

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

SILVIA CRISTINA SOUZA DIB

**CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: CONHECIMENTO SOBRE
MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS ENTRE ALUNOS DE ESCOLAS
PÚBLICAS MUNICIPAIS DE RIBEIRÃO PRETO - SP**

RIBEIRÃO PRETO

2007

SILVIA CRISTINA SOUZA DIB

**CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: CONHECIMENTO SOBRE
MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS ENTRE ALUNOS DE ESCOLAS
PÚBLICAS MUNICIPAIS DE RIBEIRÃO PRETO - SP**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Departamento de Medicina Social,
da Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto – USP, para obtenção do título
de mestre em Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos

RIBEIRÃO PRETO

2007

Autorizo reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Dib, Silvia Cristina Souza

Contraceção na adolescência: conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre alunos de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto – SP.-2007.

137:f

Dissertação de mestrado apresentado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Área de concentração: Saúde da Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos.

Palavras Chaves: 1.contraceção 2.adolescência 3.conhecimento
4.métodos anticoncepcionais 5.educação.

FOLHA DE APROVAÇÃO

DIB, Silvia Cristina Souza

Contracepção na adolescência: conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre alunos de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto – SP.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção de título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde da Comunidade.

APROVADA _____ / _____ / _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos

Instituição: FMRP

Assinatura: _____

Profª Drª. Maristela Carbol Patta

Instituição: FMRP

Assinatura: _____

Profª Drª Marta Angélica Iossi Silva

Instituição: EERP

Assinatura: _____

Dedicatória

*Dedico este estudo à minha família.
Longe dos olhos, perto do coração ...*

Ao meu querido marido Flávio, meu eterno amor. Não saberia dizer, em poucas linhas, o quanto você é importante na minha vida, mas posso dizer que sua insistência, de forma única e verdadeira, incentivando-me a nunca desistir dos sonhos e, sobretudo, por fazer parte de mais essa conquista. Amo muito você!!!

Aos meus filhos, Michel e Rafael, que me deram a oportunidade de vivenciar a maternidade e desenhar a Arte de ser Mãe. São dois anjos que caíram do céu para trazer alegria e felicidade nesta passagem de minha vida.

Aos meus pais, Nelson e Alci (in memoriam), pelo exemplo de vida com seus ensinamentos de amor, simplicidade, humildade e coragem. Estes valores fundamentaram a minha vida e, com base neles, pude enfrentar os obstáculos. Mesmo com a distância, meu pai sempre esteve presente. Minha querida mãe, sempre como um anjo, iluminando e guiando minha vida.

Aos meus queridos irmãos Rogério e Juninho, mesmo distantes, sabem o valor deste trabalho para sua Tata. Obrigada por todos os momentos em que pudemos estar juntos que, apesar de poucos, foram fundamentais em minha vida.

Aos meus queridos avós, João e Maria Aparecida (in memoriam), os quais me possibilitaram ver a essência da vida, conquistada pela grandeza da alma que vem dentro do coração... Que saudades !!

À minha comadre amiga do coração, Cléo, e à minha bisa, Maria, por terem dado apoio, diretamente ou indiretamente, ao meu caminhar na construção do alicerce de minha querida família . Amo vocês!!!

À família Dib, da qual, realmente, faço parte. De forma particular, ao meu sogro, Miguel Dib (in memoriam), à minha sogra, Cleide, aos meus cunhados, Cláudia e Fábio e à minha querida sobrinha Bárbara. Obrigada por me acolherem.

Agradecimentos Especiais

Ao Profº Drº Jaír Lício Ferreira dos Santos, mais que um orientador, um pai que acolheu uma filha abandonada. Sua figura sempre será lembrada com admiração e carinho. Obrigada pela oportunidade e por me mostrar que a sabedoria e a simplicidade caminham juntas...

*Aos meus eternos amigos e irmãos do coração, Ana Lígia Oliva e Dr. Carlos Alberto Pedreira de Freitas, pessoas que passaram a fazer parte do meu caminho, dividindo momentos de alegria, tristeza, medos, riscos e muitos risos...
“Há coisas que a gente não tem como apagar e há coisas que a gente não deve apagar, nem da memória, nem do coração ... pessoas especiais como vocês”.*

Agradecimentos

A Deus e à espiritualidade divina, por estarem sempre presentes em minha vida, guiando-me e mostrando-me que todo esforço tem sua recompensa. Por terem me permitido vencer mais esta etapa de minha caminhada, enfrentando obstáculos necessários para o meu crescimento.

Ao meu Anjo da Guarda, meu anjo de luz, que me guia na estrada da vida.

Às professoras Prof. Dra. Maristela Carbol Patta e Prof. Dra. Marta Angélica Iossi Silva, pelas valiosas sugestões e apoio neste momento da minha vida. Meu caloroso muito obrigada!

Aos meus adolescentes escolares das escolas públicas municipais Prof. Eduardo Romualdo de Souza (CEMEI IV) e Profa. Neuza Michelutti Marzola, que contribuíram para este trabalho. Muito obrigada.

À Profa. Dra. Maria das Graças Bonfim de Carvalho, precursora deste trabalho, iniciado junto ao PROASE.

Aos professores do Departamento de Medicina Social, Prof. Dr. Laerte Joel Franco e Prof. Dr. Edson Zamgiacomí Martínez... os quais, num momento oportuno, apoiaram e me incentivaram. Muito obrigada!

Às minhas amigas e colegas de trabalho do Programa de Saúde da Criança e do Adolescente, Dra. Cristina, Dra. Jael, Dra. Márcia Motta, Dra. Ana Helena, Marina, Márcia Reis e Malu, pelo apoio e paciência durante a realização deste trabalho.

Às minhas amigas do Programa DST/ Aids, Fátima Neves e Lís. Grata pelo intenso convívio.

À minha irmã do coração, Stella Maris que, contribuiu para o início do trabalho muito obrigada.

Às minhas colegas de trabalho do PROASE, Regina Caturello, Elisabete Braga, Maureen Felix, Rita de Carvalho, Neuza de Paula, Marínes Felipe, Valéria Aprobatto (in memorian), Luciana Parada, Wanda, Ana Sandra, Rosana, Telma, Cecília, Zezé, Luci Raspanti (in memorian) Verinha, Luis, Fernanda, Silvinha, Bete, Glória, Mariangela, Maria Lucia Leipner e à todas as outras que iniciaram esta trajetória. Obrigada .Sinto saudades...

Aos meus colegas de trabalho dos Programas de Saúde Renata, Joceli, Emília, Fátima Bonifácio, Marlene e Ângela. Grata pela amizade.

Às minhas queridas amigas, Cris e Mariana que, mesmo desconhecendo a complexidade deste trabalho, tiveram compreensão para entender que se tratava do fechamento de um ciclo.

Ao Prof. Dr. José António Lanchoti, por ser um grande incentivador para o término deste trabalho e mostrar-me horizontes para um novo caminho.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Social, Mônica, Carol e Regina, sempre solícitas aos meus anseios. Muito obrigada.

Às minhas amigas do coração, Lenita e Zezé, sempre carinhosas e carismáticas, dispostas a ouvir-me nos momentos certos e incertos.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram nessa etapa da minha vida. Meu sincero agradecimento.

*Sonho que se sonha só é só um sonho.
Sonho que se sonha junto é realidade
(Raul Seixas)*

RESUMO

DIB,S.C.S. -**Contracepção na adolescência: conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais entre alunos de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto – SP-2007.**Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina , Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,2007

Este estudo teve como objetivo analisar o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais (MAC) e identificar as variáveis associados ao conhecimento adequado sobre o tema, em adolescentes de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto-SP. Consiste em um estudo do tipo transversal, desenvolvido segundo uma abordagem quantitativa. Foram escolhidas, intencionalmente, duas escolas municipais. A amostra foi constituída por cento e vinte (120) adolescentes, de ambos os sexos, com idade de 13 a 16 anos. A coleta de dados ocorreu no período de 05/03/2007 a 16/03/2007, sendo que o instrumento para a coleta foi um questionário semi-estruturado. Os resultados mostraram que os adolescentes deste estudo pertenciam ao grupo de idade entre 13 - 14 anos (81,7%), sendo que adolescentes com 15-16 anos representaram a menor parte (18,3%). O sexo masculino representou 51,6% da amostra e, o feminino, 48,4%. A iniciação sexual ocorreu com 13 anos para ambos ,no sexo feminino com (71,43%)e no sexo masculino (41,18%). Com relação ao uso da camisinha masculina 57,5% dos adolescentes entrevistados não utilizaram a camisinha e 28,3% a utilizaram em suas relações sexuais. Quanto ao uso de métodos anticoncepcionais, para a primeira relação, os resultados mostraram que 36,7% não fizeram uso de nenhum tipo de método. , e 54,2% não responderam. Em relação segundo o local de obtenção dos

MAC os resultados mostraram que 75,8% obtinham no posto de saúde através do médico e 50,7% em farmácias. Sobre a diversidade de métodos anticoncepcionais, o trabalho mostrou que 45% não conheciam nenhum método, seguido de 20,8% que conheciam apenas um; 5,8% conheciam dois tipos e 10,8% conheciam três. Os métodos anticoncepcionais mais conhecidos foram os de barreira, como o preservativo masculino (45,8%) e o feminino (30,8%), seguidos os anticoncepcionais orais (28,3%). No que diz respeito às fontes de informações e orientações desses métodos, a escola foi a mais citada pelos alunos, com 51,7% e, logo em seguida, surge a família, com 40,8% e a televisão, também com cerca de 40%. O estudo evidenciou que as estratégias mais utilizadas pela escola para informar sobre sexualidade, gravidez na adolescência e os métodos anticoncepcionais foram: no decorrer das aulas (40,8%), e em seguida com a palestra (32,5%). Entre os temas discutidos em sala de aula com o professor, o mais citado foi sexualidade, com 57,4%. Sobre o diálogo em família, os entrevistados consideraram a mãe o elo de comunicação mais importante sendo avaliado como bom por 79,2% dos entrevistados. Dos diversos tipos de atendimento à saúde, recebido na Unidade Básica pelo adolescente, a consulta médica foi o mais citado pelos entrevistados, com 48,2%. O estudo mostrou ainda que o conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais não garante o seu uso. Entretanto, a disponibilidade de maior número de serviços e orientações sistematizadas sobre tais métodos podem favorecer a mudança de atitudes dos adolescentes em relação a uma prática de uso eficiente e preventivo em relação aos MAC.

