

1 INTRODUÇÃO

1.1 A Adolescência

A adolescência tem despertado nos últimos tempos um interesse crescente por parte das políticas públicas, da mídia e tem sido objeto de estudo de disciplinas das mais diversas áreas do conhecimento. Desta forma, encontramos disponível na literatura uma diversidade de conceitos para caracterizar este período da vida e diante a complexidade que envolve o tema, não há uma definição que seja clara, objetiva e única (VITIELLO, 1988). Cada conceito traz particularidades e diversidades de expressão de uma fase da vida diferente para as diversas culturas e sociedades. O ponto de partida, entretanto, é abordar esta fase específica do desenvolvimento humano, caracterizada por mudanças fundamentais para que o indivíduo possa atingir a maturidade e se inserir na sociedade no papel de adulto (UNICEF, 2002). Para Vitiello (1988, p.1):

“adolescente é o individuo que se encontra em fase peculiar de transição biopsicossocial, período caracterizado por transformações biológicas, busca de uma definição de seu papel social e determinado pelos padrões culturais do seu meio”.

A Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization [WHO]{1998-2003}), por sua vez, introduz um conceito de adolescência, amplamente aceito na área da saúde, e reconhece como adolescência o período da vida situado entre 10 e 19 anos de idade, caracterizado pelo amadurecimento físico, psicológico e social, transição da infância para a idade adulta, sendo subdividida em dois períodos: 10 a 14 anos, fase em que há o aparecimento de caracteres sexuais secundários e 15 a 19 anos, finalização do crescimento e desenvolvimento morfológicos.

Essa definição é importante porque concentra a atenção em dois extremos, os quais mostram as necessidades daqueles que estão saindo da infância e os que estão entrando na vida adulta (UNICEF, 1997). No entanto, a demarcação de limites etários para caracterizar a adolescência sofre

variações, já que não é possível dizer que o período se inicia aos 10 anos e termina aos 19 anos de idade para todas as pessoas no que se refere aos aspectos biopsicossocial. Tanto para caracterizar seu início quanto seu término as definições não se aplicam universalmente, variando entre países, num mesmo país e entre culturas diferentes.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990, no seu artigo 2º, título 1º, define como criança o indivíduo com até 12 anos de idade incompletos e adolescentes, dos 12 aos 18 anos. Assim, enquanto em termos legais o indivíduo já é considerado adulto, para a OMS, ele se insere ainda no período compreendido pela adolescência. A opção por uma ou outra definição resultará em interpretações distintas do fenômeno estudado, e a delimitação desta fase da vida por faixa etária não acontece sem perdas (CORRÊA, 2004).

Embora haja diversidade de conceitos e marcos etários, consensualmente sabe-se que o período é um dos mais importantes da vida do indivíduo, pois nele sucedem-se eventos sociais, econômicos, biológicos e demográficos que constroem as bases para a vida adulta (CORRÊA, 2004).

Em termos biológicos, a adolescência é um período de mudanças que inicia aos 10 ou 11 anos de idade em média, o que se denomina puberdade.

O termo tem origem do latim, *pubertas* – idade fértil, e se caracteriza pelo amadurecimento dos caracteres sexuais secundários, marcando o início da capacidade reprodutiva. É na adolescência, portanto, que o indivíduo torna-se pronto para a reprodução e a sexualidade passa a ter posição de destaque na vida do homem e da mulher (PIROTTA, 2002).

Paralelas às mudanças físicas e biológicas, importantes transformações também ocorrem no âmbito psicológico, como a busca da identidade, desenvolvimento do pensamento abstrato e a estruturação da identidade sexual, sendo esta considerada parte essencial desse processo (ABERASTURY & KNOBELL, 1986). Para Cavalcanti (1998), o então mundo infantil, vivenciado no conhecido e seguro mundo familiar, cede lugar ao desconhecido e incerto mundo da sociedade adulta e o adolescente começa a buscar e conquistar espaço dentro de si mesmo e da sociedade. Para

Corrêa, o fato de ser adolescente não impede a incorporação de papéis adultos, ao mesmo tempo que o fato de atingir a idade cronológica considerada adulta não implica em assumir muitos dos papéis a ela associados.

Mais que uma etapa cronologicamente definida, a adolescência é um fenômeno histórico e social e muito variável. Heilborn et al. (2000) refere que o contexto social onde se encontra inserido o adolescente define o universo de possibilidades e de significações, sendo diferente para jovens oriundos de classes sociais distintas.

Por um lado observa-se no país o fenômeno da adolescência prolongada, comum nos níveis sócio-econômicos mais altos, em que a condição de ser adolescente tende a se prolongar, adiando a inserção no mercado de trabalho, formação acadêmica e vínculo matrimonial (UNICEF, 1997; MEDINA, 1999). Os adolescentes de menor renda, por sua vez, freqüentemente são inseridos precocemente no mercado de trabalho e muitas vezes vivenciam a maternidade nesta fase da vida. Jovens que possuem condição sócio-econômica desfavorável apresentam um amadurecimento psicossocial diferenciado quando comparado àqueles com melhores recursos.

Dessa forma, a idade ou grau de amadurecimento biológico, psicológico e social não acontece de maneira sincronizada. Torna-se necessário compreender as influências externas no desenvolvimento psicossocial do indivíduo, o que facilita o reconhecimento da necessidade de um período de transição da infância para a idade adulta, bem como os eventos que se associam a esse período da vida (CORRÊA, 2004).

Um aspecto importante a ser considerado é a adolescência como uma realidade que não pode ser abordada de forma homogênea em todas as regiões e camadas sociais, considerando o universo de diversidades e desigualdades do país, em seus aspectos sociais, culturais e naturais (UNICEF, 2002).

A transição para a idade adulta é influenciada, conforme exposto, pelo contexto onde o indivíduo se inscreve e os esforços em estabelecer limites

etários não devem perder de vista as especificidades desses contextos nos quais a adolescência e a juventude são experimentadas (PIROTTA, 2002).

Dessa forma, ser adolescente ou ser jovem é mais do que uma delimitação etária. A OMS, assim como estabeleceu marcos etários que delimitam a adolescência, definiu também a categoria jovem, que compreende o período da vida situado entre os 15 e 24 anos de idade. Corrêa (2004) refere a fragmentação de algo contínuo, que é o desenvolvimento humano, quando se tenta esclarecer termos como pré-adolescência, adolescência e juventude. As diversas conceituações existentes para designar a adolescência resultam apenas da necessidade das diversas disciplinas em representar melhor seu universo de estudo. E assim, julga pertinente considerar a existência não de uma adolescência, mas de “adolescências”.

Diante do exposto, é importante não restringir esta complexa fase da vida à um limite etário, sendo, portanto, fundamental no entendimento da adolescência considerar os outros aspectos deste processo.

1.2 Gravidez na Adolescência

A gravidez na adolescência ganhou destaque no cenário brasileiro devido à transição demográfica ocorrida ao longo da segunda metade do século XX, caracterizada principalmente pela queda nas taxas de fecundidade total e declínio da mortalidade. Este processo, diretamente relacionado ao desenvolvimento da sociedade industrial e urbana, trouxe muitas mudanças na estrutura etária da população, com implicações na organização social, cultural e econômica, gerando novas demandas sociais (PIROTTA, 2002).

Contrariamente ao declínio da fecundidade total observado a partir da década de 60, a taxa específica de fecundidade das adolescentes aumentou para as mulheres de 15 a 19 anos de idade, sendo mais expressivo nas áreas urbanas e estados mais carentes. O perfil etário da fecundidade mostra que o grupo de 20 a 24 anos concentra 30% do total da fecundidade na área urbana, enquanto na área rural, este percentual é de

27%. A fecundidade tem registrado queda mais acentuada nas faixas etárias centrais, com aumento na participação do grupo etário de 15 a 19 anos na fecundidade total (BEMFAM, 1997).

A fecundidade na adolescência se tornou mais evidente, pois o crescimento demográfico resultante da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade, favoreceu a formação do contingente populacional jovem (CORRÊA, 2004).

Segundo Souza (1998, p.74), dois conceitos têm sido utilizados para se referir a fatos relacionados ao aumento da fecundidade: maternidade precoce e gravidez na adolescência. Por maternidade precoce, entende-se:

“a maternidade abaixo dos 20 anos (quase sempre se tratando das idades entre 15 e 19 anos) assumindo que a maternidade nessa idade antecipa a maturidade biológica ou os momentos socialmente institucionalizados para a reprodução e suas implicações em termos de constituir família”.

Já o termo gravidez na adolescência, segundo o autor, é mais amplo que maternidade precoce e envolve outras questões, inclusive os processos de interrupção da gravidez, principalmente os casos de aborto provocado entre jovens.

Tanto a “maternidade precoce” quanto a “gravidez na adolescência” emergem como um problema ao interferir no curso de vida considerado “normal”, pois a sociedade atual, padronizou condutas e comportamentos reprodutivos e transformou a fecundidade na adolescência em um problema (VIEIRA, 2003). Atualmente, o percurso considerado como natural para um jovem, numa seqüência linear é a obtenção da educação formal, inserção no mercado de trabalho com conseqüente autonomia financeira, estabelecimento de um núcleo familiar e por fim, a reprodução (STERN e MEDINA, 1999).

Para Heilborn (1998), deve-se considerar que as “expectativas sociais” que se tem diante da idade se alteram no decorrer do tempo. O que num dado período histórico é tido como normal em outro pode não ser tão aceitável assim, ou seja, o que se denomina hoje de gravidez na

adolescência (10 aos 19 anos) durante muito tempo foi considerada a época ideal para mulher ter filhos. Até o final do século XX, por exemplo, a média de idade para o casamento era de 12 a 16 anos, época em que as meninas já haviam terminado os estudos e estavam aptas para iniciar uniões e ter filhos.

Diferentemente da época atual, nas décadas passadas vigoravam outros padrões familiares e as meninas engravidavam com o respaldo de uma situação mais protetora do que hoje. A maioria engravidava dentro de um casamento, que embora precoce, respondia às expectativas e padrões da época (REIS 2002).

De acordo com Vieira (1998) os adolescentes estão iniciando cada vez mais cedo sua vida sexual e a porcentagem de adolescentes grávidas está aumentando. Dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 (PNDS-1996) mostraram que no Brasil, a mediana da idade para das mulheres na primeira relação foi de 19,5 anos, com diferenças entre as regiões. As mulheres nordestinas foram as que iniciaram mais cedo sua vida sexual (18,6 anos) e as do centro-oeste as que começaram mais tarde (20,3 anos). Comparando com indivíduos do sexo masculino, a mediana da idade na primeira relação foi de 16,7 anos, o que demonstra que os homens iniciam aproximadamente 2,8 anos mais cedo que as mulheres, em contraposição ao que acontece com o casamento, quando o homem se casaria três anos mais tarde.

Dados da PNDS-1996 mostraram que no Brasil, 18% das adolescentes de 15 a 19 anos de idade já tinham tido pelo menos um filho ou estavam grávidas. Considerando o número de crianças nascidas vivas e excluindo as mulheres grávidas, aproximadamente 11% das mulheres já tinham pelo menos um filho e 3% delas tinham dois. Esta proporção aumenta com a idade, bem como o número médio de filhos nascidos vivos (BEMFAM, 1997).

Entretanto, tem-se verificado uma diminuição na idade das mulheres no momento do nascimento do primeiro filho (HEILBORN, 1998). Dados apresentados pela BEMFAM (1997), de acordo com resultados da PNDS-1996, confirmam essa diminuição da mediana de idade ao nascimento do

primeiro filho, resultado relacionado ao fato que as mulheres estão tendo filhos antes dos 17 anos (16% das mulheres de 20 a 24 anos) enquanto pouco mais que 10% das mulheres com idade entre 40 e 44 anos, tiveram o primeiro filho antes dos 17 anos de idade. Os diferenciais quanto a idade no nascimento do primeiro filho são bastante evidentes entre as regiões: comparando o Rio de Janeiro, local onde as mulheres tem filhos mais tarde, com a região Norte, onde iniciam mais cedo, o diferencial foi de 3,4 anos. Diferenças importantes também são verificadas em relação à escolarização: comparando mulheres com nenhuma escolaridade com aquelas que possuem de 9 a 11 anos de estudo, a diferença de idade no nascimento do primeiro filho é de 4,9 anos, o que indica que as mulheres com mais escolaridade tem o primeiro filho quase 5 anos mais tarde do que aquelas com nenhuma escolaridade.

Entre adolescentes o aumento da fecundidade tem sido relacionado ao aumento da atividade sexual, como consequência da difusão de valores culturais e sociais (MELO, 1993). Esta tendência pode estar relacionada ao próprio desejo das mulheres em iniciar mais cedo sua vida sexual e apenas a análise de situações específicas permitirá definir a gravidez nessa fase como vantagem ou desvantagem em determinados aspectos (SOUZA, 1998).

É evidente que a gravidez na adolescência desencadeia fatores que representam comprometimentos de diferentes ordens. As repercussões médicas mais citadas na literatura são a elevada incidência de mortalidade materna e infantil. Silva & Chinaglia (2000) referem que embora seja possível reduzir as taxas de mortalidade resultantes de complicações obstétricas, controlando-se fatores sócio-econômicos, nutrição e cuidados pré-natais, o fator idade continua influenciando sobre o risco de forma isolada e independente. A literatura aponta outras consequências médicas referentes à morbidade, como doença hipertensiva específica da gravidez, infecções urinárias, anemia e outras, especialmente nas faixas etárias mais jovens.

Dentre outros aspectos, o risco para o aborto também pode ser considerado como uma possibilidade diante uma gravidez indesejada. Segundo Pirotta (2002) um grande número de gestações não desejadas são

interrompidas mediante aborto clandestino. Por ser um procedimento sem respaldo legal, muitas mulheres o realizam em condições precárias, acarretando conseqüências diversas para sua vida. Dentre elas, enfoque para os riscos biológicos e psicológicos do procedimento, especialmente quando realizado em condições inadequadas. Dados do Ministério da Saúde mostram que foram registrados 181 óbitos por aborto entre mulheres de 10 a 20 anos no período de 1998 a 2003 (BRASIL, 2005). A condição de clandestinidade em que muitas vezes é realizado o aborto dificulta o reconhecimento preciso de quem são essas mulheres que praticam o procedimento, quais as conseqüências para suas vidas e o número exato de abortos praticados no país.

Villela e Doreto (2005) ressaltam também a relação direta entre gravidez na adolescência, abuso e trabalho sexual de menores como fatores importantes que podem levar a realização do aborto, mesmo que ainda estes problemas não tenham adquirido a devida visibilidade.

Em relação às conseqüências não médicas da gravidez, considera-se que estas têm se igualado, em proporção, aos riscos médicos, e a gravidez já vem sendo considerada por muitos como um problema de ordem social. Diversos estudos abordam o tema enfocando como um dos principais aspectos negativos a interrupção do processo de escolaridade. Souza (1998) afirma a relação direta entre educação e maternidade, citando resultados da PNDS-1996, a qual mostra que 51% das mulheres de 15 a 19 anos sem escolarização já eram mães e 4% estavam grávidas do primeiro filho. Estas proporções correspondiam a 4% e 2% respectivamente para mulheres com 9 e 11 anos de estudo. Silva & Chinaglia (2000) apontam, no entanto, que a maioria das adolescentes pobres abandonam o sistema formal de ensino antes mesmo de a gravidez acontecer.

A maternidade dos 15 aos 19 anos, segundo Souza (1998) constitui desvantagem social em muitos aspectos, especialmente pelo fato da fecundidade ser fortemente diferenciada por renda, o que vai trazer um impacto ainda maior para as mulheres pobres. Em termos de idade, aponta também que as mulheres mais jovens são as mais afetadas no que se refere a sua participação no mercado de trabalho e nupcialidade. Já em relação à

educação e constituição de família a desvantagem é semelhante para todas as idades da faixa etária.

Corrêa (2004) refere que o contexto que envolve a adolescente grávida pode trazer repercussões mais importantes que a própria idade materna. Assim, a gravidez na adolescência pode ter repercussões e significados diversos, variando em função da inserção econômica, social e cultural da adolescente. A realidade vivenciada por uma adolescente de melhor condição sócio-econômica difere daquela de menor renda e cultura, inclusive no que se refere ao acesso à saúde e a uma gravidez devidamente assistida, o que a tornará mais ou menos suscetível a problemas relacionados a esse evento (CORRÊA, 2004).

Vitiello e Conceição (1988) concordam com essa idéia e apontam que nas classes menos favorecidas, o “amadurecimento psicossocial” acaba acontecendo num ritmo mais acelerado e a sexualidade, gravidez e maternidade serão reflexos do contexto em que se desenvolvem.

Neste sentido, nem sempre a gravidez na adolescência tem conotação negativa ou indesejada para a adolescente e a gravidez muitas vezes está coerente com um planejamento que inclui o abandono da vida escolar e outros possíveis projetos (CAVASIN & ARRUDA 1998). Os mesmos autores concluem que muitas adolescentes engravidam, pois isto está coerente com seu projeto de vida, pois ainda faz parte da socialização de qualquer menina a idéia de que seu valor está associado à maternidade.

Dados da PNDS - 1996 comprovam que nem sempre a gravidez na adolescência é não planejada ou indesejada. A pesquisa mostrou que entre mulheres de 15 a 19 anos de idade a proporção de nascimentos planejados foi de 50% (BEMFAM, 1997).

Quanto ao planejamento da gravidez, Souza (1998) refere que em termos quantitativos, não há razão aparente para considerar as adolescentes na faixa etária dos 15 aos 19 anos como um grupo que não planejava ter filhos, pois a gravidez não planejada/desejada é alta para as mulheres em todas as faixas etárias. À medida que aumenta a idade da mãe e o número de filhos existentes, aumenta também o percentual de filhos não desejados. Para as mulheres acima de 35 anos ou com uma ordem de

quatro ou mais nascimentos, mais da metade dos nascimentos não foram desejados (BEMFAM, 1997).

Para adolescentes carentes, convivendo com diversos tipos de necessidades de consumo e afastadas de todos eles, a gravidez talvez não se apresente obrigatoriamente como um problema, mas como uma possibilidade de adquirir uma identidade e uma função social. O problema começa quando não existem ações concretas que interrompam o círculo entre a pobreza e exclusão para estes adolescentes e seus filhos (VILLELA; DORETO 2005).

De acordo com Heilborn (1998), quando levada a termo, a maternidade pode significar a transição para outro status (conjugal, maioridade social), o que contempla a idéia de uma possível aquisição de autonomia pessoal no domicílio de origem ou formação de novos arranjos residenciais.

Para as mulheres de 15 a 19 anos, a gravidez não é apenas resultante da ingenuidade biológica ou da dificuldade no acesso a contraceptivos. Segundo Cabral (2003) a concepção de que a gravidez é resultante da falta de informação sobre os métodos contraceptivos é ainda bastante corrente. No entanto, Gera (2004) em estudo realizado com puérperas adolescentes em Ribeirão Preto no ano de 2003, constatou que as adolescentes possuem um bom nível de conhecimento sobre os métodos contraceptivos e que o não-uso não se relaciona apenas com a desinformação, mas com outras questões, inclusive com o desejo de engravidar.

Cabral (2003) refere também que quanto menor a idade do adolescente ao iniciar a vida sexual, menor a chance de usar contraceptivos e conseqüentemente, maior a probabilidade da ocorrência de uma gravidez nas primeiras relações. Isto pode ser observado mediante análise dos resultados da PNDS-1996, que evidencia que 53,6% das adolescentes com até 19 anos de idade não usaram nenhum método anticoncepcional na primeira relação (BEMFAM, 1997).

As dificuldades que marcam a esfera da fecundidade e contracepção são bastante evidentes entre adolescentes. Gera (2004) cita alguns fatores

que impedem a realização de uma contracepção adequada na adolescência: desinformação sobre os métodos disponíveis, dificuldade de acesso ao planejamento familiar, custo dos métodos e não cooperação do parceiro. O “pensamento mágico” de que a gravidez não pudesse ocorrer, o aprendizado inadequado sobre o uso dos métodos também são importantes no rol das dificuldades mencionadas.

Embora as dificuldades para o uso de algum método existam na população em geral, são maiores e de difícil superação para as adolescentes. A própria condição social que cerca a vida sexual do adolescente favorece a ocorrência de uma gravidez não planejada e os expõe aos riscos de contrair doenças transmitidas sexualmente diante inexistência de práticas preventivas.

1.3 A Adolescência em Tempos de DST/Aids

As mudanças ocorridas nas últimas décadas têm alterado o perfil das doenças sexualmente transmissíveis - DST, transformando o seu controle em um problema de saúde pública, pela sua alta incidência e prevalência e pelas complicações psicossociais e econômicas (FERNANDES et al., 2000).

As DST estão atualmente entre as cinco principais causas da demanda por serviços de saúde e podem provocar, a curto prazo, dor e sofrimento, mas podem trazer conseqüências secundárias severas que prejudicam a saúde reprodutiva e bem estar da mulher (LOWNDES, 1999). Dentre as complicações, podem acarretar disfunção sexual, infertilidade, abortamento espontâneo, malformação congênita, nascimento de bebês prematuros e a morte, caso não sejam adequadamente tratadas. São doenças de difícil detecção, principalmente entre as mulheres, pois apresentam poucos sintomas e muitas vezes, são assintomáticas (CARRET, 2004). Também são consideradas doenças de alta transcendência, ou seja, tem alta morbi-mortalidade, impacto psicológico e trazem perdas do ponto de vista econômico. Entretanto, são doenças passíveis de ter na atenção primária sua prevenção, tratamento e controle, armas importantes para lutar contra a epidemia (SAITO, 2001).

No Brasil, ocorrem aproximadamente 12 milhões de casos de DST ao ano e como a notificação dos casos não é compulsória (exceto para a aids e a sífilis), o número de notificações (cerca de 200 mil casos/ano) fica abaixo da estimativa da OMS (BRASIL, 2005). Em relação à sífilis, foram notificados no período de 1998 a 2004, 24.448 casos, com média de 1,2 casos por 1.000 nascidos vivos por ano.

Dados do Boletim Epidemiológico de 2004 mostram que entre adolescentes foram notificados no ano de 2004, 884 casos de DST em pessoas de 13 a 18 anos de idade, destes 544 eram do sexo feminino e 63,4% tinham estudado até a 4ª série.

O grande número de casos de DST pode ser justificado pela mudança no comportamento sexual, com maior liberdade conquistada pelas mulheres e a eficácia dos métodos anticoncepcionais (CANELLA, 1988). No entanto, outros fatores influenciam: ausência de educação em saúde; maior mobilidade geográfica; tabus sociais e o não reconhecimento que a maioria dessas doenças são tratáveis (LOWNDES, 1999).

Sabe-se que os casos de DST/aids ainda são sub-notificados, pois dependem da procura do usuário ao serviço de saúde e fatores como a elevada incidência de DST assintomáticas na mulher, a prática da auto-medicação e o próprio sistema de notificação contribuem para a baixa notificação dos casos (GIR, 1997). No mais, as DST são associadas à promiscuidade sexual, provocando estigma social e moral para aquelas que a contraem, levando à desvalorização social e deteriorização de seus relacionamentos, o que faz com que muitas mulheres deixem de procurar o serviço de saúde (JIMÉNEZ et al., 2001).

O problema se agrava pela grande quantidade de indivíduos que buscam alternativas nas quais não se exponham tanto, encontrando a solução em balcões de farmácia, onde muitas vezes, os medicamentos são vendidos de forma inadequada e sem a abordagem necessária para o tratamento dessas doenças (SAÍTO, 2001). Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999) demonstram que em certas regiões do país, aproximadamente 70% dos casos de DST, especialmente no sexo masculino, são atendidos por balconistas de farmácias. Outro aspecto

importante é que freqüentemente as orientações dadas aos pacientes não atingem os parceiros, nem contemplam atitudes capazes de prevenir a reincidência da doença (FERNANDES et al., 2000).

O advento da aids fez com que o controle das DST se tornasse prioritário, pois a presença dessas doenças favorece o risco de transmissão e infecção pelo HIV, atuando como fator de risco e aumentando a capacidade do portador do HIV infectar outros indivíduos. Um estudo de Gir et al. (1994) em hospital de Ribeirão Preto, para avaliar a freqüência de DST em paciente infectados pelo HIV, verificou 132 diagnósticos de DST em portadores do HIV (88 pacientes). Em relação ao total dos pacientes estudados, constatou-se uma proporção de 0,6 DST para cada pessoa avaliada.

Nos últimos anos tem se observado mudanças no padrão da epidemia da aids no país. Inicialmente, a maioria dos casos notificados tinha nas relações homossexuais a principal categoria de exposição, seguida das transfusões de sangue e hemoderivados. No final dos anos 80, foram aumentando os casos provenientes do uso de drogas injetáveis e nos últimos anos, destaca-se a transmissão heterossexual, com o crescimento dos casos entre mulheres (GIFFIN; LOWNDES, 1999; BRASIL, 2005).

Estudo desenvolvido por Santos et al. (2002) com mulheres HIV positivas atendidas em um serviço de saúde da cidade de São Paulo apontou que a maior parte das mulheres pesquisadas (68%) adquiriu a infecção de seu parceiro fixo, destacando a relação com parceiros usuários de drogas injetáveis, como principal categoria de exposição dessas mulheres.

Aproximadamente um terço dos adultos jovens adquiriram a aids ainda na adolescência, embora o número de indivíduos que a manifestam nessa faixa etária seja menor se comparado à idade adulta ou infância (PIROTTA 2002). Considerando que o portador do HIV pode viver em média 10 anos sem apresentar sintomas da doença, acredita-se que o número de indivíduos que se infectaram ainda na adolescência pode ser elevado (JIMÉNEZ et al., 2001).

