8% dos que referiram não terem iniciado a vida sexual e 69,6% dos que referiram terem iniciado a vida sexual mencionaram que conheciam de um a quatro métodos contraceptivos. Não foi encontrada diferença estatística entre os que iniciaram e aqueles que não iniciaram a vida sexual, com $p=0,897$. A quantidade de métodos referidos por adolescentes, com idade máxima de 14 anos, e que referiram não terem iniciado a vida sexual foi, em média, 3,5 métodos ($dp=2,1$), mediana de 3,0 (mínimo de 1 e máximo de 9) e a referência de adolescentes na mesma idade e que referiram terem iniciado a vida sexual foi, em média, 3,4 métodos ($dp=2,1$), mediana de 3,0 (mínimo de 1 e máximo de 8).

Para adolescentes que se encontravam com idade igual ou maior que 15 anos, verificou-se que 53,5% dos que referiram não terem iniciado a vida sexual e 52,6% dos que referiram terem iniciado a vida sexual, mencionaram que conheciam cinco ou mais métodos contraceptivos. Não foi encontrada diferença estatística entre os que iniciaram e aqueles que não iniciaram a vida sexual, com $p=0,915$ (Tabela 14). A quantidade de métodos referidos por adolescentes com idade igual ou maior que 15 anos, e que referiram não terem iniciado a vida sexual foi, em média, 4,6 métodos ($dp=1,9$), mediana de 5,0 (mínimo de 1 e máximo de 8) e a referência de adolescentes na mesma idade, e que informaram terem iniciado a vida sexual foi, em média, 4,6 métodos ($dp=2,0$), mediana de 5,0 (mínimo de 1 e máximo de 8).

SCHOR *et al.* (1998), em estudo com adolescentes de 15 aos 19 anos da região sul do município de São Paulo, verificaram que a proporção de adolescentes que iniciaram a vida sexual e que referiram conhecer algum método contraceptivo foi bastante alta, não se alterando na faixa etária de 15 aos 19 anos.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006b), a primeira relação sexual está acontecendo em idades cada vez menores. É muito importante que adolescentes e jovens estejam informados sobre sexo seguro, incentivando-se o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais. Os serviços de saúde devem garantir atendimento a adolescentes e jovens, antes mesmo do início de sua atividade sexual e reprodutiva, para ajudá-los a lidarem com sua sexualidade, de forma positiva e responsável, incentivando comportamentos de prevenção e de autocuidado.

Adolescentes têm direito à educação sexual e à orientação sobre métodos anticoncepcionais. A atividade educativa de boa qualidade é um trabalho de extrema importância e deve abranger mais que informações necessárias para a escolha e posterior utilização de métodos anticoncepcionais. Deve, também, propiciar reflexões sobre saúde sexual e reprodutiva, incentivar a promoção da auto-estima e a conscientização sobre a exposição a riscos (BARBIERI, 2009).

A quantidade de métodos anticoncepcionais conhecidos por adolescentes deste estudo indica que moças e rapazes têm um leque pequeno de alternativas contraceptivas, embora a maioria conheça, pelo menos, um tipo de método; a totalidade de opções não é conhecida, condição essa, necessária para uma melhor seleção das alternativas existentes para regular a fecundidade. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas por gênero, indicando que ser mulher ou homem não interfere na quantidade de métodos conhecidos. Porém, quando se verificou por faixa etária, adolescentes com 15 anos ou mais de idade mencionaram maior quantidade de métodos conhecidos, ressaltando que a idade interfere positivamente na quantidade de métodos contraceptivos conhecidos, conforme já mencionado anteriormente.

O estudo da quantidade de métodos conhecidos entre adolescentes que referiram terem iniciado, ou não, a vida sexual, mostraram proporções bem semelhantes de quantidade de métodos contraceptivos conhecidos, tanto entre os sexos, quanto entre as faixas etárias, ou seja, entre adolescentes com idade máxima de 14 anos, as porcentagens foram semelhantes, e entre adolescentes com 15 anos ou mais de idade, as quantidades de métodos conhecidos mencionados, também, foram similares. Isso indica, portanto, que entre os adolescentes estudados, a quantidade de métodos conhecidos não está relacionada com o início, ou não, da vida sexual, ou com o sexo, e sim com a questão idade, pois ter mais idade significa conhecer maior quantidade de métodos anticoncepcionais.

A saúde sexual e a saúde reprodutiva de adolescentes têm sido foco de incontáveis e intensos debates, questionamentos e controvérsias. A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos dessa população é uma questão de direitos humanos e propicia o pleno exercício do direito fundamental à saúde.

4.6 ADOLESCENTES E A DUPLA PROTEÇÃO

Os dados que são apresentados neste capítulo referem-se a questões ligadas à saúde e vida sexual dos adolescentes entrevistados. Foi nosso interesse saber se

adolescentes já ouviram falar sobre dupla proteção. Qual seria o conhecimento a respeito dos métodos ou maneiras de obter a dupla proteção e as possíveis fontes de obtenção desses métodos? Investigamos, também, sobre o uso de preservativo masculino na primeira e na última relação sexual e qual a frequência do uso do mesmo.

Não foi avaliado o conhecimento do modo correto de uso, da eficácia, do mecanismo de ação, os efeitos colaterais de métodos contraceptivos. Foi verificado, somente, se já ouviram falar, quais os métodos que, no entendimento desses adolescentes, ofereciam dupla proteção e quais as possíveis fontes de obtenção desses métodos. Ao lado disso, se fizeram uso ou não, e qual a frequência de uso de preservativo masculino. O uso de preservativo feminino não foi investigado, devido a ser pouco difundido em nosso meio, de difícil acesso, principalmente, para a população adolescente.

Os dados referentes ao conhecimento sobre métodos que oferecem dupla proteção, possíveis fontes de obtenção e motivo para uso, ou não, de preservativo masculino, foram obtidos através de questão de múltipla escolha. Os resultados são apresentados, por sexo e faixa etária.

4.6.1 Informação sobre dupla proteção

Adolescentes e jovens têm direito de ter acesso a informações e educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, e a meios e métodos que os auxiliem a evitarem uma gravidez não planejada e a se prevenirem contra doenças sexualmente transmissíveis/HIV/AIDS, respeitando-se sua liberdade de escolha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Na leitura de DIAZ e DIAZ (1999), a anticoncepção na adolescência não apresenta grandes desafios. Nesse grupo, como em qualquer faixa etária, a escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando os critérios de elegibilidade médica. Os adolescentes, homens e mulheres, quando iniciam a vida

sexual, em geral, estão em boas condições de saúde, sendo excepcional ter de lidar com situações em que os critérios de elegibilidade médica limitem ou dificultem a escolha do método anticoncepcional.

Idealmente, o melhor método anticoncepcional deve ter eficácia de 100% e ser inócuo, barato e reversível, no entanto, este método ideal ainda não existe. Outro grande desafio da anticoncepção na adolescência é o conceito de dupla proteção (SILVA, 2007).

A dupla proteção é dada pelo uso combinado de camisinha masculina ou feminina com outro método anticoncepcional, com a finalidade de promover, ao mesmo tempo, a prevenção da gravidez e prevenção da contaminação pelo HIV/AIDS e por outras doenças sexualmente transmissíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Neste contexto, DIAZ e DIAZ (1999) afirmam que a incidência crescente de DST e a epidemia de AIDS fazem com que seja fundamental, em todas as faixas etárias, especialmente, na adolescência, insistir no conceito da dupla proteção. Estudos sobre a incidência e modo de transmissão das DST e AIDS têm confirmado que o sexo feminino apresenta uma vulnerabilidade maior às doenças, o que se soma ao fato de que são as mulheres a carregarem as conseqüências da gravidez indesejada (ou não planejada). A transmissão do vírus HIV e das DST é mais eficiente de homem para mulher do que no sentido contrário, e as conseqüências das DST em mulheres são maiores que nos homens. Isso justifica que mulheres, incluindo as adolescentes, utilizem dupla proteção.

A camisinha masculina e feminina são os únicos métodos que protegem de contaminação pelo HIV/AIDS e por outras doenças sexualmente transmissíveis, ao mesmo tempo em que protegem da gravidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Tendo em vista o início cada vez mais antecipado da vida sexual, a incidência crescente de DST e a epidemia de AIDS, optou-se por estudar o conhecimento de

adolescentes sobre métodos ou maneiras de se obter a dupla proteção, independentemente de os mesmos terem iniciado, ou não, a vida sexual.

Neste estudo, 68,0% dos adolescentes informaram não terem iniciado a vida sexual, essa proporção corresponde a 247 adolescentes (Figura 6), desses, 61,9% eram garotas e 38,1% eram rapazes. Apesar de não terem iniciado a vida sexual, foi perguntado se eles tinham ouvido falar sobre métodos ou maneiras de se protegerem, ao mesmo tempo, a gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e o HIV/AIDS, objetivando verificar se os mesmos já tinham recebido informação sobre dupla proteção. Esses dados podem ser observados na tabela 15.

Tabela 15 - Número e porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio que não haviam iniciado a vida sexual, segundo se ouviram falar sobre métodos que oferecem dupla proteção, por sexo e faixa etária, Cruzeiro do Sul, 2008.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	OUVIRAM FALAR SOBRE DUPLA PROTEÇÃO				TOTAL		p*
	Sim		Não		N	%	
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	108	70,6	45	29,4	153	100,0	0,035
Masculino	54	57,0	40	42,6	94	100,0	
Sexo e faixa etária							
Feminino							
≤14 anos	64	66,0	33	34,0	97	100,0	0,099
≥15 anos	44	78,6	12	21,4	56	100,0	
Masculino							
≤14 anos	30	46,9	34	53,1	64	100,0	0,002
≥15 anos	24	80,0	06	20,0	30	100,0	
TOTAL	162	65,6	85	34,4	247	100,0	

Nota:

* p= Teste Qui-quadrado Pearson ou teste exato de Fisher quando Qui-quadrado não for adequado.

No grupo de adolescentes em estudo que referiram não terem iniciado a vida sexual, observa-se que 65,6% afirmaram terem ouvido falar de métodos que oferecem

dupla proteção, desses 70,6% eram garotas e 57,0% eram garotos, com diferença estatística significativa por sexo ($p=0,035$). Este resultado reforça a idéia de que mulheres estão mais atentas aos assuntos sobre prevenção de doenças transmitidas por via sexual e gravidez, assim sendo, em maior quantidade afirmaram que receberam informação sobre dupla proteção.

Quando verificado, por faixa etária, no grupo formado por moças, 66,0% com 14 anos ou menos e 78,6% com 15 anos ou mais de idade, afirmaram terem ouvido falar sobre dupla proteção. Cabe salientar que não foi observada diferença estatística significativa entre as faixas etárias ($p=0,099$).

No grupo composto por rapazes, 46,9% com 14 anos ou menos e 80,0% com 15 anos ou mais de idade, referiram terem ouvido falar sobre dupla proteção, com diferença estatística significativa por faixa etária ($p=0,002$). Ressalta-se que garotos com mais idade estão mais atentos aos assuntos ligados às questões sexuais, e nesse sentido, informaram, em maior quantidade, que ouviram falar sobre dupla proteção (Tabela 15).

A atividade sexual, quando não realizada com responsabilidade, podem acarretar conseqüências, como: gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e abortamento induzido, sendo que essas situações têm maior destaque na fase da adolescência. Antes de iniciarem a vida sexual, adolescentes necessitam de conhecimento para que possam exercer seus direitos sexuais e reprodutivos.

O sexo é reflexo de toda educação recebida pelo sujeito. É fundamental dar a ele valores sólidos, convicções e limites que serão a base, não apenas da vida sexual dos jovens, mas também de sua vida social e profissional. É um grande desafio a adequada orientação sexual, que implica enfatizar a participação da família, escola, área de saúde e sociedade, como um todo, nesse processo contínuo de educação (SILVA, 2007).

Neste estudo, 32% dos adolescentes informaram terem iniciado a vida sexual, essa proporção corresponde a 116 adolescentes, desses, 41,4% eram garotas e 58,6% eram rapazes (Figura 6).

Esse grupo de adolescentes que referiu ter iniciado a vida sexual, também, foi indagado se ouviu falar de maneiras de se proteger, ao mesmo tempo, contra gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS. Os dados podem ser observados na tabela 16.

Tabela 16 - Número e porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio que referiram terem iniciado a vida sexual, segundo se ouviram falar sobre métodos que oferecem dupla proteção, por sexo e faixa etária, Cruzeiro do Sul, 2008.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	OUVIRAM FALAR SOBRE DUPLA PROTEÇÃO				TOTAL		p*
	Sim		Não		N	%	
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	40	83,3	08	16,6	48	100,0	0,282
Masculino	51	75,0	17	25,0	68	100,0	
Sexo e faixa etária							
Feminino							
≤14 anos	02	40,0	03	60,0	05	100,0	0,027
≥15 anos	38	88,4	05	11,6	43	100,0	
Masculino							
≤14 anos	12	66,7	06	33,0	17	100,0	0,258
≥15 anos	39	78,0	11	22,0	51	100,0	
TOTAL	91	78,4	25	21,6	116	100,0	

Nota:

* p= Teste Qui-quadrado Pearson ou teste exato de Fisher quando Qui-quadrado não for adequado.

Dentre os adolescentes estudados que haviam iniciado a vida sexual, percebe-se que 78,4% afirmaram terem ouvido falar de métodos que oferecem dupla proteção, 83,3%, no sexo feminino e 75,0%, no masculino. Não houve diferença estatística significativa por gênero, de ter ouvido falar, ou não, de dupla proteção (p=0,282).

Quando verificado, por sexo e faixa etária, 40,0% das garotas com 14 anos ou menos e 88,4% das garotas com 15 anos ou mais, referiram terem ouvido falar sobre dupla proteção. Essa diferença entre faixa etária é estatisticamente significativa, com

$p=0,027$. Reforça-se a idéia de que garotas com mais idade estão atentas aos assuntos sobre prevenção de DST e HIV/AIDS, daí afirmaram, em maior quantidade, que ouviram falar sobre dupla proteção (Tabela 16).

O grupo formado por garotos – 66,7% com 14 anos ou menos e 78,0% com 15 anos ou mais de idade – referiu ter ouvido falar sobre dupla proteção. Não houve diferença estatística significativa, por faixa etária ($p=0,258$).