Palavras-Chaves: contracepção, adolescência, conhecimento, métodos anticoncepcionais, educação.

ABSTRACT

Birth Control in Adolescence: Knowledge on Contraceptive Methods among Students in the Municipal School System of Ribeirão Preto- SP

The present study aimed to assess knowledge on contraceptive methods and identify variable associated with appropriate knowledge among students in the municipal school system of Ribeirão Preto –SP. This transversal study was developed through a quantitative approach. Two schools belonging to the Health District of Vila Virgínia were purposely selected and the sample size was a fixed number of 120 adolescent students of both genders, aged between 13 and 16. Data collection was conducted from 03/05/2007 to 03/16/2007 and a semi-structured questionnaire was used as data collection instrument. The research showed that the subjects consisted of a group of adolescents between 13 and 14 years old (81,7%) and a smaller group of adolescents between 15 and 16 years old (18,3%), with males representing 51.6% and females 48.4%. The sexual initiation occurred around the age of 13 for both genders (71,43%) of females and (41,18%) male sex. The use condom was reported by (57,5%) of subjects group did not using, while among the group within the same, 28.3% reported using it. The findings also showed that 36,7% of the subjects did not use any kind of contraceptive method in their first sexual intercourse, and 54,2% did not answer this question. Regarding ways to obtain contraceptive methods, the results showed that 75,8% of the subjects received them from a Health Unit and a doctor of them prescription, 50,7% bought them at a drugstore. The study showed that 45% of the students did not know any kind of contraceptive method, followed by 20.8% that knew only one kind, 5.8% knew two methods, and 10.8% knew three

kinds of methods. The most widely known method was the male condom (45,8%) and the female kind (30.8%), followed by the oral contraceptive (28.3%). As for sources of information and advice on contraceptive methods, the most common source was the school (51.7%), followed by the family (40.8%), and TV (40%). The study showed that the advice and information on sexuality, pregnancy in adolescence, and contraceptive methods received at school were delivered through lectures (32.5%) and during lessons (40.8%). According to the data, among the topics associated with health in adolescence discussed in class with the teacher, sexuality was the most common one (57.4%). In terms of conversations with the family, the mother was shown to be the most important bond. In addition, the level of communication with the mother was considered good by 79.2% of the students. Health attention received at the Health Unit and consultation with a doctor was the most common option mentioned by adolescents (48.2%). The research showed that knowing contraceptive methods does not guarantee their use. However, availability of more services and extensive advice on contraceptive methods can assist in changing adolescents' behavior as regards the efficient and preventive use of contraceptive methods.

Key Words: Birth Control, Adolescence, Knowledge, Contraceptive Methods, School

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População residente por idade e sexo - Brasil 2005.....	28
Tabela 2 - Escolas do Distrito de Saúde da Vila Virgínia. Ribeirão Preto - 2007	59
Tabela 3 - Alguns indicadores relacionados à fecundidade e à mortalidade infantil em Distritos de Saúde de Ribeirão Preto – 2005	60
Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo idade e sexo. Ribeirão Preto - 2007.	71
Tabela 5 - Distribuição dos participantes segundo religião e sexo. Ribeirão Preto - 2007	72
Tabela 6 - Distribuição dos participantes trabalhadores segundo o sexo. Ribeirão Preto - 2007	72
Tabela 7 - Distribuição dos participantes segundo o número de pessoas em casa, por sexo. Ribeirão Preto - 2007	73
Tabela 8 - Distribuição dos participantes segundo a faixa de renda familiar e sexo. Ribeirão Preto - 2007	73
Tabela 9 - Distribuição por sexo na idade da primeira relação sexual. Ribeirão Preto - 2007	74
Tabela 10 - Distribuição dos participantes segundo a idade na primeira menstruação. Ribeirão Preto - 2007	74
Tabela 11 - Distribuição dos participantes segundo a utilização do método anticoncepcional na primeira relação. Ribeirão Preto - 2007.....	75
Tabela 12 – Distribuição dos participantes segundo o conhecimento de métodos anticoncepcionais em relação ao número de alunos entrevistados. Ribeirão Preto - 2007	76
Tabela 13 - Distribuição dos participantes segundo diálogo informal sobre os MAC. Ribeirão Preto - 2007	77

Tabela 14 – Distribuição dos participantes segundo a utilização ou não da camisinha em suas relações sexuais. Ribeirão Preto - 2007.....	77
Tabela 15 - Distribuição dos participantes segundo o método anticoncepcional que utiliza atualmente. Ribeirão Preto - 2007	78
Tabela 16 - Distribuição dos segundo quem orientou e informou sobre o uso dos métodos anticoncepcionais. Ribeirão Preto - 2007.....	79
Tabela 17 - Distribuição dos participantes segundo o local de obtenção dos MAC. Ribeirão Preto - 2007.....	80
Tabela 18 - Distribuição dos participantes segundo o sexo e opinião quanto à possibilidade não engravidar na primeira relação. Ribeirão Preto - 2007....	81
Tabela 19 - Distribuição dos participantes segundo o sexo e opinião quanto a consideração de que tirar fora seja um método pouco seguro. Ribeirão Preto - 2007	81
Tabela 20 - Distribuição dos participantes quanto ao sexo e opinião quanto ao uso de tabelinha ser somente para quem tem os ciclos regulares. Ribeirão Preto - 2007	82
Tabela 21 - Distribuição dos participantes segundo o sexo e opinião quanto à afirmação de que o DIU é colocado dentro do útero. Ribeirão Preto - 2007.....	82
Tabela 22 - Distribuição dos participantes segundo o sexo e opinião quanto à afirmação de que a camisinha masculina deve ser retirada com o pênis ereto. Ribeirão Preto - 2007.....	83
Tabela 23 - Distribuição dos participantes segundo o sexo e opinião sobre a opinião quanto à afirmação de que a camisinha feminina deva ser colocada na vagina. Ribeirão Preto - 2007	83
Tabela 24 - Distribuição dos participantes segundo o sexo e opinião quanto à afirmação de que a tabelinha é um método anticoncepcional natural, mas que apresenta falhas. Ribeirão Preto - 2007	84

Tabela 25 - Distribuição dos participantes segundo o sexo e opinião quanto à afirmação de que a pílula do dia seguinte deve ser usada em casos de urgências. Ribeirão Preto - 2007	84
Tabela 26 - Distribuição dos participantes segundo sexo e opinião quanto à afirmação de que a camisinha masculina atrapalha a sensibilidade. Ribeirão Preto - 2007	85
Tabela 27 - Distribuição dos participantes segundo sexo sobre conversa de assuntos da escola com pai ou mãe. Ribeirão Preto - 2007	86
Tabela 28 - Distribuição dos participantes segundo o sexo sobre conversas de assuntos domésticos com pai ou mãe. Ribeirão Preto - 2007	86
Tabela 29 - Distribuição dos participantes segundo sexo e conversa de assuntos sexuais com pai ou mãe. Ribeirão Preto - 2007	86
Tabela 30 - Distribuição dos participantes segundo o nível de relacionamento familiar. Ribeirão Preto - 2007	87
Tabela 31 - Distribuição dos participantes em relação a forma como as informações sobre sexualidade foram discutidas na escola. Ribeirão Preto - 2007	87
Tabela 32 - Distribuição dos participantes em relação aos temas que foram discutidos na escola. Ribeirão Preto - 2007	88
Tabela 33 - Nível de conhecimento de métodos anticoncepcionais (Conhecimento I). Ribeirão Preto - 2007	89
Tabela 34 - Número de métodos anticoncepcionais conhecidos (Conhecimento I). Ribeirão Preto - 2007	89
Tabela 35 - Nível de Conhecimento I, segundo associação da variável Fonte de Informação e Orientação do M.A.C. Ribeirão Preto - 2007	90
Tabela 36 - Nível de Conhecimento, segundo o método conhecido: camisinha masculina. Ribeirão Preto - 2007	91

Tabela 37 - Nível de conhecimento sobre contracepção (Conhecimento II). Ribeirão Preto - 2007	92
Tabela 38 – Pontuação obtida sobre contracepção (Conhecimento II). Ribeirão Preto - 2007	93
Tabela 39 - Nível de Conhecimento II, segundo a associação da variável idade. Ribeirão Preto - 2007	94
Tabela 40 - Nível de Conhecimento II, segundo a associação da variável sexo. Ribeirão Preto - 2007	95
Tabela 41 - Nível de Conhecimento II, segundo forma de obtenção do M.A.C. Ribeirão Preto - 2007. Ribeirão Preto - 2007	95
Tabela 42 - Nível de Conhecimento II, segundo informações da escola. Ribeirão Preto - 2007. Ribeirão Preto - 2007	96
Tabela 43 - Nível de Conhecimento II, segundo os temas de orientação sexual na escola. Ribeirão Preto - 2007.....	97
Tabela 44 - Nível de Conhecimento II, segundo associação no tipo de atendimento recebido na Unidade Básica de Saúde. Ribeirão Preto - 2007.....	97

LISTA DE SIGLAS

BEMFAM	Sociedade de Bem-Estar Familiar.
CCEB	Critério Brasil Classificação Econômica.
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde.
DIU	Dispositivo Intra-Uterino.
DST	Doença Sexualmente Transmissível.
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente.
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
MAC	Método Anticoncepcional
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde.
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
SICAEV	Sistema de Coleta e Análise de Estatística Vital
SMS	Secretária Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.
SUS	Sistema Único de Saúde.
USP	Universidade de São Paulo.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS

APRESENTAÇÃO	xxi
1. INTRODUÇÃO	25
1.1 Adolescência	26
1.2 Sexualidade e Adolescência	35
1.3 Direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes.....	42
1.4 Contracepção e adolescência	50
2. OBJETIVOS.....	56
2.1 Objetivo geral	57
2.2. Objetivos específicos	57
3. METODOLOGIA	58
3.1 Desenho do estudo	59
3.2 O locus da pesquisa.....	60
3.3 População de estudo e amostra.....	61
3.4 Instrumento e coleta de dados	62
3.5 Procedimento de coleta de dados	63
3.6 Variáveis envolvidas no estudo	66
3.6.1 Variáveis dependentes e independentes.....	66
3.6.2 Análise dos dados	69
4. RESULTADOS.....	70
4.1 Caracterização Sócio-demográfica	71
4.2 Comportamento Sexual	74
4.3-Conhecimento e fontes de informação sobre os métodos anticoncepcionais	76

4.4 Opiniões e atitudes sobre o uso dos métodos anticoncepcionais	81
4.5-Relação Família e Escola.....	86
4.6 Detalhando os resultados da análise estatística	89
5. DISCUSSÃO	99
5.1 Comportamento sexual dos adolescentes.....	101
5.2 Conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais e os mais utilizados	102
5.3 Escola e família	106
6. CONCLUSÕES	110
7.REFERÊNCIAS.....	113
ANEXOS	124

APRESENTAÇÃO

Apresentação

O propósito deste estudo surgiu em decorrência das minhas experiências profissionais enquanto enfermeira, responsável por ações assistenciais e educativas junto ao Programa de Assistência Primária de Saúde Escolar (Proase), da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - SP.