Estima-se que a cada ano 4 milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos no Brasil. O início precoce da vida sexual pode ser um agravante do comportamento de risco para as DST/aids (BRASIL, 1999). O início da vida sexual coloca os adolescentes em contato com uma nova dimensão de sua vida, que traz desafios e situações novas frente ao próprio corpo, ao parceiro, grupo familiar e social (PIROTTA, 2002). Ao mesmo tempo, o pensamento abstrato, característico da fase faz com que se sintam invulneráveis, e acabam se expondo aos riscos sem pensar ou prever suas conseqüências (ABERASTURY & KNOBEL, 1988).

A adolescência é um período de definições e descobertas, inclusive da identidade sexual, passando desde a experimentação até a variabilidade de parceiros. Dentre os principais agravos que podem comprometer a saúde dos adolescentes, as DST estão entre as mais importantes. A incidência desse tipo de doença é preocupante, pois a atividade sexual dos adolescentes é mais intensa e freqüente e nem sempre vem acompanhada de práticas preventivas (CANELLA, 1988).

Que os adolescentes encontram-se expostos aos riscos de contrair uma DST/aids, os números já provaram sem deixar qualquer dúvida (AYRES; CALAZANS; FRANÇA JR., 1998). De acordo com pesquisa realizada na região oeste da cidade de São Paulo, três aspectos favorecem esta situação: o primeiro é que há informação, mas pouca comunicação sobre o assunto, ou seja, o que os jovens sabem sobre a aids, por exemplo, pouco tem relação com o que sentem ou vivem no seu cotidiano. Outra questão importante são as barreiras que limitam o acesso dos jovens aos meios de proteção e quanto mais pobres e mais jovens, menos condições para comprar o preservativo e maior dificuldade no acesso à distribuição do método pela rede pública de saúde.

O terceiro aspecto levantado na pesquisa apresenta-se como uma conseqüência dos dois aspectos levantados anteriormente e refere-se ao estreitamento da margem que separa a felicidade (satisfação das necessidades) e o risco. A carência de suporte de toda ordem (social, financeiro e psicológico) acaba dificultando que melhores alternativas sejam

encontradas e correr o risco muitas vezes se torna a única possibilidade que resta (AYRES; CALAZANS; FRANÇA JR., 1998).

De acordo com Vitiello e Conceição (1988), do ponto de vista do adolescente, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, o custo dos métodos, o desconhecimento do uso pelos pais, o preconceito e a desinformação estão entre os problemas que os impedem de realizar práticas efetivas de proteção.

Saíto (2001) também aponta que o mito da indestrutibilidade, comportamento sexual exploratório, desejo de experimentar o novo, violência e uso de drogas como fatores diretamente vinculados ao risco aumentado de adquirir uma DST na adolescência.

O novo tipo de relacionamento instituído, o “ficar” tem introduzido também novas formas de contato específicos enquanto etapa de interação afetiva e sexual entre jovens (HEILBORN et al., 1998). Lima et al. (2004) aponta que este tipo de relacionamento é orientado pelo não compromisso, pela eventualidade e atração física, onde a autonomia individual se sobrepõe ao pacto de compromisso entre o casal. Isso permite, na prática, a diversificação de parcerias casuais e maior frequência de relações sexuais, aumentando a possibilidade de relações desprotegidas.

Todas essas características que representam o “ser jovem” nos tempos atuais, onde o risco é valorizado, mesmo que de forma ambivalente (esportes radicais, velocidade, paixão e a forma de viver o presente) trazem conseqüências para a percepção do risco das DST/aids entre os jovens. Para indivíduos de menor renda e escolaridade, expostos à falta de perspectivas de um mundo melhor, o risco da aids vai ser avaliado de forma comparativa aos outros riscos a que está exposto em sua vida (JELOÁS, 1999).

Ayres; Calazans; França Jr. (1998) referem que a exposição dos jovens às DST/aids tem como pano de fundo a exclusão, e revela uma condição social em que adquirir uma dessas doenças é apenas uma das conseqüências.

Outro aspecto importante a ser considerado na transmissão do HIV/aids entre os jovens é à exposição às drogas. De acordo com o

Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) os usuários de drogas injetáveis representam 41,7% dos casos de aids em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária dos 13 aos 19 anos. Para as mulheres, na mesma faixa etária e segundo a mesma categoria de exposição, o número de casos representa 27%, salientando que parte delas pode ter sido infectada em relações sexuais desprotegidas, com parceiros usuários de drogas. De forma geral, o uso de drogas lícitas ou ilícitas aumenta o risco do indivíduo, tanto pelo compartilhamento de seringas ou agulhas quanto pelo uso abusivo de álcool ou outras drogas que facilita a adoção de práticas sexuais desprotegidas e com vários parceiros.

Outros fatores como o abuso, a violência e a exploração comercial sexual praticado contra os adolescentes, caracterizam-se também como fatores que predispõe os jovens aos riscos de uma DST/aids. (VILLELA; DORETO, 2005).

A PNDS - 1996 mostrou que o conhecimento dos adolescentes sobre a aids no país é de 99%, ao passo que 26% de homens e mulheres na mesma faixa etária já tinham ouvido falar sobre a sífilis. Em relação à forma de proteção, os adolescentes identificam o uso do preservativo como a mais importante via de prevenção, entretanto, apenas 3,6% das mulheres e 22,2% dos homens entre 15 e 19 anos utilizavam o preservativo com a finalidade de evitar uma DST/aids (BEMFAM, 1997; FERNANDES, 1998).

Diversas pesquisas nacionais mostram que apesar da informação ainda persistem algumas falsas crenças e dúvidas quanto às formas de transmissão mais freqüentes e apenas um número muito pequeno de jovens apresentam mudanças em seu comportamento objetivando a prevenção da aids, principalmente no que se refere ao uso do preservativo (JEOLÁS, 1999).

Como estratégias de prevenção do HIV, Villela e Doreto (2005), ressaltam a importância da testagem, procedimento que é antecedido por uma atividade de aconselhamento, na qual é possível abordar dúvidas e dificuldades em relação ao sexo seguro. Aqueles que se descobrem portadores tem a chance de tomar os cuidados necessários para preservar a sua saúde e não disseminar o vírus, enquanto os não portadores são

estimulados a manter práticas seguras e continuar soronegativos. Dados da Política Nacional de DST/Aids (PN DST/Aids) mostraram que houve uma queda na porcentagem da população jovem que já fez o teste para o HIV. Entre os indivíduos do sexo masculino 16,9% realizaram a testagem em 1998 enquanto em 2005, 14,5% dos jovens realizaram este procedimento, o que poderia ser explicado pelo fato dos homens jovens estarem se prevenindo mais e se considerarem menos expostos aos riscos de infecção pelo HIV. Para as mulheres, cresceu o número daquelas que já realizaram a testagem (17,1% para 33,2%), resultado explicado em partes pelo aumento na realização de testes durante o pré-natal (BRASIL, 2005).

Villela e Doreto (2005) referem a preocupação de que as ações para prevenção do HIV/aids atingissem a população adolescente, o que aconteceu através de atividades educativas nas escolas. No entanto, acrescentam o “*esgotamento*” dessas ações já que outros temas foram aos poucos sendo incorporados na agenda escolar (drogas, violência em geral e suas expressões). Atualmente quase 70% das escolas do país desenvolvem algum tipo de trabalho de prevenção do HIV, mas ainda há necessidade de que mais escolas incorporem este tipo de atividade e que programas voltados para jovens que estão fora do sistema de ensino sejam aprimorados. As autoras concluem que embora essas ações venham obtendo êxito no decorrer do tempo, não se traduzem num controle completo da epidemia.

Os adolescentes constituem um contingente populacional prioritário para as ações de prevenção das DST/aids. Segundo Pirotta (2002), a contaminação por estas doenças é preocupante considerando a precariedade em que é vivenciada a anticoncepção, já que estes e outros agravos podem ser prevenidos e demandam políticas públicas específicas para as necessidades desse grupo.

1.4 Sobre a Dupla Proteção

Como foi visto anteriormente, a gravidez e as DST apresentam-se como realidades possíveis diante da ausência de práticas preventivas.

De acordo com Vieira (2003) a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo, em 1994, recomendou que os serviços de planejamento familiar fossem expandidos e abordassem questões relativas à prevenção e tratamento de DST, incluindo o HIV, já que a maioria dos métodos que são particularmente efetivos para a prevenção da gravidez proporciona pouca ou nenhuma proteção contra as DST.

Em meio a uma realidade global de elevados índices de gravidez e DST, a opção mais adequada é a que proporciona a proteção de ambas (CATES JR.; STEINER, 2001).

A prevenção simultânea da gravidez e DST foi definida pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001) como dupla proteção, que pode ser realizada usando apenas o preservativo ou combinando seu uso com outro método. Métodos que oferecem proteção contra gravidez (anticoncepcionais orais, esterilização, implantes, injetáveis ou dispositivos intra-uterinos) podem ser usados em conjunto com o preservativo para proporcionar um efeito adicional de proteção. Usar simultaneamente os dois métodos pode aumentar o grau de proteção contra gravidez e DST, mas este comportamento requer uma motivação individual maior (WHO, 2001).

Proporcionar a dupla proteção mediante o uso de dois métodos simultaneamente encontra barreiras como o fato de que muitas pessoas não usam método anticoncepcional freqüentemente e o uso de um segundo método pode prejudicar o uso do primeiro (WHO, 2001).

Um único método pode ter efeito protetor contra as DST e prevenção de gravidez. O preservativo masculino, além do efeito contraceptivo, é o método que comprovadamente oferece maior índice de proteção contra as DST. Segundo Gir (1997) o uso do preservativo enquanto método preventivo contra DST está se elevando, pois seu uso é indicado em qualquer prática sexual e sua eficácia enquanto método de barreira é verificado mediante uso correto e sistemático e desde que seja de qualidade comprovada. No entanto esbarra na questão de gênero, pois depende da aceitabilidade masculina para o uso. Os aspectos que influenciam negativamente seu uso sistemático, dentre outros, são a crença na redução

da sensibilidade; a recusa do uso pelo parceiro; indisponibilidade do método no momento da relação e a percepção inequívoca sobre o risco de contrair infecções ou doenças sexualmente transmissíveis (Gir, 1997).

Dados do Ministério da Saúde mostram que na faixa etária dos 16 aos 19 anos, 51% dos homens e 33% das mulheres referem o uso do preservativo em todas as relações sexuais (BRASIL, 2005). Este resultado indica que sendo o preservativo um método masculino e considerando uma possível dificuldade das meninas em negociar seu uso, é mais fácil para o menino usá-lo se assim o desejar (VILLELA; DORETO, 2005). Apontam também que muitas vezes, os meninos não usam o preservativo, porque não gostam, não possuem habilidade para manipulá-lo ou pela própria dificuldade em falar sobre o assunto com a parceira. É importante ressaltar também que o uso do método está vinculado ainda, ao tipo de parceira e o contexto da relação (CABRAL, 2003). Dados da PN DST/aids mostram que o uso do preservativo é mais freqüente nas relações eventuais que nas estáveis, sendo registrado que aproximadamente 87% dos homens de 16 a 19 anos usam preservativo nas relações casuais (BRASIL, 2005).

O uso de preservativos entre adolescentes não é tão simples, já que as relações embora ocorram num contexto de erotismo, também são influenciadas pela questão do poder (gênero, classe social e diferenças na idade) e quem detém o poder será aquele que terá mais possibilidade de garantir o uso ou não do método. O preservativo representa o oposto da espontaneidade que normalmente se atribui ao sexo e à juventude, e neste sentido, deve-se estimular seu uso baseando-se não apenas no medo de uma gravidez ou DST, mas no erotismo e na praticidade (VILLELA; DORETO, 2005).

As dificuldades que marcam a esfera da fecundidade e contracepção são bastante evidentes entre adolescentes. O uso de métodos relaciona-se a estas questões influenciando diretamente na escolha do método a ser utilizado. A prevenção da gravidez é função tradicionalmente feminina, enquanto a prevenção das DST, que são doenças masculinas, se constitui em um papel a ser desempenhado pelo homem.

Para Pirotta (2002) a participação masculina na vida reprodutiva é vivenciada através do apoio do parceiro no processo de regulação da fecundidade, não se traduzindo, no entanto, em práticas efetivas de contracepção ou prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Reid (1988) refere a dificuldade das mulheres em manter relações sexuais protegidas, mesmo quando tem ciência do risco.

Outras considerações são feitas por Figueiredo e Pena (2000) sobre o uso do preservativo. As autoras referem uma maior preocupação das mulheres com a gravidez e demonstram a necessidade da associação direta entre gravidez e DST, pois dentre os motivos para não uso do preservativo está a falta de confiança contraceptiva. Como suporte deste método, em caso de falha, a contracepção de emergência é uma opção que, segundo pesquisa realizada pelas autoras, tem tido boa adesão pela maioria das entrevistadas.

Os anticoncepcionais orais, outros anticoncepcionais hormonais e os dispositivos intra-uterinos (DIU) não conferem proteção alguma contra o HIV ou outras DST. As mulheres devem ser estimuladas a usar o preservativo junto com esses métodos para proporcionar a proteção contra as DST/aids.

A associação do preservativo com a pílula (anticoncepcional oral) também é uma opção que viabiliza a dupla proteção, no entanto, seu uso conjunto é registrado até abandonar o uso do preservativo, sendo este processo tido como “natural” pelos usuários (PIROTTA, 2002). Segundo a PNDS-1996 (BEMFAM, 1997), o principal motivo referido pelos entrevistados para a descontinuidade no uso do preservativo é o desejo de um método mais seguro, sendo mencionado por 21,7% dos entrevistados, seguido de “sexo pouco freqüente” (13,6%) e “falha do método” (11,7%).

Pirotta (2002), em pesquisa realizada com jovens universitários da Universidade de São Paulo - USP constatou que 80% dos homens e mulheres afirmaram usar o preservativo na primeira relação sexual, porém, conforme o relacionamento vai se tornando estável esta opção passa a ser negligenciada, seja por descuido, esquecimento ou substituição do preservativo pela pílula e a responsabilidade pela contracepção passa a ser

da mulher em detrimento da participação masculina, mesmo nos indivíduos com maior grau de instrução.

Considerando a dificuldade de muitas mulheres em negociar o uso do preservativo masculino, surgiu a necessidade do desenvolvimento de um método que lhes oferecesse mais autonomia. A idéia do preservativo feminino encontrou respaldo na situação vivenciada pela mulher, tanto em lugares onde ela tem mais poder e liberdade, quanto naqueles onde ela ainda se encontra em situação inferior em relação aos homens. A negociação com o parceiro no caso deste método seria mais fácil, pois ela é quem usaria o método (BUCHALLA et al., 1998). Porém, embora o preservativo feminino seja uma opção controlada pela mulher, ela ainda precisa do consentimento ou concordância do parceiro para o uso. As opiniões sobre o método ainda são bastante diversificadas, mas de forma geral, tem apresentado boas taxas de aceitabilidade, pois cada vez mais as mulheres estão buscando novas formas de prevenção e cuidado em saúde, sobretudo métodos que lhes proporcionem maior autonomia (BRASIL, 2003).

Os preservativos masculino e feminino são os métodos que oferecem proteção mais eficaz tanto contra a gravidez quanto contra as DST/aids. Lowndes (1999), refere a necessidade do desenvolvimento de métodos que possam ser utilizados pela mulher sem a colaboração nem conhecimento do parceiro para a prevenção da gravidez e de DST. Outros métodos como o diafragma e o capuz cervical oferecem pouca proteção contra infecções como a gonorréia e clamídia e sua eficácia contra o HIV ainda é incerta (HATCHER et al., 2001).

Atualmente, embora estudos demonstrem que os espermicidas oferecem proteção contra algumas DST também não é evidente a sua proteção contra o HIV. Produtos desenvolvidos a base de nonoxinol-9 (N-9) são amplamente utilizados no Brasil e no mundo, no entanto, diversos estudos já mostraram que o uso de alguns métodos contendo o N-9 pode favorecer o risco de transmissão sexual do HIV e outras DST, o que pode ser explicado pelo fato de provocar lesões na mucosa vaginal e retal, dependendo da freqüência do uso e volume aplicado (BRASIL, 2002).

Conforme avança a epidemia da aids em todo o mundo, os pesquisadores estão trabalhando no desenvolvimento de medidas mais efetivas de proteção. Além da mudança de comportamento, as medidas adicionais de prevenção que vem sendo estudadas incluem as vacinas contra o HIV e os microbicidas (PATH, 2001).

As vacinas representariam um avanço significativo nos esforços de prevenção, mas a dificuldade reside principalmente na existência de numerosos subtipos do HIV, bem como sua larga distribuição geográfica. Várias organizações estão trabalhando e tentando superar os desafios técnicos para desenvolvimento dessas vacinas bem como incentivar a participação industrial no seu desenvolvimento (PATH, 2001).

As pesquisas mais promissoras atualmente vêm sendo realizadas e baseadas principalmente no desenvolvimento de produtos que inibem a entrada do vírus no epitélio (VIEIRA, 2003). Os microbicidas são produtos de aplicação intra-vaginal e podem destruir o HIV e outros microorganismos responsáveis por causar as DST. Eles representam uma possibilidade das mulheres se protegerem e protegerem seus parceiros, visto que exigem pouco ou nenhum envolvimento ou negociação com um parceiro (PATH, 2001). Este método pode aumentar ainda mais a proteção se usado em conjunto com o preservativo (protegendo no caso de falha). O uso por via retal poderá eventualmente reduzir o risco de transmissão das DST/aids nas práticas sexuais com penetração anal.

Observa-se um consenso atual sobre o desenvolvimento dos microbicidas, com progressos significativos na área, havendo um número elevado de novos produtos em fase relativamente avançada de investigação. As pesquisas também são necessárias em relação à segurança e eficácia, utilização em longo prazo e efeitos na utilização dos preservativos (PATH, 2001).

Os adolescentes freqüentemente carecem de informações confiáveis sobre questões básicas de saúde reprodutiva, de habilidade de negociar relacionamentos sexuais seguros e saudáveis, e de acesso a serviços de saúde reprodutiva, confidenciais e disponíveis (PATH, 2001).

A saúde e os direitos reprodutivos dos jovens também receberam destaque na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em 1994, em especial, na abordagem de temas como gravidez indesejada, DST/aids e aborto. De forma geral, recomendou-se que as necessidades dos jovens fossem pesquisadas para o melhor desenvolvimento de programas direcionados a um comportamento reprodutivo e sexual responsável e saudável. Propôs-se também que os governos não limitassem o acesso dos adolescentes aos serviços e informações que necessitassem, respeitando seu direito à privacidade e confidencialidade, bem como direitos, deveres e responsabilidades dos pais (PIROTTA, 2002).

Neste sentido, para o programa de saúde da família, cuja atenção é prioritariamente voltada para a promoção e proteção da saúde, ações direcionadas à população adolescente também são importantes, considerando a atenção primária como a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde.

Para que programas de intervenção possam ser implementados, é preciso conhecer a população alvo e diagnosticar suas principais características e necessidades. Por estas razões, foi desenvolvido o presente estudo em uma área de abrangência de um Núcleo do Programa de Saúde da Família, tendo como objetivo fornecer subsídios para que ações direcionadas a esta população possam ser implementadas.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes cadastradas em um Núcleo de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP.

2.2 Objetivos específicos

- 1- Caracterizar a população de estudo;
- 2- Verificar o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e métodos anticoncepcionais de dupla proteção entre as adolescentes;
- 3- Verificar o conhecimento das adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis;
- 4- Conhecer as principais fontes de informação sobre métodos anticoncepcionais e doenças sexualmente transmissíveis;
- 5- Verificar o uso de métodos anticoncepcionais e métodos de dupla proteção entre adolescentes;
- 6- Identificar as dificuldades de contracepção que as adolescentes encontram no exercício da sexualidade.

MATERIAL E MÉTODOS

3 MATERIAL E MÉTODOS

O propósito deste capítulo é descrever os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa. O estudo é do tipo quantitativo, descritivo e transversal em que foram entrevistadas adolescentes usuárias de um Núcleo do Programa de Saúde da Família, com auxílio de um questionário construído com a finalidade de avaliar o grau de conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais.

3.1 O Núcleo IV e o Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família - PSF constitui uma estratégia do Ministério da Saúde para reorganizar o modelo de atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como objetivo melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade (SANTANA et al, 2000).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) ressalta que o PSF incorpora os princípios acima e é estruturado da seguinte forma:

* **Caráter substitutivo:** substituição das práticas tradicionais da assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho centrado na atenção básica e vigilância em saúde (solução dos problemas, prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida da população).

* **Integralidade e hierarquização:** a unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível de atenção e caracteriza-se como a porta de entrada para sistema de saúde. Deve estar vinculada à rede de serviços, garantindo a referência e a contra-referência para níveis de maior complexidade sempre que necessário.

* Territorialização e cadastramento da clientela: área de abrangência definida, com no máximo 600 a 700 famílias cadastradas (aproximadamente 4.500 pessoas), conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

* Equipe multiprofissional: as equipes são compostas baseadas na interdisciplinaridade, permitindo maior diversidade de ações e busca constante de consenso.

Em Ribeirão Preto o PSF foi implantado em 1999 por iniciativa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (FMRP-USP), atenta à necessidade de formação de recursos humanos baseado neste modelo de atenção. A primeira unidade foi instalada, de acordo com os moldes conceituais de estratégia, não dispondo ainda, no entanto, de equipe conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, utilizando-se então de recursos humanos e materiais disponibilizados pelo Centro de Saúde Escola da FMRP-USP (CSE/FMRP/USP).

Em 2000, foi instituído o Núcleo de Saúde da Família II, fora da área básica de abrangência do CSE. No ano seguinte, foram implantados mais três Núcleos, contando com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e agora, seguindo o modelo preconizado para o PSF, e com equipe composta conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (CACCIA-BAVA, 2004). Estes Núcleos são vinculados institucionalmente à FMRP-USP.

A Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS/RP) instalou outras unidades de saúde da família a partir de 2000, no entanto, apenas após 2003 houve uma expansão maior. Em 2004 haviam 09 unidades vinculadas à SMS/RP, entretanto, a cobertura de estratégia do município ainda está abaixo do esperado (AGUIAR, 2005).

Para as finalidades desta pesquisa, optou-se por escolher o Núcleo IV do Programa de Saúde da Família, vinculado ao CSE/FMRP/USP. A localização privilegiada e o contingente populacional jovem favoreceram a escolha por este Núcleo, que possuía em 2004, em sua área de abrangência 807 famílias cadastradas, de acordo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Uma parte da área do Núcleo IV é composta por uma favela

que abriga uma parcela da sua população cadastrada, sendo caracterizada por residências inacabadas e sem tratamento de esgoto. No entanto, os dados permitem observar também que, considerando a área total do Núcleo, aproximadamente 87,9% da população residente na área possuía sistema de esgoto tratado e 97,8% destinava o lixo mediante coleta pública. O abastecimento de água e energia elétrica também cobria média de 98% da população residente.

O número de adolescentes na faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade cadastrados na área foi de 592 adolescentes, sendo que destes, 288 estavam entre os 15 e 19 anos e 129 pertenciam ao sexo feminino, de acordo o SIAB em 2004.

3.2 A população de estudo e amostra

A população de estudo é composta por adolescentes do sexo feminino, na faixa etária dos 15 aos 19 anos de idade, residentes e cadastradas no Núcleo IV do Programa de Saúde da Família.

Alguns aspectos foram considerados para a seleção amostral:

- Não foi adotada a definição da Organização Mundial da Saúde, que classifica adolescentes na faixa etária dos 10 aos 19 anos, considerando que a média de idade da primeira relação sexual é de 19,5 anos para mulheres (BEMFAM, 1997). Neste sentido, selecionou-se a amostra de mulheres de 15 a 19 anos buscando atingir um número significativamente maior de adolescentes que já iniciaram a vida sexual;
- Embora as diferenças de gênero sejam evidentes nas questões que envolvem a saúde reprodutiva, optou-se por trabalhar apenas com adolescentes do sexo feminino em virtude do tempo e dos recursos necessários, indisponíveis tratando-se de uma pesquisa para elaboração de uma dissertação de mestrado;
- O mesmo justifica-se pelo fato de não realizar a pesquisa em todos os Núcleos de Saúde de Família de Ribeirão Preto, considerando a existência de 05 Núcleos vinculados a Faculdade de Medicina e 09 à Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

A seleção das participantes foi realizada no período de 16 a 20 de maio de 2005 mediante análise dos prontuários de todas as famílias cadastradas no Núcleo IV, totalizando 129 adolescentes. Tendo em vista a finalidade do estudo, optou-se por pesquisar o universo total de adolescentes cadastradas na área, dentro da faixa etária proposta.

3.3 O instrumento de coleta de dados

O instrumento usado para a coleta de dados foi um questionário estruturado e composto por questões fechadas desenvolvido pela própria pesquisadora com base em informações gerais obtidas na literatura especializada. Várias questões foram baseadas no questionário utilizado na PNDS realizada em 1996 pela BEMFAM, que teve como população alvo, mulheres de 15 a 49 anos de idade, cujas estimativas foram representativas para todo o país. Também foram baseadas na Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do jovem, Rio de Janeiro, Curitiba e Recife 1980-1990, bem como em outras pesquisas recentes que abordam o tema, como a desenvolvida por Pirotta (2002) em sua tese de doutorado e por Gera (2004) em sua dissertação de mestrado.

O instrumento de coleta de dados foi finalizado após a realização de um pré-teste, que foi realizado no dia 02 de junho de 2005, pela própria pesquisadora, em 20 alunos do primeiro e segundo ano do ensino básico, período da tarde e noturno da Escola Estadual “Dr. Tomás Alberto Whately”, em Ribeirão Preto.

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 a aplicação do questionário.

A escolha dos alunos foi feita pela lista de presença do professor, onde através da data de nascimento, buscou-se selecionar alunos na faixa etária dos 15 a 19 anos, do sexo feminino, contemplando toda a faixa etária proposta na pesquisa.