Adolescentes deste estudo que referiram não terem iniciado a vida sexual, a maioria das garotas, independente de faixa etária, afirmou já ter ouvido falar sobre dupla proteção, enquanto os garotos fizeram a mesma afirmativa, em menor proporção, sendo que, entre eles, ter menos ou mais idade reflete em ter ouvido falar, ou não, de métodos contraceptivos que previnem, ao mesmo tempo, doenças transmitidas por via sexual e gravidez, pois, os garotos com igual ou mais que 15 anos, referiram, em maior quantidade, que ouviram falar sobre o assunto.

A pesquisa, em questão, mostrou que entre os adolescentes que já iniciaram a vida sexual, ser homem ou ser mulher não fez diferença quanto a ter ouvido falar sobre dupla proteção. Entre os homens que iniciaram a vida sexual, idade não interferiu no ter ouvido falar, ou não, em métodos que oferecem dupla proteção, porém, para as mulheres, a menor idade se mostrou um fator de vulnerabilidade.

Nota-se que as fases, pelas quais passam os adolescentes, interferem em ter ouvido falar sobre métodos que oferecem dupla proteção, os grupos de adolescentes que iniciaram, ou não, a vida sexual, diferem entre grupos e intra-grupos.

Adolescentes, independente de terem iniciado, ou não, a vida sexual, precisam ter acesso aos métodos contraceptivos, informações a respeito da vida sexual e sexo seguro. A camisinha, além do preço acessível, fornece dupla proteção, pois evita a gravidez e protege contra doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo SAITO e LEAL (2003), é importante fornecer informações sobre os métodos contraceptivos existentes, discutindo vantagens e desvantagens, procurando capacitar o adolescente a escolher o método que seja mais adequado ao seu contexto de vida e discutir o conceito de dupla proteção, pois qualquer proposta que vise à saúde reprodutiva de adolescentes deve, necessariamente, trazer consigo o objetivo, não somente de proteção contra a gravidez, mas também contra as DST.

Para SILVA (2007), adolescentes de ambos os sexos têm direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual, ao acesso e disponibilidade gratuita de métodos. A consciência desse direito implica reconhecer a individualidade do adolescente, estimulando a responsabilidade com sua própria saúde. O respeito à sua autonomia faz com que ele passe da condição de objeto à de sujeito de direito. A educação para a sexualidade deve, prioritariamente, focar aspectos afetivos, prazerosos e éticos da sexualidade, para, posteriormente, informar sobre anticoncepção, reprodução e doenças, dentre outros problemas. Deve ser um processo contínuo, vinculado à formação de crianças e jovens, oferecendo, além de informações científicas, esclarecimentos para compreensão e desenvolvimento da sexualidade, de forma plena e saudável, sem angústias e culpas, em diferentes momentos da vida.

4.6.2 Conhecimento de métodos que oferecem dupla proteção

Após saber se adolescentes tiveram acesso à informação sobre métodos que previnem, ao mesmo tempo, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, foi importante identificar quais métodos contraceptivos que eles poderiam referir, como forma de se obter a dupla proteção.

Com esse objetivo, foram propostas dez alternativas, dentre elas, foram listados métodos que preveniam somente a gravidez e métodos que ofereciam dupla proteção. Havia uma alternativa em aberto, a qual eles poderiam utilizar para citar outra forma que não constasse na listagem oferecida. Poderiam marcar todas as alternativas que, em seu entendimento, seriam formas de obter dupla proteção.

Os adolescentes, independente de terem iniciado, ou não, a vida sexual, foram perguntados sobre quais os métodos ou maneiras de se protegerem, ao mesmo tempo, contra gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS. A tabela 17 apresenta os dados concernentes aos adolescentes que referiram não terem iniciado a vida sexual.

Do total de adolescentes em estudo, que referiram não terem iniciado a vida sexual, 81,4% responderam, acertadamente, que camisinha oferecia dupla proteção; 54,7% referiram camisinha combinada com pílula; menos de 30% referiram a combinação de camisinha com pílula do dia seguinte (contracepção de emergência) ou com injeção contraceptiva e não manter relação sexual, enquanto 15,0% a 9,7% referiram, equivocadamente, o uso somente da injeção, do DIU e da tabelinha, como formas de dupla proteção (Tabela 17). Houve alguns que disseram não terem ouvido falar sobre o assunto (3,6%) e outros que responderam não saber e não lembrar (2,8%).

Em relação às formas ou métodos de se obter a dupla proteção, do grupo formado pelas garotas que não iniciaram a vida sexual, 82,4% mencionaram a camisinha, entre 52,9% a 20,3% delas referiram a camisinha combinada com métodos modernos (pílula, pílula do dia seguinte e injeção), 24,2% abstinência sexual, enquanto que 16,3%, 12,4% 9,2% informaram que apenas o DIU, injeção e tabelinha, respectivamente, ofereciam dupla proteção. Entre essas garotas, ter menos ou mais idade não interferiu no conhecimento das formas de se obter dupla proteção (Tabela 17).

No grupo formado por homens que não iniciaram a vida sexual, 79,8% referiram a camisinha, entre 57,4% a 24,5% referiram a camisinha combinada com métodos modernos (pílula, pílula do dia seguinte e injeção), 17,0% abstinência sexual, enquanto que 12,8%; 10,6%; 8,5% informaram, equivocadamente, que apenas o uso da injeção, da tabelinha e do DIU, respectivamente, oferece dupla proteção (Tabela 17).

Tabela 17 - Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio que referiram não terem iniciado a vida sexual, segundo conhecimento sobre as formas de obter a dupla proteção, por sexo e faixa etária, Cruzeiro do Sul, 2008.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	FORMAS DE OBTER DUPLA PROTEÇÃO (%)										N
	Camisinha	Camisinha e pílula	Camisinha e pílula do dia seguinte	Camisinha e injeção	Abstinência sexual	DIU	Injeção	Tabelinha	Não ouviu falar	Não sei/não lembro	
Sexo											
Feminino	82,4	52,9	28,1	20,3	24,2	12,4	16,3	9,2	3,9	2,0	153
Masculino	79,8	57,4	28,7	24,5	17,0	8,5	12,8	10,6	2,3	4,3	94
Sexo e faixa etária											
Feminino											
≤ 14 anos	78,4	52,6	27,8	22,7	25,8	13,4	16,5	8,2	6,2	3,1	97
≥ 15 anos	89,3	53,6	28,6	16,1	21,4	10,7	16,1	10,7	-	-	56
Masculino											
≤ 14 anos	75,0	48,4	20,3	21,9	14,1	7,8	14,1	12,5	4,7	4,7	64
≥ 15 anos	90,0	76,7	46,7	30,0	23,3	10,0	10,0	6,7	-	3,3	30
TOTAL	81,4	54,7	28,3	21,9	21,5	10,9	15,0	9,7	3,6	2,8	247

Nota:

(-) Não houve referência.

Rapazes com idade máxima de 14 anos fizeram menor referência à combinação de camisinha com pílula ou com pílula do dia seguinte, quando comparados com os rapazes com idade igual ou maior que 15 anos, revelando que rapazes com mais idade têm maior conhecimento sobre formas ou métodos de se obter dupla proteção (Tabela 17).

Adolescentes que referiram terem iniciado a vida sexual, também, foram indagados sobre quais os métodos ou maneiras de se proteger ao mesmo tempo, a gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS. A tabela 18 apresenta os dados, por sexo e faixa etária.

Do total de adolescentes, em estudo, que referiram terem iniciado a vida sexual, 89,7% responderam, acertadamente, que a camisinha oferecia dupla proteção; 49,1% referiram camisinha combinada com pílula; 31,0% e 14,7% referiram combinação de camisinha com pílula do dia seguinte, ou com a injeção contraceptiva, respectivamente; outros 22,4% abstinência sexual; em contrapartida, entre 15,5% a 7,8% referiram, equivocadamente, a injeção, o DIU e a tabelinha, como forma de se obter a dupla proteção. Alguns disseram que não ouviram falar sobre o assunto (0,9%) e outros disseram não saber e não lembrar (0,9%).

Tabela 18 - Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio que iniciaram a vida sexual, segundo conhecimento sobre formas de obter a dupla proteção, por sexo e faixa etária, Cruzeiro do Sul, 2008.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	FORMAS DE OBTER DUPLA PROTEÇÃO (%)										N
	Camisinha	Camisinha e pílula	Camisinha e pílula do dia seguinte	Camisinha e injeção	Abstinência sexual	DIU	Injeção	Tabelinha	Não ouviu falar	Não sei/não lembro	
Sexo											
Feminino	87,5	45,8	27,1	14,6	14,6	14,6	14,6	6,3	-	2,1	48
Masculino	91,2	51,5	33,8	14,7	27,9	8,8	16,2	8,8	1,5	-	68
Sexo e faixa etária											
Feminino											
≤ 14 anos	100,0	-	20,0	-	-	20,0	-	-	-	-	05
≥ 15 anos	86,0	51,2	27,9	16,3	16,3	14,0	16,3	7,0	-	2,3	43
Masculino											
≤ 14 anos	88,9	44,4	38,9	11,1	33,3	16,7	11,1	5,6	-	-	17
≥ 15 anos	92,0	54,0	32,0	16,0	26,0	6,0	18,0	10,0	2,0	-	51
TOTAL	89,7	49,1	31,0	14,7	22,4	11,2	15,5	7,8	0,9	0,9	116

Nota:

(-) Não houve referência.

Ainda, na tabela 18, no grupo formado por mulheres, 87,5% mencionaram a camisinha; entre 45,8% a 14,6% referiram a camisinha combinada com métodos de alta eficácia (pílula, pílula do dia seguinte e injeção); 14,6% abstinência sexual; 14,6% informaram, equivocadamente, que o DIU ou a injeção ofereciam dupla proteção e 6,3% referiram a tabelinha.

Garotas com idade máxima de 14 anos não fizeram referência à combinação de camisinha com pílula ou com injeção hormonal, enquanto 51,2% e 16,3% das garotas, com 15 anos ou mais, referiram essas combinações como forma de se obter a dupla proteção. Esses dados assinalam que garotas que iniciaram a vida sexual em menor idade têm menos conhecimento sobre formas de se obter a dupla proteção (Tabela 18).

Concernente a métodos ou formas de se obter a dupla proteção, no grupo formado por rapazes, em estudo, que iniciaram a vida sexual, 91,2% referiram a camisinha; entre 51,5% a 14,7% mencionaram a camisinha combinada com métodos modernos (pílula, pílula do dia seguinte e injeção); 27,9% abstinência sexual, enquanto 16,2% e 8,8% informaram, equivocadamente, que apenas o uso da injeção, da tabelinha e ou do DIU, respectivamente, oferece dupla proteção. Entre rapazes que iniciaram a vida sexual, não houve diferença, por faixa etária, em referir formas de se obter a dupla proteção (Tabela 18).

Adolescentes deste estudo, independente de terem iniciado, ou não, a vida sexual, já ouviram falar sobre dupla proteção. No grupo constituído por garotas, entre 70,6% a 83,3% já ouviram falar sobre dupla proteção e entre os garotos, de 57,0% a 75,0%. Quando verificado por faixa etária, constatou-se que a menor porcentagem de referência de ter ouvido falar sobre dupla proteção foi para as garotas (40,0%) que referiram terem iniciado a vida sexual e entre garotos que referiram não terem iniciado a vida sexual (46,9%), ambos com 14 anos ou menos de idade.

Quanto ao conhecimento de métodos ou maneiras de obter a dupla proteção, verifica-se que a maioria dos adolescentes da população de estudo, independente de ter

iniciado a vida sexual, ou não, associa a dupla proteção à camisinha, assim como à combinação de camisinha com outros métodos.

Entretanto, quando somadas todas as referências equivocadas sobre métodos que, para adolescentes, poderiam oferecer dupla proteção, a porcentagem de referências para os que não iniciaram a vida sexual chega a 35,6% e, para os que iniciaram a vida sexual, 34,5%, ao referirem que o uso do DIU, da injeção e da tabelinha previnem, tanto doenças transmissíveis por via sexual, quanto a gravidez. Nota-se que esses adolescentes necessitam de informações sobre formas de prevenir, ao mesmo tempo, a gravidez e doenças transmitidas por via sexual, embora existam estudos que afirmam que, apenas o conhecimento acerca dos métodos não garante o uso dos mesmos.

BELO e SILVA (2004) referem que, embora o conhecimento seja elemento essencial para o uso de métodos, a literatura mostra que não existe associação entre conhecimento e taxas de utilização. Neste sentido, ALMEIDA *et al.* (2003) comentam que diversos fatores estão presentes no uso da anticoncepção, além do conhecimento acerca dos métodos.

Quanto aos métodos de dupla proteção, adolescentes do sexo feminino revelaram conhecimento parcial sobre os mesmos, dado que, embora associassem a dupla proteção somente ao uso de preservativo, apenas uma porcentagem pequena de entrevistadas mencionou o uso de dois métodos, conforme relata DORETTO (2006), em seu estudo com adolescentes do sexo feminino, de uma área de um Programa Saúde da Família, em Ribeirão Preto, São Paulo.

AZEVEDO e ABDO (2006), investigando conhecimentos e práticas sexuais de 103 escolares, de ambos os sexos, matriculados no ensino fundamental, na cidade de São Paulo, verificaram que adolescentes não tinham clareza a respeito de formas de se prevenir contra as DST, revelando que mais da metade deles (52%) acreditava que a pílula anticoncepcional as previnha; 24% e 36%, respectivamente, acreditavam que o DIU e o diafragma previniam, tanto gravidez, quanto DST.

BIÉ *et al.* (2006), em estudo qualitativo, com adolescentes escolares de ambos os sexos, matriculados no ensino médio, na faixa etária de 14 aos 19 anos, em Itaitira, Ceará, referem que adolescentes mencionaram que os métodos contraceptivos eram utilizados para evitar gravidez, bem como para prevenir algumas doenças sexualmente transmissíveis. Porém, havia um déficit de conhecimento sobre as especificidades dos métodos contraceptivos, fortalecido pela deficiência escolar e familiar em abordar assuntos que, muitas vezes, são considerados polêmicos, ampliando a vulnerabilidade de adolescentes em aspectos relacionados à sexualidade e à reprodução.

Existem aspectos importantes em relação à contracepção que não podem ser ignorados. As taxas de gravidez não planejada, aborto e doenças sexualmente transmissíveis na adolescência denunciam a frequência com que a atividade sexual desprotegida ocorre nessa faixa etária e sinalizam para a necessidade urgente de uma política de prevenção séria e compromissada. É necessária maior sensibilização, conscientização e interação de todos os setores, tanto privados quanto públicos, para oferecer melhores condições sociais, legais, educacionais e de saúde, para que o adolescente exerça a responsabilidade sobre sua sexualidade (SILVA, 2007).