O Proase, na sua origem, objetivava priorizar a promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde dos escolares, ações estas realizadas por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, de forma coletiva e individual. Algumas dessas ações envolviam grupos de adolescentes de 4^a a 8^a séries do ensino fundamental e 1^a a 3^a séries do ensino médio, por meio de campanhas educativas, reuniões com pais, professores e comunidade em geral. Eram desenvolvidas também ações relativas à acuidade auditiva, triagem visual, vigilância epidemiológica e sanitária, envolvendo alunos da pré-escola e da 1^a a 4^a séries do ensino fundamental. Essas atividades eram realizadas em conjunto e de forma integrada com os respectivos Programas e Serviços da Secretaria Municipal da Saúde, constituindo-se em uma rede articulada na atenção integral à saúde da criança e do adolescente.

Para Ferriani et al. (1994), procurando conhecer a percepção dos adolescentes sobre os grupos dos quais participavam, nas escolas de Ribeirão Preto-SP e o que deveria ser realizado para otimizar a operacionalização dos mesmos, verificaram que o grande interesse dos adolescentes, ao participarem dos grupos, residia na possibilidade de poderem discutir questões relativas à gravidez, ao namoro e à contracepção.

Essa pesquisa trouxe subsídios para implementar as ações coletivas do Proase, no que diz respeito aos grupos de adolescentes; essas ações, desenvolvidas pelos enfermeiros e enfatizavam temáticas sobre crescimento e desenvolvimento, sexualidade e saúde reprodutiva, DST/Aids e drogas e relações de gênero, incluindo os mais diversos temas emergentes, considerando as sugestões dos adolescentes (namoro, contracepção, virgindade, fecundação, gravidez, abortos, masturbação, homossexualidade, relacionamentos sociais, entre outros). Ao término dos encontros grupais, dado o vínculo estabelecido, tornava-se mais fácil avaliar o grau de compreensão dos temas abordados, possibilitando, assim, desmistificar os mitos, crendices, tabus sexuais, esclarecendo sobre as chamadas “questões secretas”.

Desses grupos, participavam os adolescentes, pais e professores, segundo uma metodologia participativa e reflexiva, sugerida pelo Ministério da Saúde na qual:

A abordagem lúdica e participação como metodologia, está centrada na necessidade de buscar maior interação e coerência do profissional como sujeito que precisa redimensionar sua função, assumindo, além do seu papel de educador, o de articulador e agente de transformação social, além de problematizar as questões relacionadas à sexualidade (IOSSI, 2000,p.17).

Gradativamente, nossa equipe foi tendo contato com outros trabalhos preventivos, uma vez que as Políticas de Educação e Saúde, voltadas para prevenção e orientação sexual, em nível Federal e Estadual, foram sendo estabelecidas, proporcionando a participação de profissionais de saúde e de educadores em treinamentos, a troca de experiências e o aprofundamento das questões da sexualidade.

Atualmente, este trabalho foi enfraquecido diante das novas políticas públicas e,

assim sendo, o propósito desse estudo é identificar indicadores que permitam resgatar essas ações realizadas junto aos adolescentes, pois entendemos ser necessário considerar que os projetos de educação preventiva devem estar centrados na concepção de que a escola é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de valores, atitudes e comportamentos adequados a uma vida pessoal e coletiva saudáveis. Nesse sentido, a escola deve implantar ações que promovam o desenvolvimento humano, ou seja, aumentar o respeito por si, pelos outros, ampliando a autonomia e preparando a pessoa para o exercício da cidadania. Desta forma, aumenta-se o nível de tolerância às diversidades e estabelece-se relações inter pessoais solidárias.

Os grupos de adolescentes, segundo a literatura, conseguem planejar o futuro e traçar objetivos que, pautados na vida e comportamentos presentes, envolvem o bem estar futuro, desejos, dando-lhes a opção de criarem seu próprio destino e de remodelarem a sociedade em que desejam viver (IOSSI, 2000).

Assim, a proposta desta pesquisa é a de focar a Contracepção na Adolescência, considerando tratar-se de uma temática a ser trabalhada com os adolescentes, principalmente nessa fase em se encontram. É importante ressaltar que a orientação sexual não encoraja os jovens a terem relações sexuais; em nenhum momento, percebemos que, em função das discussões e participação nos grupos, os adolescentes foram estimulados à atividade sexual. Ao contrário, percebemos sua preocupação com orientação coerente e autêntica.

1 - INTRODUÇÃO

1.1 Adolescência

Buscando as origens da palavra adolescência, encontramos, no latim, *adolescere*, significando crescer, brotar, aumentar.

No século XVII, a infância confundia-se com a adolescência, pois, no latim dos colégios, utilizava-se sem distinção a palavra *puer* e a palavra *adolescens*. No idioma francês, só existia a palavra *enfant*, designando tanto a criança quanto o adolescente (ARIÈS, 1981).

Até meados do século XIX, não foi sentida a necessidade de diferenciar a segunda infância da adolescência. Porém, no final do referido século, esses períodos foram separados devido ao estabelecimento de uma relação entre a idade e a classe escolar. A separação entre a infância e a adolescência surgiu com a burguesia, quando os mestres, detentores da autoridade, compreenderam as particularidades da infância e passaram a compor suas salas de aula considerando a faixa etária dos alunos. Nessa época, o ensino escolar mais longo para os alunos da classe burguesa foi instituído, destinando, ao povo, um ensino inferior, prático e com menor tempo, levando a criança ao início precoce no mercado de trabalho (ARIÈS, 1981).

O mesmo autor refere ainda que a juventude era definida como uma fase de características próprias, relacionadas ao crescimento, desenvolvimento e determinadas atitudes. A maturidade era expressa por meio da conquista da independência, determinando o final da infância.

Para a Sociologia, a adolescência estaria na dependência da inserção do homem em cada cultura, sendo, portanto, produto singular de cada uma; já a Antropologia a percebe envolvida por ritos de iniciação e passagem, até que seja

alcançada na fase adulta. No Direito, articulam-se as questões da menoridade e maioridade, enfocando o adolescente conforme a legislação vigente. A medicina vê a adolescência como período do processo de crescimento e desenvolvimento, caracterizada por grandes transformações biopsicossociais, iniciando-se com a puberdade e terminando ao final da segunda década de vida (SAITO, 2001).

Atualmente, a adolescência tem sido abordada e conceituada sob várias perspectivas, o que implica em vê-la para além da dimensão biológica, focalizando-a com uma fase histórico e sócio culturalmente definida, caracterizando-a como um processo de *adolescere*.

Diante de tantos conceitos sobre a adolescência, observamos que ela envolve vários fatores e que o processo de *adolescere* é permeado e construído de forma inerente ao meio sócio cultural e ambiental no qual o adolescente está inserido. Ressalta-se ainda que é necessário considerar não apenas o conceito de um processo de crescimento e desenvolvimento, mas também o de atitudes e opiniões que geram um comportamento próprio, assumido perante a sociedade, podendo variar desde comportamentos de riscos a comportamentos normais da própria adolescência.

O Ministério da Saúde (1989) define a adolescência como a faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos, e “juventude” como o período que abrange entre 19 e 24 anos. Define-a ainda como uma etapa evolutiva peculiar do ser humano, não devendo ser considerada apenas como uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta, pois, é nessa fase que culmina todo o processo da maturação biopsicossocial do indivíduo (BRASIL, 1993a). Assim, podemos considerar a adolescência não apenas uma fase de transformação física, mas também social, quando o adolescente apresenta dificuldades para conhecer a si mesmo e para

fazer projetos em relação ao seu futuro.

No Brasil, os adolescentes representam quase um quarto da população total e são subdivididos em indivíduos de 10 a 14 anos e adolescentes , de 15 a 19 anos jovens, distribuídos na população geral, de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 - População residente por idade e sexo - Brasil 2005.

Idade (anos)	Masculino		Feminino		Total
	Nº.	%	Nº.	%	
10 – 14	9.653.784	50,59	9.427.577	49,41	19.081.361
15 – 19	9.917.271	50,23	9.823.533	49,77	19.740.804
Total					38.822.165

Fonte: Datasus-2005

Segundo o IBGE (2000), o país contava com 35,28 milhões de adolescentes, de 10 a 19 anos e, em 2005, com 38,82 milhões. Este aumento populacional, ocorrido nos últimos anos, resulta de uma transformação na estrutura etária da população brasileira em função da queda da fecundidade, declínio da mortalidade infantil e do aumento da esperança de vida ao nascer.