Para a administração do questionário foi disponibilizada pela direção da escola, uma sala de estudos da biblioteca, resguardando assim, a privacidade das participantes. Todas as adolescentes que participaram nessa fase foram informadas sobre a natureza e objetivos do estudo e questionadas sobre sua participação voluntária, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Nesta etapa do estudo foi proposto um questionário contendo 46 questões e subdividido em três partes. A análise do pré-teste mostrou a necessidade de algumas adequações, especialmente na linguagem e inclusão de algumas questões.

Em relação à linguagem utilizada, optou-se por substituir algumas palavras ou expressões por outras mais usuais entre adolescentes, como “preservativo” por “camisinha” e “coito interrompido” por “tirar fora”.

Percebeu-se também a necessidade de aprofundar a questão referente ao conhecimento sobre métodos anticoncepcionais de dupla proteção, dado que apenas a questão existente dificultava o reconhecimento da qualidade das informações que a entrevistada possui. Assim, foram incluídas outras duas questões (nº 25 e 50, apêndice A) que englobam os principais métodos utilizados por adolescentes.

Optou-se ainda por fazer modificações nas questões referentes aos métodos anticoncepcionais de dupla proteção, tornando-as mais claras, mediante alterações na linguagem e de mais fácil entendimento, mediante desdobramento de uma questão em outras duas. Sentiu-se a necessidade de incluir uma questão que justificasse o não uso de métodos anticoncepcionais de dupla proteção entre os adolescentes que referissem a importância do uso (questão nº 49, apêndice A).

O instrumento definitivo foi construído a partir do processo descrito acima e a versão final foi composta por 51 questões e subdividida em três seções:

- I- Informações Sócio-Demográficas: conjunto de 13 questões que permitiram conhecer o contexto onde estão inseridas as adolescentes;
- II- Dados relacionados à vida sexual: incluem 17 questões que envolvem a vida sexual da adolescente: relacionamento atual, idade da primeira relação, uso de métodos e conhecimento sobre métodos anticoncepcionais;
- III- Dados relacionados ao conhecimento sobre DST, métodos anticoncepcionais e métodos de dupla proteção: fazem parte desse grupo, 21 questões que abordam o conhecimento sobre as DST, percepção de risco pessoal, necessidade de proteção, métodos anticoncepcionais de dupla proteção e atitudes em relação ao uso dos métodos.

A versão final do questionário encontra-se em anexo (Apêndice A).

3.4 As variáveis envolvidas no estudo

Foram selecionadas para este estudo variáveis capazes de caracterizar as adolescentes cadastradas no Núcleo IV do Programa de Saúde da Família, bem como avaliar seu grau de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, métodos anticoncepcionais de dupla proteção e doenças sexualmente transmissíveis.

3.4.1 Variáveis dependentes

Foram definidas três variáveis dependentes: conhecimento sobre método anticoncepcional, método anticoncepcional de dupla proteção e doenças sexualmente transmissíveis.

A) Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais

Foram elaboradas quatro variáveis (conhecimento I, conhecimento II, conhecimento III e conhecimento geral) para avaliar o conhecimento das adolescentes sobre métodos anticoncepcionais.

Conhecimento I

O conhecimento I busca avaliar a quantidade de métodos anticoncepcionais que a adolescente conhece ou já ouviu falar. Esta questão foi baseada em outra similar utilizada na PNDS-1996.

As adolescentes foram questionadas sobre os métodos que conhecem, sendo solicitadas a responder de forma espontânea (a entrevistada fala os métodos que conhece) e de forma estimulada (leitura pela pesquisadora dos métodos não mencionados pela entrevistada). Os resultados foram recategorizados de acordo com a quantidade de métodos que a adolescente conhece, somados de forma estimulada e espontânea. Para cada método mencionado pela entrevistada foi atribuído um ponto. Dessa forma, a escala de conhecimento variou de 2 a 8 pontos. A seguir, foram subdivididos em três categorias que permitem avaliar o nível de conhecimento. A isso, convencionou-se chamar de conhecimento I (questão 28, apêndice A).

O nível de conhecimento passou a ser definido:

- Baixo: 2 a 5 métodos
- Médio: 6 a 7 métodos
- Alto: 8 métodos

Conhecimento II

Conceituou-se como conhecimento II, o nível de conhecimento que a entrevistada possui sobre os atributos da contracepção (questão nº 25, apêndice A). Foram propostas oito afirmativas, e as adolescentes foram solicitadas a responder se concordavam plenamente, concordavam, não concordavam nem discordavam, discordavam ou discordavam plenamente das seguintes proposições:

- A primeira relação sexual não engravida (C=0, NC/ND=0, D=1)
- A pílula diminui o prazer sexual (C=0, NC/ND=0, D=1)
- Transar de vez em quando não engravida (C=0, NC/ND=0, D=1)
- A lavagem com o chuveirinho após a relação impede a gravidez (C=0, NC/ND=0, D=1)

- O tirar fora é uma forma de evitar gravidez (C=1, NC/DC=0, D=0)
- Usando anticoncepcionais posso programar a hora de ter um filho (C=1, NC/ND=0, D=0)
- Penso que a gravidez não vai acontecer comigo (C=0, NC/ND=0, D=1)
- A pílula e a injeção engordam (C=0, NC/ND=0, D=1)

Estas afirmativas foram desenvolvidas e utilizadas por Gera (2004) em sua dissertação de mestrado. As respostas foram agrupadas (concordo plenamente e concordo; discordo e discordo plenamente). Para cada afirmativa respondida corretamente, foi atribuído valor 01 e para as demais, atribuído valor zero. A recodificação nos três níveis de conhecimento foi realizada mediante cálculo da mediana (5,53), sendo assim distribuído:

- Baixo: 1 a 4 pontos
- Médio: 5 a 6 pontos
- Alto: 7 a 8 pontos

Conhecimento III

Como conhecimento III denominou-se o conhecimento da entrevistada sobre o funcionamento e uso dos métodos anticoncepcionais, sendo propostas 10 afirmativas, onde a entrevistada foi solicitada a responder “verdadeiro”, “falso” ou “não sabe” (questão 50, apêndice A). As afirmativas propostas foram:

- A mulher deve tomar uma pílula por dia, de preferência sempre no mesmo horário (V)
- A camisinha masculina só serve para evitar filhos (F)
- A camisinha feminina protege contra sífilis, aids e outras doenças transmitidas na relação sexual (V)
- O coito interrompido é seguro para evitar filho (F)
- Se esquecer de tomar um comprimido, deve tomar dois no dia seguinte e usar camisinha o resto do mês (V)
- A pílula do dia seguinte deve ser tomada até 72 horas depois da relação sexual desprotegida (V)

- A camisinha não pode ser retirada com o pênis ereto porque pode machucar (F)
- A tabelinha é um método em que a mulher deve evitar ter relações no período em que ela está fértil (V)
- A injeção pode provocar alterações na menstruação (V)
- A camisinha feminina deve ser colocada na vagina (V)

Este conjunto de dez afirmativas foi construído pela pesquisadora a partir de estudos anteriores, como a PNDS – 1996; pesquisa sobre Gravidez não planejada em Ribeirão Preto (SOARES, 2002) e Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais em puérperas de gestação de alto risco (BRANDÃO, 2002).

Para medir o nível de conhecimento III, as respostas foram recodificadas e para cada afirmativa respondida de forma correta, foi atribuído um ponto. Os valores variaram de 3 a 10 pontos e a partir da média (6,4) foram recodificados os tipos de conhecimento conforme segue abaixo:

- Baixo: 3 a 5 pontos
- Médio: 6 a 7 pontos
- Alto: 8 a 10 pontos

Conhecimento Geral

O conhecimento geral foi definido de acordo com o nível alcançado pela soma das variáveis dos três conhecimentos anteriores (conhecimento I, II e III). Os níveis de conhecimento foram recodificados a partir do cálculo da média (5,9), passando a ser definidos da seguinte forma:

- Baixo: 3 a 5 pontos
- Médio: 6 a 7 pontos
- Alto: 8 a 10 pontos

B) Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais de dupla proteção

Duas questões foram selecionadas para medir o conhecimento das entrevistadas sobre os métodos anticoncepcionais de dupla proteção

(questão 42, apêndice A). A adolescente foi questionada se conhece ou já ouviu falar sobre este tipo de método e qual método que conhece exerce a função da dupla proteção.

C) Conhecimento sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis

O conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis foi considerado a partir das doenças que a entrevistada refere conhecer, de forma estimulada e espontânea. Para medir o nível de conhecimento, os dados foram recodificados de forma a verificar o número de doenças que a entrevistada conhece. As principais DST propostas no estudo foram: HIV/aids, sífilis, herpes genital, cancro mole, gonorréia, clamídia e HPV. Caso a entrevistada mencionasse outra DST não contemplada anteriormente, esta seria descrita na opção “outra”. Para cada doença mencionada pela entrevistada foi atribuído 1 ponto, excluindo-se, no entanto, a candidíase e a opção outra pelo número pequeno de referência feita à eles.

A distribuição nos níveis de conhecimento foi feita mediante o cálculo da média (4,4), sendo o nível de conhecimento assim classificado:

- Baixo: 1 a 3 doenças
- Regular: 4 a 5 doenças
- Alto: 6 a 7 doenças

Este conhecimento também foi avaliado mediante as formas de prevenção das DST conhecidas pelas entrevistadas. Foram propostas 06 alternativas e foi atribuído um ponto para o conhecimento sobre as formas mais efetivas de prevenção das DST respondidas acertadamente pelas adolescentes. As afirmativas propostas foram:

- não ter relação sexual (1)
- usar camisinha em todas as relações (1)
- ter apenas um parceiro (0)
- evitar relações homossexuais (0)
- não compartilhar seringas nem agulhas (1)

- outra (anotar a opção referida) (0)

Nesta questão, foi admitida mais de uma possibilidade de resposta. Os resultados foram recodificados e classificados de acordo com o número de acertos (zero – não conhece nenhuma forma de prevenção; um – conhece pelo menos uma forma de prevenção; dois – conhece duas formas de prevenção).

O conhecimento geral sobre as DST foi considerado pela soma do conhecimento sobre as doenças e sobre as formas de prevenção, passando a ser recodificado da seguinte forma:

- Baixo: 2 a 4 pontos
- Médio: 5 a 6 pontos
- Alto: 7 a 8 pontos

3.4.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes são aquelas que ocasionam a variação de outras variáveis (RUFFINO-NETO; PASSOS, 2005), ou seja, aquelas que podem estar diretamente associadas ao conhecimento sobre método anticoncepcional e doenças sexualmente transmissíveis.

As principais variáveis empregadas no estudo foram descritas a seguir baseando-se no modelo utilizado por Pirotta (2002), em sua tese de doutorado.

Idade: idade no momento da entrevista, em anos completos, conforme mencionado pela entrevistada;

Cor: auto declarada, considerando a classificação do IBGE, definida como branca, parda, preta, oriental e indígena.

Religião: declarada pela entrevistada (católica, evangélica, espírita, protestante, sem religião ou outra a especificar);

Estado marital: definido pela coabitação referida pela entrevistada;

Escolaridade: em anos completos de estudo, conforme referido pela adolescente;

Motivos que levaram a parar de estudar: caso informe não estar freqüentando a escola no momento da entrevista.

Ocupação: se a entrevistada trabalha, recebe remuneração pelo trabalho prestado e qual função exerce;

Nível sócio-econômico: verificado através da escolaridade do chefe da família e dos itens de conforto presentes na residência, considerando a quantidade existente de: TV cores, rádio, automóvel, banheiro, empregada mensalista fixa, aspirador de pó, máquina de lavar roupas, vídeo cassete, geladeira e freezer duplex ou separado, de acordo com o Critério Brasil de Classificação Sócio-Econômica – CCEB;

Número de membros na família: quantidade de pessoas que residem na mesma casa;

Renda familiar: soma dos proventos de todos os membros da família, moradores na mesma casa, conforme mencionado pela entrevistada;

Renda familiar per capita: total expresso pela renda familiar, dividido pelo número de membros da família;

Relacionamento atual: se a entrevistada está namorando no momento da entrevista, caso não esteja casada ou amasiada;

Relacionamentos sexuais esporádicos: se mantêm relacionamentos sexuais independentemente de uma relação de namoro;

Início da vida sexual: se já teve ou não a primeira relação sexual;

Idade do início da vida sexual: em anos completos, no momento de sua primeira relação sexual;

Número de filhos: se a entrevistada tem filhos ou está grávida no momento da entrevista;

Última vez que manteve relações sexuais: conforme tempo referido pela entrevistada: dias, semanas, meses, anos atrás ou não sabe/não lembra;

Uso de método anticoncepcional na primeira relação: conforme declarado pela entrevistada, considerando o uso ou não de algum método nesta relação e em caso negativo, motivos para não uso;

Uso do preservativo na última relação: uso ou não deste método na última relação, conforme referido pela entrevistada;

Motivos que levaram a usar ou não o preservativo na última relação: sendo propostas cinco alternativas com razões para uso: 1- evitar gravidez; 2- estar doente; 3- proteger de doenças sexualmente transmissíveis; 4- evitar gravidez e proteger de doenças; 5- outro. Nesta opção houve espaço reservado para anotar o motivo que o levou a usar o preservativo. Em caso de não uso, também foram propostas cinco alternativas, sendo: 1- confiança no parceiro ou tem apenas um parceiro; 2- não gosta de usar preservativo; 3- não pensa em se prevenir; 4- não sabe como/onde conseguir; 5- outro (com espaço pra descrever o motivo referido).

Uso de método anticoncepcional: se a entrevistada já fez uso de qualquer tipo de método em algum momento da vida e qual o método utilizado;

Formas de obtenção de métodos anticoncepcionais: se a entrevistada sabe onde conseguir os métodos, citando os locais que conhece haver essa

possibilidade, sendo propostas as alternativas: 1- posto de saúde; 2- farmácia; 3- através médico; 4- através do namorado ou parceiro; 5- outra. Esta opção será descrita em espaço reservado para esse fim, especificando a outra forma que conhece para obter o método;

Fontes de informação sobre métodos anticoncepcionais:, onde a entrevistada obteve os conhecimentos que dispõe, considerando as alternativas: 1- médico; 2- amigo ou parceiro; 3- escola; 4- posto de saúde; 5- televisão; 6- outro. Nesta opção será anotada qual a fonte de informação sobre os métodos mencionada pela entrevistada;

Método anticoncepcional adequado para ser utilizado por adolescentes: conforme mencionado pela entrevistada, de forma espontânea e estimulada (leitura dos métodos pela entrevistadora);

Presença de alguma doença sexualmente transmissível: conforme referido pela entrevistada, caso já tenha tido alguma;

Fontes de informação sobre doenças sexualmente transmissíveis: onde a entrevistada obteve as informações que dispõe, de acordo com as alternativas: 1- escola; 2- posto de saúde; 3- folhetos/cartazes; 4- amigos/parentes; 5- radio/televisão; 6- outra (anotar a resposta mencionada);

Percepção de risco para DST: se a entrevistada considera ter risco ou não de contrair uma DST;

Motivos para atribuir ou não o risco: sendo propostas as alternativas: *para existência do risco* – 1- não usa preservativo; 2- tem vários parceiros; 3- o parceiro tem outras mulheres; 4- compartilha agulhas e seringas; 5- outro. Para *ausência do risco*: 1- não mantém relações sexuais; 2- tem apenas um parceiro; 3- usa sempre a camisinha; 4- não compartilha agulhas e seringas; 5- outro. Em ambas questões, a opção outra deverá ser anotada;

Presença de sintomas: sendo: 1- coceira; 2- corrimento; 3- feridas/verrugas genitais; 4- ardor/dor ao urinar; 5- mau cheiro; 6- infecções na pele/manchas; 7- outro (especificar), 8- nenhuma, conforme referido pela entrevistada;

Consulta ginecológica: se já passou por atendimento ginecológico ou não e onde aconteceu esse atendimento, sendo: 1- hospital público; 2- posto de saúde/núcleo de saúde da família; 3- consultório médico particular. 4- outro (descrever o local onde aconteceu esse atendimento);

Resultado do exame: presença de alterações que necessitassem de tratamento, conforme mencionado pela entrevistada;

Opinião sobre a necessidade de proteção na relação sexual: se a entrevistada refere ser necessário ou não medidas preventivas na relação sexual, descrevendo qual é essa necessidade, considerando as alternativas: 1- gravidez; 2- doenças sexualmente transmissíveis; 3- gravidez e doenças; 4- outra (especifique);

Freqüência no uso do preservativo: considerando o seu uso em cada prática sexual, sendo propostas as alternativas: 1- sempre; 2- às vezes; 3- nunca; 4- não se aplica;

Possibilidades de práticas preventivas na relação sexual: conforme mencionado pela entrevistada, sendo propostas cinco alternativas: 1- ter apenas um parceiro; 2- usar o preservativo em todas as relações; 3- conhecer bem o parceiro; 4- usar pílula regularmente; 5- outro (especifique).

Uso métodos anticoncepcionais de dupla proteção: se já fez uso ou não de métodos para prevenir doenças e gravidez ao mesmo tempo;

Métodos de dupla proteção utilizado: caso a entrevistada refira ter feito o uso, de acordo com as alternativas: 1- pílula e preservativo; 2- preservativo e

pílula do dia seguinte; 3- injeção e preservativo; 4- preservativo; 5- outro (anotar a resposta referida pela entrevistada);

Motivos para não uso de métodos de dupla proteção: caso a entrevistada relate a necessidade da dupla proteção, mas nunca tenha feito uso desses métodos, sendo proposto como alternativas: 1- nunca teve relação sexual; 2- não se preocupou com isso; 3- queria usar, mas não arranhou nenhum no momento; 4- o parceiro se opõe/não quer; 5- acredita que anticoncepcionais fazem mal à saúde; 6- outro (especifique).

Atitudes em relação ao uso de métodos anticoncepcionais

O estudo das atitudes é algo complexo e pretende-se aqui, brevemente conceituar atitudes e o que será considerado como tal na referida pesquisa. Segundo Oppenheim (1999), atitude é um estado de prontidão, uma tendência a responder de certa maneira quando confrontado com algum estímulo. Reforçadas por crenças e valores, as atitudes possuem um componente cognitivo e geralmente atraem sentimentos (componente emocional) os quais podem levar a comportamentos intencionais (tendência à ação), podendo ser expressas pela fala ou comportamento. As atitudes pretendem expressar pontos de vista, preferências, julgamentos, sentimentos ou uma posição contra ou a favor sobre alguma coisa (OPPENHEIN, 1999).

Nesta pesquisa, foram utilizados um conjunto de variáveis relativas a crenças e valores a fim de testar os impedimentos para o uso de métodos anticoncepcionais (questão 51, apêndice A). As variáveis foram elaboradas e utilizadas por Gera (2004) em sua dissertação de mestrado. As afirmações foram medidas por meio de escala tipo Likert e variavam de discordo muito a concordo muito. Gera (2004, apud LIKERT, 1932)¹ refere que o objetivo da escala está em medir o nível de concordância do sujeito com afirmações que expressarão algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto.

As afirmativas propostas foram:

- Não uso anticoncepcional porque todo mundo vai saber que eu transo (-)

¹ LIKERT, R. Uma técnica para medir atitudes. *Arquivos de Psicologia*. V.22, p.1-42, 1932.

- Se usar anticoncepcional todos pensarão que sou galinha (-)
- O parceiro respeita a menina que usa anticoncepcional (+)
- Usar métodos de evitar filhos é atitude de uma pessoa responsável (+)
- Anticoncepcionais deveriam ser disponíveis a todos os adolescentes (+)
- Não usar anticoncepcionais significa ter mais confiança e intimidade no parceiro (-)
- É difícil conversar com meu parceiro sobre sexo e métodos de evitar filhos (-)
- Quem deve falar sobre usar camisinha ou outro método de evitar filhos é o homem (-)

As respostas foram recodificadas em escala que variava de 01 a 05, seguindo os passos a seguir:

- 1- Os valores foram atribuídos de acordo com o nível de concordância entre a resposta da entrevistada e a afirmativa proposta. Para as respostas desfavoráveis (-), os valores foram atribuídos de 5 a 1, sendo discordo muito (5), discordo (4), nem concordo nem discordo (3), concordo (2) e concordo plenamente (1). Para as respostas favoráveis (+), os valores foram distribuídos de forma inversa, variando de 1 (discordo plenamente) a 5 (concordo plenamente).
- 2- Os escores da escala foram calculados. A pontuação máxima possível foi de 40 e a mínima de 8 pontos, no entanto, não foram encontrados no estudo a referida pontuação, tendo sido verificado o mínimo de 22 e máximo de 35 pontos. A classificação entre os três níveis da atitude (liberal, neutra e conservadora) foi feita mediante o cálculo da média (30,4), sendo os que se encontravam nos 25% (22 a 29 pontos), considerado como atitude conservadora; 50% (30 e 31 pontos), atitude neutra e acima de 75% (32 a 35 pontos), atitude liberal.

Associação entre as variáveis

Com objetivo de verificar se existe associação entre as variáveis, foi construído pela pesquisadora, um quadro hipotético de relação entre elas, sendo apresentadas a seguir:

Variáveis Independentes	Variáveis dependentes
<ul style="list-style-type: none"> - Idade - Cor - Estado marital - Escolaridade - Nível sócio-econômico - Religião - Vida sexual (idade, namoro, relacionamento sexual esporádico) - Uso de métodos anticoncepcionais (1ª e última relação) - Razões para usar ou não preservativos - Fontes de informação sobre métodos anticoncepcionais e DST - Comportamento de risco para contrair DST - Motivos para atribuir tal risco - Atendimento ginecológico e presença de DST - Necessidade e forma de proteção na relação sexual - Uso de método anticoncepcional de dupla proteção - Atitude sobre o uso dos métodos 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais - Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais de dupla proteção - Conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis

Quadro 1. Relação das variáveis dependentes e independentes

3.5 A realização das entrevistas

A coleta de dados teve início no dia 04 de julho e término em 26 de agosto de 2005. O questionário foi aplicado pela própria pesquisadora mediante visitas domiciliares e teve duração de aproximadamente 20 minutos. Buscando resguardar a privacidade das adolescentes as entrevistas foram realizadas em local privado e sem a presença de familiares e de outras pessoas no momento da aplicação do questionário.

Não houve recusa em participar da pesquisa e das 129 adolescentes selecionadas, 90 foram entrevistadas. O trabalho de campo foi planejado inicialmente de forma que fossem realizadas três visitas domiciliares para cada adolescente não encontrada no primeiro contato. As visitas nestes primeiros contatos foram realizadas de segunda a sexta-feira no período da manhã e tarde. Finalizadas as três visitas para todas as adolescentes não encontradas, optou-se por uma quarta visita que foi realizada aos sábados, buscando atingir aquelas que trabalhavam ou estudavam durante a semana.

A freqüência das entrevistas realizadas encontra-se na tabela 1:

Tabela 1- Distribuição de adolescentes segundo entrevistas realizadas ou não. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

	N	%
Entrevistas Realizadas	90	69,7
Entrevistas Não Realizadas	39	30,3
Adolescentes Cadastradas	129	100

Dentre as entrevistas não realizadas, os principais motivos pelos quais as adolescentes não foram entrevistadas são descritas a seguir:

- I- Moravam no endereço na época do cadastro, mas mudaram para outro bairro ou Estado (20 adolescentes, 51,3%);
- II- Não moravam no endereço fornecido, mas utilizavam-se dele para obter atendimento no serviço (04 adolescentes, 10,2%);
- III- Trabalhavam ou estudavam durante todo o dia, não sendo possível localizá-las (11 adolescentes, 28,2%);
- IV- Apresentavam problemas mentais (03 adolescentes, 7,7%);
- V- Estava detenta (01 adolescente, 2,6%).

Das adolescentes que deixaram de ser entrevistadas, 43,8% tinha 19 anos de idade, conforme tabela 2:

Tabela 2- Distribuição das adolescentes segundo entrevistas não realizadas e a idade. Núcleo IV do Programa de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP. 2005.

Idade	N	%
15 anos	03	7,7
16 anos	06	15,3
17 anos	07	17,9
18 anos	06	15,3
19 anos	17	43,8
Total	39	100

A associação entre a idade das adolescentes e os motivos para não realização da entrevista pode ser visualizada na tabela abaixo (tabela 3). Conforme se nota a maior parte das entrevistas não realizadas na faixa etária dos 19 anos deveu-se principalmente ao fato das adolescentes terem mudado de bairro ou Estado:

Tabela 3- Distribuição das adolescentes segundo a idade e o motivo da não realização da entrevista. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto – SP. 2005.

Idade						
Motivo	15	16	17	18	19	Total
I	1	3	4	2	10	20
II	1	—	1	1	1	04
III	1	1	1	3	5	11
IV	—	2	1	—	—	03
V	—	—	—	—	1	01
Total	3	6	7	6	17	39

De forma geral, percebeu-se uma receptividade muito grande por parte das adolescentes em participar da pesquisa e nenhum constrangimento em falar sobre sua vida sexual. O contato com as adolescentes foi extremamente rico, pois muitas contavam suas histórias, e

traziam relatos de suas vidas. Além disso, foi possível perceber a espontaneidade e disponibilidade com que responderam às questões. Para as adolescentes, a pesquisa possibilitou a reflexão sobre aspectos de sua própria vida, bem como o esclarecimento de dúvidas que foi realizado após a entrevista e direcionamento aos profissionais do Núcleo IV do PSF quando necessário.

3.6 A análise dos dados

Os questionários foram arquivados e armazenados no Departamento de Medicina Social da FMRP-USP. Os dados coletados foram digitados pela própria pesquisadora em máscara, utilizando-se o Programa Epidata versão 3.1. Após revisão dos dados digitados, procedeu-se o processamento dos mesmos, mediante uso do programa EpiInfo versão 6.0 e para a realização de testes de associação, utilizou-se o pacote estatístico Stata. Os dados foram analisados pela pesquisadora com supervisão da orientadora.