Os resultados deste estudo sugerem que adolescentes necessitam de informações sobre os métodos contraceptivos existentes, enfatizando suas vantagens, desvantagens e eficácia. Tal fato é fundamental, já que métodos contraceptivos considerados de alta eficácia, como o DIU, a contracepção hormonal e a laqueadura não conferem qualquer proteção contra a DST/HIV. Já, métodos comportamentais têm-se mostrado de baixa eficácia para a prevenção da gravidez e não oferecem nenhuma proteção contra doenças transmitidas por via sexual.

4.6.3 Possíveis fontes de obtenção de métodos contraceptivos de dupla proteção

Após saber se adolescentes eram portadores de conhecimento a respeito de métodos ou maneiras de prevenir, ao mesmo tempo, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, foi importante identificar quais seriam as possíveis fontes

de obtenção de métodos contraceptivos que oferecem dupla proteção. Com esse objetivo, foram apresentadas oito alternativas, além de uma alternativa em aberto, a qual os adolescentes, poderiam utilizar para citar outra forma, que não constasse na listagem oferecida. Eles poderiam marcar todas as alternativas que, no seu entendimento, seriam possíveis fontes de obtenção de métodos que oferecem dupla proteção.

Os adolescentes, em estudo, independente de terem iniciado, ou não, a vida sexual, foram perguntados sobre as possíveis fontes de obtenção de métodos que oferecem dupla proteção. A tabela 19 apresenta os dados fornecidos por adolescentes que referiram não terem iniciado a vida sexual.

Tabela 19 - Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio que referiram não terem iniciado a vida sexual, segundo o conhecimento sobre possíveis fontes de obtenção de métodos contraceptivos que oferecem dupla proteção, por sexo e faixa etária, Cruzeiro do Sul, 2008.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	POSSÍVEIS FONTES DE OBTENÇÃO DE CONTRACEPTIVOS QUE OFERECEM DUPLA PROTEÇÃO (%)							N
	Posto de saúde	Farmácia	Amigos(as)	Namorado(a) /parceiro(a)	Mãe	Pai	Não sei/não lembro	
Sexo								
Feminino	78,4	61,4	22,9	22,2	23,5	18,3	4,6	153
Masculino	66,0	64,9	30,9	23,4	8,5	13,8	5,3	94
Sexo e faixa etária								
Feminino								
≤14 anos	73,2	58,8	18,6	17,6	20,6	15,2	6,2	97
≥15 anos	87,5	66,1	30,4	30,4	28,6	23,2	1,8	56
Masculino								
≤14 anos	59,4	54,7	20,3	17,2	6,3	14,1	6,3	64
≥15 anos	80,0	86,7	53,3	36,7	13,3	13,3	3,3	30
TOTAL	73,7	62,8	25,9	22,7	17,8	16,6	4,9	247

Quando perguntados os adolescentes pesquisados, que não iniciaram a vida sexual, sobre as possíveis fontes de obtenção de métodos contraceptivos que oferecem dupla proteção, as principais fontes mencionadas foram: posto de saúde (73,7%) e farmácia (62,8%). Foi constatada diferença por gênero, na citação de posto de saúde e mãe, como possíveis fontes de obtenção de métodos que oferecem dupla proteção, pois, garotas fizeram maior referência a essas fontes do que garotos, dando a entender que mulheres, quando comparadas com homens, priorizam o posto de saúde e a mãe como fontes de obtenção de métodos que oferecem dupla proteção (Tabela 19).

Para o grupo formado por garotas que referiram terem iniciado a vida sexual, as fontes mais referidas foram: posto de saúde (78,4%) e farmácia (61,4%). As fontes menos citadas, em ordem decrescente, foram: mãe (23,5%), amigos (22,9%), namorado/parceiro (22,2%) e pai (18,3%); 4,6% delas referiram não saber/ não lembrar. Garotas com idade máxima de 14 anos fizeram menor referência ao posto de saúde, como local para obter contraceptivos que oferecem dupla proteção, para as demais citações não houve grandes diferenças entre as faixas etárias (Tabela 19).

Para o grupo em estudo, formado por rapazes que não iniciaram a vida sexual, as fontes mais citadas foram: posto de saúde (66,0%), farmácia (64,9%) e amigos (30,9%), enquanto que as menos citadas, em ordem decrescente, foram: namorada/parceira (23,4%), pai (13,4%) e, por último, mãe (8,5%). Alguns referiram não saber/ não lembrar (5,3%).

Quando comparados, por faixa etária, adolescentes do sexo masculino que não iniciaram a vida sexual, com idade igual ou maior que 15 anos, fizeram maior referência a posto de saúde, à farmácia, a amigos e amigas e à namorada ou parceira, como possíveis fontes de aquisição de métodos que oferecem dupla proteção, do que garotos com idade máxima 14 anos (Tabela 19).

Adolescentes que afirmaram terem iniciado a vida sexual, também, foram indagados sobre quais os métodos ou maneiras de se protegerem, ao mesmo tempo, contra gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS.

Adolescentes pesquisados, que referiram terem iniciado a vida sexual, foram indagados sobre as possíveis fontes de obtenção de métodos contraceptivos que oferecem dupla proteção. As principais fontes referidas foram: posto de saúde (81,0%) e farmácia (68,1%). Foi encontrada diferença por gênero, na citação de posto de saúde e pai, como possíveis fontes de aquisição de contraceptivos que oferecem dupla proteção, assinalando que moças priorizam posto de saúde e os rapazes, o pai, como possíveis fontes de obtenção de métodos que oferecem dupla proteção (Tabela 20).

Tabela 20 – Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio, que iniciaram a vida sexual, segundo conhecimento sobre as possíveis fontes de obtenção de contraceptivos que oferecem dupla proteção, por sexo e faixa etária, Cruzeiro do Sul, 2008.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	POSSÍVEIS FONTES DE OBTENÇÃO DE CONTRACEPTIVOS QUE OFERECEM DUPLA PROTEÇÃO (%)							N
	Posto de saúde	Farmácia	Amigos(as)	Namorado(a) parceiro(a)	Mãe	Pai	Não sei/não lembro	
Sexo								
Feminino	91,7	68,8	35,4	39,6	16,7	8,3	2,1	48
Masculino	73,5	67,6	42,6	33,8	27,9	32,4	-	68
Sexo e faixa etária								
Feminino								
≤14 anos	60,0	60,0	20,0	20,0	20,0	-	20,0	05
≥15 anos	95,3	69,8	37,2	41,9	16,3	9,3	-	43
Masculino								
≤14 anos	83,3	72,2	50,0	38,9	33,3	38,9	-	17
≥15 anos	70,0	66,0	40,0	32,0	26,0	30,0	-	51
TOTAL	81,0	68,1	39,7	36,2	23,3	22,4	0,9	116

Nota:

(-) Não houve referência.

No grupo, em estudo, constituído por garotas que iniciaram a vida sexual, as principais fontes citadas foram: posto de saúde (91,7%), farmácia (68,8%), namorado/parceiro (39,6%), amigos e amigas (35,4%). As fontes menos referidas pelas

mesmas foram: mãe (16,7%) e pai (8,3%). Quando verificado por faixa etária, foram identificadas diferenças na citação de posto de saúde, pois garotas de no máximo 14 anos fizeram menor referência a esse local, do que garotas de 15 anos ou mais, como possível fonte de obtenção de métodos de dupla proteção (Tabela 20).

Também houve maior porcentagem de adolescentes, com no máximo 14 anos de idade, que responderam não saber ou não lembrar onde poderia conseguir métodos de dupla proteção (Tabela 20).

No grupo composto por garotos que iniciaram a vida sexual, as fontes de aquisição de métodos contraceptivos que oferecem dupla proteção, que foram mencionadas, em ordem decrescente, foram: posto de saúde (73,5%), farmácia (67,6%), amigas e amigos (42,6%), namorada/parceira (33,8%), pai (32,4%) e mãe (27,9%). Quando verificado por faixa etária, entre os garotos, não houve diferença na citação das possíveis fontes de aquisição de métodos que oferecem dupla proteção (Tabela 20).

Concernente às possíveis fontes de obtenção de métodos anticoncepcionais que proporcionam a dupla proteção, não foram verificadas grandes diferenças em termos de percentuais entre adolescentes que referiram terem iniciado, ou não, a vida sexual e o conhecimento de locais de obtenção de métodos contraceptivos.

Deste modo, independente de terem iniciado, ou não, a vida sexual, os principais locais referidos foram posto de saúde e farmácia e, entre os rapazes, além desses, acrescenta-se amigos.

Quando verificado por faixa etária, adolescentes com 15 anos ou mais de idade priorizam alguns locais ou pessoas, como possíveis fontes de obtenção de métodos contraceptivos, quando comparados com os de idade máxima de 14 anos; assim sendo, moças com mais idade preferem o posto de saúde e os rapazes, além de posto de saúde, mencionaram: farmácia e amigos(as). Também, foi identificada diferença por gênero, revelando que enquanto mulheres priorizam posto de saúde e mãe, como fontes de

obtenção de métodos que oferecem dupla proteção, rapazes diferem na preferência pelo pai.

Resultados registrados da PNDS 1996 indicaram que o setor privado respondia pelo maior percentual, como fonte de obtenção de algum método, para 54% das mulheres e 61% dos homens, contudo, faz-se necessário ressaltar que esse fornecimento se refere, fundamentalmente, à aquisição da pílula e de injeções hormonais (BEMFAM, 1997).

DORETO (2006), em estudo com adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 15 a 19 anos, matriculadas em uma área de um programa de saúde da família de Ribeirão Preto, São Paulo, verificou que 86,7% delas sabiam onde obter os métodos contraceptivos, destacando-se: posto de saúde (82,8%) e farmácia (13,7%), como fontes mais citadas.

DIB (2007), estudando adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária de 13 a 16 anos, matriculados em escolas públicas municipais de Ribeirão Preto, São Paulo, verificou que o posto de saúde foi referido por 75,8% dos adolescentes, como o principal local de obtenção de métodos anticoncepcionais.

Segundo dados da PNDS 2006, no que diz respeito às fontes de obtenção de métodos modernos, farmácias continuam sendo a fonte mais importante de obtenção de métodos hormonais (pílula e injeções) e de camisinha masculina (BERQUÓ *et al.*, 2008).

PIROTA (2002), ao investigar práticas e representações ligadas à vida reprodutiva entre estudantes, com idade entre 17 e 24 anos, matriculados em cursos de graduação da Universidade de São Paulo, na Cidade de São Paulo, verificou que farmácia e supermercado eram as principais fontes de obtenção de contraceptivos (84,4%), correspondendo a 89,6% das respostas no grupo masculino e 77,3%, no feminino.

Em outras palavras, neste estudo, constatou-se que, independente de terem iniciado a vida sexual, ou não, adolescentes portam conhecimentos, tanto de métodos que oferecem dupla proteção, quanto de possíveis fontes de obtenção de tais métodos, confirmando que, quando adolescentes estão atentos a informações que lhes são repassadas, assimilam-nas e, com isso, preparam-se, ou pelo menos tentam, para a vivência da sexualidade. Porém, essas informações só reforçam a necessidade de parcerias entre os setores de saúde, de educação e a família, de forma que as políticas públicas venham a contemplar, da melhor maneira possível, esse grupo populacional.

4.7 ADOLESCENTES E O USO DE CAMISINHA: NA PRIMEIRA E NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL

Após saber se os adolescentes, em estudo, já ouviram falar sobre dupla proteção, se conhecem métodos ou formas de se obter a dupla proteção e quais são as possíveis fontes de obtenção de tais métodos, investigou-se sobre o uso de preservativo masculino, tanto na primeira, como na última relação sexual, com o objetivo de identificar se ocorre mudança de comportamento entre os dois momentos e, também, a frequência de uso e as possíveis razões para uso, ou não uso de camisinha.

Atualmente, o exercício da sexualidade na adolescência é fato comprovado, assim, é preciso considerar que ela seja exercida com saúde. Nesse sentido, a saúde sexual e a reprodutiva ocupam lugar importante na construção da igualdade de gênero e na construção da autonomia dos adolescentes (BARBIERI, 2009).

Na leitura de BORGES (2009), o início da vida sexual insere, definitivamente, os adolescentes em contextos de vulnerabilidade a doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS, gestação não planejada e aborto, dentre outras repercussões de várias ordens.

A fim de obter sexo seguro, isto é, exercer atividade sexual tendo, por objetivo, não engravidar e não contrair DST/AIDS, o uso de métodos anticoncepcionais e da dupla proteção (uso concomitante do preservativo com outro método) deve ser estimulado entre adolescentes (BARBIERI, 2009).

Os órgãos competentes da saúde, no Brasil, têm recomendado, desde 1987, o uso de preservativo como principal método de prevenção de DST e HIV/AIDS, entretanto, o uso de camisinha apresenta diferenças importantes na população, tanto pelo grupo etário e condição de sexo/gênero, quanto pelas classes sociais e grupos étnicos (SILVA e ABRAMOVAY, 2007).

Tendo em vista as possíveis conseqüências de uma relação sexual desprotegida, e a preconização do uso de camisinha, há duas décadas, os escolares, em estudo, que referiram terem iniciado a vida sexual, foram perguntados sobre o uso de camisinha (preservativo masculino) e os motivos que os levaram a fazer uso, ou não, na primeira relação sexual. Os resultados podem ser observados na tabela 21.

No tocante à primeira relação sexual, dos 116 adolescentes que informaram terem iniciado a vida sexual, 79,3% referiram terem feito uso de preservativo masculino: 85,7% das garotas e 73,5% dos garotos, não se encontrando diferença estatística significativa por gênero ($p=0,0673$).

Os que utilizaram preservativo masculino, na primeira relação sexual, referiram os seguintes motivos: para evitar DST e HIV/AIDS, 85,7% das garotas e 84,0% dos garotos; para evitar a gravidez, 40,5% das moças e 42,0% dos rapazes; não manter relação sexual sem camisinha, 11,9% das meninas e 18,0% dos meninos; e outros afirmaram que não conheciam bem o(a) parceiro(a), 4,8% das moças e 4,0% dos rapazes. Não houve diferença estatística por gênero para os motivos que levaram adolescentes a fazerem uso de camisinha, na primeira relação sexual (Tabela 21).

Tabela 21 - Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo o uso de camisinha na primeira relação sexual, por sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.