A maturidade física, ou seja, a puberdade, tem seus limites e só estará concluída ao final do crescimento esquelético, com o amadurecimento das gônadas, possibilitando ao adolescente o completo exercício das funções reprodutivas, ao contrário da maturidade psicológica ou social, que pode variar de acordo com o ambiente sócio-cultural do indivíduo (BRASIL, 1993a).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1989) também adota um conceito distinto para a adolescência, face às suas especificidades fisiológicas, psicológicas e sociológicas:

Adolescência: é um processo primariamente biológico que transcende à área psicossocial e constitui um período durante o qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange o período de 10 a 19 anos e compreende a pré-adolescência (10 a 14) e a adolescência propriamente dita (15 a 19).

No transcorrer dos anos, vários conceitos sobre adolescência têm sido abordados pelos estudiosos, preocupados em evidenciar os aspectos físicos, psicológicos, emocionais e sociais relacionados a essa fase da vida. Assim, Aberastury (1985) refere-se à adolescência como “crise normal”, em que a sexualidade e a busca própria da identidade ocorrem paralelamente. O adolescente é uma pessoa à procura de sua identidade e de seu papel na sociedade, passando por conflitos. O sentido da adolescência envolve a imagem que faz de si mesmo e a percepção do próprio corpo. Essa mesma autora considerou adolescência como uma etapa evolutiva, peculiar ao ser humano, um processo de transição, mediante o qual a pessoa passa da infância à vida adulta, resultando no processo de sua maturação biopsicossocial.

Para Cavalcanti (1988), a adolescência é entendida com um crescimento biológico, social e psicológico entre infância e a idade adulta. Muitas vezes, valoriza-se apenas o biológico, esquecendo-se de que o ser humano também é um ser social e seu desenvolvimento está inserido em um universo cultural específico. Outras vezes, focalizam-se apenas as relações dos adolescentes com o seu meio ambiente e consideram que tudo é reflexo da cultura do grupo social nos quais encontram-se inseridos.

Para Osório (1992), as constantes transformações que ocorrem nesse período, levam o adolescente a uma nova posição frente a si mesmo, a seus pais, às suas relações e ao universo que o cerca. Assim, cada adolescente é único, com sua própria história de vida, na inquietante busca da característica do ser humano: o “vir-a-ser”. Essa autora considera ainda a adolescência como um momento significativo da vida, no qual ocorrem mudanças biológicas e emocionais, além da estruturação da personalidade. Para Takiuti (1991), é uma fase da vida do ser humano, compreendida entre dez e vinte anos, com profundas transformações físicas, psicológicas e sociais, possibilitando a auto-relação, uma nova imagem corporal e novas relações com o meio social.

Knobel (1993) descreve algumas características da adolescência, representadas por dez condutas consideradas normais para essa fase da vida do ser humano - busca de si mesmo e da identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, deslocalização temporal, atitude social reivindicatória, contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, separação progressiva dos pais, constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.

Como podemos observar, a adolescência está caracterizada em um contexto muito amplo de definições, o que nos leva a considerar todo o contexto biopsicossocial, enfocando a transição entre as fases da vida.

Segundo Corrêa (2004), a existência de múltiplas definições de adolescência permite inferir que a utilização isolada de critérios para caracterizar os limites e extensão dessa fase da vida deve ser considerada apenas como um referencial. Quaisquer definições utilizadas necessitam ser conjugadas com outras variáveis (sejam elas biológicas, sociais, culturais e econômicas), para o

entendimento desse processo de transição, bem como dos fenômenos sociais a ele inerentes. Somente a partir de uma contextualização ou percepção da realidade experienciada por cada grupo social, será possível o alcance de interpretações mais apuradas sobre os eventos estudados, pois, certamente, seus significados serão flexibilizados de acordo com o que se entende por adolescência.

Diversos fatores, entre eles a falta de informação adequada, fatores sociais que, por um lado, estimulam a vida sexual dos adolescentes e, por outro a reprimem, e a falta de acesso a serviços adequados para as pessoas nessa faixa etária, levam uma grande parte dos adolescentes a iniciar sua vida sexual sem usar contracepção, apesar de não desejar uma gravidez. Como consequência, um número cada vez maior de adolescentes tem gravidezes muitas vezes não planejadas que, em muitos casos, são interrompidas.

Nesse sentido, cabe mencionar o estudo realizado por Davim (1998), cujos resultados da investigação sobre as causas de abandono de métodos anticoncepcionais pelos adolescentes indicaram desconhecimento acerca da contracepção, da gravidez, dos riscos de uma gestação precoce, destacando-se que a maioria abandonou os métodos de contracepção face ao desejo de engravidar.

O estudo realizado por Schor e Lopez (1990) alerta para o fato de que a menarca – expressivo indicador de crescimento e maturação feminina humana, por seu conteúdo biológico, social e psíquico – girou em torno de 12,3 anos, dados estes semelhantes aos de outros estudos, conforme enfatizam as autoras. Isso expressa uma tendência de redução na idade da ocorrência da menarca, com o decorrer dos anos, o que implica em novos riscos. Dentre eles, ressalta-se o da gravidez precoce.

Este estudo revelou ainda que o evento desta gravidez ocorreu a partir dos 13 anos, sinalizando, portanto, para a necessidade de um maior conhecimento e

conscientização quanto às conseqüências do exercício da sexualidade, considerando-se esta população específica que ingressa na puberdade.

Segundo Belo e Silva (2004), a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública, tanto no Brasil como em muitos outros países. Esses autores mencionam algumas variáveis que poderiam estar associadas à fecundidade mais elevada no período: - o início precoce da vida sexual, determinando maior tempo de exposição à concepção, nível de escolaridade e sócio econômico baixos, cor, estado civil e o desconhecimento da fisiologia reprodutiva, assim como a capacidade de identificar o período fértil.

Ressaltam ainda que a interrelação entre estas variáveis e informações parece revelar que a atual juventude tem sido fortemente afetada pelas transformações que vêm ocorrendo nas relações entre a família, a escola, o mercado de trabalho e demais relações com agentes sociais. Lembram também que as conseqüências de tornar-se mãe precocemente são a perda da liberdade, adiamento ou comprometimento dos projetos de estudo, limitação de perspectivas de ingresso no mercado de trabalho, dentre outros.

Segundo a OPAS (1990) a atenção ao grupo de adolescentes passa a ser cada vez mais reconhecida como necessária, devido, principalmente, à sua composição numérica, à freqüência cada vez maior da gravidez na adolescência, dos acidentes, da violência, do uso de tabaco, álcool, drogas, inalantes, além dos problemas de saúde mental.

O Ministério da Saúde (MS) 2000 relata que a magnitude numérica dos adolescentes traduz-se pela existência no Brasil de 35,5 milhões de adolescentes, o que corresponde a 23,4% da população brasileira. Desse quantitativo, 46,6% são de sexo feminino e 50,4% do masculino.

Segundo o IBGE (2000), os números dispensam justificativas para a importância que deve merecer a saúde dessa população. Deve ser considerado, entretanto, que nem todos os adolescentes sofrem dos mesmos problemas e devem ser tratados do mesmo modo, sendo fundamental o respeito à individualidade, principalmente por sermos um país de dimensões continentais, de muitas culturas e casos flagrantes de desigualdade social.

Segundo PROSAD (2000), entre os temas predominantes em investigações nacionais e internacionais cuja população de estudo contempla esse grupo etário, encontram-se os relacionados à fecundidade, ao uso de contraceptivos e à gravidez, bem como à prevenção das DST/AIDS. Chama a atenção, porém, a existência de poucos trabalhos nacionais específicos sobre os determinantes do uso desses métodos, além do enfoque predominante sobre mulheres usuárias de serviços de saúde. Mais recentemente, começam a surgir estudos enfatizando a importância do papel dos homens nas escolhas reprodutivas e contraceptivas, destacando-se a pesquisa BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil), de 1997.

No início da década de 1990, uma revisão crítica da literatura internacional sobre fatores associados à não utilização de métodos anticoncepcionais na adolescência, revelou que os jovens eram mal informados em assuntos relacionados à concepção e à contracepção. Também mostrou que eles possuíam crenças errôneas, como a de que a gravidez não ocorre antes da primeira menstruação e de que é necessário ser mais velho para que a gestação ocorra (ALMEIDA, 2003).

A adolescência é o momento do desenvolvimento da sexualidade, caracterizado pelas masturbações homossexuais, despertando o adolescente para

uma aprendizagem exploratória do seu próprio corpo e do corpo do outro. Alguns deles vêem o sexo como algo *pouco* duradouro, tratando-o de forma superficial, como algo temporário, não se estabelecendo, portanto, relacionamentos com vínculos (SAITO 2001).

Por ser a adolescência uma fase que culmina todo o processo da maturação biopsicossocial do sujeito, podemos considerar que os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais do adolescente são indissociáveis e estes se configuram no conjunto de características que dá unidade ao fenômeno da adolescência. (IOSSI, 2000)

De todo o exposto até então, é possível perceber que o tema, embora venha sendo bastante estudado, ainda requer investigações que clarifiquem algumas questões específicas que vêm se agudizando na sociedade moderna. O índice de gravidez na adolescência, por exemplo, tem sido objeto de grande preocupação por parte de pesquisadores, das políticas de saúde, da gravidez de risco envolvendo partos prematuros, com todos os desdobramentos destas situações. Nesse sentido, pesquisas quantitativas e qualitativas são necessárias para subsidiar o avanço de um tema que se apresenta permeado por complexidades e diversidades.

1.2 Sexualidade e Adolescência

Quando falamos de sexualidade, é necessário que pensemos segundo uma dimensão tipicamente pessoal e humana. Dacquino¹, citado por Lopes (1993), refere que a sexualidade compreende a genitalidade, porém a supera e a transcende, alcançando um contexto muito mais rico de valores. Sobrepõe-se aos limites do impulso genital, que nada mais é que um dos muitos elementos de uma relação sexual na qual intervém, sobretudo a afetividade, a fantasia, a emoção e a comunicação.

Estas ponderações nos remetem ao raciocínio de que a sexualidade, além de ser inerente ao ser humano, é construída a partir das possibilidades pessoais, da interação com o meio e, principalmente, pela cultura. É um fenômeno sócio-cultural, considerando que possui uma historicidade.