Foi calculada a distribuição de frequência de cada variável e buscou-se encontrar uma associação entre as variáveis dependentes e independentes. Para tanto, utilizou-se como técnicas estatísticas, os testes do Qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher, sendo a hipótese de associação aceita quando p for menor ou igual a 0,05.

3.7 Os aspectos éticos

O presente trabalho passou por análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP em 19 de abril de 2005. Também foi apresentado à equipe e coordenadores do Núcleo IV, obtendo-se a concordância de todos para a realização do estudo na área de abrangência deste Núcleo.

Foi assegurado às adolescentes que participaram do estudo, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, o conhecimento sobre os objetivos da mesma e o procedimento do qual elas participavam. Foi garantida também a confiabilidade das informações mediante sigilo dos dados, bem

como do nome das adolescentes, conhecido apenas pela pesquisadora e docente responsável pela pesquisa.

Foi esclarecido que as adolescentes que se recusassem a participar da pesquisa não sofreriam qualquer tipo de prejuízo. O mesmo se reservava àquelas que desejassem interromper sua participação, o que poderia ser feito em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo na forma de atendimento, tratamento e assistência prestada pelo Núcleo IV do Programa de Saúde da Família.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069/90) que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente garante através do seu artigo 17, o direito ao respeito que consiste na “inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da autonomia, dos valores, idéias e crenças”.

Nesse sentido, a entrevista foi realizada de forma a resguardar a privacidade da adolescente e a proteção de sua vulnerabilidade, considerando que devido à sua natureza, o estudo não apresenta nenhum tipo de risco à saúde das adolescentes participantes.

Embora não recebessem nenhum benefício material em função de sua participação, a contribuição das adolescentes no estudo possibilitará uma melhor compreensão do problema em questão, beneficiando posteriormente outras adolescentes já que o conhecimento mais detalhado sobre o assunto pode favorecer o desenvolvimento de ações que promovam o bem estar das adolescentes e outros indivíduos da comunidade.

Dessa maneira, propôs-se ao Comitê de Ética em Pesquisa que o termo de consentimento livre e esclarecido fosse assinado pela própria participante, após explicação completa e pormenorizada sobre os aspectos que envolviam a pesquisa (natureza do estudo, objetivos, métodos, benefícios previstos). Obteve-se parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa quanto à isenção da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável considerando os seguintes aspectos:

- A pesquisa não apresentava qualquer tipo de risco às participantes, respeitando sua condição de pessoa em desenvolvimento;

-
- As participantes tiveram todos os seus direitos preservados, em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069/90) e com a Resolução 196/96, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos;
 - Foi assegurada sua desistência em participar da pesquisa a qualquer momento, bem como não responder questões se assim desejassem, sem qualquer tipo de prejuízo;
 - A anuência dos pais ou responsáveis poderia gerar um viés, que interferiria sobre os resultados da pesquisa, podendo invalidar o estudo, considerando que muitas adolescentes não mantêm diálogo com os mesmos sobre sua saúde reprodutiva e questões que envolvem a sua sexualidade. O conhecimento dos pais/responsáveis poderia gerar também uma pressão direta e as adolescentes sentirem-se coagidas a dar determinados tipos de respostas ou sofrerem algum tipo de coação ou violência dentro de casa;
 - Não houve nenhum tipo de intervenção, nem procedimento invasivo com as adolescentes durante a aplicação do questionário. No entanto, o momento da entrevista pôde favorecer o esclarecimento de dúvidas sobre o tema em questão, beneficiando diretamente as participantes;
 - O Brasil tem apresentado elevados índices de gravidez na adolescência (18% das adolescentes de 15 a 19 anos tem pelo menos um filho ou estão grávidas, de acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - 1996) ao lado de um aumento no número de doenças transmitidas sexualmente (de 1980 a 1999, 43% dos casos de DST foram verificados na faixa etária dos 15 a 24 anos, de acordo com Jiménez (2001). Os adolescentes apresentam-se como grupo vulnerável a uma gravidez não planejada ou não desejada, bem como aos riscos de contrair DST, tanto por características próprias da fase quanto pelo contexto sócio-econômico que estão inseridos;
 - A pesquisa, neste sentido, oferece elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender e prevenir um problema que afeta o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização das adolescentes estudadas

Os dados apresentados nesta seção buscam caracterizar a população de adolescentes estudadas. Para tanto, foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, cor, religião, estado marital, ocupação, escolaridade e nível sócio-econômico.

A) Idade

Conforme a figura abaixo, nota-se que houve uma distribuição quase eqüitativa entre as idades: 18 adolescentes com 15 anos (20%), 19 adolescentes com 16 anos (21,1%), 21 com 17 anos (23,3%), 18 delas com 18 anos (20%) e 14 adolescentes com 19 anos de idade (15,6%).

A média de idade encontrada entre elas foi de 16,9 anos, sendo a mediana e a moda, ambas de 17 anos e desvio padrão de 1,84.

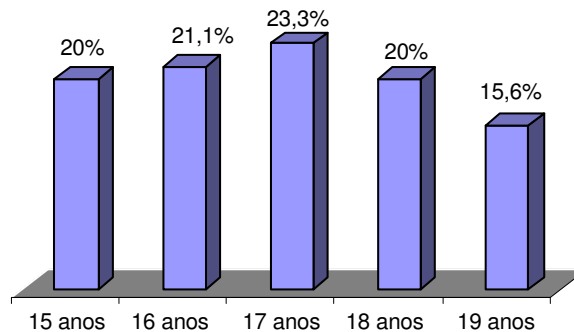


Figura 1. Distribuição das adolescentes segundo a idade. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto – SP. 2005.

B) Cor ou raça

Quanto à cor ou raça, 38 entrevistadas se auto-declararam brancas (42,2%) e 35 pardas (38,9%), sendo que os 18,9% restantes se dividiram em: 11 adolescentes pretos (12,2%) e 06 indígenas (6,7%).

C) Religião

Os resultados indicam o predomínio da religião evangélica entre as adolescentes estudadas (41 delas, 45,6%). A religião católica foi mencionada por 33 entrevistadas (36,6%), seguida de 14 adolescentes que disseram não ter nenhuma religião (15,6%). Entre as adolescentes restantes, uma se declarou espírita (1,1%) e outra se disse mórmon (1,1%), conforme pode ser observado na figura 2:

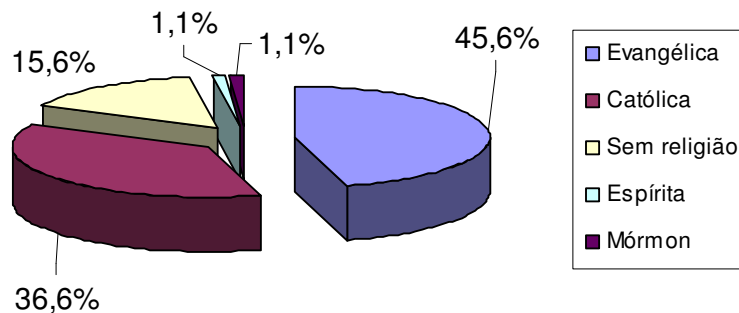


Figura 2. Distribuição das adolescentes segundo a religião. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

D) Estado Marital

Dentre as adolescentes entrevistadas, 72 delas (80%) eram solteiras e as 18 adolescentes restantes (20%) estavam sexualmente unidas, sendo que destas, apenas 04 delas (4,4%) eram legalmente casadas.

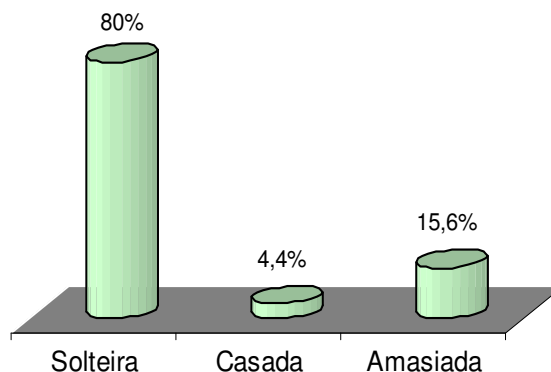


Figura 3. Distribuição das adolescentes segundo estado marital. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

E) Ocupação

No que diz respeito à ocupação, 28 adolescentes (31,1%) exerciam algum tipo de atividade remunerada e 53 entrevistadas (58,9%) freqüentavam a escola na época de realização da pesquisa. Tais dados se encontram nas tabelas 4 e 5, respectivamente.

Em relação à ocupação, as atividades mencionadas foram recategorizadas de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações - 2000, sendo as mais citadas pelas adolescentes: atividade desenvolvida no comércio varejista (vendedora), referida por 28,6% das entrevistadas, seguida daquelas desenvolvidas sem vínculo empregatício (manicure, vendedora ambulante, artesã, babá e empregada doméstica faxineira e arrumadeira), mencionado por 17,2% das entrevistadas.

Das 37 adolescentes que referiram não freqüentar mais a escola, 10 delas (27,1%) já haviam concluído o ensino médio. Para aquelas que abandonaram a escola, os principais motivos mencionados podem ser visualizados na tabela 6.

Tabela 4 - Distribuição das adolescentes segundo a ocupação. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Trabalhadoras	F	%
Sim	28	31,1
Não	62	98,9
Total	90	100

Tabela 5 - Distribuição das adolescentes segundo escolaridade. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Estudantes	F	%
Sim	53	58,9
Não	37	41,1
Total	90	100

Tabela 6 – Distribuição das adolescentes segundo motivos de abandono escolar. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Motivos de abandono escolar	N	%
Não gostava/não quis	8	29,6
Não achou vaga	1	3,7
Precisava trabalhar	9	33,4
Engravidou	8	29,6
Namorado/companheiro não deixou	1	3,7
Total	27	100

F) Escolaridade

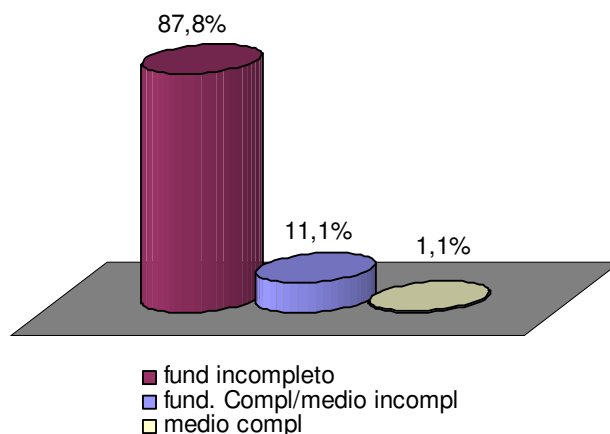


Figura 4. Distribuição das adolescentes segundo o grau de escolaridade Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto – SP. 2005.

Conforme pode ser observado no gráfico acima, nota-se que a maioria das entrevistadas (79 delas, 87,8%) havia completado o ensino fundamental ou iniciado o ensino médio; 10 adolescentes (11,1%) tinham cursado o ensino médio completo e apenas 1 entrevistada (1,1%) não concluiu o ensino fundamental. Dessa forma, a média de anos de estudo encontrada entre elas foi de 8,6 anos, com mediana de 9 e moda de 10 anos.

G) Nível Sócio-Econômico

Para verificar o nível sócio-econômico das entrevistadas optou-se por utilizar o Critério Classificação Econômica Brasil – CCEB, avaliado mediante a posse de itens de conforto presentes na residência da entrevistada e o grau de escolaridade do chefe da família.

Na população estudada, observa-se uma distribuição eqüitativa entre as classes C e D, pois 41 (45,5%) e 40 (44,4%) respectivamente pertenciam à essas categorias, conforme mostra a tabela 7:

Tabela 7 – Distribuição das adolescentes segundo nível sócio-econômico. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Classificação Sócio- Econômica	N	%
B	09	10,1
C	40	44,4
D	41	45,5
Total	90	100

Em relação à renda familiar, mais da metade das adolescentes (55,6%) possuíam renda mensal até 2 salários mínimos. As adolescentes com renda familiar até 1 salário mínimo representavam 22,2% das entrevistadas. A mesma proporção foi encontrada para aquelas com renda superior a 2 salários.

A maioria das entrevistadas residia em famílias compostas por até 5 pessoas (73,3%) e a média de indivíduos residindo na mesma casa foi de 4,5 pessoas e desvio padrão de 2,15.

Com estes dados foi possível estimar a renda familiar per capita, sendo verificado que 60% das adolescentes residem em famílias com renda per capita de até meio salário mínimo.

4.2 Conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais

Nesta seção, os dados apresentados referem-se ao conhecimento que as adolescentes possuem em relação aos métodos anticoncepcionais e a fonte de informação.

A tabela 19 apresenta os métodos anticoncepcionais que a adolescente refere conhecer, de forma espontânea e estimulada. De forma espontânea, a entrevistada foi solicitada a mencionar os métodos anticoncepcionais que conhece ou já ouviu falar, enquanto de forma estimulada, houve a leitura pela entrevistadora dos métodos não mencionados espontaneamente pela adolescente. No entanto, este

conhecimento refere-se apenas a ter ouvido falar sobre o método, sem aprofundar-se no funcionamento ou utilização do mesmo.

De forma espontânea, os métodos mais citados pelas adolescentes foram a pílula (95,6%) e o preservativo masculino (86,7%). Muitas entrevistadas citaram a injeção hormonal (61,1%) e o DIU (45,6%). Também foram mencionados o preservativo feminino (13,3%) e a pílula do dia seguinte (11,1%). Poucas adolescentes, entretanto, citaram a tabelinha (5,6%) e o coito interrompido (2,2%).

Em relação ao conhecimento estimulado, o preservativo feminino foi mencionado por 86,7% das entrevistadas. A pílula do dia seguinte (61,1%), a tabelinha (57,8), o DIU (45,6%) e o coito interrompido (44,4%) também foram referidos pelas adolescentes.

A tabela 19 permite observar também que os métodos comportamentais foram os menos conhecidos pelas entrevistadas, sendo o coito interrompido (53,4%) e a tabelinha (36,6%). Entre as adolescentes restantes, a contracepção de emergência mostrou-se desconhecida por 27,8% delas.

Tabela 8 - Distribuição das adolescentes segundo o conhecimento sobre os tipos de métodos anticoncepcionais. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Método	Espontâneo		Estimulado		Não conhece	
	F	%	F	%	F	%
Pílula	86	95,6	4	4,4	--	--
Preservativo masculino	78	86,7	12	13,3	--	--
Preservativo feminino	12	13,3	78	86,7	--	--
Tabelinha	5	5,6	52	57,8	33	36,6
DIU	41	45,6	41	45,6	8	8,8
Coito interrompido	2	2,2	40	44,4	48	53,4
Injeção	55	61,1	30	33,3	5	5,6
Pílula do dia seguinte	10	11,1	55	61,1	25	27,8
Outro	23	25,6	-	-	67	74,4

Obs: Por tratar-se de questão de múltipla escolha, o número de respostas não corresponde à totalidade da amostra.

A quantidade de métodos conhecidos pelas entrevistadas, de forma estimulada e espontânea foi denominada de conhecimento I. Os resultados encontram-se na tabela 9 e permitem observar que houve uma frequência maior de adolescentes que conhecem 7 tipos de métodos anticoncepcionais.

Tabela 9- Distribuição das adolescentes segundo a quantidade de métodos anticoncepcionais conhecidos. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

Quantidade de métodos	F	%
Dois	1	1,1
Três	1	1,1
Quatro	1	1,1
Cinco	10	11,1
Seis	23	25,6
Sete	31	34,4
Oito	23	25,6
Total	90	100

Para medir o nível de conhecimento I entre as entrevistadas, foi atribuído um ponto para cada método mencionado pela adolescente e os resultados foram recategorizados em conhecimentos baixo, médio e alto:

Tabela 10 - Distribuição das adolescentes segundo o nível de conhecimento I. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

Nível de Conhecimento I	F	%
Baixo (de 2 a 6 métodos)	36	40,0
Médio (7 métodos)	31	34,5
Alto (8 métodos)	23	25,5
Total	90	100

De acordo com a quantidade de métodos conhecidos (nível de conhecimento I), a tabela permite observar que entre as entrevistadas o conhecimento foi considerado médio e alto, isto é, as adolescentes conhecem de 7 a 8 tipos de métodos anticoncepcionais.

Para verificar o conhecimento das adolescentes sobre características da contracepção, foram utilizadas as afirmativas abaixo, para as quais a entrevistada foi solicitada a responder se concordava, discordava ou não concordava, nem discordava (tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição das adolescentes segundo conhecimento sobre contracepção. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Afirmativas	Concordo		NC/ND		Discordo	
	N	%	N	%	N	%
A primeira relação sexual não engravida	6	6,6	3	3,3	81	90,1
A pílula diminui o prazer sexual	6	6,6	21	23,3	63	70,1
Transar de vez em quando não engravida	2	2,2	7	7,7	81	90,1
A lavagem com o chuveirinho depois da relação impede a gravidez	12	13,4	17	18,9	61	67,7
O tirar fora é uma forma de evitar a gravidez	19	21,2	21	23,3	50	55,5
Usando anticoncepcional posso programar a hora de ter um filho	65	72,3	8	8,9	17	18,8
Penso que a gravidez não vai acontecer comigo	14	15,6	5	5,5	71	78,9
A pílula e a injeção engordam	51	56,7	13	14,4	26	28,9

C=Concordo, NC/DC= Não concordo nem discordo, D= Discordo

Conforme tabela acima, a maioria das adolescentes (90,1%) respondeu corretamente, discordando da afirmativa que “a primeira relação sexual não engravida”.

Em relação à afirmativa “a pílula diminui o prazer sexual”, 70,1% das adolescentes responderam de forma correta, enquanto 23,3% não tinham conclusão formada a respeito.

A maioria das adolescentes (90,1%) discordou que “transar de vez em quando não engravida”, respondendo à afirmativa acertadamente. Já em

relação “a lavagem com o chuveirinho depois da relação impede gravidez”, 67,7% corretamente discordaram desta afirmação, enquanto 18,9% não manifestaram posição alguma, nem concordaram, nem discordaram da afirmativa.

Para 21,2% das adolescentes, “o tirar fora é uma forma de evitar gravidez”, enquanto para 55,5% acertaram essa afirmação dizendo que não estava correta.

O uso de anticoncepcionais como possibilidade de “programar a hora de ter um filho” obteve concordância acertada de 72,3% das entrevistadas, enquanto 18,8% discordaram de tal afirmativa.

Em relação à afirmação “penso que a gravidez não vai acontecer comigo”, 78,9% das entrevistadas corretamente discordaram enquanto 15,6% manifestaram concordância à respeito.

Para a afirmativa, “a pílula e a injeção engordam”, 56,7% das entrevistadas incorretamente concordaram enquanto 28,9% discordaram e 14,4% não se mostraram favoráveis ou desfavoráveis.

As afirmativas em relação às características da contracepção foram recodificadas e classificadas, o que se convencionou chamar de conhecimento II. Foi atribuído um ponto para cada resposta considerada correta. Os resultados encontram-se nas tabelas 12 e 13:

Tabela 12 - Distribuição das adolescentes segundo número de acertos sobre conhecimento II. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

Conhecimento II	F	%
Um	2	2,2
Dois	1	1,1
Três	9	10,0
Quatro	12	13,3
Cinco	16	17,7
Seis	18	20,0
Sete	25	27,7
Oito	7	7,7

O nível de conhecimento II foi considerado médio para 37,8% das entrevistadas. Os demais resultados podem ser visualizados a seguir:

Tabela 13 - Distribuição das adolescentes segundo o nível de conhecimento II. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

Nível de Conhecimento II	F	%
Baixo (de 1 a 4 ptos)	24	26,7
Médio (de 5 a 6 ptos)	34	37,8
Alto (de 7 a 8 ptos)	32	35,5
Total	90	100

As adolescentes também foram questionadas sobre o uso dos métodos anticoncepcionais, sendo solicitadas a responder verdadeiro, falso ou não sabe para as 10 afirmativas propostas, que lhes foram lidas e estão apresentadas na tabela 14.

Para a afirmativa “a mulher deve tomar uma pílula por dia sempre no mesmo horário”, 80% das entrevistadas responderam corretamente esta proposição, considerando-a verdadeira.

A maioria das adolescentes respondeu corretamente que a camisinha masculina não serve apenas para evitar filho (94,4%) e 78,9% acredita acertadamente que a “camisinha feminina protege contra sífilis, aids e outras DST”.

Quanto à afirmativa “o coito interrompido é seguro para evitar filhos”, 33,3% das entrevistadas não souberam responder.

Com relação à afirmativa “se esquecer de tomar um comprimido da pílula deve tomar dois no dia seguinte e usar camisinha o resto do mês”, 35,6% das adolescentes não souberam responder e 33,3% responderam de forma incorreta, considerando falsa esta afirmação.

“A pílula do dia seguinte deve ser tomada até 72 horas depois de uma relação sexual desprotegida” foi acertadamente considerada verdadeira por 51,1% das entrevistadas, enquanto 35,6% não souberam responder.

Quanto à afirmativa “a camisinha não pode ser retirada com o pênis ereto porque pode machucar”, mais da metade das adolescentes (55,6%) não souberam responder, enquanto 31,1% responderam de forma correta, considerando falsa esta afirmação.

A maioria das entrevistadas (61,1%) acertadamente concordou que a “tabelinha é o método onde a mulher deve evitar ter relações no período em que está fértil”. A porcentagem de adolescentes que não souberam responder corresponde a 34,4%.

Dentre as entrevistadas, 55,6% corretamente concordaram que a “injeção pode provocar alterações na menstruação”, no entanto, 34,4% não souberam responder. A quase totalidade das adolescentes respondeu acertadamente que a “camisinha feminina deve ser colocada na vagina”, (97,8%). Os resultados podem ser visualizados na tabela 14:

Tabela 14 - Distribuição das adolescentes segundo conhecimento sobre o uso dos métodos anticoncepcionais. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Afirmativa	V		F		NS	
	N	%	N	%	N	%
A mulher deve tomar uma pílula por dia sempre no mesmo horário (V)	72	80	5	5,6	13	14,4
A camisinha masculina só serve para evitar filho (F)	4	4,4	85	94,4	1	1,1
A camisinha feminina protege contra sífilis, Aids e outras DST (V)	71	78,9	2	2,2	17	18,9
O coito interrompido é seguro para evitar filho (F)	6	6,7	54	60,0	30	33,3
Se esquecer de tomar um comprimido da pílula deve tomar dois no dia seguinte e usar camisinha o resto do mês (V)	28	31,1	30	33,3	32	35,6
A pílula do dia seguinte deve ser tomada até 72 hrs depois de uma relação sexual desprotegida (V)	46	51,1	12	13,3	32	35,6
A camisinha não pode ser retirada com o pênis ereto porque pode machucar (F)	12	13,3	28	31,1	50	55,6
A tabelinha é um método em que a mulher deve evitar ter relações no período que está fértil (V)	55	61,1	4	4,4	31	34,4
A injeção pode provocar alterações na menstruação (V)	50	55,6	15	16,7	25	27,8
A camisinha feminina deve ser colocada na vagina (V)	88	97,8	1	1,1	1	1,1

Para cada uma das afirmativas respondidas de forma correta foi atribuído um ponto. A seguir elas foram recodificadas e denominadas de conhecimento III. Para cada resposta correta foi atribuído um ponto e 22 entrevistadas (24,4%) acertaram 6 das afirmativas propostas:

Tabela 15 - Distribuição das adolescentes segundo número de acertos conhecimento III. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Conhecimento III	F	%
Três	4	4,4
Quatro	6	6,6
Cinco	16	17,7
Seis	22	24,4
Sete	20	22,2
Oito	12	13,3
Nove	7	7,7
Dez	3	3,3
Total	90	100

O nível de conhecimento III foi considerado médio para 46,6% e baixo para 28,9% das adolescentes, conforme pode ser observado na tabela 16:

Tabela 16 - Distribuição das adolescentes segundo o nível de conhecimento III. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Nível de Conhecimento III	F	%
Baixo (de 3 a 5 pontos)	26	28,9
Médio (de 6 a 7 pontos)	42	46,6
Alto (de 8 a 10 pontos)	22	24,5
Total	90	100

O conhecimento geral das adolescentes sobre os métodos anticoncepcionais foi obtido através da soma dos conhecimentos anteriores (conhecimento I, II e III). Os resultados encontram-se na tabela 17, que pode ser visualizada a seguir:

Tabela 17 - Distribuição das adolescentes segundo o nível de conhecimento geral. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Nível de Conhecimento Geral	F	%
Baixo (11 a 16 pontos)	27	30,0
Médio (17 a 20 pontos)	32	35,5
Alto (21 a 24 pontos)	31	34,5
Total	90	100

O nível de conhecimento geral foi considerado médio para 35,5% das entrevistadas; alto para 34,5% e baixo para 30% das entrevistadas.

Fonte de informação

Quando questionadas em relação ao acesso à informação sobre os métodos anticoncepcionais, a escola foi a maior fonte de orientação, sendo mencionada por 43,3% das adolescentes. Outras fontes foram citadas, conforme é possível observar na tabela 18:

Tabela 18 - Distribuição das adolescentes segundo a fonte de informação sobre métodos anticoncepcionais. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto – SP. 2005.

Fonte de informação	N	%
Médico	15	16,7
Amigo ou parceiro	4	4,4
Escola	39	43,3
Posto de Saúde	18	20,0
Televisão	5	5,6
Outro	9	10,0
Total	90	100

4.3 Conhecimento sobre método anticoncepcional de dupla proteção

Em relação aos métodos anticoncepcionais de dupla proteção, 49 adolescentes (54,4%), referiram conhecer métodos que possibilitam a proteção simultânea de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, enquanto 41 delas (45,6%) não conhecem métodos que viabilizem este tipo de proteção.