USO DA CAMISINHA NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL ⁽¹⁾	SEXO				TOTAL		p*
	Feminino		Masculino		N	%	
	N	%	N	%			
Usou camisinha							
Sim	42	87,5	50	73,5	92	79,3	0,067
Não	06	12,5	18	26,5	24	20,7	
<i>Subtotal</i>	48	100,0	68	100,0	116	100,0	
Razões para uso da camisinha ⁽²⁾							
Para evitar DST e HIV/AIDS	36	85,7	42	84,0	78	84,3	
Para evitar a gravidez	17	40,5	21	42,0	38	41,3	
Não mantenho relação sexual sem camisinha	05	11,9	09	18,0	14	15,2	
Não conhecia bem o(a) parceiro(a)	02	4,8	02	4,0	04	4,3	
Razões para não uso de camisinha ⁽³⁾							
Não sabia usar	-	-	03	16,6	03	12,5	
Não esperava ter relação sexual	02	33,3	15	83,3	17	70,8	
Querida engravidar	01	16,6	-	-	01	4,2	
Confia no parceiro(a)/tem apenas um	04	66,6	-	-	04	16,6	
Não aceitei usar	01	16,6	-	-	01	4,2	

Nota:

- (1) Foram excluídos os entrevistados (153 ♀ e 94 ♂) que não tinham iniciado a vida sexual (n= 247).
 (2) Os entrevistados referiram mais de uma categoria, optou-se por considerar o número de vezes que cada categoria foi mencionada, considerado apenas os que referiram ter feito uso da camisinha (42 ♀ e 50 ♂).
 (3) Os entrevistados referiram mais de uma categoria, optou-se por considerar o número de vezes que cada categoria foi mencionada, considerado apenas os que referiram não ter feito uso da camisinha (06 ♀ e 18 ♂).
 (-) Não houve referência.
 (*) Teste Qui-quadrado de Pearson.

Quanto aos motivos para a não utilização da camisinha, na primeira relação sexual, as principais razões relatadas pelas garotas, em ordem decrescente, foram: confiar no parceiro, por ter apenas um (66,6%); não esperava ter relações sexuais (33,3%); queria engravidar (16,6%) e não aceitou usar (16,6%). Já, para os garotos, os principais motivos relatados foram: não esperava ter relações sexuais (83,3%), não sabia usar (16,6%), os dados podem ser visualizados na tabela 21.

Constata-se que, entre adolescentes, participantes deste estudo, camisinha foi o método contraceptivo eleito para a primeira relação sexual. Essa preferência foi confirmada, igualmente, por TEIXEIRA *et al.* (2006), em pesquisa com jovens de 18 aos 24 anos de idade, de ambos os sexos, nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, Brasil, no ano de 2002, sendo esse o método usado por 80,7% das moças e 88,6% dos rapazes.

PAIVA *et al.* (2008), ao investigarem a idade e o uso do preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros, em dois períodos: 1998 e 2005, verificaram que o uso do preservativo, na primeira relação sexual, entre jovens de 16 a 19 anos de idade, teve aumento entre 1998 e 2005 (de 47,8% para 65,6%, $p < 0,000$) e entre os entrevistados, em 2005, 62,5% das moças e 68,3% dos rapazes relataram uso de preservativo, em sua primeira relação sexual.

Verifica-se que as proporções referidas de uso da camisinha pela população em estudo foram superiores, tanto para as moças como para os rapazes, quando comparadas com os resultados encontrados por PAIVA *et al.* (2008), no ano de 2005.

Para melhor entendimento das questões sobre o uso da camisinha, os adolescentes deste estudo foram perguntados sobre o uso e motivo(s) de terem usado, ou não, camisinha na última relação sexual (Tabela 22).

Observa-se, na tabela 25, que dentre os 116 adolescentes que afirmaram terem vida sexual, 83,3% das garotas e 79,4% dos garotos referiram terem feito uso de preservativo masculino na última relação sexual. Sem diferença estatística significativa por gênero ($p=0,596$).

Entre adolescentes que relataram terem usado camisinha na última relação sexual, os principais motivos alegados, em ordem decrescente, foram: para evitar DST e HIV/AIDS, 90,0% das garotas e 81,5% dos garotos; para evitar a gravidez, 75,0% das moças e 72,2% dos rapazes; não manter relações sexuais sem usar camisinha, 27,5% das

meninas e 35,2% dos meninos; e, em quarto lugar, para os rapazes, não conhecer bem a parceira (11,1%), dados na tabela 22.

Tabela 22 - Número e porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo o uso da camisinha na última relação sexual, por sexo, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.

USO DA CAMISINHA NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL ⁽¹⁾	SEXO				TOTAL		p*
	Feminino		Masculino		N	%	
	N	%	N	%			
Usou camisinha							
Sim	40	83,3	54	79,4	94	81,0	0,596
Não	08	16,7	14	20,6	22	19,0	
<i>Subtotal</i>	48	100,0	68	100,0	116	100,0	
Razões para usar camisinha ⁽²⁾							
Para evitar DST e HIV/Aids	36	90,0	44	81,5	80	85,1	
Para evitar a gravidez	30	75,0	39	72,2	69	73,4	
Não mantenho relação sexual sem camisinha	11	27,5	19	35,2	30	31,9	
Não conhecia bem o(a) parceiro(a)	-	-	06	11,1	06	6,4	
Razões para não usar camisinha ⁽³⁾							
Não esperava ter relação sexual	-	-	10	71,4	10	45,5	
Confia no(a) parceiro(a)/tem apenas um(a)	02	25,0	02	14,3	02	9,1	
Fazer uso de pílula ou injeção contraceptiva	05	62,5	01	7,1	04	18,1	
Não gosta de usar	01	12,5	01	7,1	02	9,1	

Nota:

- (4) Foram excluídos os entrevistados (153 ♀ e 94 ♂) que não tinham iniciado a vida sexual (n= 247).
 (5) Os entrevistados referiram mais de uma categoria, optou-se por considerar o número de vezes que cada categoria foi mencionada, considerado apenas os que referiram ter feito uso da camisinha (40 ♀ e 54 ♂).
 (6) Os entrevistados referiram mais de uma categoria, optou-se por considerar o número de vezes que cada categoria foi mencionada, considerado apenas os que referiram não ter feito uso da camisinha (08 ♀ e 14 ♂).
 (-) Não houve referência.
 (*) Teste Qui-quadrado de Pearson.

Por outro lado, no grupo formado por garotos, 20,6% referiram não terem usado camisinha na última relação sexual, e os motivos alegados para o não uso foram: não

esperava ter relação sexual (71,4%); a parceira fazia uso de pílula ou injeção contraceptiva (7,1%); confia na parceira/tem apenas uma e não gosta de usar camisinha (7,1%). No grupo formado pelas garotas, o primeiro motivo foi: fazer uso de pílula ou injeção contraceptiva, 62,5%, seguido de confiar no parceiro/ ter apenas um, 25,0%, e não gostar de usar camisinha, 12,5% (Tabela 22).

Nota-se que, tanto na primeira, como na última relação sexual, houve preferência de uso de camisinha, por parte desse grupo de adolescentes, chegando a apresentar uma diferença, entre os sexos, em termos percentuais próximos, tanto na primeira relação, 14 pontos a mais para as garotas, como na última relação sexual, 3,9 pontos a mais para as garotas.

Constata-se que moças referiram usar camisinha, em maior proporção que os garotos, sendo que o declínio na diferença, na última relação sexual, foi justificado pelas mesmas, por fazerem uso de injeção ou de pílula contraceptiva (62,5%), por confiar no parceiro/tem apenas um (25,0%) ou, até mesmo, por não gostar de usar camisinha (12,5%).

Segundo resultados da PNDS 2006, em torno de 31% das mulheres não usaram camisinha na última relação sexual, por confiarem no parceiro, 12%, por não gostarem de usar e 6%, pelo fato de o parceiro se recusar. Foi verificado que a porcentagem de mulheres que não usaram camisinha, por confiarem no parceiro, aumenta gradativamente com o aumento da idade, iniciando-se em 21% entre mulheres de 15 aos 19 anos, chamando atenção a alta porcentagem, em torno de 20%, de jovens de 15 a 19 anos de idade que não utilizaram camisinha, por não gostarem de usá-la (BERQUÓ et al., 2008). Percebe-se que os motivos relatados por adolescentes, neste estudo, são semelhantes aos da PNDS, divergindo somente em um item, ou seja, não houve citação do motivo: parceiro não permitir o uso do preservativo.

No estudo realizado por ALMEIDA *et al.* (2003), com estudantes de ambos os sexos, entre 11 e 19 anos, de escolas públicas de Salvador, Bahia, verificou-se que, na primeira relação sexual, os rapazes, na quase totalidade, mencionaram terem preferido o

preservativo masculino (90,1%), o que também se observou entre as moças, mas em menor proporção (73,5%); na última relação sexual, o preservativo masculino permaneceu como a principal opção, de ambos os sexos, 60,3% dos homens e 43,2% das mulheres, embora outros métodos tenham emergido como alternativa, especialmente, o coito interrompido.

TEIXEIRA *et al.* (2006), em estudo com jovens de 18 aos 24 anos de idade, de ambos os sexos, nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, Brasil, em 2002, constataram que o uso de preservativo na iniciação sexual aumenta a probabilidade de seu uso na última relação, relatando que os dados mostraram que, jovens que usam preservativo na iniciação tendem a manter esta prática, no decorrer de sua vida sexual, o que reforça a necessidade de orientação continuada para o estímulo ao uso de preservativo.

No presente estudo, ao se comparar a primeira com a última relação sexual, percebe-se que a referência ao uso de camisinha teve um aumento de 5,9% entre rapazes e um declínio de 4,2% entre moças. Pode-se antever que, com o passar do tempo e consolidação do relacionamento, garotas trocam o sexo seguro pela noção de amor romântico e fidelidade, abrindo mão do direito de se prevenirem em relação à DST/AIDS.

Esse fato evidenciou-se em outros estudos, como o de PIROTA (2002), que, ao investigar práticas e representações ligadas à vida reprodutiva entre jovens, na faixa etária de 17 aos 24 anos de idade, universitários da Universidade de São Paulo, verificou que o uso de preservativo masculino está sempre presente na primeira relação sexual de jovens, de ambos os sexos, e, também, no início do relacionamento sexual entre um casal. No entanto, com o aprofundamento da relação e com a continuidade da vida sexual, o preservativo masculino tende a ser substituído pela pílula.

Não esperava ter relação sexual foi o principal motivo para o não uso da camisinha na primeira e na última relação sexual, referido por rapazes, neste estudo.

BORGES (2004), estudando o início da vida sexual de adolescentes entre 15 e 19 anos de idade, residentes na zona leste do município de São Paulo, ao perguntar sobre os motivos que os levaram a não utilizarem preservativo na primeira relação sexual, identificou que 73,5% dos homens demonstraram não terem planejado o uso do preservativo, por meio de relatos, como “não esperava ter relação naquele dia”, “não tinha preservativo no momento da relação” e “nem pensei sobre isto”.

Nota-se que, entre garotos, nem sempre ocorre um planejamento das relações sexuais, pois, tanto na primeira, como na última relação sexual, a imprevisibilidade das relações foi o passaporte para a prática do sexo desprotegido/inseguro.

Relacionamentos sexuais aparecem fortemente estruturados pelos padrões de gênero. A maioria dos garotos, que não fizeram uso de preservativo masculino, tanto na primeira (83,3%), como na última (71,4%) relação sexual, referiu, como principal motivo, “*não esperava ter relação sexual*”. Para as garotas, a imprevisibilidade aparece, apenas, na primeira relação sexual (33,3%), em pequena proporção, quando comparadas com os garotos. Percebe-se que, entre as mulheres, desde cedo, ocorre um planejamento e preocupação no que diz respeito às possíveis conseqüências de sua conduta, frente à vida sexual. Atualmente, mulheres carregam, sobre si, a responsabilidade da prevenção da gravidez e das DST, incluindo HIV/AIDS.

Observou-se que a principal razão para a camisinha ter sido usada na primeira relação sexual foi a prevenção de DST e HIV/AIDS. Na última relação sexual, a prevenção de doenças transmitidas por via sexual permaneceu como principal motivo para uso de preservativo. No entanto, a prevenção da gravidez foi referida, em maior proporção, na última relação, quando comparada com a proporção de referência na primeira relação sexual. Ressalta-se que, na última relação sexual, adolescentes expressaram intenção de obterem a dupla proteção.

Segundo PIROTA (2002), estudantes da Universidade de São Paulo revelaram estarem informados sobre os riscos relacionados às doenças sexualmente transmissíveis

e à AIDS e com a gravidez não planejada, e reconheceram, no preservativo masculino, um fator de proteção.

Corroborando com este estudo, os dados da PNDS 2006, revelaram que, na faixa etária entre 15 e 19 anos, mais de 80% das mulheres citaram o uso de camisinha masculina na primeira relação sexual, e que a maioria das mulheres (acima de 85%), independente da idade, afirmaram conhecer o uso de camisinha como dupla proteção, ou seja, tanto para evitar a gravidez, como para se protegerem de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (BERQUÓ *et al.*, 2008).

CASTRO *et al.* (2004), em estudo com escolares com idades entre 10 e 24 anos, de 14 capitais brasileiras, observaram que, em capitais como Recife, Maceió e Distrito Federal existiu uma nítida preferência pela camisinha, por parte dos pesquisados, chegando a apresentar uma diferença, entre sexos, em termos percentuais próximos.

Para esses autores, merece destaque a informação sobre a popularidade da camisinha entre meninas, sugerindo mudanças na cultura de gênero e sexualidade. Segundo eles, chama atenção, em primeiro lugar, a semelhança de proporções de moças e rapazes que selecionam a camisinha como método preferido. Em segundo lugar, o significado sociocultural, dado que mulheres passam a optar por um método que tem, como referência, o corpo masculino e não o seu, e que rapazes aceitem tal prática, o que significa uma nova divisão sexual de responsabilidades quanto à contracepção.