...Os jovens são apaixonados, irascíveis, e tendem a se deixar levar por seus impulsos, particularmente os sexuais, e neste sentido não conhecem a continência. Também são volúveis, e seus desejos inconstantes, além de transitórios e veementes. Levam tudo ao extremo, seja no amor, ódio ou qualquer outra coisa. Acham que sabem de tudo... (Aristóteles, 384-322a.C. apud Chipkevitch, 1995).

Aristóteles, um dos principais seguidores de Platão, segundo uma visão mais materialista da natureza, contudo atual, descreveu a adolescência como fase de obstinação e de intensos impulsos, sobretudo sexuais, às vezes mal controlados, quando adolescentes apresentavam-se muito queixosos da incompreensão da família e da sociedade (VIOLATO, 1992).

¹ DACQUINO, G. **Viver o prazer**. Traduzido do original: VIVERE IL PIACERE. São Paulo: Paulinas, 1992. 270 p.

Gonçalves (1983) descreve a influência da cultura em nossa sociedade a partir do momento em que o homem foi capaz de desenvolver, com um esforço muito grande de vida intelectual, um certo pensamento crítico e reflexivo de si mesmo levou, posteriormente, ao surgimento de uma série de concepções, teorias, conhecimentos e reflexões, presentes em todas manifestações do ser humano, com destaque para ciência, religião, arte, técnicas, dentre outras. Esta rede de conhecimentos que existe, englobando estilos, métodos, valores materiais e morais de um povo, numa determinada época da história, denomina-se cultura.

Esse autor ainda caracteriza a cultura, sob o ponto de vista antropológico, como sendo uma visão do mundo; é uma visão de pessoa humana. Logo, o homem, possuindo a capacidade de interferir sobre tudo quanto existe na natureza, sendo o agente da sua história e criador da cultura, acaba sofrendo suas influências.

A sexualidade humana, sendo de natureza social, sempre foi e será influenciada pela cultura, conduzindo os homens a certos comportamentos considerados "normais" pela sociedade.

A partir de um panorama histórico podemos perceber as mudanças dos padrões comportamentais ao longo dos anos. Assim, apresentaremos algumas considerações históricas, para as quais nos apropriamos do exposto por Duby e Perrot (1993).

Assim, segundo esses autores, “na Babilônia, no período acadiano, era valorizada a devoção ao amor sensual e a sexualidade fora do casamento, havendo espaço para o sentimento amor, tanto hetero como homossexual, e prazer para os dois sexos.

Na Grécia, no período da Antiguidade, prevaleceu a pederastia grega, na

qual o apetite sexual satisfazia-se, indistintamente, com os dois sexos; era uma relação de atividade e passividade, cuja função social era ensinar os rapazes a tomarem-se cidadãos sexualmente ativos por meio da passividade. Em Roma, apesar da continuidade da bissexualidade, porém em outro contexto, destacou-se o casal romano, cujo casamento era um ato privado, informal, não escrito e com um contrato de interesses políticos ou econômicos; o homem tinha que se unir a uma mulher por sentimento e só fazer amor com objetivo único de procriação para tornar-se um homem de bem. Com isso, a mulher passa a ser valorizada publicamente. Na cultura judaíco-cristã, a heterossexualidade é autorizada como única; a homofilia é considerada "contra a natureza". Preconiza a extinção do desejo e enxerta o pecado no sexo. Ainda nesta época, destaca-se a concepção Agostiniana que defendia o efeito de diabolizar o sexo e forjar um ódio à mulher, símbolo da tentação.

Neste contexto, surge, na Idade Média, com o casamento exclusivo para a procriação, com algumas proibições do calendário que, quando desobedecidas, eram punidas com os penitências e com a figura da mulher medieval rejeitada como Eva, considerada depositária do mal e que deveria ser queimada. Esta tradição medieval é rompida pelo amor cortês, com os senhorios servindo sexualmente às damas.

A idade moderna foi marcada pelo surgimento da burguesia que vem com a sociedade privada, a pequena família, a concorrência e o lucro. O trabalho para o burguês era tudo, desde um dever até o sentido da vida, e a sexualidade passa a ser privada porque o burguês não mostrava o que desejava, sentia ou pensava. A família nuclear ganha espaço na sociedade, como conservadora, repressora e distribuidora de bons costumes; o marido considera sua esposa como propriedade, mas o amor ainda não prevalece no casamento.

Cantonné (1994) define o século XIX, com a seguinte frase: "o homem tem a função de acabar com o fogo das mulheres e torná-las frígidas. As crianças são ameaçadas de despertar sua sexualidade precocemente e inicia-se uma luta contra a masturbação". Neste século, a masturbação foi caracterizada pela Igreja como pecado e, pela Faculdade, como doença; descobriu-se o orgasmo da mulher e o homem passou a correr risco de ser desvitalizado. A medicina passou a estudar a mulher e, entre 1840 e 1860, descobre-se que o orgasmo da mulher é indispensável à fecundação. Assim, ela é proibida de tal ato e deixa de ser queimada para ser mutilada pelas práticas cirúrgicas".

No século XX, Foucault (1984), em seu livro *História da Sexualidade III*, descreve que o casamento merece destaque pela higienização do sexo, o qual passou a ter um estilo particular, não só no que se refere ao "domínio de si mesmo e ao princípio de que é preciso governar a si próprio para poder dirigir os outros", mas também pela reciprocidade entre os sexos, ou seja, tratar o outro como "um ser idêntico a si e como um elemento com o qual se forma uma unidade substancial". Dessa forma, a figura da mulher passa a ser valorizada, formando uma unidade com o outro e não mais na condição de sua propriedade.

Entretanto, "a sexualidade desenvolveu-se como um segredo que, a seguir, teve que ser incessantemente guardado e contra o qual era preciso precaver-se" (GIDDENS, 1993).

Como podemos observar, a nossa cultura teve uma tendência em reduzir a sexualidade à sua função genital e reprodutiva, sem considerar a importância dos sentimentos e emoções decorrentes do processo educacional e vivencial do sujeito na vida sexual (GHERRPELLI, 1996). Porém, sabemos que ela fundamenta-se no aspecto biopsicossocial de cada pessoa e, assim, partindo deste

aspecto da sexualidade, passaremos agora à caracterização da sexualidade na adolescência.

Falar de sexualidade na adolescência é tratar de um problema social, considerando-se a incidência da AIDS e gravidez precoce nesta faixa etária, mas, sobretudo, tratar de vida saudável e direito dos jovens à uma Educação e Orientação Sexual.

Visualizando-a como direito e parte de uma vida saudável, a sexualidade pode deixar de conter, em seu significado imposições, regras e normatizações que culturalmente foram elaboradas pelo homem, tomando-a não natural o que, conseqüentemente até atualmente, não permite que a abordemos de forma tranqüila e aberta (GUIMARÃES, 1995).

Ainda segundo Guimarães (1995), nesta fase o adolescente está pronto para amar e para competir, estando aberto a crescer intelectual e socialmente, assumindo seu papel sexual, sendo capaz de estabelecer laços afetivos sexuais significativos; também é capaz de ter um orgasmo pleno, um dos principais atributos sexuais da adolescência, ou seja, a possibilidade de erotização e de obtenção de prazer por meio do sexo.

Para Osório (1992), a sexualidade é um elemento estruturador da identidade do adolescente. Essa função estruturante é, em grande parte, realizada pela representação mental que o adolescente tem de seu corpo, ou seja, pela sua imagem corporal, corpo este que, gradativamente, sofre significativas alterações.

As mudanças biológicas da puberdade são iniciadas e controladas por interações complexas entre os sistemas gonadal e adrenal e pelo eixo hipotalâmico-hipofisário. No entanto, essas mudanças não ocorrem simultaneamente para todos,

nem são iguais para meninos e meninas. A atividade dos hormônios produz as manifestações clínicas da puberdade, categorizadas como características sexuais primárias e secundárias. As características primárias são aquelas diretamente envolvidas na relação sexual e na reprodução, órgãos reprodutores e genitália externa.

As principais características secundárias incluem o desenvolvimento dos seios, o aparecimento de pêlos pubianos e axilares e alargamento dos quadris nas meninas. Nos meninos, há o crescimento de pêlos faciais e pubianos e mudança no tom da voz.

Em ambos os sexos, a maior parte dos níveis hormonais adultos é atingida em torno dos dezesseis anos, mas as meninas começam a puberdade, em média, aos onze anos, e os meninos, aos treze. Quando os hormônios sexuais atingem um nível específico, ocorre o marco mais importante desta fase: a primeira menstruação para as meninas (menarca) e o início da produção de sêmen para os meninos (semenarca).

As rápidas mudanças nos níveis hormonais na adolescência estão relacionadas também às mudanças de comportamento típicas desta fase.

Atualmente, sabemos que a testosterona aumenta dezoito vezes a sua concentração durante a puberdade masculina e o estrógeno aumenta oito vezes na puberdade feminina. Os estrógenos estão relacionados às habilidades especiais, enquanto os andrógenos parecem potencializar a agressividade, impaciência e irritabilidade, além de desencadear o impulso sexual. Saito (2001).

Kellerman e Katz (1977) classificaram o que denominaram de "tarefas" do ajustamento psicossocial do adolescente em três categorias: estabelecimento da autonomia, desenvolvimento psicossocial e psicosexual e orientação futura.

O estabelecimento da autonomia refere-se à independência emocional e econômica dos pais. O desenvolvimento psicossocial e psicosexual incluem a aceitação das mudanças físicas, o estabelecimento das relações grupais, o desenvolvimento da responsabilidade e a construção dos valores pessoais consistentes com o ambiente social.

As mudanças físicas da puberdade geram, no adolescente, a prática da comparação com outras pessoas e, conseqüentemente, preocupações com a normalidade. Os grupos tendem a ser do mesmo sexo no início da adolescência, com idealizações de amizade. Posteriormente, tornam-se mistos, determinando novos códigos de postura e valores, nos quais se efetivam relações de namoro e iniciação sexual.