Quanto aos métodos de dupla proteção conhecidos, o preservativo masculino foi mais citado, sendo mencionado por 45 entrevistadas (91,8%). Apenas 04 adolescentes mencionaram o uso de dois métodos como forma de realizar a dupla proteção, conforme tabela 19:

Tabela 19 – Distribuição das adolescentes segundo os métodos anticoncepcionais de dupla proteção conhecidos. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Método	N	%
Preservativo masculino	45	91,8
Pílula e Preservativo	4	8,2
Total	49	100

4.4 Conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis

Esta seção aborda o conhecimento que a adolescente possui sobre as doenças sexualmente transmissíveis e as formas de prevenção dessas doenças.

A tabela 20 mostra as doenças que a entrevistada refere conhecer, de forma espontânea e estimulada. Conforme se observa, o HIV/aids foi a doença sexualmente transmissível mais citada espontaneamente pela maioria das adolescentes (92,2%), seguida pela sífilis (23,3%) e gonorréia (20%). Já de forma estimulada, o HPV e o herpes genital foram mencionados por 58,9% das adolescentes. Todos os resultados podem ser observados na tabela 20:

Tabela 20 - Distribuição das adolescentes segundo conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

Doença	Espontâneo		Estimulado		Não conhece	
	N	%	N	%	N	%
HIV/Aids	83	92,2	7	7,8	--	--
Sífilis	21	23,3	37	41,1	32	35,6
Herpes Genital	7	7,8	53	58,9	60	33,3
HPV	12	13,4	53	58,9	25	27,7
Cancro Mole	4	4,4	16	17,8	20	22,2
Gonorréia	18	20,0	45	50,0	27	30,0
Candidíase	-	-	26	28,9	64	71,1
Clamídia	-	-	5	5,6	85	94,4
Outro (hepatite B)	9	10,0	-	-	81	90,0

Nota-se que 35,6% das adolescentes nunca ouviu falar da sífilis; 33,3% desconhece herpes genital; 30% não conhece a gonorréia e 27,7% nunca ouviu falar do HPV.

Quanto a número de doenças que as adolescentes mencionaram, a tabela abaixo (21) apresenta os resultados obtidos:

Tabela 21 - Distribuição das adolescentes segundo quantidade de DST mencionadas. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

Quantidade	F	%
Uma	5	5,5
Duas	13	14,5
Três	10	11,1
Quatro	12	13,4
Cinco	23	25,5
Seis	17	18,9
Sete	10	11,1
Total	90	100

Conforme tabela acima, 23 adolescentes (25,5%) conhecem ou já ouviram falar de pelo menos 5 DSTs. O nível de conhecimento das adolescentes sobre as DST encontra-se na tabela 22 e foi definido após estabelecer um ponto para cada doença que a adolescente referiu conhecer, de forma espontânea e estimulada. Não foram consideradas nesta soma, no entanto, a *candidíase*, *clamídia* e a opção *outras*, em razão do pequeno número de adolescentes que mencionaram estas doenças. Os resultados permitiram observar que as adolescentes possuíam conhecimento médio (38,9) e baixo (31,1%) sobre este tipo de doenças.

Tabela 22 - Distribuição das adolescentes segundo o nível de conhecimento sobre DST. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Nível de Conhecimento	F	%
Baixo (de 1 a 3 ptos)	28	31,1
Médio (de 4 a 5 ptos)	35	38,9
Alto (de 6 a 7 ptos)	27	30,0
Total	90	100

As adolescentes também foram questionadas sobre as formas de evitar uma DST (tabela 23). O número de respostas não corresponde ao total de adolescentes entrevistadas, pois a questão admitiu mais de uma possibilidade de resposta.

Tabela 23 – Distribuição das adolescentes segundo as formas de evitar uma DST. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

Formas de evitar DST	N	%
Não ter relações sexuais	6	6,6
Usar o preservativo em todas as relações	84	93,3
Ter apenas um parceiro	7	7,7
Evitar relações homossexuais	1	1,1
Não compartilhar agulhas e seringas	1	1,1
Outros	7	7,7

Com referência às formas de evitar uma DST, a tabela acima demonstra que a maioria das adolescentes (84 delas) identifica o uso sistemático do preservativo como a principal forma de prevenção. Na opção “outra” as respostas encontradas foram: “evitar sexo oral” (1,1%); “sempre fazer exames” (1,1%); “ir sempre ao médico” (3,3%); “não tem como evitar” (1,1%); “ter orientações suficiente” (1,1%). Apenas uma adolescente (1,1%) desconhece como é possível prevenir uma DST.

Foi atribuído um ponto para as formas mais eficazes de prevenção de DST (“não ter relações sexuais”, “usar o preservativo em todas as relações” e “não compartilhar agulhas e seringas”) e zero para as demais (“ter apenas um parceiro”, “evitar relações homossexuais” e “outra”). Os dados foram recategorizados e assim distribuídos:

Tabela 24- Distribuição das adolescentes segundo quantidade de formas de prevenção conhecidos. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

Formas de prevenção		
conhecidas	N	%
Nenhuma	5	5,6
Uma	79	87,8
Duas	6	6,6

A tabela acima mostra que 5,6% das adolescentes desconhecem qualquer maneira possível de evitar uma DST. Entretanto, a maioria delas (87,8%) conhece pelo menos uma forma de evitar este tipo de doenças enquanto 6,6% conhecem duas formas.

Para caracterizar o conhecimento que a entrevistada possui, elaborou-se uma nova variável, denominada “conhecimento geral” e caracterizada pela soma do conhecimento sobre as DST e conhecimento sobre as formas de prevenção.

Tabela 25- Distribuição das adolescentes segundo conhecimento geral sobre as DST. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

Conhecimento	N	%
Baixo (2 a 4 pontos)	27	30,0
Médio (5 a 6 pontos)	37	41,2
Alto (7 a 8 pontos)	26	28,8

De acordo com a tabela, nota-se que as adolescentes possuem conhecimento médio (41,2%) e baixo (30,0%) sobre as DST e suas formas de prevenção.

Fonte de informação

A escola foi a principal fonte de informação sobre doenças sexualmente transmissíveis (62,2%). Também foram fontes importantes o serviço de saúde, amigos, parentes, rádio e televisão, conforme tabela abaixo:

Tabela 26 - Distribuição das adolescentes segundo a fonte de informação sobre DST. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

Fonte de informação	F	%
Escola	56	62,2
Posto de Saúde	19	21,1
Amigos/Parentes	7	7,8
Rádio/Televisão	5	5,6
Outro	3	3,3
Total	90	100

4.5 Dificuldades de contracepção

Foram propostas oito afirmativas que envolvem crenças e valores e que podem dificultar o uso de métodos e a adoção de práticas efetivas de proteção. Para cada uma delas foi solicitado que a adolescente respondesse se concordava plenamente, concordava, discordava, discordava plenamente ou não concordava nem discordava, conforme tabela 27:

Tabela 27 – Distribuição das adolescentes segundo afirmativas relacionadas ao uso de métodos. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto – SP. 2005.

Afirmativas	DP	D	NC/DC	C	CP
	%	%	%	%	%
1-Não uso anticoncepcional porque todo mundo vai saber que eu transo	11,1	74,4	3,3	11,1	-
2-Se usar anticoncepcional todos pensarão que sou galinha	18,9	76,7	4,4	-	-
3-O parceiro respeita a menina que usa anticoncepcional	-	6,7	8,9	84,4	-
4-Usar métodos de evitar filho é atitude de uma pessoa responsável	-	2,2	-	93,3	4,4
5-Anticoncepcionais deveriam ser disponíveis a todos os adolescentes	-	3,3	1,1	93,3	2,2
6-Não usar anticoncepcional significa ter mais confiança e intimidade no parceiro	4,4	72,2	4,4	18,9	-
7-É difícil conversar com meu parceiro sobre sexo e métodos de evitar filho	-	74,4	8,9	16,7	-
8-Quem dever falar sobre sexo e métodos de evitar filho é o homem	1,1	73,3	5,6	20,0	-

DP= Discordo Plenamente, D= Discordo, NC/DC= Não concordo nem discordo, C= Concordo, CP= Concordo Plenamente

De acordo com a tabela 27, pode-se verificar que em relação à afirmativa “*não uso anticoncepcional porque todo mundo vai saber que eu transo*”, 67 adolescentes (74,7%) discordam dessa afirmação.

Para a afirmativa “*se usar anticoncepcional todos pensarão que sou galinha*” 69 adolescentes (76,7%) discordaram dessa idéia. Nenhuma adolescente concordou com essa afirmativa.

A maioria das entrevistadas (84,4%) concordou que o “*parceiro respeita a menina que usa anticoncepcional*”. Uma proporção semelhante acredita que “*usar métodos de evitar filhos é atitude de uma pessoa responsável*” (84 entrevistadas, 93,3%), enquanto apenas 2,2% das adolescentes discordaram dessa afirmativa.

Para 84 entrevistadas (93,3%) *“anticoncepcionais deveriam ser disponíveis a todos os adolescentes”*.

Em relação à afirmativa *“não usar anticoncepcionais significa ter mais confiança e intimidade no parceiro”*, 65 adolescentes (72,2%) discordam dessa idéia, enquanto 17 entrevistadas (18,9%) concordaram com ela.

A maioria das adolescentes (67 delas, 74,4%) também não referiu *“dificuldade em conversar com o parceiro sobre sexo e métodos de evitar filhos”* (67 delas).

Para 18 entrevistadas (20%), *“quem deve falar sobre sexo e métodos de evitar filho é homem”*, enquanto 66 adolescentes (73,3%) discordam dessa afirmação.

Todos esses dados relativos à crenças e valores foram recodificados e transformados em escalas denominadas atitudes, sendo classificadas em atitude liberal, neutra e conservadora. Cada afirmativa foi classificada como “positiva” (valores atribuídos em escala que variava de 1 a 5) e “negativa” (valores atribuídos em escala que variava de 5 a 1). Os resultados foram recategorizados e encontram-se na tabela 28:

Tabela 28 - Distribuição das adolescentes segundo as atitudes em relação ao uso dos métodos. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Atitude	F	%
Liberal (31 a 35 pontos)	39	43,3
Neutra (30 a 31 pontos)	26	28,9
Conservadora (22 a 29 pontos)	25	27,7
Total	90	100

4.6 As adolescentes e sua vida sexual e reprodutiva

Nesta seção, os dados apresentados referem-se a questões ligadas à saúde reprodutiva e vida sexual das adolescentes, bem como o uso de métodos anticoncepcionais.

As adolescentes solteiras foram questionadas se estavam namorando no momento da pesquisa. Os dados encontram-se na tabela 29:

Tabela 29 - Distribuição das adolescentes segundo situação de namoro. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Namoram	F	%
Sim	32	44,4
Não	40	55,6
Total	72	100

Perguntadas se já haviam iniciado a vida sexual, 54 adolescentes (60%) responderam afirmativamente. As 36 adolescentes restantes (40%) referiram não ter mantido relação sexual até o momento de realização da pesquisa, conforme se observa na figura 5:

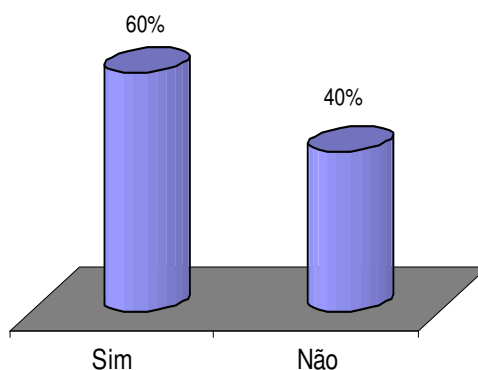


Figura 5. Distribuição das adolescentes segundo início da vida sexual. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Outra importante forma de relacionamento instituído é o “ficar”, marcado pela eventualidade e pelo não compromisso. Assim, independente de uma situação de namoro as adolescentes solteiras foram questionadas se mantinham relações sexuais esporádicas:

Tabela 30 - Distribuição das adolescentes segundo relações sexuais esporádicas. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Relações esporádicas	F	%
Sim	28	77,7
Não	8	22,3
Total	36	100

Quanto à idade em que ocorreu a primeira relação sexual (tabela 31), 40,7% das entrevistadas mantiveram a primeira relação antes dos 14 anos de idade.

Os valores médios, medianos e modais para a idade de início da vida sexual foram de 14,9; 15,0 e 15,0, respectivamente e o desvio padrão foi de 0,22 anos para este grupo.

Tabela 31 - Distribuição das adolescentes segundo a idade da primeira relação sexual. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Idade	N	%
<12 anos	2	3,6
13 anos	9	16,7
14 anos	11	20,4
15 anos	13	24,0
16 anos	8	14,9
>17 anos	11	20,4
Total	54	100

Ao serem questionadas se já tinham filhos, a maioria das entrevistadas (77,7%) não tinha filho no momento da entrevista, enquanto 20 adolescentes (22,3%) declaram já ter tido filhos. Em relação ao número de filhos, 16 adolescentes (80%) tinham um filho; 03 entrevistadas (15%) referiram ter dois filhos e uma entrevistada (5%) declarou ter três filhos.

De forma esquemática, a figura a seguir ilustra a distribuição das variáveis: namoro, relação sexual esporádica e início da vida sexual, modelo inspirado em distribuição similar utilizada por Pirotta (2002) em sua tese de doutorado.

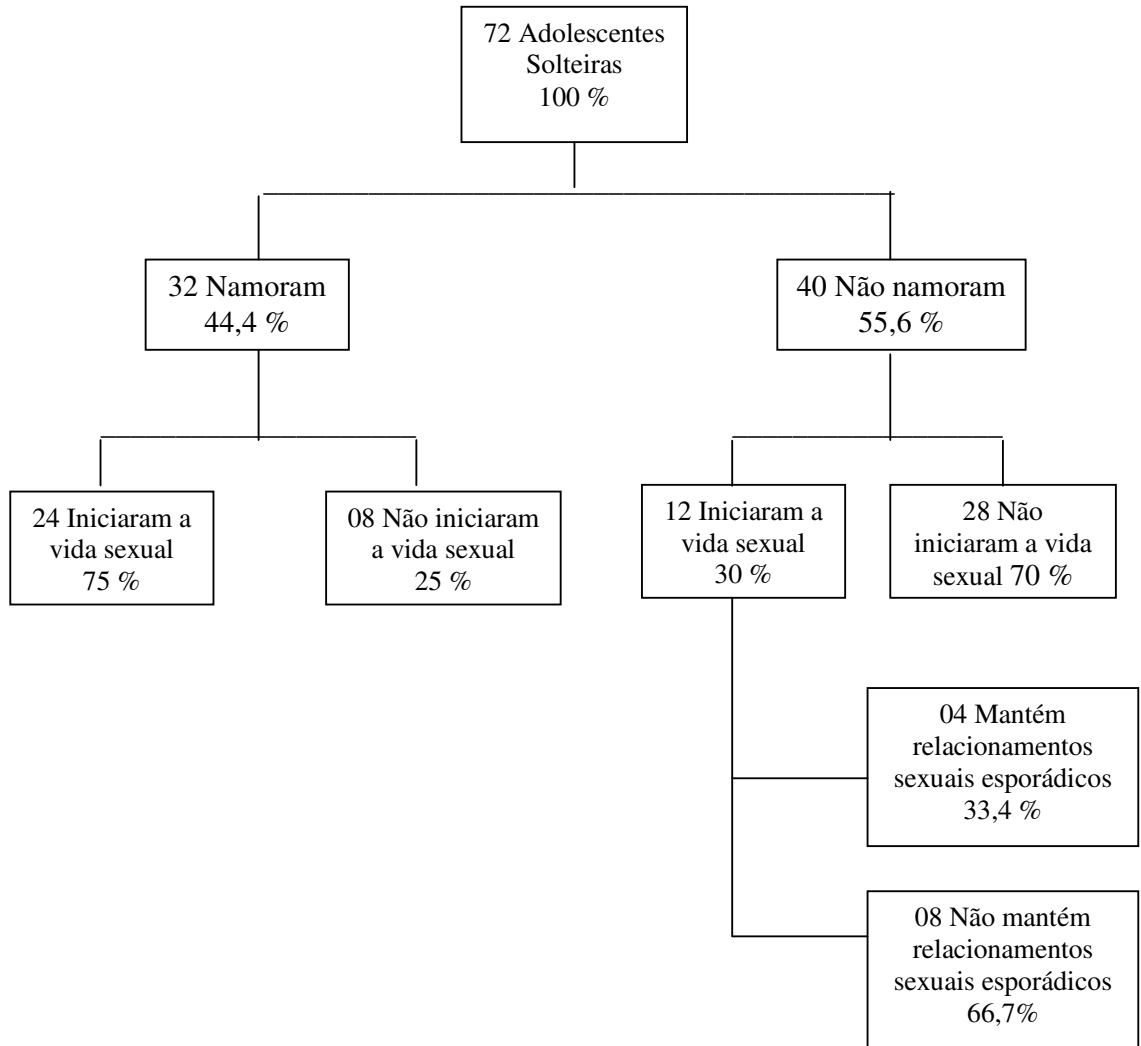


Figura 6. Distribuição esquemática das adolescentes segundo namoro, início da vida sexual e relações sexuais esporádicas. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto. 2005.

Uso de métodos anticoncepcionais

Ao considerar o uso de métodos em algum momento da vida, nota-se uma prevalência no uso do preservativo masculino (56,7%), seguido pelo uso da pílula, referido por 45,6% das entrevistadas, conforme tabela 32:

Tabela 32 - Distribuição das adolescentes segundo o uso de métodos anticoncepcionais. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto – SP. 2005.

Método	N	%
Pílula	41	45,6
Preservativo masculino	51	56,7
Preservativo feminino	2	2,2
Tabelinha	3	3,3
DIU	2	2,2
Coito interrompido	10	11,1
Injeção	12	13,3
Pílula do dia seguinte	16	17,8

A próxima tabela (33) se refere exclusivamente à primeira relação sexual. Dentre as 54 adolescentes que já iniciaram a vida sexual, 38 delas (70,4%) utilizaram algum tipo de método nesta relação.

Em relação ao método utilizado na primeira relação sexual, o preservativo masculino foi mais citado, sendo mencionado por 27 adolescentes (71,1%). O uso do preservativo e da pílula simultaneamente foi mencionado por 7,9% das adolescentes e os métodos hormonais (pílula, injeção e pílula do dia seguinte), por 21% delas.

Das adolescentes que não fizeram uso de nenhum tipo de método, 46,7% afirmaram não ter se preocupado com isso, seguida daquelas que responderam que não esperavam que a relação acontecesse naquele momento (29,7%). Os resultados podem ser observados na tabela 33:

Tabela 33 - Distribuição das adolescentes segundo o uso de métodos na primeira relação sexual, método utilizado e motivos para não uso. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Prática contraceptiva	N	%
Uso de método		
Sim	38	70,4
Não	15	27,8
Não lembra	01	1,8
Subtotal	54	100
Método utilizado		
Preservativo	27	71,1
Pílula	5	13,1
Injeção	2	5,2
Pílula do dia seguinte	1	2,7
Preservativo e pílula	3	7,9
Subtotal	38	100
Motivos para não uso		
Não esperava ter relação	4	26,7
Não conhecia nenhum método	2	13,3
Não se preocupou com isso	7	46,7
Outro motivo	2	13,3
Subtotal	15	100

Quanto à época em que ocorreu a última relação sexual, 25 entrevistadas (46,3%) relataram que a última relação ocorreu “há dias atrás”, seguida de 15 adolescentes (27,8%) que mencionaram “meses” e 12 que relataram “semanas atrás” (22,2%). As duas adolescentes restantes (3,7%) mencionaram que a relação ocorreu “há anos atrás”, conforme pode ser observado na figura 7:

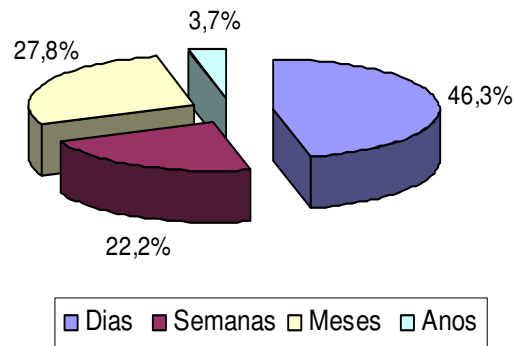


Figura 7. Distribuição das adolescentes segundo a última relação sexual. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

As adolescentes também foram questionadas sobre o uso do preservativo na última relação sexual. O que se nota é uma redução no uso deste método quando comparado ao seu uso na primeira relação, justificado principalmente pelo fato das adolescentes referirem ter apenas um parceiro e confiar nele (29,4%), seguido pela substituição do método pela pílula anticoncepcional (26,5%).

As adolescentes que utilizaram o preservativo na última relação buscavam prevenir uma gravidez e DST (50%). Somente uma adolescente (5%) declarou ter utilizado o preservativo apenas com a finalidade de prevenir uma gravidez.

Os dados podem ser visualizados na tabela 34:

Tabela 34 - Distribuição das adolescentes segundo o uso do preservativo na última relação, motivos para uso ou não do método. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Prática contraceptiva	N	%
Uso do preservativo na última relação		
Sim	20	37,1
Não	34	62,9
Subtotal	54	100
Motivos para uso		
Evitar gravidez	1	5,0
Proteger de doenças	5	25,0
Evitar gravidez e proteger de doenças	10	50,0
Outro motivo	4	20,0
Subtotal	20	100
Motivos para não uso		
Confia no parceiro/tem apenas um parceiro	10	29,4
Toma anticoncepcional	09	26,5
Não gosta de usar preservativo	5	14,7
Não pensa em se prevenir	3	8,9
Está grávida	02	5,9
Não queria ter relação	01	2,9
Não tinha nenhum disponível	02	5,9
Queria engravidar	01	2,9
Tem relações homossexuais	01	2,9
Subtotal	34	100

As adolescentes foram questionadas se sabem onde obter métodos anticoncepcionais. A maioria delas (87 adolescentes, 96,7%) sabem onde obter os métodos. Dentre os locais citados 72 entrevistadas (82,8%) referiram o posto de saúde. A farmácia foi citada por 12 entrevistadas (13,7%) e as 03 adolescentes restantes disseram que o método pode ser

obtido através do médico (3,5%). Os dados podem ser visualizados na figura 8:

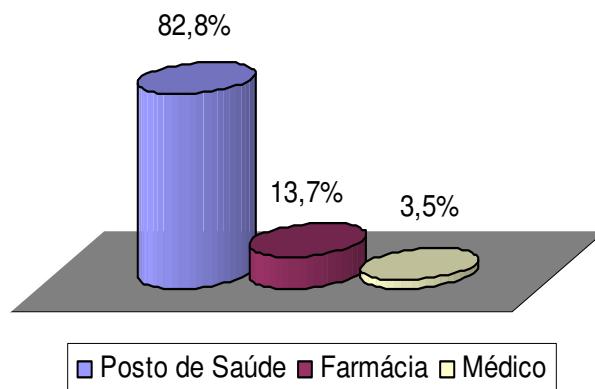


Figura 8. Distribuição das adolescentes segundo o local de obtenção dos métodos anticoncepcionais. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto – SP. 2005.

As entrevistadas também foram perguntadas sobre sua opinião em relação ao método mais adequado para ser usado por adolescentes:

Tabela 35 – Distribuição das adolescentes segundo método ideal para ser usado por adolescentes. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto – SP. 2005.

Método	Espontâneo		Estimulado	
	N	%	N	%
Pílula	59	65,6	15	16,7
Preservativo masculino	73	81,1	15	16,7
Preservativo feminino	1	1,1	44	48,9
Tabelinha	1	1,1	21	23,3
DIU	1	1,1	24	26,7
Coito interrompido	1	1,1	8	8,9
Injeção	16	17,8	45	50,0
Pílula do dia seguinte	1	1,1	40	44,4
Outro	1	1,1	-	-

Conforme se observa, de forma espontânea, o preservativo masculino foi o método mais citado (81,1%), seguido da pílula (65,6%) e da injeção (17,8%), enquanto de forma estimulada, a injeção foi mencionada por 50,0% das entrevistadas, seguida do preservativo feminino (48,9%) e pílula do dia seguinte (44,4%).

Quanto à opinião das adolescentes em relação à necessidade de proteção na relação sexual, todas (100%) afirmaram haver essa necessidade. Quanto à qual a necessidade de proteção as adolescentes se referiam, a maioria (69 delas, 76,7%) referiu a proteção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis e 21 delas (23,3%) mencionou a necessidade de proteção apenas das doenças sexualmente transmissíveis.

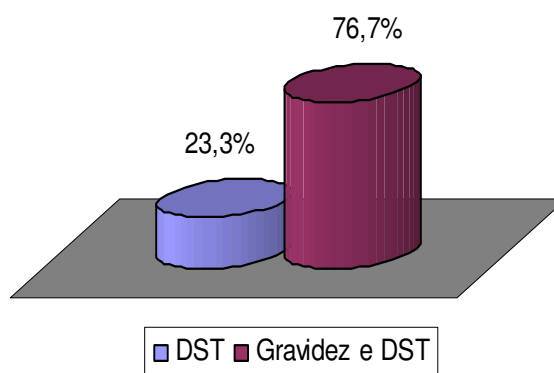


Figura 9. Distribuição das adolescentes segundo as necessidades de proteção numa relação sexual. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Ao serem questionadas sobre quais as formas possíveis de prevenção de gravidez, doenças sexualmente transmissíveis ou ambas, a maioria das adolescentes (98,9%) referiu que o uso do preservativo em todas as relações é a maneira mais adequada de se prevenir.