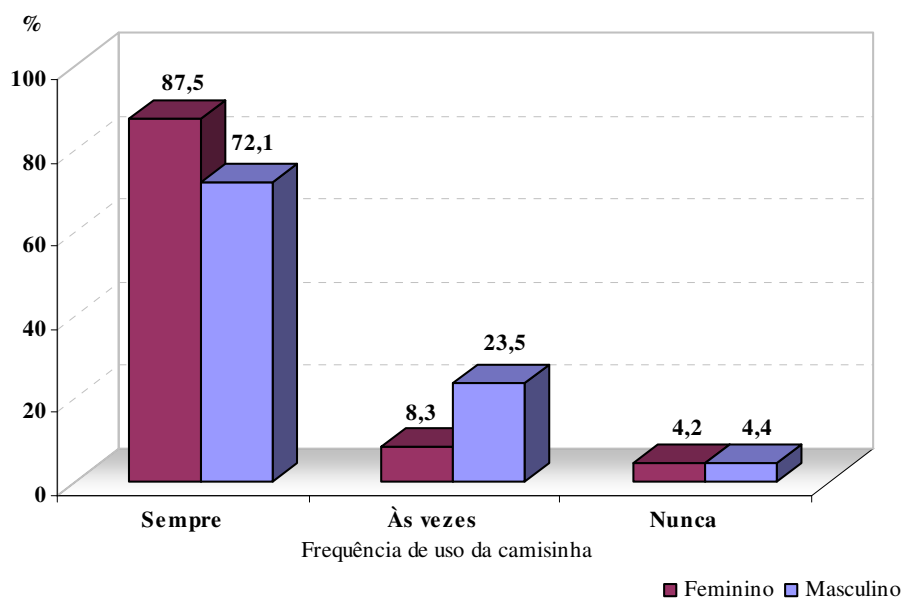
NICHIATA *et al.*, (2009) afirmam que o uso de preservativos masculinos e femininos, por pessoas sexualmente ativas, é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outras DST, sua segurança, no entanto, depende da técnica de seu uso sistemático, em todas as relações sexuais.

Nessa linha, foi de interesse deste estudo verificar a frequência de uso de camisinha entre adolescentes que referiram terem iniciado a vida sexual, cujos resultados podem ser observados na figura 11.

Concernente ao uso de camisinha, 87,5% das garotas e 72,1% dos garotos referiram fazerem uso de camisinha em todas as relações sexuais (Figura 11). Sem diferença estatística por gênero ($p=0,157$).

Porém, maior proporção de rapazes (23,5%) afirmou que, às vezes, faz uso de camisinha nas relações sexuais, quando comparado à proporção de moças (8,3%), com $p=0,005$. É uma indicação de que mulheres são mais cuidadosas no quesito manter relação sexual. Outros, 4,4% das garotas e 4,3% dos garotos, afirmaram que nunca fazem uso de preservativo masculino em relações sexuais (Figura 11).

Figura 11 - Porcentagem de adolescentes do ensino fundamental e médio, segundo a frequência de uso da camisinha, Cruzeiro do Sul-Acre, 2008.



Ainda avaliando os dados na figura 11, ao se somarem as proporções dos que afirmaram: “às vezes”, e “nunca” fazem uso de preservativo masculino, verificamos que 12,7% das moças e 27,8% dos rapazes encontram-se em situação de vulnerabilidade para a gravidez e doenças transmitidas por via sexual, dado que a camisinha não é utilizada por todos, e nem em todas as relações sexuais.

NASCIMENTO e LOPES (2000), em estudo com escolares de nível médio na cidade de Rio Branco, Acre, ao verificarem a prática do uso de preservativo, obtiveram os seguintes resultados: 61,7% afirmaram que sempre usavam, seguidos de 32,0%, que usavam às vezes, e 6,3%, que nunca usavam. Diante desses dados, pode-se verificar que somados os que usam às vezes com os que nunca usam, totalizam 38,3%, sendo, portanto, um percentual bastante alto e com sério risco de esse grupo vir a adquirir uma DST/AIDS.

Destaca-se a proporção de adolescentes, 27,9% dos garotos e 12,5% das garotas, que referiu não fazer uso freqüente de preservativo em suas relações sexuais. Acrescentando a isso, 59,7% dos garotos e 14,9% das garotas informaram que a última relação sexual ocorreu em relacionamento eventual, ou seja, fora do contexto de namoro (dados não apresentados).

Entretanto, conforme já vêm sendo apontados, de forma reiterada, na literatura especializada, os padrões de uso de preservativo estão associados, não apenas às condições de gênero, raça ou faixa etária, mas, também, a um conjunto complexo de percepções que pessoas e jovens, em particular, têm das relações sexuais e afetivas, o que lhes permite classificar essas relações em diversas modalidades, que obedecem a princípios e lógicas distintas e acarretam, também, situações e vivências com níveis diferenciados de vulnerabilidade (SILVA e ABRAMOVAY, 2007).

Concernente ao uso de preservativo masculino, entre os adolescentes, em estudo, verificou-se a existência de fatores individuais, situacionais e temporais que interferem no uso do mesmo. Assim, em relacionamentos considerados estáveis, a prioridade deixa de ser a proteção das infecções de transmissão sexual e passa ser a prevenção da gravidez. A prevenção e proteção é uma norma mais internalizada nas garotas, desde cedo. Considerada a alta prevalência de uso de preservativo na primeira relação sexual, verifica-se, na última relação, a diminuição de 4,2% na proporção de garotas e aumento de 5,9% entre os garotos, que fizeram uso de preservativo. Apesar desse aumento de referência, pelos garotos, de uso do preservativo na última relação sexual, foram eles que, em maior proporção, afirmaram fazerem uso, às vezes, ou nunca (27,8%).

A maior proporção de referência de uso de preservativo entre os adolescentes em estudo, tanto na primeira, quanto na última relação sexual, quando comparada com outros estudos, pode ser justificada pelo fato de os mesmos (adolescentes) terem nascido após a preconização de uso de camisinha, por parte dos órgãos federais e estaduais, devido ao advento da AIDS e ao sucesso de campanhas de prevenção, principalmente, nesta região, em face dos altos índices de hepatite B.

Por fim, cabe salientar que o maior uso de preservativos entre adolescentes, conforme constatado neste estudo, não implica uso continuado, daí a importância de estudos que avaliem a consistência de uso de preservativo e que possibilitem definir estratégias para aumentar a sua utilização no decorrer da vida (TEIXEIRA *et al.* 2006).

O grau de informação sobre AIDS não é suficiente para que uma pessoa adote um comportamento protetor, porém a falta de informações básicas contribui, substancialmente, para aumentar sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS. A construção do conhecimento sobre AIDS não está restrita a questões informativas, mas envolve, também, a percepção individual sobre o problema, isto é, a compreensão e capacidade de assimilação dessas informações. A transformação desse conhecimento na adoção de práticas protetoras é mediada por questões de gênero, classe social, raça e outros componentes sociais. O poder do conhecimento na mudança de comportamento depende das alternativas e perspectivas que se apresentam para o indivíduo (FERREIRA, 2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o primeiro estudo dirigido a adolescentes escolares, da zona urbana do município de Cruzeiro do Sul, Acre, cujo objetivo foi, tanto documentar o conhecimento, como o uso de métodos anticoncepcionais, por parte desse grupo populacional.

Dos 363 adolescentes pesquisados, 55,4% eram do sexo feminino e 44,6%, do sexo masculino.

Neste estudo, os adolescentes são semelhantes quanto à: idade, raça/cor, religião, nível escolar em curso, condição de atividade, renda, número de moradores por domicílio e coabitação.

No desenho da amostra estudada, foi insignificante, estatisticamente, o percentual de recusas e perdas, segundo o critério de FOWLER Jr (1990). Desta forma, não obstante a amostra ser representativa dos escolares do ensino fundamental e médio das escolas públicas da zona urbana do município de Cruzeiro do Sul, Acre, os resultados desta dissertação, assim como de outros estudos dessa natureza, são sensíveis a vieses de declaração pelos indivíduos adolescentes, isto é, enquanto eles podem relatar mais experiências relativas à sexualidade, elas podem menos (NARRING *et al.*, 2000). Igualmente, de acordo com BORGES (2004), estudos conduzidos, considerando o auto-relato, principalmente, de experiências que ocorreram no passado, são passíveis de julgamento de valores e merecem maior atenção, por conta das questões relativas à veracidade, honestidade e exatidão dos relatos, especialmente, entre adolescentes. Outra questão, que merece ser ressaltada, é o viés de recordação, ou viés de memória (PEREIRA, 2001).

Estudos transversais possibilitam estimar prevalência, contudo, não estabelecem a sequência dos eventos em análise, ou seja, não levam a compreender o tema no

decorrer do tempo da vida dos indivíduos adolescentes, o que pode ser obstáculo no estabelecimento de relações de causa e efeito (TAVARES *et al.*, 2009).

Apesar dessa limitação, estudos transversais têm sido utilizados para o reconhecimento de possíveis causas, a serem incluídas em estudos longitudinais, que são mais adequados para descreverem os fatores de risco de um determinado evento em estudo (TAVARES *et al.*, 2009).

As idades médias do início da vida sexual observadas foram menores do que as relatadas em maior parte dos estudos populacionais conduzidos na população brasileira, mostrando, em parte, o fenômeno da antecipação da idade de iniciação sexual. Contudo, é preciso considerar que 68,0% dos adolescentes referiram não terem iniciado a vida sexual, o que pode resultar em uma esperada subestimação de tais valores, uma vez que o evento não havia ainda ocorrido em toda a amostra (BORGES, 2004). Sugere, ainda, que os valores médios e medianos encontrados não deveriam servir como base de generalização e naturalização da prática sexual para todos os adolescentes, em razão da magnitude numérica de adolescentes que relataram não terem iniciado a vida sexual (BORGES, 2004).

Concernente ao evento reprodutivo feminino, observou-se, neste estudo, que a menarca pode representar um momento especial de transformação, transposição e autoafirmação, significando deixar de ser menina e passar a ser mulher, cheia de sentimentos, curiosidades e expectativas. Com o advento da menarca, as adolescentes logo assumem um novo *status*, a de namorada. E no namoro, a vivência de novas experiências, entre elas, a primeira relação sexual.

Estudos que relacionem a idade da menarca, do primeiro namoro e da primeira relação sexual podem ser um excelente instrumento de avaliação em grupos populacionais semelhantes, apontando aos serviços de saúde ou escolares e à família o momento mais adequado de estar atuando na orientação junto a adolescentes, dentro da concepção de prevenção de gestações não planejadas e de doenças transmitidas por via sexual.

Ao desenhar a vida afetivo-amorosa-sexual de adolescentes que estavam cursando o ensino fundamental e médio, foi preciso considerar as particularidades que distinguem essa população. Um dos principais aspectos considerados é que se trata de uma população predominantemente solteira e constituída de estudantes. Apesar disso, os resultados apontam contextos importantes, que parecem ter algum significado na vivência afetiva e sexual, como o namoro, o ficar e o início da vida sexual, presentes na vida de quaisquer adolescentes, sejam eles oriundos de camadas sociais mais ricas ou mais pobres. Ressalta-se, ainda, que questões referentes ao relacionamento afetivo-amoroso-sexual são pouco exploradas por estudos conduzidos com população de adolescentes, principalmente, referentes ao sexo masculino.

Entre os adolescentes, em estudo, foi identificada diferenciação por gênero. Rapazes e moças vivem, ainda, presos a representações sociais sobre o que é próprio do homem ou próprio da mulher, estabelecendo-se divisão entre os gêneros. Verificou-se que o homem, ainda, ostenta um lugar privilegiado, cabendo, portanto, à mulher o lugar de limitação, ou seja, pode namorar, mas depois de certa idade, pode ficar, mas não pode ter muitos ficantes, pode ter relação sexual, mas depois de determinada idade, e não pode trocar muito de parceiro ou de namorado.

Resultados encontrados reforçam que, em estratégias de promoção de saúde sexual e reprodutiva, profissionais da educação e da saúde precisam considerar que o exercício da sexualidade, além de um grande prazer, é um grande risco, influenciado pela cultura, pelo grupo e pelas questões de ser homem ou ser mulher. Neste sentido, é possível entender a importância de se conhecer a idade na primeira relação sexual e as relações de gênero que se estabelecem entre adolescentes, para que sejam estimulados comportamentos responsáveis em relação à sexualidade e reprodução, ou seja, esclarecendo adolescentes sobre formas de prevenção de riscos biológicos, sociais e comportamentais, aos quais eles estão expostos. Com isso, objetivam-se melhorar e ampliar sua qualidade de vida, e ultrapassar os riscos, com liberdade e responsabilidade.

Este estudo aponta, ainda, que adolescentes têm a escola e os professores, como a principal referência, no que diz respeito a questões biológicas e prevenção de doenças.

Esses conhecimentos estão sendo repassados, primordialmente, em aulas de ciências e de biologia. Nesta mesma linha, amigos são as principais pessoas de referência para conversar sobre a vida sexual.

Considera-se que a escola deveria ser mais um espaço de intervenção, e não o único, uma vez que a sexualidade adolescente, nos últimos anos, é vista como um problema de saúde pública, requerendo que família e serviços de saúde iniciem ou retomem suas atividades nesse campo e estabeleçam parcerias com serviços escolares, para se avançar na promoção da autonomia, da saúde e do bem estar dos adolescentes.

O presente estudo indica que adolescentes com idade máxima de 14 anos estão mais vulneráveis a uma gravidez não planejada e a doenças transmitidas por via sexual, e este fato poderia ser considerado pelos setores responsáveis pela implementação de políticas públicas, no momento da elaboração de estratégias locais, que visem às questões da saúde sexual e reprodutiva do adolescente.

6. REFERÊNCIAS

Abramovay M, Castro MG, Pinheiro LD, Lima FS, Martinelli CC. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. Brasília, DF: UNESCO/BID; 2002.

Aldrighi JM, Sauerbronn AVD, Petta CA. Introdução a classificação dos métodos contraceptivo. In: Aldrighi JM, Petta CA. Anticoncepção: aspectos contemporâneos. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 1-1.

Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. Rev Saúde Pública. 2003; 37:566-75.

Altmann H. Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais. Estud Femin. 2001;9:575-85.

Altmann H. Orientação sexual em uma escola: recortes de corpos e de gênero. Cad Pagu. 2003;(21):281-315.

Aquino-Cunha M, Queiroz-Andrade M, Tavares-Neto J, Andrade T. Gestaçao na adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002;24:513-9.

Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Cad Saúde Pública. 2003 Supl 1;19:377-88.

Azevedo GE, Abdo CHN. Adolescentes de classe média do ensino fundamental: prática e conhecimento da sexualidade. Pediatria (São Paulo). 2006;28:184-90.

Barbieri M. Contracepção. In: Borges ALV, Fujimori E, organizadores. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri: Manole; 2009. p. 210-48.

Barbosa RM, Koyama MAH; Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. Rev Saúde Pública. 2008 supl 1;42:21-33.

Bareiro AOG. Gravidez na adolescência: seus entornos, suas peculiaridades e o ponto de vista da adolescente. Rev Bras Med Fam Com. 2005;1:60-71.

Becker D. O que é adolescência. São Paulo: Brasiliense; 2009. (Coleção primeiros passos).

Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. Rev Saúde Pública. 2004;38:479-87.

BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde – PNDS, Brasil, 1996. Rio de Janeiro; 1997.

Berquó E, Cavenaghi S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número de filhos por mulher no Brasil. *Novos Estudos [periódico na internet]*. 2006 mar [acesso em 28 julho 2008];(74);11-5. Disponível em: http://www.cebrap.org.br/imagens/Arquivos/fecundidade_em_declinio.pdf

Berquó E, Garcia S, Lago T, coordenadores. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS 2006: relatório final. Brasília, DF: CEBRAP; 2008.

Bertoldo RB, Barbará A. Representação social do namoro: a intimidade na visão dos jovens. *Psico USF*. 2006;11:229-37.

Biassio LG, Matsudo SMM, Matsudo VKR. Impacto da menarca nas variáveis antropométricas e neuromotoras da aptidão física, analisado longitudinalmente. *Rev Bras Ciên Mov*. 2004;12(2):97-101.

Bié APA, Diógenes MAR, Moura ERF. Planejamento familiar: o que os adolescentes sabem sobre o assunto? *Rev Bras Prom Saúde*. 2006;19:125-30.

Borges AVL. Adolescência e vida sexual: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.

Borges ALV, Schor N. Trajetórias afetivo-amorosas e perfil reprodutivo de mulheres adolescentes residentes no Município de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005;5:163-70.

Borges ALV, Nichiata LYI, Schor N. Conversando sobre sexo: a rede sóciofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14:422-7.

Borges ALV, Latorre MRDO, Schor N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:1583-94.

Borges ALV. Início da vida sexual. In: Borges ALV, Fujimori E, organizadores. *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri: Manole; 2009. p. 283-302.

Bozon M, Heilborn ML. Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz; 2006. p. 155-206.

Branco VC. Os adolescentes nos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde, Programa nacional de DST e AIDS. Saber viver: adolescência e AIDS, experiências e reflexões sobre o tema. Brasília, DF; 2004. p. 10-1

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 jul 1990;Seção 1:13563.

Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996a. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências [lei na internet]. [acesso em 22 jan 2009]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9263.htm>

Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996b. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional [lei na internet]. [acesso em 22 jan 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/19394.htm

Brêtas JRS. Mudanças: a corporalidade na adolescência [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 2003.

Brêtas JRS, Moreno RS, Eugenio DS, Sala DCP, Vieira TF, Bruno PR. Os rituais de passagem segundo adolescentes. Acta Paul Enferm. 2008a;21:404-11.

Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP. O comportamento sexual de adolescentes em algumas escolas no município de Embu, São Paulo, Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2008b;29:581-7.

Brêtas JRS, Muroya RL, Goellner MB. Mudanças corporais na adolescência. In: Borges ALV, Fujimori E, organizadores. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri: Manole; 2009. p. 82-115.

Brêtas JRS, Silva CV. Orientação sexual para adolescentes. In: Borges ALV, Fujimori E, organizadores. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri: Manole; 2009. p. 210-48.

Calazans G. Os jovens falam sobre sua sexualidade e saúde reprodutiva: elementos para a reflexão. In: Abramo HW, Branco PPM. Retratos da juventude brasileira: análise de uma pesquisa nacional. São Paulo: Abramo; 2005. p. 215-61.

Camarano AA. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas. Brasília, DF; 1998. p. 109-33.

Castilho SD, Saito MI, Barros Filho A de A. Crescimento pós-menarca em uma coorte de meninas brasileiras. Arq Bras Endocrinol Metab. 2005;49:971-7.

Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventudes e sexualidade. Brasília, DF: UNESCO Brasil; 2004.

CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento; Ministério da Saúde. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS: relatório de pesquisa. São Paulo; 2000.

Chaban Junior N, Maquera AER, Lopes CM. Prevalency of the pregnancy in adolescents in a Villa, Acre - Brazil. Online Brazilian Journal of Nursing [periódico na internet]. 2003 dec [acesso em 20 jan 2008];2(3). Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/objn203chabanjunioetal.htm>

Cunha MA, Maia MRS, Gomes MSR, Araújo MF, Machado CL. Perfil das puérperas atendidas numa maternidade estadual de Rio Branco, Acre-Brasil. Online Brazilian Journal of Nursing [periódico na internet]. 2002 [Acesso em 19 jun 2008];1(1). Disponível em: <HTTP://www.uff.br/nepae/objn101cunhaetal.htm>

Cruzeiro ALS, Souza LDM, Silva RA da, Horta BL, Muenzer RM. Iniciação sexual entre adolescentes de Pelotas, Rio Grande do Sul. Rev Bras Crescimento Desenvol Hum. 2008;18:116-25.

Díaz J, Díaz M. Anticoncepção na adolescência. In: Schor N, Mota MSFT, Branco VC, coordenadores. Cadernos juventude e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1999. v.1, p. 249-57.

Dib SCS. Contracepção na adolescência: conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre alunos de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto-SP [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 2007.

Doreto DT. Estudo do conhecimento de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de uma área de um programa de saúde da família de Ribeirão Preto-SP [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 2006.

D`Oro ACDO. Adolescência e gravidez: estudo de adolescentes atendidas em serviços de saúde da cidade de São Carlos, Estado de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Publica da USP; 1992.

Farias ES, Lanza MB, Ferreira CRT, Carvalho WRG de, Guerra-Júnior G. Maturação sexual em escolares de baixo nível socioeconômico da cidade de Rio Branco-Ac. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum. 2006;8(3):45-50.

Ferreira MP; Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/AIDS, 1998 e 2005. Rev Saúde Pública. 2008 supl 1;42:65-71.

Fowler Jr DJ. Survey research methods. California: Sage; 1990.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. A voz dos adolescentes [livro na internet]. Brasília, 2002. [acesso em 26 nov 2008]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/vozdosadolescentes02.pdf>

Governo do Estado do Acre. Secretaria de Estado de Saúde. Plano diretor de regionalização. Rio Branco; 2003.

GuiaNet [homepage na internet]. Porto Alegre: Guia Internet Brazil; c1999-2005 [acesso em 13 dez 2009]. Disponível em: <http://www.guianet.com.br/>

Guimarães AMAN, Vieira MJ, Palmeira JA. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003;11:293-8.

Gupta N, Leite IC. Tendências e determinantes da fecundidade entre adolescente no Nordeste do Brasil. *Perspect Int Planej Fam*. 2001;45 num especial:24-9.

Heilborn ML. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz; 2006. p. 29-50

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000: nupcialidade e fecundidade: resultado da amostra [publicação na internet]. Rio de Janeiro; 2003. [acesso em 10 set 2008]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_nupcialidade_fecundidade.shtm

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tendências demográficas: uma análise dos resultados da amostra do censo demográfico 2000 [publicação na internet]. Rio de Janeiro; 2004. [acesso em 10 set 2009]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/Tendencias_Demograficas/

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais 2004 [publicação na internet]. Rio de Janeiro; 2005a. (Estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica, 15) [acesso em 4 set 2008]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2004/default.shtm>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílio (PNAD): síntese de indicadores 2004 [publicação na internet]. Rio de Janeiro; 2005b. [acesso em 10 set 2008]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/default.shtm>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais 2005 [publicação na internet]. Rio de Janeiro; 2006. (Estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica, 17) [acesso em 4 ago 2008]. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2005/default.shtm>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população 2007 [publicação na internet]. Rio de Janeiro; 2007 [acesso em 04 jan 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais 2008: uma análise das condições de vida da população brasileira [publicação na internet]. Rio de Janeiro; 2008. (Estudos e pesquisa informação demográfica e socioeconômica, 23). [acesso em 10 set 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2008/default.shtm>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Acre: Cruzeiro do Sul [homepage na internet]. 2009 [acesso em 10 dez 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira. Censo escolar: sinopse estatística da educação básica 2007. Brasília, DF; 2008a [acesso em 10 set 2009]. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/basica/censo/Escolar/Sinopse/sinopse.asp>

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Sinopse estatística da educação básica: censo escolar 2008. Brasília, DF; 2008b [acesso em 8 jan 2010]. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/basica/censo/Escolar/sinopse/sinopse.asp>

Jardim DP, Brêtas JRS. Orientação sexual na escola: a concepção dos professores de Jandira - SP. *Rev Bras Enfermagem*. 2006;59:157-62.

Lourenço B. Trabalho em grupos de adolescentes: reflexões em saúde. In: Governo do Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo; 2006. p. 57-60.

Maia RRP. Fatores associados ao baixo peso ao nascer no Município de Cruzeiro do Sul, Acre [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Mandu ENT, Corrêa AC de P, Vieira MA. Conhecimentos, valores e vivências de adolescentes acerca das doenças de transmissão sexual e AIDS. *Rev Bras Crescimento Desenvol Humano*. 2002;10(1):74-90.

Martins LBM, Costa-Paiva L, Osis MJ, Sousa MH, Pinto Neto AM, Tadini V. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2006;40:57-64.

Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Brasília, DF; 1998.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS no 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 16 out 1996; Seção 1: 21082-5.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Prevenir é sempre melhor. Brasília, DF; 1998. 102p. (Série Prevenir é sempre melhor).

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4. ed. Brasília, DF; 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 40).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, DF; 2005a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de controle doenças sexualmente transmissíveis. 4. ed. Brasília; DF; 2005b. (Série Manuais, 68).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília; DF; 2006a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília, DF; 2006b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde); (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2).

Narring F, Wydler H, Michaud PA. First sexual intercourse and contraception: a cross-sectional survey on the sexuality of 16-20 years old in Switzerland. Schweiz Med Wochenschr. 2000;130:1389-98.

Nascimento LCS do, Lopes CM. Atividade sexual e doenças sexualmente transmissíveis em escolares do 2º grau de Rio Branco-Acre, Brasil. Rev Latino-am Enfermagem. 2000;8(1):107-13.

Nichiata LYI, Gryscek ALFL, Ciosak SI, Takahashi RF. DST e AIDS. In: Borges ALV, Fujimori E, organizadores. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri: Manole; 2009. p. 82-115.

Oliveira OS. Introdução à sociologia. São Paulo: Ática; 2007.

Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R; Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2008 supl 1;42:45-53.

Pecorari EPDN, Cardoso LRD, Figueiredo TFB. Orientação sexual em escolas de ensino fundamental: um estudo exploratório. *Cad Psicopedag* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 23 out 2009];5(9). Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-10492005000100002&lng=pt&nrm=iso

Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

Petroski EL, Velho NM, Bem MFL de. Idade de menarca e satisfação com o peso corporal. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 1999;1:30-6.

Pirotta WRB, Pirotta KCM. O adolescente e o direito à saúde após a constituição de 1988. In: Schor N, Mota MSFT, Branco VC, coordenadores. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1999. v.1, p. 30-48.

Pirotta KCM. Não há guarda chuva contra o amor estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

Pirotta KCM. Juventude, saúde sexual e reprodutiva e gênero: considerações a partir de uma pesquisa com estudantes universitários. *Bol Inst Saúde*; 2006;12(40):10-2.

Reis FM, Camargos AF, Aldrighi JM. Anticoncepção na lactação. In: Aldrighi JM, Petta CA. *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 135-38

Saito MI, Leal MM. O exercício da sexualidade na adolescência: a contracepção em questão. *Pediatria (São Paulo)*. 2003;25(1/2):36-42.

Santos VL, Santos CE. Adolescentes, jovens e Aids no Brasil. In: Schor N, Mota MSFT, Branco VC, coordenadores. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1999. v.1, p. 213-22.

Schor N. Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1990;24:144-51.

Schor N, Lopez A F. Adolescência e anticoncepção: 1. Estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto. *Rev Saúde Pública*. 1990;24:506-11.

Schor N. *Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso* [tese de livre docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1995.

Schor N, Mota MSFT, Branco VC, coordenadores. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1999. v.1.

Schor N, Ferreira AF, Machado VL, França AP, Pirotta KCM, Alvarenga AT, et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. Cad Saúde Pública. 2000;16:377-84.

Schor N, Corbett CEP, Peres F, Pontilho PM, Tanaka LF, França MN, et al. Adolescência, vida sexual e planejamento reprodutivo de escolares de Serra Pelada, Pará. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2007;17(2):45-53.

Schor N, França AP, Siqueira AAF, Pirotta KCM, Alvarenga AT. Adolescência: vida sexual e anticoncepção. In: Anais do 11º Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP – Popularização, globalização e exclusão [evento na internet]; 1998; Caxambu, MG. Campinas: ABEP; [s.d.] [acesso em 15 set 2009]. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a130.pdf>

Silva CR. Responsabilidades no exercício da sexualidade do adolescente. In: Pereira JL, Fanelli CMT, Pereira RCR, Rios SPS, organizadores. Sexualidade na adolescência no novo milênio. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007. p. 26-31.

Silva LB, Abramovay M. Construções sobre sexualidade na juventude. In: Abramovay M, Andrade ER, Esteves LCG, organizadores. Juventudes: outros olhares sobre a diversidade. Brasília, DF: MEC/UNESCO; 2007. p. 227-67. (Coleção educação para todos, 27).

Silva NN. Amostragem probabilística. São Paulo: EDUSP; 1998.

Silva SP da. Considerações sobre o relacionamento amoroso entre adolescentes. Cad Cedes. 2002;57(22):23-43.

Souza MM de, Del-Rios NHA, Munari DB, Weirich CF. Orientação sexual: conhecimentos e necessidades de professores de um colégio público de Goiânia-GO. Rev Eletrôn Enfermagem. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 20 out 2009];10(2):460-71. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a17.htm>

Tavares CHF, Haeffner LSB, Barbieri MA, Bettiol H, Barbieri MR, Souza L DE. Idade da menarca em escolares de uma comunidade rural do Sudeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2000;16:709-15.

Tavares CM, Schor N, Franca Junior I, Diniz SG. Factors associated with sexual initiation and condom use among adolescents on Santiago Island, Cape Verde, West Africa. Cad Saúde Pública. 2009;.25:1969-1980.

Teixeira AMFB, Knauth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:1385-96.

Tonis NHM, Lino AI de A, Santos MAM dos, Lopes CLR, Barbosa MA, Siqueira KM. Sexualidade e anticoncepção: o conhecimento do escolar/adolescente. *Rev Eletrôn Enfermagem* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 26 out 2009];7:344-50. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Situação da epidemia mundial de AIDS, dezembro de 2007a: sumário dos principais dados. Brasília, DF: World Health Organization; [s.d.] [acesso em 20 jan 2008]. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/doc/SumarioprincipaisdadosUNAIDS.pdf>

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Situação da epidemia mundial de AIDS, dezembro de 2007b: América Latina. Brasília, DF: World Health Organization; [s.d.] [acesso em 20 jan 2008]. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/doc/AmericaLatinaDados2007UNAIDS.pdf>

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Espaço aberto ao diálogo da infância e juventude: o jovem lendo o mundo. Brasília, DF; 2001.