Em nível cognitivo, as operações concretas da infância cedem lugar aos conceitos abstratos. É a capacidade de abstração que produz, no adolescente, os famosos "sonhos acordados", muitas vezes relacionados às suas interações "amorosas". A maturidade cognitiva alcançada até então permitirá uma percepção real do tempo resultando na capacidade para a orientação futura.

Podemos considerar que é na adolescência que ocorre a grande descoberta da sexualidade e dos sentimentos de namoro e paixão. A partir destas mudanças sobre as quais falamos, o que estava, de certa forma, a nível do imaginário, passa a ser real.

1.3 Direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes

A concepção dos direitos reprodutivos é um tema complexo que envolve não apenas a assistência à saúde sexual e reprodutiva; compreende direitos humanos, sociais e existenciais que devem interagir para o pleno exercício da sexualidade e da reprodução. Nesse sentido, a discussão do assunto envolve facetas como o acesso à informação, aos métodos anticoncepcionais, liberdade sexual e responsabilidade reprodutiva.

O tema veio desenvolvendo-se durante o século XX, com idéias originadas de movimentos sociais que influenciaram as conferências internacionais.

Em 1974, na Conferência Mundial de População, realizada em Bucarest, foi incluída a reafirmação sobre o direito dos indivíduos às decisões reprodutivas. Ao final da década de 70 e durante a década de 80, a idéia de que as mulheres poderiam ter controle sobre seu próprio corpo, sexualidade e vida reprodutiva foi disseminada pelo movimento de mulheres (VIEIRA, 2003).

Nas Nações Unidas, em 1979, realizou-se a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (The Women's Convention), onde houve uma evolução dos direitos reprodutivos (COOK, 1993). Buscava-se que os países implantassem leis e políticas para promover "*a equidade entre homens e mulheres em seus direitos e habilidades para controlar a reprodução*" (VIEIRA, 2003).

Ainda segundo Vieira (2003), esse documento provavelmente influenciou a Conferência do México, realizada em 1984, na qual ficou estabelecido o direito às escolhas reprodutivas, com base nas noções de integridade corporal e de controle da fecundidade.

No entanto, foi apenas em 1994, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, na década de 90, que os direitos reprodutivos foram definitivamente incorporados como direitos humanos (VIEIRA, 2003).

O que fica estabelecido após a referida conferência é a autonomia das pessoas para decidirem se querem ou não ter filhos e em qual momento, o que passa a ser visto como um direito a ser assegurado por profissionais da área da saúde.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, foi um marco para a saúde sexual e reprodutiva. Pela primeira vez, os governos reconheceram os direitos reprodutivos contidos em documentos internacionais sobre direitos humanos. Esses direitos baseiam-se no reconhecimento do direito básico de todas as pessoas de decidirem livremente sobre o número de filhos, espaçamento entre os nascimentos, e a disporem de informação e recursos para exercerem esses direitos e alcançarem o nível mais alto possível de saúde sexual e reprodutiva.

Não resta dúvida que, nestas duas últimas décadas, registraram-se grandes avanços nos compromissos assumidos internacionalmente pelos países, como também nas legislações nacionais, sobre as dimensões da reprodução e sexualidade como direitos de cidadania e direitos humanos de homens e mulheres. Entre estes avanços, destacamos a integração de adolescentes e jovens enquanto sujeitos dos direitos sexuais e reprodutivos. Desta forma, reafirmam-se tais documentos como instrumentos fundamentais para a proteção e defesa dos direitos humanos e adolescentes de ambos os sexos. A implementação destes direitos, enquanto princípios norteadores das políticas públicas, é o desafio dos governos dos

países que se pautam nesses novos marcos teóricos, políticos e jurídicos nacionais e internacionais (Ministério da Saúde, 2007)

Segundo o Ministério da Saúde (2007), o Estatuto da Criança e do Adolescente circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade. Entretanto, as fronteiras cronológicas são uma referência para delimitação de políticas, mas, na vida concreta e na experiência singular de adolescentes e jovens, tais fronteiras não estão dadas de modo homogêneo e fixo. Ainda segundo este mesmo órgão, “a saúde não se encerra na ausência de doenças; ela é um processo contínuo de garantia de amplas condições de qualidade de vida, satisfação pessoal e fortalecimento para a vida social. Envolve um conjunto de direitos que são condições para o bem estar físico, psicológico e social e para o enfrentamento de desigualdades estruturais que impedem as plenas condições de desenvolvimento humano”.

É preciso salientar que avanços legais, políticos e conceituais no campo dos direitos sexuais e reprodutivos são frutos da atuação intensa dos movimentos sociais, em especial daqueles da juventude e do movimento feminista. A organização de adolescentes e jovens em espaços de participação social, intensificada nos últimos anos, é um dos elementos impulsionadores e de fortalecimento das políticas públicas para a juventude.

No Brasil, diversos programas têm sido promovidos com o objetivo de melhorar a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, porém, focalizando, principalmente as adolescentes grávidas. Para os adultos, nos quais se incluem os profissionais de saúde, tem sido difícil aceitar que os adolescentes têm vida sexual ativa e que eles precisam não só de informações, mas também de acesso aos métodos anticoncepcionais. Às vezes, sem perceber, dificulta-se o uso dos métodos

ao se perpetuarem mitos e preconceitos em relação aos mesmos ou pelo temor dos profissionais de dar anticoncepcionais a menores de idade.

O desafio atual é garantir o acesso dos adolescentes aos serviços antes mesmo do início de sua vida sexual, oferecendo-lhes um atendimento integral que inclua, também, seus aspectos psicológicos e sociais.

A Constituição Brasileira, em seu artigo 226, garante o direito ao planejamento familiar, livre de coerção. O Estatuto da Criança e do Adolescente (lei 8069 de 13/07/90) garante, no artigo 11, "o atendimento médico à criança e ao adolescente, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde". Cabe, então, aos serviços de saúde facilitar o exercício desses direitos.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), respaldadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Organização das Nações Unidas (ONU), 1999 e Código de Ética Médica, e após o Fórum 2002 - Adolescência, contracepção e Ética – estabeleceram algumas diretrizes em relação à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Estas diretrizes dizem respeito ao seu direito à privacidade na consulta, sendo que essa não está, obrigatoriamente, relacionada à confidencialidade, definida como um acordo entre o profissional de saúde e o cliente, no qual as informações discutidas, durante e depois da consulta ou entrevista não podem ser expostas a seus pais e ou responsáveis sem a permissão expressa do adolescente.

Apóia-se em regras da ética médica, por meio de princípios morais de autonomia; a garantia de confidencialidade e privacidade, fundamental para ações de prevenção, favorece a abordagem de temas como sexualidade, uso de drogas,

violência, destacando-se a importância da postura do profissional de saúde, durante o atendimento aos jovens, respeitando seus valores morais, sócio-culturais e religiosos. Cabe ainda lembrar que o sigilo médico é um direito garantido e reconhecido pelo artigo 103 do Código de Ética Médica, o qual trata do segredo médico. O artigo 5º deste Código expressa o exposto acima:

Artigo 5.º *Os médicos, os demais profissionais de saúde e o restante pessoal dos estabelecimentos em que se pratique licitamente a interrupção voluntária da gravidez ficam vinculados ao dever de segredo profissional relativamente a todos os actos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, ou por causa delas, relacionados com aquela prática, nos termos e para os efeitos do artigo 184.º do Código Penal, sem prejuízo das consequências estatutárias e disciplinares da infração.*

Há de se considerar as situações de exceção, como déficit intelectual importante, distúrbios psiquiátricos, desejo do adolescente de não ser atendido sozinho. Para tal, faz-se necessária a presença de um acompanhante durante o atendimento. Quando houver referência explícita ou suspeita de abuso sexual, o profissional está obrigado a notificar o conselho tutelar, de acordo com a lei federal 8069-90, ou a Vara da Infância e Juventude, como determina o ECA, sendo relevante a presença de outro profissional durante a consulta. Recomenda-se a discussão dos casos em equipe multidisciplinar, de forma a avaliar a conduta, bem como o momento mais adequado para notificação.

Todas as oportunidades de contato com adolescentes e suas famílias devem ser aproveitadas para promover a reflexão e a divulgação de informações sobre temas relacionados à sexualidade e saúde reprodutiva e a orientação deve incidir sobre todos os métodos, com ênfase na dupla proteção (uso de preservativos), sem

juízo de valor.

A prescrição de métodos anticoncepcionais deverá estar relacionada à solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, independentemente da idade, sendo permitida esta prescrição às menores de 14 anos, desde que respeitados os critérios acima, não constituindo, desta forma, ato ilícito por parte do médico.

Na atenção a menor de 14 anos, sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir frente à informação que o profissional possui de sua não ocorrência, a partir do relato da adolescente e da avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário médico. A contracepção de emergência pode ser prescrita pelo médico, segundo critérios e cuidados, por ser um recurso de exceção, às adolescentes expostas ao risco iminente de gravidez, quando não estão fazendo uso de qualquer método anticoncepcional, quando há falha do método utilizado e em casos de violência sexual.

Essa forma de contracepção de emergência não é um método abortivo, conforme demonstram as evidências científicas e, deixar de disponibilizá-la nas situações em que é indicada, pode ser considerada uma violação do direito da paciente, uma vez que esta deve ser informada a respeito das precauções essenciais.

Nos casos de violência sexual, devem ser respeitadas as normas do Ministério da Saúde, o que inclui a contracepção de emergência, devendo a mesma estar disponibilizada nos serviços que atendem essas adolescentes.