Tabela 36 – Distribuição das adolescentes segundo as formas de proteção na relação sexual. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Formas de proteção	F	%
Usar o preservativo em todas as relações	88	98,9
Usar a pílula regularmente	1	1,1
Não respondeu	1	1,1
Total	90	100

Em relação ao uso de métodos anticoncepcionais de dupla proteção em algum momento da vida, 53 adolescentes (58,9%) referiram ter feito uso, o que indica que 98,5% das adolescentes que já tiveram relação sexual usaram algum método de dupla proteção.

Quanto ao método de dupla proteção utilizado, 50,9% das adolescentes utilizaram o preservativo, seguido de 39,6% que referiram uso do preservativo e da pílula ao mesmo tempo, conforme pode ser observado na tabela abaixo:

Tabela 37– Distribuição das adolescentes segundo o método anticoncepcional de dupla proteção utilizado. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Método utilizado	N	%
Pílula e preservativo	21	39,6
Preservativo e pílula do dia seguinte	2	3,8
Injeção e preservativo	3	5,7
Preservativo	27	50,9
Total	53	100

Das 37 adolescentes que nunca utilizaram a dupla proteção, apenas uma já tinha iniciado a vida sexual. Refere não ter se preocupado com isso no momento da relação. As demais (97,3%) nunca utilizaram nenhum método de dupla proteção, pois nunca tiveram relação sexual.

Em relação à frequência no uso do preservativo, o principal método de dupla proteção mencionado pelas adolescentes, a figura 10 mostra que 19 adolescentes (35,2%) fazem uso deste método de forma sistemática. Do restante, 21 delas (38,9%) declarou uso inconstante do método e 14 adolescentes (25,9%) disseram que nunca fazem uso, conforme pode ser observado na figura 10:

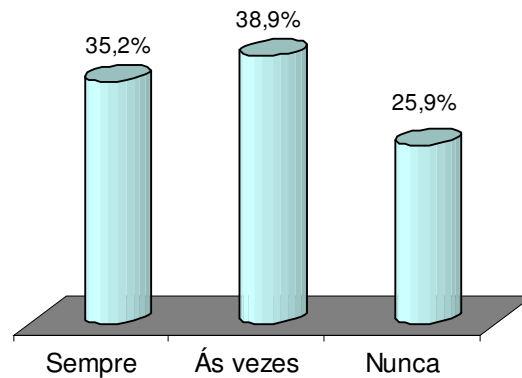


Figura 10. Distribuição das adolescentes segundo frequência no uso do preservativo. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

As adolescentes foram questionadas sobre sua percepção de risco em adquirir uma DST, considerando que estas também se configuram como uma possibilidade diante ausência de práticas efetivas de proteção.

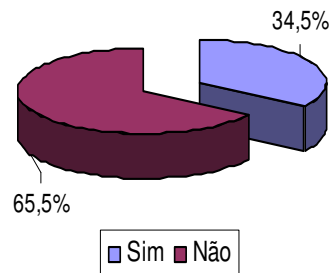


Figura 11 - Distribuição das adolescentes segundo o risco atribuído de contrair ou não uma DST. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Conforme se nota, 59 adolescentes (65,5% delas) não se percebe em risco de adquirir uma DST, enquanto as 31 restantes (34,5%) acreditam ter este risco.

Dentre as 31 adolescentes que disseram ter risco de contrair uma DST, apenas 07 reconhecem que o tem por não usar o preservativo (22,5%). Outros motivos foram mencionados pelas entrevistadas, conforme pode ser observado na tabela 38.

A ausência de risco, mencionada pela maioria das entrevistadas, é justificada pelo fato de ainda não terem relações sexuais (49,1%). Dentre os outros motivos citados, o principal é o fato de ter apenas um parceiro e confiar nele (23,8%), seguido daquelas que sempre usam o preservativo (16,9%), conforme mostra a tabela 38.

Tabela 38 - Distribuição das adolescentes segundo o motivo atribuído para justificar o risco. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Motivos	N	%
Presença de Risco		
Todos têm risco	9	29,3
Nunca conhecem o parceiro	8	25,7
Não usa a camisinha	7	22,5
O parceiro tem outras mulheres	5	16,2
Podem descuidar em algum momento	2	6,3
Subtotal	31	100
Ausência de Risco		
Não mantém relação sexual	29	49,1
Tem apenas um parceiro	14	23,8
Usa a camisinha sempre	10	16,9
Outro	6	10,2
Subtotal	59	100

Quando questionadas se já tiveram alguma DST, 88 adolescentes (97,7% delas) relataram nunca ter contraído este tipo de doenças. Apenas duas entrevistadas mencionaram já ter tido uma DST (herpes genital e candidíase).

As adolescentes também foram questionadas sobre a presença de alguns sintomas, sendo que 38 delas (42,2%) disseram nunca ter apresentado os sintomas referidos, enquanto 35 adolescentes referiram ter tido corrimento (38,9%); 09 disseram ter tido coceira (10%), 06 ardor ou dor ao urinar (6,7%) e 02 mencionaram verrugas ou feridas genitais (2,2%).

Perguntadas se já haviam passado por consulta ginecológica, 54 adolescentes (63,3%) referiram tê-lo feito, sendo o local mais citado de realização deste exame o posto de saúde ou núcleo de saúde da família, mencionado por 49 entrevistadas (85,9%). Outros locais citados foram consultório médico particular (5 adolescentes ou 8,8%) e hospital público (3 ou 5,3%). Quanto ao resultado do exame ginecológico, 42 adolescentes (73,7%) não relataram alterações e dentre aquelas que mencionaram algum problema, 15 adolescentes (16,3%), tiveram os seguintes sintomas:

Tabela 39 - Distribuição das adolescentes segundo o resultado do exame ginecológico. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto - SP. 2005.

Resultado	N	%
Herpes genital	1	6,6
Candidíase	1	6,6
Corrimento	2	13,5
Em investigação	1	6,6
Feridas	3	20,0
Infecção	5	33,5
Mancha	1	6,6
Ovário policístico	1	6,6
Total	15	100

4.7 Associação entre as variáveis

Foram selecionadas variáveis dependentes para a análise em busca de associações, sendo elas: conhecimento sobre métodos anticoncepcionais (conhecimento I, II, III e conhecimento geral) conhecimento sobre métodos anticoncepcionais de dupla proteção e conhecimento sobre DST.

Para verificar a associação entre as variáveis foram utilizados os testes do qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher, sendo a associação aceita quando p menor ou igual a 0,05.

Conhecimento I

O conhecimento I foi medido através dos métodos anticoncepcionais mencionados pelas entrevistadas, de forma estimulada e espontânea.

Não foi encontrada associação entre conhecimento I e as seguintes variáveis: cor, estado marital, nível sócio-econômico, religião, renda familiar, número de filhos, namoro atual, relações sexuais esporádicas, idade da primeira relação, uso de métodos anticoncepcionais na primeira relação, método utilizado, última vez que teve relações sexuais, uso do preservativo na última relação, motivo para uso ou não do preservativo, frequência no uso, se sabe onde conseguir método anticoncepcional, fonte de informação sobre os métodos, risco para adquirir uma DST, motivos para atribuir ou não o risco, sintomas, consulta ginecológica, resultado do exame, conhecimento sobre métodos de dupla proteção, formas de proteção na relação sexual, método de dupla proteção utilizado.

Entretanto, foi encontrada associação entre conhecimento I e as variáveis: idade, anos de estudo, se tem filhos, se já iniciou a vida sexual, qual a necessidade de proteção na relação sexual e uso da dupla proteção.

Encontrou-se associação entre conhecimento I e idade ($p= 0,007$). A idade das adolescentes foi categorizada em duas faixas etárias, sendo de 15 a 16 anos e de 17 a 19 anos. Dentre as adolescentes com 15 e 16 anos, 56,7% apresentaram conhecimento baixo sobre os métodos, enquanto na faixa etária dos 17 aos 19 anos, 28,4% demonstraram conhecimento baixo.

Encontrou-se associação entre as variáveis conhecimento I e anos de

estudo (Fisher $p= 0,015$). Maior proporção de adolescentes com até 8 anos de estudo tiveram conhecimento baixo sobre os métodos (54,3%). Para as adolescentes mais de 9 anos de estudo, o conhecimento foi considerado baixo para 30,9% delas.

A associação foi verificada também entre conhecimento I e ter filhos ($p=0,041$). O conhecimento foi considerado baixo para 20% das adolescentes que tinham filhos e para 45,7% das que não tinham.

Ter iniciado a vida sexual encontrou-se associado ao conhecimento I ($p= 0,001$). Entre aquelas que não tiveram a primeira relação sexual, o conhecimento I foi considerado baixo para 58,3% delas, enquanto entre as que já iniciaram, 27,7% apresentaram conhecimento baixo. Maior proporção de adolescentes que já iniciaram a vida sexual apresentaram conhecimento I alto (33,3%), comparado com aquelas que não iniciaram a vida sexual (13,9%).

Entre a variável conhecimento I e necessidades de proteção na relação sexual foi observada a associação ($p= 0,019$). Os níveis de conhecimento regular e alto foram agrupados e os testes realizados permitiram observar que o conhecimento I foi considerado baixo para 61,9% das adolescentes que mencionaram apenas a necessidade de prevenção das DST. Para as adolescentes que referiram a necessidade da dupla proteção, o conhecimento foi regular e alto para 66,6% delas. Estes resultados não estão apresentados na tabela 40.

O uso da dupla proteção apresentou associação com o conhecimento I ($p= 0,006$). Para as adolescentes que já utilizaram métodos de dupla proteção o conhecimento I observado foi considerado médio para 39,7% e alto para 33,9%. Entre aquelas que nunca utilizaram métodos anticoncepcionais de dupla proteção, o conhecimento foi considerado médio para 27% e alto para 13,5%.

A tabela abaixo mostra as variáveis que apresentaram associação com o nível de conhecimento I:

Tabela 40 – Distribuição das adolescentes segundo nível de conhecimento I e variáveis que apresentaram associação. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

	Nível de Conhecimento I				Valor de p
	Baixo	Médio	Alto	Total	
Idade					
15 a 16 anos	21 56,7%	12 32,5%	4 10,8%	37 41,1%	p=0,007
17 a 19 anos	15 28,4%	19 35,8%	19 35,8%	53 58,9%	
Subtotal	36	31	23	90	
Anos de estudo					
Até 8 anos	19 54,3%	6 17,2%	10 28,5%	35 100%	p= 0,015 (Fisher)
9 a 11 anos	17 30,9%	25 45,5%	13 23,6%	55 100%	
Subtotal	36	31	23	90	
Filhos					
Sim	4 20%	7 35%	9 45%	20 100%	p 0,048 (Fisher)
Não	32 45,7%	24 34,3%	14 20%	70 100%	
Subtotal	36	31	23	90	
Início da vida sexual					
Sim	15 27,7%	21 38,9%	18 33,3%	54 100%	p= 0,011 (Fisher)
Não	21 58,3%	10 27,8%	5 13,9%	36 100%	
Subtotal	36	31	23	90	
Uso da dupla proteção					
Sim	14 26,4%	21 39,7	18 33,9%	53 100%	p=0,005 Fisher
Não	22 59,5%	10 27%	5 13,5%	37 100%	
Subtotal	36	31	23	90	

Conhecimento II

Este tipo de conhecimento avalia o conhecimento da adolescente sobre os atributos da contraceção.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a variável conhecimento II e as seguintes variáveis independentes: estado

marital, nível sócio-econômico, renda familiar, religião, se tem filhos, número de filhos, idade da primeira relação sexual, uso de método anticoncepcional na primeira relação, método utilizado, motivo para uso de método, última vez que teve relação sexual, uso do preservativo na última relação, motivo para uso ou não do preservativo, frequência no uso desse método, sabe onde conseguir métodos anticoncepcionais, fonte de informação sobre os métodos anticoncepcionais, percepção de risco para DST, motivos para atribuir ou não o risco, formas de proteção na relação sexual.

Entretanto, constatou-se associação entre conhecimento II e as variáveis: idade, cor, anos de estudo, estar namorando, se iniciou a vida sexual, conhecimento sobre método anticoncepcional de dupla proteção, qual a necessidade de proteção na relação sexual e uso de métodos de dupla proteção.

Encontrou-se associação entre conhecimento II e idade ($p= 0,001$). Entre as adolescentes com 15 e 16 anos, 45,9% delas apresentaram conhecimento II baixo, enquanto entre aquelas com 17 a 19 anos, 13,3% apresentaram conhecimento baixo. Maior proporção de adolescentes com 17 e 19 anos demonstraram conhecimento alto (49%), enquanto 16,3% daquelas entre 15 e 16 anos tiveram conhecimento alto.

Em relação à cor, a associação mostrou-se significativa ($p=0,05$). As adolescentes foram agrupadas nas categorias brancas e não brancas (preta, parda e indígena). Entre as adolescentes que se declararam brancas apenas 18,5% apresentaram conhecimento II baixo enquanto entre as não brancas, o conhecimento foi considerado baixo para 32,6%. Maior proporção das adolescentes brancas apresentou conhecimento II alto (50%) e entre as não brancas, o conhecimento foi considerado alto para 25% delas.

Foram realizados testes de associação entre as variáveis cor e anos de estudo. Embora a associação não tenha sido estatisticamente significativa, foi possível observar que maior proporção (26,6%) de adolescentes não brancas tinham até 8 anos de estudo quando comparadas com as brancas (12,2%). Isto pode se relacionar ao fato de uma maior proporção de adolescentes brancas apresentarem conhecimento II alto, pois mais adolescentes brancas apresentam escolaridade maior que 8 anos.

A variável escolaridade, medida por anos de estudo, apresentou associação com conhecimento II ($p=0,047$). Maior proporção de adolescentes que declararam ter entre 9 e 11 anos de estudo apresentaram conhecimento alto (45,5%), enquanto 20% daquelas com 5 a 8 anos de estudo apresentaram conhecimento alto.

Encontrou-se associação entre conhecimento II e situação de namoro atual (Fisher $p= 0,05$). Apenas 12,5% das adolescentes que estavam namorando apresentaram conhecimento II baixo, enquanto 35% das que não namoravam tiveram conhecimento baixo.

Ter iniciado a vida sexual encontrou-se associado ao conhecimento II ($p= 0,007$). Maior proporção de adolescentes que não iniciaram a vida sexual apresentou conhecimento baixo (44,5%) comparada com aquelas que já tinham tido a primeira relação sexual (14,8%).

O conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais de dupla proteção está associado ao conhecimento II (Fisher $p= 0,003$). Das adolescentes que conhecem métodos de dupla proteção 48,9% delas tem conhecimento II alto. Entre aquelas que desconhecem métodos de dupla proteção, 19,5% tiveram conhecimento II alto.

O conhecimento II apresentou-se associado às necessidades de proteção na relação sexual (Fisher $p= 0,04$). Maior proporção de adolescentes que mencionaram a necessidade de realizar a dupla proteção apresentou conhecimento alto (42%), enquanto 14,2% das que referiram a necessidade de prevenção das DST tiveram este nível de conhecimento. Estes resultados não se encontram disponibilizados na tabela 41.

O uso de métodos de dupla proteção está associado ao conhecimento II (Fisher $p= 0,013$). Dentre as adolescentes que nunca utilizaram a dupla proteção, 43,3% apresentaram conhecimento II baixo. Para aquelas que utilizaram métodos de dupla proteção em algum momento da vida, o conhecimento foi considerado baixo para 15% delas, conforme pode ser observado na tabela 41:

Tabela 41 – Distribuição das adolescentes segundo nível de conhecimento II e variáveis que apresentaram associação. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

	Nível de Conhecimento II			Total	Valor de p
	Baixo	Médio	Alto		
Idade					
15 a 16 anos	17	14	6	37	p= 0,001
	45,9%	37,8%	16,3%	100%	
17 a 19 anos	7	20	26	53	
	13,3%	37,7%	49%	100%	
Subtotal	24	34	32	90	
Cor					
Branças	7	12	19	38	p= 0,05 (Fisher)
	18,5%	31,5%	50%	100%	
Não brancas	17	22	13	52	
	32,6%	42,4%	25%	100%	
Subtotal	24	34	32	90	
Anos de estudo					
Até 8 anos	12	16	7	35	p= 0,047
	34,3%	45,7%	20%	100%	
9 a 11 anos	12	18	25	55	
	21,8%	32,7%	45,5%	100%	
Subtotal	24	7	32	90	
Namoro atual					
Sim	4	16	12	32	p= 0,059 (Fisher)
	12,5%	50%	37,5%	100%	
Não	14	12	14	40	
	35%	30%	35%	100%	
Subtotal	18	28	26	72	
Início da vida sexual					
Sim	8	25	24	54	p= 0.006 Fisher
	14,8%	46,4%	38,8%	100%	
Não	16	9	11	36	
	44,5%	25%	30,5	100%	p= 0,007
Subtotal	24	32	32	90	
Conhecimento sobre método anticoncepcional de dupla proteção					
Sim	10	15	24	49	p= 0.041 Fisher
	20,4%	30,7%	48,9%	100%	
Não	14	19	8	41	
	34,1%	46,4%	19,5%	100%	p= 0,003
Subtotal	24	34	32	90	
Uso da dupla proteção					
Sim	8	24	21	53	p= 0.011 Fisher
	15%	45,3%	39,7%	100%	
Não	16	10	11	37	
	43,3%	27%	29,7%	100%	p= 0,013
Subtotal	24	34	32	90	

Conhecimento III

O conhecimento III representa o conhecimento que as adolescentes possuem sobre o uso e funcionamento dos métodos anticoncepcionais, constituindo-se em um conhecimento que vai além de “ter ouvido falar”.

Os testes realizados para verificar a existência de associação entre conhecimento III e as variáveis independentes não mostraram associação entre: idade, cor, anos de estudo, nível sócio-econômico, religião, renda familiar, número de filhos, se namora atualmente, idade da primeira relação sexual, uso de métodos anticoncepcionais na primeira relação, método utilizado, última vez que teve relação sexual, motivo do uso ou não do preservativo, frequência no uso do preservativo, sabe onde obter método anticoncepcional, fonte de informação sobre os métodos, percepção de risco pessoal para DST, motivos para atribuir ou não o risco, conhecimento sobre método anticoncepcional de dupla proteção e necessidade de proteção na relação sexual.

A associação foi encontrada, entretanto, entre conhecimento III e as seguintes variáveis: estado marital, se tem filhos, ter iniciado a vida sexual, uso do preservativo na última relação e uso da dupla proteção.

Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre conhecimento III e estado marital ($p= 0,047$). Os testes mostraram que 31,9% das adolescentes solteiras apresentaram conhecimento baixo, enquanto entre as unidas (casadas ou amasiadas) foi verificado conhecimento baixo para 16,7% delas. Maior proporção de adolescentes unidas tiveram conhecimento alto (27,8%). Entre as solteiras, 23,6% apresentaram este nível de conhecimento.

Ter filhos apresentou-se associado ao conhecimento III (Fisher $p=0,007$). Dentre as adolescentes que não tinham filhos, 18,5% apresentou conhecimento alto. Para as adolescentes que já tiveram filhos, o conhecimento foi considerado alto para 45% delas.

Quanto a variável início da vida sexual a associação foi significativa (Fisher $p= 0,005$). Entre as adolescentes que já haviam iniciado a vida sexual, 35,1% apresentaram conhecimento alto, enquanto apenas 8,4%

daquelas que não tiveram a primeira relação sexual apresentaram conhecimento III alto.

O uso do preservativo na última relação também apresentou associação com conhecimento III (Fisher $p= 0,041$). A maioria das adolescentes que utilizaram o preservativo na última relação sexual teve conhecimento III alto (55%), enquanto para aquelas que não fizeram uso do preservativo, o conhecimento foi considerado alto para 23,6% delas.

O uso da dupla proteção também se encontra associado ao conhecimento III ($p= 0,003$). Entre as entrevistadas que nunca utilizaram métodos de dupla proteção o conhecimento foi baixo para 18,9% delas. Entre aquelas que já fizeram uso da dupla proteção, 43,3% tiveram conhecimento baixo.

Os resultados apresentados podem ser visualizados na tabela abaixo (tabela 42):

Tabela 42 – Distribuição das adolescentes segundo nível de conhecimento III e variáveis estatisticamente significantes. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

	Nível de Conhecimento III				Valor de p
	Baixo	Médio	Alto	Total	
Estado Marital					
Solteira	23 31,9%	32 44,5%	17 23,6%	72 100%	p= 0,047
Em união (casadas e amasiadas)	3 16,7%	10 55,5%	5 27,8%	18 100%	
Subtotal	26	42	22	90	
Tem filhos					
Sim	1 5%	10 50%	9 45%	20 100%	p= 0,008 Fisher
Não	25 35,7%	32 45,8%	13 18,5%	72 100%	
Subtotal	26	42	22	90	
Início da vida sexual					
Sim	11 20,4%	24 44,5%	19 35,1%	54 100%	p= 0,007 Fisher
Não	15 41,6%	18 50%	3 8,4%	36 100%	
Subtotal	26	42	22	90	
Uso do preservativo na última relação					
Sim	4 20%	5 25%	11 55%	20 100%	p= 0,044 Fisher
Não	7 20,5%	19 55,9%	8 23,6%	34 100%	
Subtotal	11	24	19	54	
Uso da dupla proteção					
Sim	10 18,9%	24 45,3%	19 35,8%	53 100%	p=0,003 Fisher
Não	16 43,3%	18 48,6%	3 8,1%	37 100%	
Subtotal	26	42	22	90	

Conhecimento Geral

O conhecimento geral foi obtido através da soma dos três tipos de conhecimentos anteriores. Os testes realizados mostraram que não foi encontrada associação entre conhecimento geral e as seguintes variáveis: cor, estado marital, anos de estudo, nível sócio-econômico, religião, renda familiar, número de filhos, namoro atual, uso de método na primeira relação, método utilizado, motivo para não uso de métodos, última vez que teve

relação sexual, uso do preservativo na última relação, motivo para uso ou não do preservativo, frequência no uso, sabe onde conseguir métodos anticoncepcionais, fonte de informação sobre os métodos, risco pessoal de adquirir uma DST, motivos para atribuir ou não o risco, sintomas e resultado do exame ginecológico e formas de proteção na relação sexual.

Entretanto, a associação foi encontrada entre conhecimento geral e as variáveis: idade, se tem filhos, se iniciou a vida sexual, idade da primeira relação sexual, exame ginecológico, conhecimento sobre método de dupla proteção, necessidade de proteção na relação sexual e uso da dupla proteção.

A variável idade foi recodificada nas faixas etárias: 15 a 16 anos e 17 a 19 anos e apresentou associação com o conhecimento geral ($p= 0,008$). Observou-se que quanto maior a idade, mais alto o nível de conhecimento encontrado. Entre as adolescentes de 15 e 16 anos, 45,9% apresentaram conhecimento geral baixo, enquanto entre as adolescentes de 17 a 19 anos 18,9% apresentou conhecimento geral baixo.

Ter filhos apresentou associação estatisticamente significativa com o conhecimento geral ($p= 0,001$). Dentre as adolescentes que tiveram filhos 45% apresentaram conhecimento geral alto. Para aquelas que não tiveram filhos, o conhecimento foi considerado alto para 18,5%.

Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre ter iniciado a vida sexual e conhecimento geral sobre métodos ($p= 0,001$). O conhecimento geral foi considerado baixo para 41,6% das adolescentes que não iniciaram a vida sexual e entre aquelas que já tiveram relação sexual, 20,4% demonstraram conhecimento baixo.

A idade da primeira relação sexual está associada ao conhecimento geral ($p= 0,010$). A idade foi reclassificada por faixa etária, e observou-se que uma maior proporção de adolescentes na faixa etária de 15 e 16 anos (45,5%) tem conhecimento geral baixo, enquanto na faixa etária de 16 a 19 anos, apenas 5,3% possui conhecimento geral baixo.

Ter passado por consulta ginecológica apresentou associação com o conhecimento geral (Fisher $p= 0,007$). Maior proporção de adolescentes que já passaram por consulta ginecológica apresentaram conhecimento alto

(43,9%), enquanto somente 18,1% daquelas que nunca passaram por este tipo de atendimento apresentaram conhecimento alto.

A associação foi encontrada também entre conhecimento geral e conhecimento dos métodos de dupla proteção (Fisher $p= 0.006$). As adolescentes que demonstraram maior conhecimento geral têm também maior probabilidade de conhecer os métodos de dupla proteção. O nível de conhecimento foi considerado alto para 48,9% das adolescentes que referiram conhecer os métodos de dupla proteção, enquanto entre as que nunca ouviram falar, 17,1% tiveram conhecimento alto.

A necessidade de proteção na relação sexual apresentou-se associada ao conhecimento geral ($p= 0,003$). As adolescentes que acreditam na necessidade de proteção da gravidez e DST ao mesmo tempo apresentaram conhecimento geral alto (42%), enquanto para aquelas que mencionaram a necessidade de prevenção das DST, o conhecimento foi considerado alto para 9,5% delas.

O uso de métodos de dupla proteção apresentou-se associado ao conhecimento geral ($p= 0,001$). Dentre as adolescentes que já utilizaram a dupla proteção, 47,1% apresentaram conhecimento geral alto, enquanto entre aquelas que nunca utilizaram o conhecimento foi considerado alto para 16,3% delas.