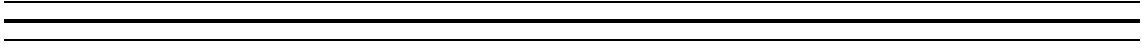
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. AIDS: o que pensam os jovens: políticas e práticas educativas. Brasília, DF; 2002. (Cadernos Unesco Brasil. Série Educação para a Saúde, 1).

Vieira LM, Saes S de O, Dória AAB, Goldberg, TBL. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*. 2006;6:135-40.

Villela WV, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:2467-72.

Volpi M. adolescência como oportunidade. In: Ministério da saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Saber viver: adolescência e AIDS, experiências e reflexões sobre o tema. Brasília, DF; 2004. p. 8-9.

ANEXOS



FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Mária José Francalino, Néia Schor e Pascoal Muniz

Caro estudante,

Este questionário faz parte de uma pesquisa que está sendo feita com o objetivo de caracterizar o **conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais**, por adolescentes de 13 a 17 anos de idade, de escola da rede pública, de ensino fundamental e médio (diurnos), da área urbana do município de Cruzeiro do Sul – Acre.

Sua participação é muito importante para que possamos conhecer as nossas dificuldades e as nossas necessidades nesse assunto tão importante para nossa vida.

Por isso, pedimos a sua participação, respondendo as questões de forma honesta e sincera para podermos ter um "retrato" de como os adolescentes estão informados e agindo atualmente.

Lembramos que o questionário é anônimo, não havendo necessidade de colocar nome.

LEMBRE-SE: Sua sinceridade é fundamental!

Muito Obrigada!

Data: _____/_____/_____ Turma: _____

Nome da escola: _____

N	Questão	Resposta	Cod.
1	Quantos anos você tem?	1 <input type="checkbox"/> 13 anos 2 <input type="checkbox"/> 14 anos 3 <input type="checkbox"/> 15 anos	Q1
2	Data do nascimento	2 <input type="checkbox"/> Masculino	Q2
3	Qual o seu sexo?	1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Negra 4 <input type="checkbox"/> Amarela	Q3
4	Como você classifica sua cor?	1 <input type="checkbox"/> Católica 2 <input type="checkbox"/> Protestante 3 <input type="checkbox"/> Espírita	Q4
5	Qual sua religião?	4 <input type="checkbox"/> Outra, Qual? _____ 5 <input type="checkbox"/> Não tenho religião, mas acredito em Deus 6 <input type="checkbox"/> Não acredito em Deus	Q5
6	Em que série você estuda, atualmente?	1 <input type="checkbox"/> 5ª série fundamental 2 <input type="checkbox"/> 6ª série fundamental 3 <input type="checkbox"/> 7ª série fundamental 4 <input type="checkbox"/> 8ª série fundamental	Q6
7	Qual período você estuda?	1 <input type="checkbox"/> Manhã 2 <input type="checkbox"/> Tarde	Q7
8	Você trabalha fora de casa?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim Quanto ganha? _____	Q8
9	Qual é o seu estado civil (situação conjugal)?	1 <input type="checkbox"/> Solteiro (a) 2 <input type="checkbox"/> Casado (a) 3 <input type="checkbox"/> Vive/mora junto com o companheiro (a) 4 <input type="checkbox"/> Separado/divorciado (a) 5 <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____	Q9
10	Quantos divórcios tem a casa que mora no seu domicílio (incluindo você)?	1 <input type="checkbox"/> Pai 2 <input type="checkbox"/> Mãe 3 <input type="checkbox"/> Madrasta 4 <input type="checkbox"/> Padrasto 5 <input type="checkbox"/> Irmão 6 <input type="checkbox"/> Irmã 7 <input type="checkbox"/> Avô 8 <input type="checkbox"/> Avó 9 <input type="checkbox"/> Tio(s) 10 <input type="checkbox"/> Tio(s)	Q10
11	Quantos divórcios tem a casa que mora (fora a cozinha e o banheiro)?	0 <input type="checkbox"/> Não (SE NÃO) passar para questão 14 1 <input type="checkbox"/> Sim, qual sua idade no primeiro número? _____ anos	Q11
12	Você já namorou?	0 <input type="checkbox"/> Não (SE NÃO) passar para questão 14 1 <input type="checkbox"/> Sim, qual sua idade no primeiro número? _____ anos	Q12

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Mária José Francalino, Néia Schor e Pascoal Muniz

13 Esta namorando atualmente?

0 Não
1 Sim, há quanto tempo? _____
888 Não se aplica (casado/junto)

Q13

14 Você tem algum relacionamento afetivo?

0 Não
1 Namora
2 Fica

Q14

SÓ PARA MENINA (da pergunta 15 a 16)

15 Você já teve sua primeira menstruação?

0 Não **(SE NÃO)** passar para a questão 17).
1 Sim

Q15

16 Que idade você tinha quando teve a primeira menstruação?

_____ anos.

Q16

PARA RAPAZ E MENINA (da pergunta 17 a 37)

17 Você teve relação sexual alguma vez? (se já transou).

0 Não **(SE NÃO)** passar para a questão 28).
1 Sim

Q17

18 Que idade você tinha quando teve sua primeira relação sexual (transa)?

_____ anos (completo)
99 Não sei/não lembro

Q18

19 Qual era o tipo de relacionamento entre você e esta pessoa?

1 Amigo (a)
2 Namorado (a)
3 Norvo (a)
4 Marido/esposa/companheiro(a)
5 Recém-conhecido (a)
6 Outro, quem? _____
7 Recusa
99 Não sei/não lembro

Q19

20 Você conhecia métodos ou jeitos de evitar filhos na sua primeira relação sexual (transa)?

0 Não
1 Sim
99 Não sei/não lembro

Q20

21 Você usou algum método para evitar filhos na sua primeira relação sexual (transa)?

0 Não **(SE NÃO)** passar para a questão 23)
1 Sim
99 Não sei/não lembro

Q21

MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS

22 Quais os métodos ou meios de evitar filhos que você utilizou na sua primeira relação sexual (transa)?

1 Pílula
2 Camisinha
3 Injeção contraceptiva
4 Coito interrompido (gozar fora)
5 Tabela/linha do calendário
6 Abstinência (não ter relações sexuais)
7 DIU (dispositivo intrauterino)
8 Não usou
9 Outro, qual? _____
99 Não sei/não lembro

Q22

MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS

23 Você esperava ter relação sexual.

1 Não
2 Quer engravidar
3 Tinha vergonha de usar
4 Conhecia bem o (a)companheiro(a)
5 Não gostava de usar
6 Não sabia como/onde conseguir
7 Não conhecia nenhum método
8 Outro motivo. Quais? _____
99 Não sei/não lembro

Q23

SE NÃO, Por que não usou?

24 Você conhecia métodos ou meios de evitar doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS, na sua primeira relação sexual (transa)?

0 Não
1 Sim
99 Não sei/não lembro

Q24

25 Você usou camisinha na sua primeira relação sexual (transa)?

0 Não **(SE NÃO)** passar para a questão 27)
1 Sim
99 Não sei/não lembro

Q25

MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS

26 Por que usou?

1 Para evitar a gravidez.
2 Para evitar doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS
3 Não mantinha relação sexual sem camisinha
4 Não conhecia bem o (a) companheiro (a)
5 Outros motivos. Quais? _____
99 Não sei/não lembro

Q26

**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Márcia José Francalino, Néia Schor e Pascoal Muniz

27	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS Nos últimos anos, você recebeu informações NA ESCOLA sobre métodos anticoncepcionais (jeito de evitar filho), prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS? Como isso aconteceu? 99 - Não sei/não lembro	Q27
28	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS Quais os temas ao lado relacionados já foram discutidos em algum momento na sala de aula com o seu professor (a)?	Q28
29	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS Com quem você se sente à vontade para conversar sobre sua vida sexual?	Q29
SÓ PARA QUEM TEVE RELAÇÕES SEXUAIS (MENINOS E MENINAS) (da pergunta 38 a 58)		
38	Você tem filhos? 0 - Não (SE NÃO, passar para a questão 41) 1 - Sim	Q38
39	Com que idade você teve o seu primeiro filho? _____ anos 99 - Não sei/não lembro	Q39
40	Quantos filhos você tem? _____ filhos	Q40
41	Hoje, você usa algum método anticoncepcional (meio de evitar a gravidez)? 0 - Não, por quê? _____ 1 - Sim, qual? _____	Q41
42	Onde você consegue método anticoncepcional (meio de evitar filho)? 1 - Com meu pai 2 - Com minha mãe 3 - Com outros(s) parente(s). Quem? _____ 5 - Comprado na farmácia 6 - Com enfermeiro (a) do posto de saúde 7 - Com médico (a) do posto de saúde 8 - Com o namorado 9 - Com o esposo(a)/companheiro(a) 10 - De outras formas. Como? _____ _____ dia(s) _____ semana(s) _____ mês(es) 99 - Não sei/não lembro	Q42
43	Qual foi a última vez que você teve relações sexuais? _____ dia(s) _____ semana(s) _____ mês(es) 99 - Não sei/não lembro	Q43
44	Qual era o tipo de relacionamento entre você e esta pessoa? 1 - Amigo 2 - Namorado (a) (a) 3 - Novo(a) 4 - Mandou/esposou/companheiro(a) 5 - Recém-conhecido (a) 6 - Outro, quem? _____ 7 - Recusa 99 - Não sei/não lembro	Q44
45	Você conhecia métodos ou jeitos de evitar filhos na sua última relação sexual? 0 - Não 1 - Sim 99 - não sei/não lembro	Q45

**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Márcia José Francalino, Néia Schor e Pascoal Muniz

27	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS SE NÃO, Por que não usou?	Q27
28	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS Qual (s) o(s) método(s) ou meios de evitar filhos que você conhece?	Q28
29	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS (V) TODAS AS AFIRMATIVAS VERDADEIRAS (F) TODAS AS AFIRMATIVAS FALSAS (NS) TODAS AS AFIRMATIVAS QUE VOCE NÃO SABE A RESPOSTA	Q29
30	Você já ouviu falar de maneiras de se proteger ao mesmo tempo: a gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS. 0 - Não 1 - Sim. Qual? _____	Q30
31	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS Qual(is) o(s) método(s) ou maneiras de se proteger ao mesmo tempo: a gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS.	Q31
32	Você sabe onde conseguir métodos anticoncepcionais (jeito de evitar filhos) e meios de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS? 0 - Não 1 - Sim. Onde? _____	Q32
33	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS Onde você acha que alguém que estuda nesta escola pode conseguir métodos anticoncepcionais (jeito de evitar filho) e meios de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS?	Q33
34	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS Nos últimos anos, como você recebeu informações sobre métodos anticoncepcionais (jeito de evitar filho), prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS?	Q34

**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Maria José Francalino, Néia Schor e Pascoal Muniz

Q56	Você usa camisinha (feminina e masculina) além de usar outro método para evitar a gravidez?	0 <input type="checkbox"/> Não (SE NÃO, passar para a questão 58) 1 <input type="checkbox"/> Sim
Q57	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS 1 <input type="checkbox"/> Para evitar a gravidez. 2 <input type="checkbox"/> Para evitar doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS 3 <input type="checkbox"/> Não mantém relação sexual sem camisinha 4 <input type="checkbox"/> Quando não conhece bem o companheiro (a) 5 <input type="checkbox"/> Outros motivos. Quais? _____ 99 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	Q56
Q58	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS 1 <input type="checkbox"/> Não existe necessidade de usar dois tipos de métodos 2 <input type="checkbox"/> Tenho vergonha de usar camisinha 3 <input type="checkbox"/> Só mantem relação sexual quando conhece bem o(a) companheiro(a) 4 <input type="checkbox"/> Não gosto de usar camisinha 5 <input type="checkbox"/> Não conheço este método. 6 <input type="checkbox"/> Outros motivos. Quais? _____ 99 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	Q57
SÓ PARA MENINA COM INÍCIO DA VIDA SEXUAL (da pergunta 59 a 63)		
Q59	Qual foi a sua idade na primeira gravidez?	0 <input type="checkbox"/> Não (SE NÃO, passar para a pergunta 64 a 72) 1 <input type="checkbox"/> Sim _____ anos _____ vezes
Q60	Quantas vezes você ficou grávida?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim _____
Q61	Quando você engravidou utilizava algum método anticoncepcional?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim _____
Q62	Quando você engravidou utilizava algum método anticoncepcional?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim _____
PARA RAPAZ E MENINA (da pergunta 64 a 72)		
Q64	Você escuta rádio?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim _____
Q65	Qual estação você gosta?	1 <input type="checkbox"/> AM _____ 2 <input type="checkbox"/> FM. Qual? _____
Q66	Que período você mais ouve rádio	1 <input type="checkbox"/> Manhã _____ 2 <input type="checkbox"/> Tarde _____ 3 <input type="checkbox"/> Noite _____ 4 <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
Q67	Você assiste televisão?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim _____
Q68	Qual o período que você assiste TV?	1 <input type="checkbox"/> Manhã _____ 2 <input type="checkbox"/> Tarde _____ 3 <input type="checkbox"/> Noite _____
Q69	Qual (is) programa você gosta de assistir na TV?	Resposta: _____
Q70	Você tem acesso a internet?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim. Onde? _____
Q71	O que você faz no final de semana?	Resposta: _____
Q72	O que você mais gosta de fazer quando não está na escola?	Resposta: _____

OBSERVAÇÃO: Não sei/não lembro será categorizada com o número 99. Não se aplica será categorizada com o número 88. Resposta ou em branco com o número 77. Não será categorizada com o número zero.