Adolescentes de ambos os sexos têm direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual, ao acesso e disponibilidade gratuita dos métodos. A

consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade do adolescente, estimulando a responsabilidade com sua própria saúde. O respeito à sua autonomia possibilita que eles se desloquem de objeto a sujeito de direito. ECA (1991)

OS aspectos médicos da contracepção na adolescência não apresentam grandes desafios. Nesse grupo, como em qualquer faixa etária, a escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando os critérios de elegibilidade médica. Os adolescentes, quando iniciam a vida sexual, em geral estão em boas condições de saúde, sendo excepcional o lidar com situações em que os critérios de elegibilidade médica limitem ou dificultem a escolha do método anticoncepcional. É importante salientar que, contrariando preconceitos fortemente enraizados na cultura médica, mas sem fundamento científico, não há nenhum método anticoncepcional que não possa ser utilizado na adolescência, após a menarca. Os critérios de elegibilidade médica da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicados em 1996, baseados numa ampla revisão da literatura, estabeleceram que a idade não deve constituir-se em restrição para o uso de qualquer método.

O ECA introduziu, no sistema jurídico nacional, a ideologia básica da Declaração Universal dos Direitos da Criança ao afirmar o valor intrínseco da criança e do jovem como ser humano, a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento, o seu reconhecimento como sujeitos de direito e a prioridade absoluta à criança e ao adolescente nas políticas públicas. Cabe ressaltar que o ECA e a Constituição Brasileira definem como adolescentes os indivíduos de doze a dezoito anos e conferem, a esta faixa etária, o direito à autonomia, prevalecendo sobre qualquer código ou lei, ainda que a necessidade de legalizar os princípios éticos permaneça presente no desejo de todos os profissionais. Porém, essas entidades não abordam expressamente os direitos sexuais e reprodutivos dos

jovens. Durante o fórum foi apontado o avanço conquistado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, mas todos os participantes reivindicaram a necessidade de maiores avanços na observância dos direitos humanos, nas esferas da saúde e da sexualidade.

Segundo o Ministério da Saúde (2007), de todo o exposto, é possível observar que *“nas últimas décadas, grandes avanços ocorreram nos compromissos assumidos internacionalmente pelos países, como também nas legislações, no que se refere às dimensões da reprodução e da sexualidade como direitos de cidadania e direitos humanos de homens e mulheres. Entre esses direitos, destaca-se a integração de adolescentes, enquanto sujeitos dos direitos sexuais e reprodutivos, reafirmando tais documentos como instrumentos fundamentais para a proteção e defesa dos direitos humanos de adolescentes e jovens de ambos os sexos. Esse é o grande desafio dos governos dos países que se pautam nestes novos marcos teóricos, políticos e jurídicos nacionais e internacionais”*.

1.4 Contracepção e Adolescência

A contracepção faz parte da história do homem e refere-se, mais especificamente, à prevenção temporária da gravidez, o que dá origem à terminologia utilizada em relação aos métodos anticoncepcionais e seu uso. A utilização de qualquer método constitui produto de decisão consciente das relações existentes entre os vários subprocessos experimentados pelas pessoas em sua vida e, mais especificamente, em um relacionamento sexual.

Segundo Guimarães et al ,(2003),a forma como a pessoa vivencia esse processo é fortemente influenciada por seu conhecimento sobre prática sexual, gravidez e risco de engravidar, que também é influenciada pelo conhecimento sobre métodos anticoncepcionais .

Se a contracepção não é uma tarefa fácil para o adulto, torna-se ainda mais complexa para o adolescente.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde alerta para aspectos polêmicos do tema que necessitam ser discutidos e concensuados, o que requer o estabelecimento de princípios norteadores para as práticas profissionais neste campo. Face à inexistência de qualquer recomendação de órgãos envolvidos que pudesse embasar as políticas públicas voltadas para a saúde reprodutiva do adolescente, foi realizado, em 2002, o Fórum Adolescência, Contracepção e Ética. Para fundamentação deste fórum, foram utilizados o ECA,, o Código de Ética Médica e a publicação. .A confidencialidade no atendimento à Saúde de Adolescentes.

O resultado final deste documento, analisado pela SBP e pela Febrasgo, possibilitou as seguintes diretrizes:

- ✓ a privacidade na consulta – atendimento individual, em espaço apropriado e privado, inclusive durante o exame físico
- ✓ a confidencialidade – acordo entre profissional e adolescente em que se assegura que as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista não serão repassadas aos seus pais ou responsáveis sem permissão.
- ✓ o sigilo médico – sigilo quanto às informações confidenciais das quais tiver conhecimento no desempenho de suas funções.

Em todas as situações, há de se atentar para as diretrizes que se fundamentam no princípio da autonomia e para os valores morais, sócio culturais e religiosos que deverão ser considerados.

Silber² (1984) e Zelnick³ (1979) apud Schor (1990) alertam para o fato de modificações, em níveis fisiológico e comportamental não serem, no entanto, acompanhadas de conhecimento suficiente capaz de preparar as adolescentes para a vida familiar. Tal situação induz esta população a conceitos errôneos sobre sexualidade, tais como acreditar que não há risco de gravidez quando as relações são esporádicas; considerar-se em período infértil, quando este não for o caso e ainda acreditar que os anticoncepcionais são “anti-naturais”, podendo causar diminuição ou até mesmo interferir no prazer sexual. Além disso, está sempre presente, entre as adolescentes, o temor de que seus pais venham a descobrir sua vida sexual.

O trabalho de Schor (1995) identificou uma baixa porcentagem de conhecimento sobre MAC (48,3%), entre adolescentes com menos de 14 anos, o

² SILBER, T. El embarazo em adolescentes em Estados Unidos de América. In: Organização Panamericana de la Salud. *Salud maternoinfantil, atención primaria en las Américas: hechos e tendencias*. Washington, 1984. p. 1984.

³ ZELNICK, M. et al. Reasons for nonuse of contraception by sexually active women aged 15-19. *Fam. Plan. Perspective*, vol 11, 1979. p. 289-96.

que pode ser explicado pelo fato da adolescente ainda não ter iniciado atividade sexual, sendo que esse percentual de conhecimento elevou-se para 55% aos 15 anos e para 92% aos 19 anos, embora a qualidade desse conhecimento não tenha sido considerada.

Rickert (1990) relata que aos 19 anos de idade, mais de 70% das adolescentes já tiveram pelo menos uma relação sexual. A relação sexual inicia-se, em média, aos 16 anos de idade; cerca de um quinto das meninas e um terço dos meninos de 15 anos já a tiveram. Aproximadamente 5% a 10% das adolescentes ficam grávidas (MCANARNEY, 1989). Muitas vezes, tem-se a impressão de que a adolescente deve ser convencida a não ficar grávida. De fato, esse pensamento é compartilhado por autores alemães e norte-americanos.

A escolha do método deve provir da adolescente. Se necessário, o médico deve expor e, quando solicitado, procurar adequar o método àquela adolescente em particular. A pílula oferece o maior grau de proteção contra uma gravidez indesejada, mas não contra AIDS ou contra doença sexualmente transmissível. O preservativo masculino oferece proteção parcial contra AIDS e quase total contra outras doenças sexualmente transmissíveis. Os adolescentes devem ser estimulados a utilizar o preservativo masculino e a pílula, associados, sobretudo se o relacionamento não for estável. Schor (1990).

Para Kipke et al. (1990), poucos adolescentes usam preservativo masculino de modo persistente na relação sexual com penetração vaginal e menos ainda com penetração anal, diminuindo a proteção contra AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. O medo de efeitos colaterais, por exemplo, aumento das mamas e do peso, hemorragia intermédia e náuseas levam a adolescente a evitar a utilização da pílula. Esses problemas devem ser dialogados com ela.

O Ministério da Saúde (2000) relata a magnitude numérica dos adolescentes traduz-se pela existência no Brasil de 35,5 milhões de adolescentes, o que corresponde a 23,4% da população brasileira. Desse quantitativo, 46,6% são de sexo feminino e 50,4% do masculino.

Segundo IBGE (2000) os números dispensam justificativas para a importância que deve merecer a saúde dessa população. Deve ser considerado, entretanto, que nem todos os adolescentes sofrem dos mesmos problemas e devem ser tratados do mesmo modo, sendo fundamental o respeito à individualidade, principalmente por sermos um país de dimensões continentais, de muitas culturas e casos flagrantes de desigualdade social.

As estatísticas baseadas em estudos populacionais mostram que esses métodos têm uma eficácia média/baixa, o que os torna pouco recomendáveis para as adolescentes que, em geral, precisam de alta eficácia, porque a gravidez representa um risco importante. Por outro lado, estudos clínicos bem controlados mostram que esses métodos, usados corretamente, alcançam uma eficácia aceitável, comparável à dos métodos de barreira.

Além disso, o conhecimento da fisiologia reprodutiva e da maneira adequada de usar os métodos pode ser muito útil como complemento para o uso dos métodos de barreira.

As adolescentes engravidam, em sua grande maioria, sem planejamento, por falta de informação, pelo difícil acesso aos serviços de saúde e desconhecimento sobre métodos anticoncepcionais, além da busca afetiva de um objeto de amor ou somente experimentação sexual. (GUIMARÃES, 2003).

Educadores, profissionais de saúde e pais, participantes ativos da formação dos adolescentes, com freqüência, não têm consciência ou sensibilidade quanto ao problema desse grupo populacional, seja pela falta de informação ou pelo constrangimento em discutir temas ligados à sexualidade, retirando do adolescente o direito de usufruir o direito de escolha, com base em informações contextualizadas, de acordo com suas características de vida.

Mantendo o conceito básico da livre escolha, o uso desses métodos deveriam ser orientados a todos os adolescentes, por que, sendo bem utilizados, podem ter uma eficácia aceitável, serem um excelente método auxiliar para aumentar a eficácia dos métodos de barreira. Por falta de acesso aos serviços, é comum que a mulher inicie a vida sexual sem contracepção, sendo a abstinência periódica o único recurso disponível (DIAZ, 1999).

Assim, este estudo justifica-se pela necessidade de mostrar, de forma mais abrangente, a real dimensão do assunto, oportunizando escolas e serviços de saúde a prestarem uma assistência de qualidade, voltada aos o adolescente.

Inúmeros pretextos são atribuídos ao baixo uso de métodos anticoncepcionais por adolescentes, entre eles, destaca-se o medo dos pais descobrirem, de encarar a própria sexualidade, falta de conhecimento sobre os riscos de engravidar, pensamento "mágico". Não importando os motivos que levam os adolescente a não utilizarem métodos anticoncepcionais efetivos, as conseqüências de milhares de adolescentes grávidas sem planejamento são várias, desde o comprometimento de sua saúde, da saúde do concepto, como de sua integração e desenvolvimento social.