Os dados apresentados podem ser observados na tabela abaixo (43):

Tabela 43 – Distribuição das adolescentes segundo nível de conhecimento geral e variáveis associadas. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

	Nível de Conhecimento Geral				Valor de <i>p</i>
	Baixo	Regular	Alto	Total	
Idade					
15 e 16 anos	17 45,9%	13 35,2%	7 18,9%	37 100%	p= 0,008
17 a 19 anos	10 18,9%	19 35,9%	24 45,2%	53 100%	
Subtotal	27	32	31	90	
Tem filhos					
Sim	2 10%	4 20%	14 70%	20 100%	p= 0,001
Não	25 35,7%	28 40%	17 24,3%	70 100%	
Subtotal	27	32	31	90	
Início da vida sexual					
Sim	9 16,7%	20 37%	25 46,3%	54 100%	p=0,001
Não	18 50%	12 33,4%	6 16,6%	36 100%	
Subtotal	27	32	31	90	
Idade 1ª relação sexual					
10 a 13 anos	5 45,4%	3 27,3%	3 27,3%	11 100%	p= 0,010 Fisher
14 a 15 anos	3 12,5%	6 25%	15 62,5%	24 100%	
16 a 19 anos	1 5,3%	11 57,9%	7 36,8%	19 100%	p= 0,019
Subtotal	9	20	25	54	
Exame ginecológico					
Sim	11 19,3%	21 36,8%	25 43,9%	57 100%	p= 0,007
Não	16 48,5%	11 33,4%	6 18,1%	33 100%	
Subtotal	27	32	31	90	
Conhecimento método de dupla proteção					
Sim	12 24,5%	13 26,6%	24 48,9%	49 100%	p= 0,006
Não	15 36,5%	19 46,4%	7 17,1%	41 100%	
Subtotal	27	32	31	90	
Necessidade proteção na relação sexual					
DST	12 57,1%	7 33,4%	2 9,5%	21 100%	p= 0,003
Gravidez e DST	15 21,7%	25 36,3%	29 42%	69 100%	
Subtotal	27	32	31	90	
Uso da dupla proteção					
Sim	8 15,1%	20 37,8%	25 47,1%	53 100%	P= 0,000
Não	19 51,3%	12 32,4%	6 16,3%	37 100%	
Subtotal	27	32	31	90	

Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais de dupla proteção

Não foram encontradas associações estatisticamente significantes entre conhecimento sobre métodos de dupla proteção e as seguintes variáveis: estado marital, anos de estudo, nível sócio-econômico, religião, renda familiar, número de filhos, namoro atual, se já iniciou a vida sexual, idade da primeira relação sexual, uso de método na primeira relação, método utilizado, última vez que teve relação sexual, uso do preservativo na última relação, motivo para uso ou não do preservativo, frequência no uso do preservativo, risco pessoal de contrair DST, motivos para atribuir ou não o risco, sintomas, exame ginecológico, necessidade de proteção na relação sexual e uso de método anticoncepcional de dupla proteção.

Entretanto, a associação foi estatisticamente significante entre conhecimento sobre métodos de dupla proteção e as seguintes variáveis: idade, cor, se tem filhos, conhecimento sobre fonte de obtenção de método anticoncepcional e possibilidade de realizar a dupla proteção.

Encontrou-se associação entre conhecimento sobre métodos de dupla proteção e idade ($p= 0,008$). Nas faixas etárias mais jovens (15 a 16 anos), 37,8% das adolescentes conhecem a dupla proteção, enquanto na faixa etária dos 17 aos 19 anos, 66,1% conhecem este tipo de métodos.

Encontrou-se associação entre conhecer os métodos de dupla proteção e cor (Fisher $p= 0,005$). Maior proporção de adolescentes que se declararam brancas conheciam os métodos de dupla proteção (55,1%), do que pardas (22,5%), pretas (14,3%) e indígenas (8,1%).

Ter filhos encontrou-se associado ao conhecimento das adolescentes sobre os métodos de dupla proteção, onde o valor de p encontrado foi igual a 0,036 (Fisher $p= 0,031$). Das adolescentes que tiveram filhos, 75% delas conhecem métodos de dupla proteção. Entre aquelas que não tiveram filhos, 48,5% conhecem métodos que podem realizar a dupla proteção.

Por fim, constatou-se que o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais de dupla proteção também está associado à possibilidade que as adolescentes percebem de realizar a dupla proteção ($p= 0,026$ /Fisher $p= 0,044$). Obviamente, a maioria das adolescentes que conhece este tipo de métodos (57,8%) acredita ser possível se proteger de doenças e gravidez

simultaneamente, enquanto 85,7% das adolescentes que desconhecem a dupla proteção não acreditam nesta possibilidade de prevenção.

Os dados encontram-se na tabela 44.

Tabela 44 – Distribuição das adolescentes segundo nível de conhecimento sobre métodos de dupla proteção e variáveis associadas. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

	Conhecimento – Métodos de Dupla Proteção			Valor de <i>p</i>
	Sim	Não	Total	
Idade				
15 a 16 anos	14 37,8%	23 62,2%	37 100%	P= 0,008
17 a 19 anos	35 66,1%	18 33,9%	53 100%	
Subtotal	49	41	90	
Cor				
Branca	27 55,1%	11 26,8%	38 100%	p= 0,006 Fisher
Parda	11 22,5%	24 58,5%	35 100%	
Preta	7 14,3%	4 9,8%	11 100%	p= 0,005
Indígena	4 8,1%	2 4,9%	6 100%	
Subtotal	49	41	90	
Tem filhos				
Sim	15 75%	5 25%	20 100%	p= 0,036 Fisher p= 0,031
Não	34 48,5%	36 51,5%	70 100%	
Subtotal	49	41	90	
Possibilidade da dupla proteção				
Sim	48 57,8%	35 42,2%	83 100%	p= 0,026 Fisher p= 0,04
Não	1 14,3%	6 85,7%	7 100%	
Subtotal	49	41	90	

Conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis

Não foi encontrada associação entre o conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis e as seguintes variáveis: cor, estado marital, nível sócio-econômico, religião, renda familiar, se tem filhos, número de filhos, namoro atual, idade da primeira relação sexual, uso de métodos na primeira relação, método utilizado, motivos para não uso, uso do preservativo na última relação, motivo para uso ou não do preservativo, frequência no uso do preservativo, fonte de informação sobre os métodos, risco pessoal para contrair DST, motivos para atribuir ou não o risco, presença de sintomas, conhecimento sobre método anticoncepcional de dupla proteção, opinião sobre a necessidade de proteção na relação sexual e formas de proteção.

A associação, no entanto, foi encontrada entre o conhecimento sobre as DST e as variáveis: idade, anos de estudo, se já iniciou a vida sexual, época da última relação sexual, forma de obtenção do método anticoncepcional, consulta ginecológica, resultado do exame e uso da dupla proteção.

Encontrou-se associação entre idade e conhecimento sobre DST ($p=0,053$). Nas faixas etárias mais jovens, o conhecimento foi considerado baixo para 40,5% das entrevistadas e entre 17 e 19 anos, para 22,6% das adolescentes.

Quanto a variável anos de estudo ($p=0,009$ /Fisher $p=0,010$) as adolescentes com até 8 anos de estudo apresentaram conhecimento baixo sobre as DST (48,5%). Já para as entrevistadas com 9 a 11 anos de estudo, o conhecimento foi considerado baixo para 18,2% delas.

O início da vida sexual associa-se ao conhecimento sobre DST ($p=0,007$ /Fisher $p=0,006$). As adolescentes que não iniciaram a vida sexual apresentaram conhecimento baixo sobre as DST (41,6%). Para as entrevistadas que já tiveram a primeira relação sexual, o conhecimento sobre as DST foi considerado baixo para 22,3% delas.

A associação mostrou-se significativa entre o conhecimento das DST e idade da primeira relação sexual ($p=0,05$). Observou-se que entre as

adolescentes que tiveram a primeira relação sexual na faixa etária dos 16 aos 19 anos de idade, o conhecimento foi considerado alto para 52,6% delas, enquanto apenas 9% das que tiveram a primeira relação entre 10 e 13 anos demonstraram conhecimento alto sobre as DST.

Ter passado por consulta ginecológica está associado ao conhecimento sobre as DST ($p= 0,026$), sendo que 38,6% das adolescentes que já realizaram consulta e exame ginecológico apresentaram conhecimento alto. Entre aquelas que ainda não realizaram este tipo de exame, somente 12,1% apresentou conhecimento alto.

A associação mostrou-se significativa entre conhecimento sobre as DST e resultado do exame ginecológico ($p= 0,025$ /Fisher $p= 0,029$). Maior proporção de adolescentes que apresentaram alterações no resultado do exame tiveram conhecimento alto sobre as DST (66,6%). Entre aquelas cujo resultado não apresentou alterações, o conhecimento foi considerado alto para 28,6% delas.

O uso da dupla proteção também esteve associado ao conhecimento das DST ($p= 0,004$ /Fisher $0,003$). Para as adolescentes que já utilizaram métodos de dupla proteção, o conhecimento sobre DST foi considerado alto para 41,5% delas, enquanto para as entrevistadas que nunca utilizaram esses métodos o conhecimento foi considerado alto somente para 10,8% delas.

Os resultados encontram-se na tabela abaixo (45):

Tabela 45 – Distribuição das adolescentes segundo nível de conhecimento sobre DST e variáveis associadas. Núcleo IV do PSF. Ribeirão Preto-SP. 2005.

	Nível de Conhecimento - DST				Valor de p
	Baixo	Regular	Alto	Total	
Idade					
15 a 16 anos	15	16	6	37	p= 0,053
	40,5%	43,2%	16,3%	100%	
17 a 19 anos	12	21	20	53	
	22,6%	39,6%	37,8%	100%	
Subtotal	27	37	26	90	
Anos de estudo					
Até 8 anos	17	11	7	35	p= 0,009 Fisher p= 0,010
	48,5%	31,5%	20%	100%	
9 a 11 anos	10	26	19	55	
	18,2%	47,3%	34,5%	100%	
Subtotal	27	37	26	90	
Início da vida sexual					
Sim	12	20	22	54	p= 0,007 Fisher p= 0,006
	22,3%	37%	40%	100%	
Não	15	17	4	36	
	41,6%	47,3%	11,1%	100%	
Subtotal	27	37	26	90	
Idade da primeira relação					
10 aos 13 anos	4	6	1	11	P = 0,050 Fisher p= 0,030
	36,4%	54,6%	9%	100%	
14 aos 15 anos	7	6	11	24	
	29,2%	25%	45,8%	100%	
16 aos 19 anos	1	8	10	19	
	5,3%	42,1%	52,6%	100%	
Subtotal	12	20	22	54	
Exame ginecológico					
Sim	14	21	22	57	p= 0,026
	24,6%	36,8%	38,6%	100%	
Não	13	16	4	33	
	39,4%	48,5%	12,1%	100%	
Subtotal	27	37	26	90	
Presença de alterações no exame?					
Sim	3	2	10	15	P= 0,025 Fisher p= 0,029
	20%	13,4%	66,6%	100%	
Não	11	19	12	42	
	26,1%	45,3%	28,6%	100%	
Subtotal	14	21	22	57	
Uso da dupla proteção					
Sim	11	20	22	53	P=0,004 Fisher p= 0,003
	20,7%	37,8%	41,5%	100%	
Não	16	17	4	37	
	43,3%	45,9%	10,8%	100%	
Subtotal	27	37	26	90	

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com o objetivo de investigar o conhecimento de adolescentes, usuárias de um Núcleo do Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, em relação aos métodos anticoncepcionais.

Conforme proposto, o estudo envolveu adolescentes na faixa etária dos 15 aos 19 anos e a análise dos dados indicou uma distribuição quase eqüitativa entre as idades, com uma prevalência menor de adolescentes com 19 anos. As perdas nesta faixa etária foram decorrentes do fato de muitas adolescentes, embora ainda cadastradas no Núcleo IV, não residirem mais na área porque mudaram de bairro ou Estado. Nesta faixa etária ainda, muitas adolescentes estavam envolvidas em atividades de trabalho ou estudo, permanecendo fora do domicílio durante todo o dia.

O estudo indicou também tratar-se de uma população pertencente a um nível sócio-econômico baixo, realidade vivenciada por grande parte da população brasileira. Em relação à escolaridade, a maioria das adolescentes freqüentava a escola e havia completado o ensino fundamental ou iniciado o ensino médio, com média de 8,6 anos de estudos. Pesquisa desenvolvida por Corrêa (2004) mediante análise dos dados do Censo 2000, mostraram que na faixa etária dos 15 aos 19 anos, 66,3% das adolescentes freqüentavam a escola, seguida de 33,7% que não estavam inseridas no sistema de ensino. Ferraz & Ferreira (1998), citando dados da PNDS-1996 apontam a melhoria do nível educacional da população, o que pode ser observado especialmente entre as mulheres e gerações mais jovens: metade das jovens de 15 a 19 anos tinham de 5 a 8 anos de estudo ao passo que para as mulheres de 40 a 44 anos esse valor corresponde a 25% e para as idades de 45 a 49 anos é de 19%.

Entre as adolescentes que não freqüentavam mais a escola, a dificuldade em conciliar estudo e trabalho remunerado foi evidente, pois grande parte delas atribuiu à necessidade de trabalhar o fato de abandonarem a escola. Pirotta (2002) apontando as desigualdades vivenciadas pela população brasileira comenta a dificuldade que os adolescentes e jovens encontram em conciliar o estudo com o trabalho,

necessário para sua sobrevivência e de sua família, o que na maioria das vezes resulta no abandono do sistema de ensino.

Em relação à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes, o estudo indicou também particularidades que marcam esta população. Um dos aspectos principais é o fato de que se trata de uma população predominantemente solteira e neste sentido, torna-se necessário dirigir o olhar para as formas nas quais os relacionamentos são instituídos entre os jovens: relacionamentos marcados pela eventualidade ou pelo não compromisso, bem como namoros, desde os mais breves até aqueles mais intensos em que o compromisso é reconhecido.

Neste contexto, evidencia-se entre as entrevistadas, o predomínio de adolescentes que já iniciaram a vida sexual, o que para algumas delas (40,7%) ocorreu antes dos 14 anos de idade. Tal constatação é similar aos resultados observados por Gera (2004), na qual a média de idade da primeira relação observada entre puérperas atendidas em maternidade na cidade de Ribeirão Preto foi de 14,9 anos. A idade na primeira relação sexual tem se concentrado na adolescência e tende a acontecer cada vez mais cedo, e se constitui numa tendência generalizada, presente em todas as camadas sociais (PIROTTA, 2002).

A idade de início das relações sexuais é diferencial importante que deve envolver as ações de promoção da saúde reprodutiva dos adolescentes, estimulando atitudes responsáveis não apenas entre os que já iniciaram a vida sexual, mas entre os que ainda não iniciaram, estimulando entre eles ações responsáveis que conduzam a uma vida sexual segura e saudável.

Dentre as adolescentes entrevistadas, 22,3% tinham filhos e 20% delas tinham dois ou mais. Dados do Ministério da Saúde mostram que 40% das adolescentes que já tiveram uma gestação tornaram a engravidar num curto intervalo de tempo (TAKIUTI, 2001).

Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e métodos de dupla proteção

A análise dos dados relativos ao conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais mostrou que a população estudada possui um conhecimento médio e alto sobre os métodos, conhecendo em média seis tipos de métodos anticoncepcionais. De acordo com a PNDS-1996 (BEMFAM, 1997), as mulheres conhecem em média 7 métodos anticoncepcionais. O mesmo pode ser observado no estudo de Gera (2004) em que as adolescentes entrevistadas apresentaram conhecimento regular e alto sobre os tipos de métodos.

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 o conhecimento e taxas de utilização. Neste sentido, Almeida et al. (2003) comentam que diversos fatores estão presentes no uso da anticoncepção, não apenas o conhecimento acerca dos métodos.

Em relação ao conhecimento revelado espontaneamente sobre os tipos de métodos, a pílula e o preservativo foram, respectivamente, os mais citados. Este resultado assemelha-se ao encontrado por Belo e Silva (2004) em estudo realizado com adolescentes gestantes, em que os métodos mais citados espontaneamente foram a pílula (94,2%) e o preservativo (91,7%)

O coito interrompido e a tabelinha não se mostraram muito conhecidos entre as adolescentes. Quando o conhecimento foi induzido, houve uma referência maior aos métodos, no entanto, continuam sendo os menos conhecidos pelas entrevistadas. Numa proporção menor, mas não menos importante, a contracepção de emergência foi pouco mencionada espontaneamente pelas adolescentes, sendo desconhecida por 27,8% das entrevistadas.

Quanto ao uso dos métodos, as adolescentes mostraram pouco conhecimento especialmente sobre funcionamento dos métodos masculinos. Isto pode estar relacionado às questões de gênero e dificuldades da mulher em negociar o uso de alguns métodos com o parceiro, o que poderia implicar

em um menor conhecimento sobre o uso correto do método, pois nem sempre os conhecimentos da mulher na esfera sexual são vistos de forma natural pela sociedade (SANTOS et. al, 2002).

De forma geral, o conhecimento sobre o uso dos métodos mostrou-se associado à idade das adolescentes e ao início da vida sexual, mostrando-se relacionado à prática da vida sexual. Estudo de Schor e Lopez A. (1990) encontrou resultados semelhantes em que a idade mostrou-se diretamente associada ao maior conhecimento.

O presente estudo mostrou também que a maioria das adolescentes (54,4%) conhece os métodos anticoncepcionais de dupla proteção e associam esta prática principalmente ao uso do preservativo. Poucas, porém, relacionaram a dupla proteção ao uso de dois métodos. Entre os métodos mencionados, houve menção apenas para o uso da pílula associada ao preservativo. A contracepção de emergência, alternativa contraceptiva no caso de falha do preservativo, mostrou-se pouco difundida entre os adolescentes, pois 27,8% desconhecem este tipo de método, apontando para a necessidade de maior conhecimento e esclarecimentos sobre o uso e funcionamento do método.

Conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis

As DST apresentam-se como realidades possíveis diante a ausência de práticas efetivas de contracepção. A difusão das informações sobre este tipo de doenças é importante condição para a saúde reprodutiva, sobretudo frente ao avanço da epidemia da aids (PIROTTA, 2002).

Este estudo indicou que as adolescentes entrevistadas conhecem em média cinco DST, sendo que a maioria quase absoluta da população entrevistada reporta já ter ouvido falar da aids, o que é esperado em virtude das campanhas de combate e prevenção, muito veiculadas nos últimos anos em todos os meios de comunicação e nas escolas. No entanto, as adolescentes desconhecem muitas das doenças transmitidas sexualmente. Dados da PNDS-1996 (BEMFAM, 1997) mostram que o conhecimento das mulheres sobre DST ainda é baixo, especialmente se comparado aos

homens. De forma geral, 34,7% das mulheres já ouviu falar da gonorréia, 28,4% da sífilis, 5,7% cancro mole, 2,6% condiloma e 9,9% não conhece as DST.

Com referência ao conhecimento sobre as formas de evitar as DST as adolescentes identificaram o uso sistemático do preservativo como a principal forma de prevenção, seguida da abstinência. Os fatores encontrados associados ao conhecimento sobre as DST foram a idade, maior escolaridade, ter iniciado a vida sexual e ter passado por consulta ginecológica. Estudo realizado por Martins et al. (2006) com adolescentes de escolas públicas e privadas mostrou que a maioria das adolescentes de ambas as escolas apresentaram conhecimento satisfatório sobre prevenção de DST e dentre os principais fatores associados estavam a maior escolaridade, sexo feminino e maior nível sócio-econômico.

Em estudo desenvolvido por Fernandes et al. (2002) apresentou resultados semelhantes, em que 77,4% das adolescentes entrevistadas sabia da ação protetora do preservativo, ao passo que um quarto delas referiu parceiro fixo como forma de prevenção e menos de 10% alegou nada saber a respeito da prevenção.

A fonte mais importante de informação sobre as DST relatadas foi a escola (62,2%), seguido do posto de saúde (21,1%) e amigos ou parentes (7,8%). O fato das adolescentes mencionarem a escola como principal fonte de informação poderia ser justificado pelos programas educativos de prevenção da aids realizados nas escolas. Dados de pesquisa realizada entre jovens de 16 e 24 anos pelo Ministério da Saúde apontam como origem das informações, além da escola, a família e a televisão (BRASIL, 2005).

Percepção de risco e cuidado em saúde

Um dos fatores associados à mudança comportamental é a percepção de risco, que envolve a auto-avaliação da suscetibilidade, bem como a identificação de condutas associadas com maiores chances de exposição a situações de transmissão (BEMFAM, 1997).

A análise dos dados indicou que muitas adolescentes não se percebem em situação de risco de adquirir uma DST, justificado principalmente pelo fato de ter apenas um parceiro e confiar nele. A PNDS-1996, remetendo exclusivamente à aids, mostrou que 56,8% dos adolescentes de 15 a 19 anos não acreditam ter risco de adquirir a aids.

Este estudo investigou também se as adolescentes passaram por consulta ginecológica em algum momento da vida. De acordo com Pirotta (2002), do ponto de vista da saúde coletiva a consulta é um espaço privilegiado para que os jovens tenham acesso às informações, o que pode ajudá-los a fazer opções seguras e refletir sobre questões que envolvem a saúde reprodutiva e o cuidado em saúde.

Neste estudo, 36,7% das adolescentes que já iniciaram a vida sexual, nunca passaram por atendimento ginecológico, o que corresponde a uma em cada três adolescentes. Quando questionadas sobre sintomas, a maioria das adolescentes mencionou ter tido corrimento, coceiras, feridas ou verrugas genitais e duas entrevistadas disseram ter tido uma DST. Segundo a BEMFAM (1997), como a sintomatologia das DST não é específica, e muitas vezes, na mulher, são assintomáticas, é importante que as mulheres refiram algum tipo de patologia.

Pelo presente, embora não se percebam expostas aos riscos de adquirir uma DST, as adolescentes estudadas se apresentam em situação de risco, pois não fazem uso do preservativo de forma regular, poucas passaram por atendimento ginecológico e algumas apresentam sintomas, o que requer uma atenção maior.

Uso de métodos

Embora mencionem que o preservativo é a forma ideal de prevenção das DST as adolescentes não fazem uso sistemático do método. O uso freqüente do preservativo foi relatado por 35,2% das entrevistadas e foi observada uma substituição do método quando comparado seu uso na primeira e última relação, passando de 71,1% na primeira relação para 37,1% na última. Resultado similar foi verificado por Borges e Schor (2002)

em estudo com adolescentes de uma área de abrangência de um programa de saúde da família da cidade de São Paulo. O estudo mostrou que dentre adolescentes que utilizaram algum método na primeira relação, 96,5% utilizou o preservativo, ao passo que na última relação sexual houve uma redução para 81,6% no uso do método, observado entre ambos os sexos, no entanto, entre as mulheres o preservativo foi parcialmente substituído pela pílula.

Outros estudos recentes, como o desenvolvido por Martins et al. (2006) com escolares, apontou que 60% dos adolescentes de escolas públicas e privadas mencionaram uso do preservativo em todas as relações, no entanto, o próprio autor refere que o dado pode estar superestimado, pois os escolares tenderiam a responder o que é mais adequado ou correto.

Pirotta (2002) refere que o fato de considerar-se usuário do preservativo nem sempre garante que esteja assumindo condutas seguras em relação à contracepção. Em seu estudo desenvolvido junto à universitários da USP, 40% consideram que sempre fariam o uso do preservativo, mesmo em relações estáveis; 46% fariam uso em algumas situações e manteriam um relacionamento sexual mesmo que não fosse possível usar o preservativo e 57% já mantiveram relação sem utilizá-lo.

A quase totalidade das adolescentes que tiveram relações sexuais fizeram uso da dupla proteção alguma vez na vida, usando principalmente o preservativo. Outras combinações foram mencionadas, numa menor proporção: pílula e preservativo; injeção e preservativo; preservativo e contracepção de emergência.

Poucos estudos abordam a questão da dupla proteção, especialmente se vinculado ao uso de dois métodos. Pirotta (2002) em sua pesquisa com jovens universitários, estudou a questão de forma qualitativa e observou o uso da pílula e do preservativo diretamente relacionado à questão de gênero, no qual o uso da pílula está vinculada ao papel de regulação da fecundidade desempenhado pela mulher e ao papel do homem, enquanto responsável pela prevenção das DST. No entanto, a observação foi verificada enquanto os relacionamentos não são considerados estáveis, pois

à medida que isto acontece, registra-se a substituição do preservativo por outros métodos.

De forma geral, em relação ao uso de métodos em algum momento da vida, o estudo mostrou que praticamente todas as adolescentes que iniciaram a vida sexual fizeram uso de algum método. Os mais citados, além do preservativo, foram a pílula, pílula do dia seguinte, injeção e coito interrompido. Resultados do estudo de Gera (2004) aponta que os métodos mais utilizados por adolescentes foram o preservativo (75%), pílula (42%), seguido do coito interrompido (15%), injeção (11%) e tabelinha (3%).

Em relação às atitudes que poderiam dificultar o uso de métodos, a maioria das adolescentes entrevistadas neste estudo tiveram atitude liberal. No estudo de Gera (2004), as puérperas também apresentaram atitude liberal, o que para ambos os estudos, denota que elas não se configuram como obstáculos para o uso efetivo de métodos.

Finalizando, de forma geral, os resultados permitem observar que o conhecimento sobre métodos, especialmente sobre seu uso, e o conhecimento sobre as DST ainda é qualitativamente baixo entre as adolescentes e o fato de não se perceberem em risco de contrair uma DST é importante na área da saúde coletiva, em especial no caso dos adolescentes.

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

O estudo do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes indicou inicialmente a necessidade de considerar os diversos contextos em que se inscreve a adolescência e as particularidades com que este grupo se relaciona com a sua sexualidade.

A população estudada foi composta predominantemente por adolescentes solteiras, que já iniciaram a vida sexual e mantinham relações sexuais esporádicas. Neste contexto, os tipos de relacionamentos instituídos (“ficar”, namorar) apresentam-se como importantes determinantes no conhecimento e uso dos métodos.