**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Maria José Francalino, Néia Schor e Pascoal Muniz

Q46	Você usou algum método para evitar filhos na sua última relação sexual?	0 <input type="checkbox"/> Não (SE NÃO, passar para a questão 48) 1 <input type="checkbox"/> Sim 99 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro
Q47	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS 1 <input type="checkbox"/> comprimido (comprimido) 2 <input type="checkbox"/> Camisinha 3 <input type="checkbox"/> Injeção contraceptiva 4 <input type="checkbox"/> Contraceptivo (pílula fora) 5 <input type="checkbox"/> Tabela ou calendário 6 <input type="checkbox"/> Abstinência (não ter relações sexuais) 7 <input type="checkbox"/> DIU (dispositivo intrauterino) 8 <input type="checkbox"/> Não usou 9 <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____ 99 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	Q46
Q48	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS 1 <input type="checkbox"/> não esperava ter relação sexual. 2 <input type="checkbox"/> queria engravidar 3 <input type="checkbox"/> tem vergonha de usar 4 <input type="checkbox"/> conhece bem o (a) companheiro(a) 5 <input type="checkbox"/> não gosta de usar 6 <input type="checkbox"/> não sabe como/onde conseguir 7 <input type="checkbox"/> não conhece nenhum método 8 <input type="checkbox"/> outros motivos. Quais? _____ 99 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	Q47
Q49	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 99 <input type="checkbox"/> não sei/não lembro	Q48
Q50	Você usou camisinha na sua última relação sexual? 0 <input type="checkbox"/> Não (SE NÃO, passar para a questão 52) 1 <input type="checkbox"/> Sim 99 <input type="checkbox"/> não sei/não lembro	Q49
Q51	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS 1 <input type="checkbox"/> Para evitar a gravidez. 2 <input type="checkbox"/> Para evitar doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS. 3 <input type="checkbox"/> Não mantém relação sexual sem camisinha 4 <input type="checkbox"/> Não conhece bem o (a) companheiro (a) 5 <input type="checkbox"/> outros motivos. Quais? _____ 99 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	Q50
Q52	MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS 1 <input type="checkbox"/> Não conheço a camisinha 2 <input type="checkbox"/> Não esperava ter relação sexual. 3 <input type="checkbox"/> Quería engravidar 4 <input type="checkbox"/> Tenho vergonha de usar preservativo 5 <input type="checkbox"/> Confia no parceiro/tem apenas um 6 <input type="checkbox"/> Não gosta de usar preservativo 7 <input type="checkbox"/> O companheiro (a) não aceitou usar 8 <input type="checkbox"/> Você não aceitou usar 9 <input type="checkbox"/> Não sabe como/onde conseguir 10 <input type="checkbox"/> Outros motivos. Quais? _____ 99 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	Q51
Q53	Com que frequência você usa a camisinha? 1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes. Quando? _____ 3 <input type="checkbox"/> Nunca	Q52
Q54	Nos últimos 6 meses com quantas pessoas você teve relação sexual?	_____ pessoas 99 <input type="checkbox"/> não sei/não lembro
Q55	Você mantém relacionamentos sexuais independentemente de uma relação de namoro?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Adolescência e anticoncepção: Conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais por estudantes da área urbana de Cruzeiro do Sul, Acre.

Pesquisador Responsável: Maria José Francalino da Rocha

Prezado pai(s) ou responsável(is).

Este projeto tem o objetivo de descrever o conhecimento e o uso dos métodos anticoncepcionais por adolescentes escolares de 13 a 17 anos de idade das escolas públicas de ensino fundamental e médio (diurnas) da área urbana do município de Cruzeiro do Sul – Acre. Realizado pela Profa. Enfa. Maria José Francalino da Rocha, aluna do curso de pós-graduação, nível mestrado, da Faculdade de Saúde Pública da USP, sob a orientação da Profa. Dra. Néia Schor e Prof. Dr. Pascoal Muniz.

Para tanto será necessário aplicar um questionário aos adolescentes do sexo masculino e feminino sobre o conhecimento e uso de método anticoncepcional. As informações obtidas receberão tratamento analítico. Esclareço que o questionário é anônimo, não havendo necessidade de colocar nome ou identificação. O mesmo não será lido, nem analisado na escola, será agrupado com as respostas dadas por estudantes de outras escolas do Município, as respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. A partir das respostas estudadas será feita uma dissertação de mestrado que fornecerá subsídios para a elaboração de políticas públicas voltadas aos adolescentes do município de Cruzeiro do Sul.

O aluno, o pai(s) ou responsável(is) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. Procurar esclarecimentos com: Maria José Francalino da Rocha, fone (68) 9978-0725 ou (68) 3311-2506 ou no endereço: Estrada velha do Aeroporto, 401. Bairro: Boca da Alemanha, Cruzeiro do Sul – Acre, CEP: 69980-000.
5. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, telefone (11) 3061-7779. E no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Acre, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar que _____(nome do aluno) participe da pesquisa.

Cruzeiro do Sul, _____de_____ de _____

Nome do responsável: _____

Assinatura: _____

Eu, Maria José Francalino da Rocha, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável. _____

Data: ___/___/___.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Adolescência e anticoncepção: Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por estudantes da área urbana de Cruzeiro do Sul, Acre.

Pesquisador Responsável: Maria José Francalino da Rocha

Prezado aluno

Este projeto tem o objetivo de descrever o conhecimento e uso dos métodos anticoncepcionais por adolescentes escolares de 13 a 17 anos de idade das escolas públicas de ensino fundamental e médio (diurnas) da área urbana do município de Cruzeiro do Sul – Acre. Realizado pela Profa. Enfa. Maria José Francalino da Rocha, aluna do curso de pós-graduação, nível mestrado, da Faculdade de Saúde Pública da USP, sob a orientação da Profa. Dra. Néia Schor e Prof. Dr. Pascoal Muniz.

Para tanto será necessário aplicar um questionário aos adolescentes do sexo masculino e feminino sobre o conhecimento e uso de método anticoncepcional. As informações obtidas receberão tratamento analítico. Esclareço que o questionário é anônimo, não havendo necessidade de colocar nome ou identificação. O mesmo não será lido, nem analisado na escola, será agrupado com as respostas dadas por estudantes de outras escolas do Município, as respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. A partir das respostas estudadas será feita uma dissertação de mestrado que fornecerá subsídios para a elaboração de políticas públicas voltadas aos adolescentes do município de Cruzeiro do Sul.

O aluno, o pai(s) ou responsável(is) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

6. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
7. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
8. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
9. Procurar esclarecimentos com: Maria José Francalino da Rocha, fone (68) 9978-0725 ou (68) 3311-2506 ou no endereço: Estrada velha do Aeroporto, 401. Bairro: Boca da Alemanha, Cruzeiro do Sul – Acre, CEP: 69980-000.
10. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, telefone (11) 3061-7779. E no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Acre, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar do projeto.

Cruzeiro do Sul, ____ de _____ de _____

Nome do aluno: _____

Assinatura: _____

Eu, Maria José Francalino da Rocha, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável. _____

Data: __/__/__.

Prezado(a) Senhor(a)

Meu nome é **Maria José Francalino da Rocha, enfermeira, professora do Campus Floresta da Universidade Federal do Acre**. Sou mestranda do programa de pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Estou realizando uma pesquisa, sob supervisão da Profa. Dra. Néia Schor, com o objetivo de descrever o conhecimento e uso dos métodos anticoncepcionais por adolescentes escolares de 13 a 17 anos das escolas da rede pública do município de Cruzeiro do Sul-Acre, Brasil.

A metodologia da pesquisa prevê entrevistas, sobre esse assunto, com os alunos. As informações obtidas receberão tratamento analítico, assegurando-se a confidencialidade e o sigilo do respondente. Esclareço que os nomes dos estudantes não serão divulgados, que suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade.

Para a consecução do projeto, necessitamos da colaboração de V. S.^a, no sentido de permitir a aplicação de um questionário junto aos alunos das escolas municipais deste município. Contando com o consentimento de V. S.^a, antecipadamente agradeço.

Prof.^a Maria José Francalino da Rocha

Fone: 9978-0725/ 3311-2506

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO

Cruzeiro do Sul, de de 2008

Declaro estar ciente do exposto e autorizo a coleta de dados para a pesquisa.

Gestor da Secretaria Estadual de Educação de Cruzeiro do Sul

Prezado(a) Senhor(a)

Meu nome é **Maria José Francalino da Rocha, enfermeira, professora do Campus Floresta da Universidade Federal do Acre**. Sou mestranda do programa de pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Estou realizando uma pesquisa, sob supervisão da Profa. Dra. Néia Schor e Prof. Dr. Pascoal Muniz com o objetivo de descrever o conhecimento e uso dos métodos anticoncepcionais por adolescentes escolares de 13 a 17 anos das escolas da rede pública da área urbana do município de Cruzeiro do Sul-Acre, Brasil.

A metodologia da pesquisa prevê entrevistas, sobre esse assunto, com os alunos. As informações obtidas receberão tratamento analítico, assegurando-se a confidencialidade e o sigilo do respondente. Esclareço que os nomes dos estudantes não serão divulgados, que suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade.

Para a consecução do projeto, necessitamos da colaboração de V. S.^a, no sentido de permitir a aplicação de um questionário junto aos alunos das escolas municipais deste município. Contando com o consentimento de V. S.^a, antecipadamente agradeço.

Prof.^a Maria José Francalino da Rocha

Fone: 9978-0725/ 3311-2506

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

Cruzeiro do Sul, de de 2008

Declaro estar ciente do exposto e autorizo a coleta de dados para a pesquisa.

Gestor da Secretaria Municipal de Educação de Cruzeiro do Sul

Prezado(a) Senhor(a)

Meu nome é **Maria José Francalino da Rocha, enfermeira, professora do Campus Floresta da Universidade Federal do Acre**. Sou mestranda do programa de pós-graduação em Saúde Pública-Materno Infantil, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Estou realizando uma pesquisa, sob supervisão da Profa. Dra. Néia Schor e Prof. Dr. Pascoal Muniz, com o objetivo de descrever o conhecimento e uso dos métodos anticoncepcionais por adolescentes escolares de 13 a 17 anos das escolas da rede públicas localizadas na zona urbana do município de Cruzeiro do Sul-Acre, Brasil.

A metodologia da pesquisa prevê entrevistas, sobre este assunto, com os alunos. As informações obtidas receberão tratamento analítico, assegurando-se a confidencialidade e o sigilo do respondente. Esclareço que os nomes dos estudantes não serão divulgados, que suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade.

Para a consecução do projeto, necessitamos da colaboração de V. S.^a, no sentido de permitir a aplicação de um questionário junto aos alunos da sua escola. Contando com o consentimento de V. S.^a, antecipadamente agradeço.

Prof.^a Maria José Francalino da Rocha

Fone: 9978-0725/ 3311-2506

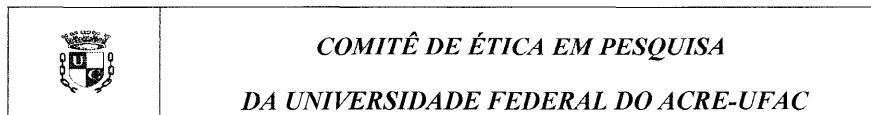
Declaro estar ciente do exposto e autorizo a coleta de dados para a pesquisa.

Nome da Escola: _____

Nome do Diretor(a): _____

Assinatura do Diretor(a) _____

Cruzeiro do Sul, de de 2008



DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO PARA INÍCIO DA
PESQUISA DE CAMPO

O Projeto: “Adolescência e Anticoncepção: Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por adolescentes escolares da área urbana do Município de Cruzeiro do Sul, Acre”, protocolado sob o nº. 23107.010571/2008-25, da Pesquisadora **MARIA JOSÉ FRANCALINO DA ROCHA**, após ter sido submetido a este Comitê foi considerado como **APROVADO PARA INÍCIO DA PESQUISA DE CAMPO**, considerando que está de acordo com as exigências constantes na Resolução 196/96 do MS/CONEP. Concluída a pesquisa, o pesquisador deverá trazer ao CEP/UFAC o relatório final, a fim de receber a aprovação final da pesquisa para posterior publicação.

Rio Branco-Acre, 28 de abril de 2009.



Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UFAC



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/090/09

PROTOCOLO 1881
PROJETO DE PESQUISA ADOLESCÊNCIA E ANTICONCEPÇÃO: CONHECIMENTO E USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS POR ESTUDANTES DA ÁREA URBANA DE CRUZEIRO DO SUL, ACRE
PESQUISADOR(A) Maria José Francalino da Rocha
ÁREA TEMÁTICA Grupo III

São Paulo, 18 de Março de 2009.

Prezada Pesquisadora

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP analisou, em sua 2.ª/09 Sessão Ordinária, realizada em 13/03/2009, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considera **APROVADO COM RECOMENDAÇÃO** devendo a pesquisadora encaminhar para arquivo deste COEP, ofício de aprovação do projeto pelo COEP/CEP do Acre.

Assim que atendido o solicitado, sua cópia deverá ser encaminhada para apreciação. Cabe lembrar que de acordo com o Regimento Interno do COEP/FSP, recomendações devem ser atendidas no prazo máximo de 30 dias a partir da emissão do ofício.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN/196/96, são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto,
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

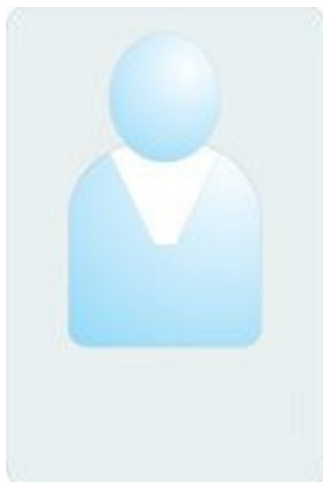
Atenciosamente,

Cláudio Leone

Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª Néia Schor
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública – USP



Neia Schor

possui graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1972), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1978) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1985). Atualmente é professor titular da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: adolescência, saúde reprodutiva, anticoncepção, aborto e gênero.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 14/09/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/6165875000902993>



Dados pessoais

Nome Neia Schor

Nome em citações bibliográficas SCHOR, N.

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública,
 Departamento de Saúde Materno-Infantil.
 Av. Dr. Arnaldo, 715 Sala 218
 CERQUEIRA CÉSAR
 01246904 - Sao Paulo, SP - Brasil
 Telefone: (11) 30667773 Fax: (11) 38530240
 URL da Homepage: www.fsp.usp.br



Maria José Francalino da Rocha

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Acre (1997). Especialista em: Enfermagem Obstétrica, Clínica Transfusional e em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Atualmente é professora da Universidade Federal do Acre - Campus Cruzeiro do Sul. Enfermeira. Tem experiência na área de Enfermagem em Terapia Intensiva, Enfermagem obstétrica e Enfermagem neonatológica.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 09/04/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/4115181003942081>



Dados pessoais

Nome Maria José Francalino da Rocha

Nome em citações bibliográficas Rocha MJF.

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade Federal do Acre, Campus Cruzeiro do Sul.
Estrada do Canela Fina, Km 12, Gleba Formoso, Lote 245,
Colônia São Francisco
69980-000 - Cruzeiro do Sul, AC - Brasil
Telefone: (068) 33112506