Assim como pesquisas anteriores, os dados indicam que as adolescentes possuem conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais, no entanto, o conhecimento sobre o uso dos métodos mostrou-se qualitativamente baixo, o que favorece a existência de uma lacuna entre o conhecimento e o uso dos métodos anticoncepcionais. Nota-se que as adolescentes apresentaram menor conhecimento no uso e funcionamento dos métodos masculinos, como preservativo e coito interrompido. No caso da pílula, método bastante difundido entre as adolescentes, verificou-se dúvidas quanto à forma correta de utilizá-la. Quanto aos métodos de dupla proteção, as adolescentes revelaram um conhecimento sobre os mesmos, embora associem a dupla proteção somente ao uso do preservativo, pois apenas uma porcentagem pequena de entrevistadas mencionou o uso de dois métodos.

Em relação às DST, embora a totalidade das adolescentes mencione a aids, para as outras DST o conhecimento foi considerado médio e baixo, o que indica que muitas adolescentes ainda desconhecem a maioria das doenças transmitidas sexualmente.

Houve um consenso entre as adolescentes sobre a necessidade de se proteger de gravidez e DST ao mesmo tempo. No entanto, embora o preservativo tenha sido o método mais citado como possibilidade de realizar a dupla proteção, a maioria não faz uso sistemático do método. Poucas adolescentes fizeram uso de dois métodos ao mesmo tempo e a

contracepção de emergência ainda se apresenta pouco difundida entre a população estudada.

A ausência do uso de métodos de dupla proteção entre as adolescentes as coloca em situação de risco de adquirir uma DST/aids, no entanto, elas não se percebem nesta condição. Dentre as adolescentes que iniciaram a vida sexual, algumas já apresentaram sintomas como corrimento, verrugas ou feridas e nunca passaram por atendimento ginecológico, o que favorece sua condição de exposição às DST/aids. O uso de métodos de dupla proteção ainda necessita ser mais difundido, inclusive o uso de dois métodos, pois a escolha contraceptiva escolhida ainda é mais voltada para a prevenção da gravidez.

Mediante tais observações, conclui-se que a saúde sexual e reprodutiva deve ser considerada em todas as fases da vida, inclusive na adolescência. Para tanto alguns aspectos devem ser levados em conta:

- conhecer as reais necessidades dos adolescentes e as formas como suas vivências ganham significados;
- conhecer as dificuldades que impedem que transformem a informação em prática, considerando a existência da aids e outras DST;
- os tipos de relacionamentos instituídos e a forma como se estabelecem as relações entre este grupo, bem como a repercussão destes relacionamentos na vida dos adolescentes;
- ênfase a questão de gênero como possibilidade de atuação e mudança de comportamento.

Diante o conjunto de resultados apresentados, é necessário conhecer os adolescentes e seus contextos. Também é importante considerar a situação de vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres, especialmente diante da aids e outras DST, o que as coloca em situação de desvantagem em relação à adoção de medidas preventivas. Nesse sentido, é necessário estimular discussões sobre outras formas de prevenção, além do preservativo e estimular o uso do preservativo feminino como possibilidade de substituição ao preservativo masculino e oferecer programas adequados que atendam às necessidades desta população específica. Estratégias

devem ser elaboradas para tentar minimizar o desequilíbrio existente entre homens e mulheres e promover mudanças na conduta.

Portanto, aliado aos programas e políticas já existentes, mais ações de prevenção devem ser implementadas em escolas, comunidades e serviços de saúde buscando garantir que adolescentes possam vivenciar a sexualidade de forma plena mediante práticas sexuais seguras.

Na atenção primária, por sua vez, encontra-se uma possibilidade de realizar estes trabalhos de prevenção, os quais poderão ajudar os adolescentes a desenvolver comportamentos sexuais seguros e saudáveis, bem como prevenir aqueles que possam prejudicar sua saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

AGUIAR, R. G. **Conhecimentos e atitudes sobre a atuação profissional do fisioterapeuta entre os profissionais da equipe mínima de Saúde da Família de Ribeirão Preto**. 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ALMEIDA, M. C. C.; AQUINO, E. M. L.; GAFFIKIN, L.; MAGNANI, R. J. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.5, p566-575, 2003.

AQUINO, E. M. L.; HEILBORN, M. L.; KNAUTH, D.; BOZON, M.; ALMEIDA, M. C.; ARAÚJO, J.; MENEZES, G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p377-387, 2003. Suplemento 2.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. Disponível em: <<http://www.anep.org.br>>, acesso em: 14 fev 2005.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; FRANÇA JR. I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/Aids. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência**. São Paulo: Associação Saúde da Família/Family Health International, 1998. 97-109

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 479-87, ago. 2004.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.499-507, março/abril 2005.

BRANDÃO, T. O. **Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais em puérperas de gestação de alto risco**. Projeto de iniciação científica. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, 2002.

BRASIL. **Lei n. 8.069, 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 16 jul 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sexualidade, DST, Aids e uso indevido de drogas: diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vulnerabilidade de crianças e adolescentes frente às doenças sexualmente transmissíveis, à aids e às drogas**. 1998. Disponível em: <<http://www.ministerio.saude.bvs.br>>. Acesso em: 07 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações em saúde**. 2005 Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>> Acesso em: 08 ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento Nacional sobre prevenção de DST/Aids e uso indevido de drogas em escolas**. Coordenação Nacional de DST/Aids. 2002. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 07 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisas em DST/Aids**. 2005. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 06 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas e diretrizes para prevenção de DST/Aids entre mulheres**. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, 2003. (Coleção DST/Aids, série manuais, 57).

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis congênita – nova definição de caso. **Boletim Epidemiológico**. CRT-DST/aids. Ano 1, n.1, jan.2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da unidade de saúde da família**. Brasília, 2000.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 2, p. 499-507, mar./abr. 2005.

BUCHALLA, C. M.; CARVALHO, M. H. M.; FERNANDES, M. E. L.; VIEIRA, E. M.; ÂNGELO, A. V. D.; PINOTTI, J. A. Aceitabilidade do preservativo feminino entre mulheres atendidas no Centro de referência da Saúde da mulher e de nutrição, alimentação e desenvolvimento infantil, São Paulo, 1996. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 12-18, 1998.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 283-92, 2003. Suplemento 2.

CACCIA-BAVA, M. C. G. G. (Coord.). **Relatório de convênio Núcleos de Saúde da Família**. Ribeirão Preto, São Paulo, 2004. (mimeo).

CANELLA, P. R. B. Adolescência e doenças sexualmente transmissíveis. In: In: VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C.; CANELLA, P. R. B.; CAVALCANTI, R. C. (Org.). **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca, 1988. p123-134.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; SILVEIRA, D. S.; BERTOLDI, A. D.; HALLAL, P. C. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.1, p76-84, 2004

CATES JR., W.; STEINER, M. J. **Dual protection against unintended pregnancy and sexually transmitted infections**. Research Triangle Park: Family Health International, 2001.

CAVALCANTI, R. C. Adolescência. In: VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C.; CANELLA, P. R. B.; CAVALCANTI, R. C. (org). **Adolescência hoje**. São Paulo, Roca, 1988. p5-27

CAVASIN, S.; ARRUDA, S. Educação sexual e comunicação para adolescentes. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência**. São Paulo: Associação Saúde da Família/Family Health International, 1998. p. 110-118

CORRÊA, H. **A fecundidade na adolescência**: a interpretação de um problema ou um problema de interpretação? 2004. 146f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2004.

FERNANDES, A. M. S.; ANTONIO, D. G.; BAHAMONDES, L. G.; CUPERTINO, C. V. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde em relação às doenças de transmissão sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 103-112, 2000. Suplemento 1.

FERNANDES, M. E. L. Comentários sobre o painel III: vulnerabilidade, momentos e vias de prevenção. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência**. São Paulo: Associação Saúde da Família/Family Health International, 1998. p127-130

FERRAZ, E. A.; FERREIRA, I. Q. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na**

adolescência. São Paulo: Associação Saúde da Família/Family Health International, 1998. p. 47-54

FIGUEREDO, R.; PEÑA, M. **Contraceção de emergência:** opção contraceptiva em tempos de DST/Aids. NEPAIDS. São Paulo, 2000. 46 p.

FORD, N. J.; VIEIRA, E. M.; VILLELA, W. V. Beyond stereotypes of Brazilian male sexuality: qualitative and quantitative findings from São Paulo, Brazil. **Culture, Health and Sexuality**, Abingdon, v. 5, n. 1, p.53-69, 2003.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, 153-161, jan./fev. 2002.

GERA, N. F. **Gravidez na adolescência: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de baixa renda.** 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GIFFIN, K.; LOWNDES, C. M. Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice. **Social Science & Medicine**. New York, v.48, p.283-292. 1999.

GIR, E. **A sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência humana tipo I.** 1997. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

GIR, E.; DUARTE, G.; MARTINEZ, R.; MURAKAWA, M.; FIGUEREDO, J. F. C.; COSTA, J. C.; MACHADO, A. A. Expressão epidemiológica de outras doenças sexualmente transmissíveis entre portadores de aids. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 2, 93-99, abr. 1994.

HATCHER, R. A.; RINEHART, W.; BLACKBURN, R.; GELLER, J. S.; SHELTON, J. D. **Pontos essenciais da tecnologia da anticoncepção**. Baltimore: Escola de Saúde Pública Johns Hopkins/Programa de Informação de População, 2001.

HEILBORN, M. L. Palestra inaugural – gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência**. São Paulo: Associação Saúde da Família/Family Health International, 1998. p23-31

HEILBORN, M. L.; BOZON, M.; AQUINO, E.; KNAUTH, D. **Por uma abordagem sócio-antropológica dos comportamentos sexuais e reprodutivo da juventude no Brasil**: a construção da pesquisa GRAVAD. Rio de Janeiro, 2000.

JELOÁS, L. S. Os jovens e o imaginário da aids: entre o risco e a prevenção. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 2 n. 1, 54-62, jul./dez. 1999.

JIMENÉZ, A. L.; GOTLIEB S. L. D.; HARDY, E.; ZANEVELD, L. J. D. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 55-62, 2001.

LIMA, C. T. B; FELICIANO, F. V. O.; CARVALHO, M. F. S.; SOUZA, A. P. P.; MENABÓ, J. B. C.; RAMOS, L. S.; CASSUNDÉ, L. F.; KOVACS, M.H. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4,n. 1, 71-83, jan/mar. 2004.

LOWNDES, C. M. Doenças sexualmente transmissíveis na mulher. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Orgs.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p253-279.

MARTINS, L. B. M.; COSTA-PAIVA, L. H. S.; OSIS, M. J.; SOUSA, M. H.; PINTO-NETO, A. M.; TADINI, V. Fatores associados ao uso do preservativo masculino e conhecimento sobre DST/Aids em adolescentes de escolas públicas e privadas do município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 315-323, fev. 2006.

MEDINA, G. Adolescencia y salud en México 1985-1997: un estado del arte. In: DOCUMENTOS, investigaciones y ensayos: desarrollo humano adolescente. 1999. Disponível em: http://www.sexulidadjoven.cl/estudios/est_Medina_adolescenciaysaludenmexico.htm. Acesso em: 25 set. 2004.

MELO, A. V. **A gravidez na adolescência**: uma abordagem multidisciplinar. 1993. 142f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1993.

OPPENHEIN, A. N. **Questionnaire design, interviewing and attitude measurement**. London: Pinter, 1999.

PROGRAMA PARA TECNOLOGIA APROPRIADA EM SAÚDE (PATH). **Prevenção do HIV/aids em locais com poucos recursos**. Tradução Olga Costa Lopes. São Paulo. V.19, n.1, maio 2001. Disponível em: <<http://www.path.org/resources/puboutlook>>. Acesso em 14 mar 2006.

PIROTTA, K. C. M. **Não há guarda-chuva contra o amor – estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP**. 2002. 294f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

REIS, L. F. **Mulher**: produto com data de validade. São Paulo: O Nome da Rosa, 2002.

RUFFINO NETO, A. R.; PASSOS, A. D. C. Variáveis. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. (Orgs.). **Epidemiologia descritiva**. Barueri: Manole, 2005.

SAITO, F. J. A. DST, saúde reprodutiva e adolescência. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 37, maio 2001. Edição especial.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. **Programa Saúde da Família no Brasil**: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. São Paulo, 2000. (mimeo).

SANTOS, N. J. S.; BUCHALLA, C. M.; FILLIPE, E. V.; BUGAMELLI, L.; GARCIA, S.; PAIVA, V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n.4, sup. p12-23. ago2002.

SCHOR, N.; LOPEZ A., F. Adolescência e anticoncepção – estudo do conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.24,n.6, p.506-511, 1990.

SILVA, J. L. P.; CHINAGLIA, M. L. M. Aspectos médicos sociais da gravidez na adolescência. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 1196-1201.

SOARES, F. N. **Gravidez não planejada em Ribeirão Preto**. Relatório de atividades apresentado à FAPESP. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina - USP, 2002.

SOUZA, M. M. C. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência**. São Paulo: Associação Saúde da Família/Family Health International, 1998. 74-91

SOCIEDADE BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996.** Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil/Macro Internacional, 1997.

SOCIEDADE BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). **Pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade do jovem:** Rio de Janeiro, Curitiba e Recife 1980-1990. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil/Macro Internacional, 1997.

STERN, C.; MEDINA, G. Adolescência y salud em México. In: OLIVEIRA, M. C. (org). **Cultura, adolescência e saúde:** Argentina, Brasil e México. Campinas: CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP, 1999.

TAKIUTI, A. D. **Programa de Saúde do Adolescente.** São Paulo, Unicamp, 2001.

UNICEF. **Relatório da situação da adolescência brasileira.** Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br>> Acesso em: 03 mar 2006.

UNICEF. **Um marco conceitual para a saúde e desenvolvimento dos jovens.** Tradução Rita Brosar. New York, 1997.

VIEIRA, E. M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida:** panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p151-196.

VIEIRA, E. M. **Regret after female sterlization among low income women in São Paulo, Brazil.** 1994. Thesis (Doctoral) – Faculty of Social Studies, University of Exeter, Exeter, 1994.

VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; KALCKMANN, S.; PLUCIENNICK, A. M. A. Anticoncepção em tempos de Aids. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (org).

Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec/Population Council, 1999. p324-343.

VILELA, W. V.; DORETO, D. T. **Conversando sobre a experiência sexual dos jovens.** Seminário comemorativo 10 anos. Brasília: CNPD/IPEA/Ministério Planejamento e Ação Social, 2005.

VITIELLO N. Caracterização biológica da adolescência. In: VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C.; CANELLA, P. R. B.; CAVALCANTI, R. C. (Orgs.). **Adolescência hoje.** São Paulo: Roca, 1988. p1-4.

VITIELLO N; CONCEIÇÃO I. S. C. Aconselhamento em planejamento familiar para adolescentes. In: VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C.; CANELLA, P. R. B.; CAVALCANTI, R. C. (Orgs.). **Adolescência hoje.** São Paulo: Roca, 1988. p161-175.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Exploring common ground.** Geneva: Department of Reproductive Health and Research/Family and Community Health, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Family and reproductive health women's health and development programme.** Geneve, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Reproductive Health and Research. **Adolescent sexual and reproductive health: introduction** (1998-2003). Disponível em: http://www.who.int/reproductive-health/adolescent/Adolescent_intro.en.html. Acesso em 31 mai 2004.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

FILTRO		QUESTIONÁRIO N. _____			
Qual a sua idade? (anos completos) _____ anos		Sexo: 1- Fem 2- Masc			
Registro no Núcleo de Saúde da Família IV : _____					
IDENTIFICAÇÃO					
Nome: _____					
Endereço: _____					
Data de Nascimento (dd/mm/aa): ____/____/____			Telefone: _____		
I- INFORMAÇÕES SOCIO-DEMOGRAFICAS					
1- Qual a sua cor? (ler as alternativas)			2- Estado Marital: (ler as alternativas)		
1- Branca			1- Solteira		
2- Parda			2- Casada		
3- Preta			3- Mora junto		
4- Oriental			4- Separada/Divorciada		
5- Indígena			5- Viúva		
3- Você estuda atualmente?			4- Por que você parou de estudar?		
1- Sim			1- não gostava/não quis		
2- Não → 4			2- não achou vaga		
			3- precisava trabalhar		
			4- engravidou		
			5- namorado/companheiro não deixou		
			6- Outro. Especificar _____		
			7- Não se aplica		
5a- Até que ano da escola você estudou? 5b- E o chefe da família?					
		Entrevistada	Chefe da família		
Analfabeto/Fundamental incompleto	1	0			
Fundamental completo/básico incompleto	2	5			
Básico completo	3	10			
Superior incompleto	4	15			
Superior completo	5	21			
5c- Anos completos de estudo. _____ anos					
6- Você possui algum desses itens em sua casa? (ler as alternativas) Quantos?					
Itens de conforto	Não tem	Tem			
		1	2	3	4+
Tv cores	0	2	3	4	5
Rádios	0	1	2	3	4
Automóveis	0	4	9	13	18
Banheiro	0	2	3	4	4
Empregada mensalista fixa	0	2	4	5	4
Aspirador de pó	0	2	4	4	4
Máquina de lavar roupas	0	1	1	1	1
Vídeo cassete	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer duplex ou separado	0	1	1	1	1
CCEB Total Pontos: _____					

7- Qual sua religião? 1- Católica 2- Evangélica 3- Espírita 4- Protestante 5- Sem religião 6- Outra: _____	8- Você tem trabalho remunerado no momento? 1- Sim 2- Não
9- Qual sua profissão? _____	10- Quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas
11- Renda familiar: _____	12- RFPC: _____
13- Você tem filhos? 1- Sim. Quantos _____ 2- Não	
II- AGORA, FAREI PERGUNTAS MAIS PESSOAIS MAS QUE SÃO MUITO IMPORTANTES PARA ESTE ESTUDO	
14- Você está namorando atualmente? 1- Sim 2- Não	15- Alguma vez você teve relações sexuais? 1-Sim (se respondeu <i>não</i> para a 14, ir para a 16) 2- Não → 25
16- Você tem relações sexuais de vez em quando? 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica	17- Com quantos anos teve sua 1ª relação sexual? 1- _____ anos 2- Não se aplica
18- Nessa relação, vocês usaram algum método? 1- Sim. Qual? _____ 2- Não → 19 3- Não se aplica	19- Se não, por que não usou? 1- Não esperava ter relação naquele momento 2- Não conhecia nenhum método 3- Não se preocupou com isso 4- Não tinha nenhum método disponível 5- Outra _____ 6- Não se aplica
20- Qual foi a última vez que você teve relações sexuais? 1- Alguns dias atrás 2- Semanas atrás 3- Meses atrás 4- Anos atrás 5- Não sabe/não lembra 6- Não se aplica	21- E nessa relação foi usada a camisinha? 1- Sim 2- Não → 23 3- Não lembra 4- Não se aplica
22- Por que você usou a camisinha? 1- Evitar uma gravidez 2- Estava doente 3- Proteger de doenças 4- Evitar uma gravidez e proteger de doenças 5- Outro _____ 6- Não se aplica	23- Por que não usou a camisinha? 1- Confia no parceiro/tem apenas um parceiro 2- Não gosta de usar preservativo 3- Não pensa em se prevenir 4- Não sabe como/onde conseguir 5- Outro _____ 6- Não se aplica
24- Com que frequência você usa a camisinha? 1- Sempre 2- Às vezes 3- Nunca 4- Não se aplica	

25- Gostaria de saber se você concorda ou discorda das afirmações:						
	Conc plen	Conc.	Nc/Nd	Disc	Disc plen	
A primeira relação sexual não engravida						
A pílula diminui o prazer sexual						
Transar de vez em quando não engravida						
A lavagem com o chuveirinho logo após a relação sexual impede a gravidez						
O tirar fora é uma forma de evitar a gravidez						
Usando anticoncepcionais posso programar a hora de ter um filho						
Penso que a gravidez não vai acontecer comigo						
A pílula e a injeção engordam						
26- Você sabe onde conseguir métodos anticoncepcionais? 1- Sim 2- Não → 28		27- Em caso afirmativo, onde? 1- Posto de Saúde 2- Farmácia 3- Através do Médico 4- Através do namorado/parceiro 5- Outro _____ 6- Não se aplica				
28- Quais métodos anticoncepcionais você conhece ou já ouviu falar? Já usou algum?						
	1- Sim		2- Não			
	Espontâneo	Estimulado (ler)	Já usou?			
A- Pílula/Comprimido						
B- Camisinha masculina						
C- Camisinha feminina						
D- Tabelinha						
E- DIU						
F- Tirar fora						
G- Injeção Hormonal						
H- Pílula do dia seguinte						
I- Outro (citar)						
J- Nenhum						
29- Onde ouviu falar dos métodos? (Ler as alternativas) 1- Médico 2- Amigo/Parceiro 3- Escola 4- Posto de Saúde 5- Televisão 6- Outro _____						
30- Na sua opinião, para jovens de sua idade, qual o melhor método para ser usado:						
	1- Sim		2- Não			
	Espontâneo	Estimulado (ler)	Já usou?			
A- Pílula/Comprimido						
B- Camisinha masculina						
C- Camisinha feminina						
D- Tabelinha						
E- DIU						
F- Tirar fora						
G- Injeção Hormonal						
H- Pílula do dia seguinte						
I- Outro (citar)						
J- Nenhum						

III – AGORA VAMOS FALAR DE DOENÇAS TRANSMITIDAS ATRAVÉS DAS RELAÇÕES SEXUAIS			
31- Você já ouviu falar de doenças que podem ser transmitidas através de relações sexuais? 1- Sim 2- Não			
32- Qual dessas doenças você já ouviu falar? Já teve alguma?			
	1- Sim 2- Não		
	Espontâneo	Estimulado (Ler)	Já teve?
A- HIV/Aids			
B- Sífilis			
C- Herpes			
D- Condiloma/verrugas genitais			
E- Cancro mole/cavalo			
F- Gonorréia			
G- Candidíase/flores brancas			
H- Clamídia			
I- HPV			
J- Outro (citar)			
33- Como é possível evitar uma doença transmitida através de relação sexual? (anotar todas as mencionadas) 1- Não ter relações sexuais 2- Usar camisinha em todas as relações sexuais 3- Ter apenas um parceiro 4- Evitar relações homossexuais 5- Não compartilhar seringas e agulhas 6- Outro _____	34- Onde obteve essas informações? (Ler as alternativas) 1- Escola 2- Posto de Saúde 3- Folhetos/Cartazes 4- Amigos/Parentes 5- Rádio/Televisão 6- Outro _____		
35- Você acha que tem risco de pegar uma doença transmitida através da relação sexual? 1- Sim 2- Não → 37	36- Por acha que tem risco? 1- Não usa a camisinha 2- Tem vários parceiros 3- O parceiro tem outras mulheres 4- Compartilha seringas ou agulhas 5- Outro _____ 6- Não se aplica		
37- Por quê não? 1- Não mantém relações sexuais 2- Tem apenas um parceiro 3- Usa sempre a camisinha 4- Não compartilha seringas e agulhas 5- Outro _____ 6- Não se aplica	38- Você já teve algum dos itens abaixo? 1- Coccíria 2- Corrimento 3- Feridas/Verrugas genitais 4- Ardor/dor ao urinar 5- Mau cheiro 6- Infecções na pele/manchas 7- Outro _____ 8- Nenhuma		
39- Você já passou por algum exame ginecológico? 1- Sim 2- Não → 42	40- Em que lugar fez o último exame? 1- Hospital público 2- Posto de Saúde/NSF 3- Consultório Médico particular 4- Outro _____ 5- Não se aplica		
41- O resultado do exame mostrou algum problema? 1- Sim. Qual? _____ 2- Não 3- Não se aplica	42- Você já ouviu falar de métodos que protegem ao mesmo tempo de gravidez e doenças transmitidas pela relação sexual? 1- Sim. Qual? _____ 2- Não		

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução nº 196/96)

Esclarecimentos

Está sendo realizada uma pesquisa denominada “Conhecimentos e atitudes das adolescentes em relação a métodos anticoncepcionais de dupla proteção” em Ribeirão Preto, pela assistente social Daniella Tech Doreto, aluna do curso de pós-graduação, nível mestrado, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Elisabeth Meloni Vieira.

Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar as atitudes das adolescentes e o quanto conhecem sobre métodos anticoncepcionais, principalmente aqueles voltados para a prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis. Serão aplicados questionários a adolescentes de 15 a 19 anos de idade, do sexo feminino e cadastradas no Núcleo IV do Programa de Saúde da Família, vinculado ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

O nome das adolescentes que participarem deste estudo jamais será divulgado, sendo mantido em total sigilo, e apenas conhecido pela pesquisadora e pela docente responsável pela pesquisa. As informações, por possuírem caráter sigiloso, serão gravadas em computador através de códigos. As participantes da pesquisa não receberão qualquer benefício direto por sua participação. No entanto, a presente pesquisa poderá auxiliar questões futuras do atendimento de saúde nessa área, favorecendo adolescentes como elas. As adolescentes que se recusarem a participar da pesquisa não sofrerão qualquer tipo de prejuízo na forma de atendimento, tratamento e assistência prestada pelo Núcleo IV de Saúde da Família. O mesmo será considerado para aquelas que desistirem de participar da pesquisa a qualquer momento. As adolescentes terão direito a não responder qualquer questão, sem sofrer prejuízos por esta decisão. Será solicitado às pessoas que participarem da pesquisa que assinem um certificado de consentimento, para documentar sua decisão.

Certificado de Consentimento

Eu, _____ declaro ter recebido todas as informações acima, especialmente o que diz respeito aos objetivos da pesquisa e o procedimento do qual serei submetido e que pude fazer perguntas e esclarecer todas minhas dúvidas acerca do assunto. Declaro ter conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e aceito participar da referida pesquisa, conforme esclarecimentos e condições acima descritas.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2005.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Pesquisador (Daniella Tech Doreto*) _____

* Para assuntos relacionados a este estudo, entrar em contato com Daniella T. Doreto ou Prof^ª. Dr^ª. Elisabeth Meloni Vieira, fone: 602 3070 Depto de Medicina Social da FMRP-USP.