Um fator que ressalta entre todos: a falta de orientação e o desconhecimento total ou parcial dos diversos métodos anticoncepcionais, seu

modo de uso, suas vantagens e desvantagens, suas contra-indicações, sua eficácia. São dúvidas que permanecem no desenvolvimento e no crescimento de um adolescente.

Considerando essa abordagem sobre a contracepção na adolescência, o questionamento central desta pesquisa é sobre quais são as variáveis associadas ao grau de conhecimento que os adolescentes escolares têm sobre os diferentes métodos anticoncepcionais.

2-OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e identificar as variáveis associadas ao conhecimento adequado entre adolescentes de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto-SP.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população de adolescentes escolares no contexto sócio-demográfico.
- Avaliar o nível de conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais e os mais utilizados pelos adolescentes escolares.
- Avaliar as opiniões e atitudes dos adolescentes escolares têm sobre o uso dos métodos anticoncepcionais.

3-METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

O presente trabalho consiste num estudo do tipo transversal, desenvolvido segundo uma abordagem quantitativa. Foram entrevistados adolescentes de duas escolas públicas municipais de Ribeirão Preto.

Segundo Pereira (1995), nos estudos transversais, todas as medições são feitas num único "momento", não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos. Os estudos transversais podem, também, ser utilizados para descrever associações entre variáveis, como ocorreu em nosso estudo .

As escolas públicas municipais de Ribeirão Preto que oferecem o ensino fundamental até a 8ª série perfazem um total de 25, com um contingente de 2371 alunos. Foram escolhidas, intencionalmente, duas escolas pertencentes ao Distrito de Saúde da Vila Virgínia. O tamanho da amostra (n), conforme estudo prévio foi fixado em cento e vinte (120), número obtido por meio da fórmula usualmente utilizada para determinação de (n), explicitada adiante.

Tabela 2 - Escolas do Distrito de Saúde da Vila Virgínia. Ribeirão Preto. -2007

<i>Escolas da Vila Virgínia</i>	<i>Salas de aula</i>	<i>Número Alunos</i>
A - Prof. Eduardo Romualdo de Souza	05	188
B - Profª. Neuza Michelutti Marzola	06	210
TOTAL	11	398

A escolha pelo Distrito de Saúde da Vila Virgínia se deu em razão da presença de indicadores relevantes para o tema do projeto, como as possíveis conseqüências da gravidez na adolescência e à gravidez precoce, conforme pode

ser observado na tabela 3.

Tabela 3 - Alguns indicadores relacionados à fecundidade e à mortalidade infantil em Distritos de Saúde de Ribeirão Preto – 2005

<i>Indicadores</i>				
Distritos	Nascimentos de baixo peso (%)	Nascidos vivos com no máximo três consultas de pré-natal (%)	Nascidos vivos com mães menores de 20 anos (%)	Mortalidade Infantil (p/1000 n.v.)
Central	10,0	3,0	10,1	7,0
Vila Virginia	9,3	7,2	21,3	12,8
Quintino II	8,0	7,8	19,9	11,3
Sumarezinho	8,8	4,7	14,1	14,3
Cast. Branco	8,3	2,7	8,2	9,6

Fonte :SICAEV- SMS-RP

3.2 O locus da pesquisa

Os dados da pesquisa foram coletados em duas escolas públicas municipais que oferecem o ensino fundamental, no município de Ribeirão Preto-SP.

A cidade conta com uma ampla rede de serviços de saúde, compreendendo as áreas de atenção primária, secundária e terciária e destaca-se por ser referência para a região e outros estados do país, com serviços de natureza privada, filantrópica e pública.

O serviço municipal de saúde, em Ribeirão Preto, é regionalizado em cinco Distritos, sendo que cada um possui sua área de abrangência com equipamentos sociais pertencentes ao seu respectivo distrito de saúde, como por exemplo, escolas, núcleos e creches. Para o presente estudo, foram consideradas

as duas já citadas escolas públicas da área de abrangência do Distrito de Saúde da Vila Virginia.

3.3 População de estudo e amostra

A população de estudo foi composta por adolescentes de ambos os sexos cursando a 8ª série, do ensino fundamental das escolas públicas selecionadas. A razão de se escolher somente alunos desta série residiu no fato de que esses adolescentes estavam na faixa etária mais adequada para o que se pretendeu estudar. A amostra do estudo não foi sorteada na primeira fase, sendo uma amostra intencional.

Na segunda fase do estudo, a amostra foi definida mediante amostragem de conglomerados, utilizando-se de sorteio, como forma de garantir igual possibilidade de participação a todos adolescentes da 8ª série, constituída por 120 alunos de ambos os sexos, com idades de 13 a 16 anos matriculados nas duas escolas selecionadas, que concordaram em participar da pesquisa e que receberam a autorização dos respectivos responsáveis. Para evitar frustrar as expectativas dos alunos, foi realizado previamente o sorteio das salas de aula, das quais os alunos seriam entrevistados.

Considerando o fato da população ser finita, calculou-se o tamanho da amostra com a seguinte fórmula:

$$n = \frac{z^2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + P(1-P)}$$

Sendo:

n = tamanho da amostra

d = erro amostral, tendo sido assumido o valor de $d = 0,10$ já que a precisão desejada foi de 5% para mais ou para menos

p = 0,50 (que é a proporção com máxima variabilidade)

Z = abscissa da curva normal padrão, tendo sido assumido o nível de confiança 95% (Alfa = 0,05), resultando em $Z = 1,96$

N = tamanho da população. = 398

Obteve-se $n = 90$, considerando-se que para esse tipo de estudo, a ordem de recusas está em torno de 25%, Então a amostra final ficou :

$$N_{final} = 90 / 0,75 = 120$$

O estudo proposto ficou com o erro amostral menor de 5% para mais ou para menos.

3.4 Instrumento e coleta de dados

Para coleta de dados do presente estudo utilizou-se o instrumento de questionário semi-estruturado, auto-respondido, anônimo, desenvolvido pela pesquisadora a partir de um modelo que foi construído baseado nas dissertações de Gera (2004) e Doreto (2006). Foi realizado um pré-teste deste questionário, em uma escola pública de Ribeirão Preto abrangendo um número necessário de alunos para a avaliação do questionário, com o objetivo de corrigir imperfeições.

Os questionários foram aplicados em sala de aula, durante o período de uma hora/aula, sob supervisão da pesquisadora. Ao final do preenchimento, os alunos depositaram o questionário em uma urna, identificando, apenas, qual a letra da série escolar a qual pertenciam.

O questionário elaborado foi composto por 35 questões, divididas em duas seções:

I – Dados sócio-demográficos que incluem 08 (oito) questões sobre as características dos adolescentes escolares.

II – Dados relacionados à sexualidade e à contracepção na adolescência, composto de 27 questões como: relacionamento afetivo, iniciação sexual, conhecimento opiniões e atitudes sobre o uso de métodos anticoncepcionais, e os mais utilizados pelos adolescentes escolares, orientação sexual na escola; diálogo sobre sexualidade com os pais; relacionamento familiar.

3.5 Procedimento de Coleta de Dados

-Aspectos Éticos

O presente estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (FMRP-USP). Também foi submetido à autorização dos diretores das escolas municipais onde os questionários foram aplicados. Também foi apresentada à Direção das escolas a autorização da Secretaria Municipal de Educação para a pesquisa.

Foi assegurado aos adolescentes o conhecimento sobre os objetivos do estudo e o procedimento do qual eles participariam. Foi garantida também a confiabilidade das informações mediante sigilo dos dados, bem como dos seus

nomes, conhecidos apenas pela pesquisadora e pelo docente responsável pela pesquisa.

Embora não tenham recebido nenhum benefício material em função de sua participação, a contribuição dos adolescentes no estudo pôde gerar conhecimento para uma melhor compreensão do problema em questão, com possibilidade de vir a beneficiar outros adolescentes, por permitir um maior conhecimento maior acerca do tema.

Propôs-se também que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fosse assinado pelo próprio participante, após explicação completa e pormenorizada sobre os aspectos que envolvem a pesquisa (natureza do estudo, objetivos, métodos, benefícios previstos). Nesse sentido, foi solicitada permissão do Comitê de Ética em Pesquisa quanto à isenção da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável do aluno considerando que a pesquisa não apresentou qualquer tipo de risco, respeitando sua condição de pessoa em desenvolvimento, preservando seus direitos em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente e com a Resolução 196/96. Ponderou-se ainda que foi assegurada sua desistência em participar da pesquisa a qualquer momento, bem como não responder questões, se assim o desejassem, sem qualquer tipo de prejuízo. Na houve nenhum tipo de intervenção ou nem procedimento invasivo, durante a aplicação do questionário. Ao contrário, esse momento pôde favorecer o esclarecimento de dúvidas sobre o tema em questão, beneficiando, assim, os participantes.

Após estes procedimentos éticos preliminares, passou-se à coleta de dados por amostragem de conglomerados, que ocorreu no período de 05/03/2007 a 16/03/2007.

-Sorteio dos Conglomerados

O levantamento foi feito por amostragem de conglomerados da seguinte forma:

-1º Sorteio

Após a autorização por escrito dos pais (Anexo II), foi realizado o sorteio entre as salas de aulas das 8ª séries, selecionando duas salas, totalizando 59 alunos na escola A e 61 na escola B, presentes no dia do sorteio.

-2º Aplicação do questionário

O questionário foi aplicado aos alunos pela pesquisadora, junto ao professor responsável pela disciplina. No momento da coleta, os alunos já haviam sido informados sobre a pesquisa e o questionário, considerando a necessidade de autorização dos pais. Tal autorização havia sido entregue com sete dias de antecedência.

Os professores foram muito receptivos à pesquisa. Após ser apresentada pelo professor, a pesquisadora expôs aos alunos, de forma sucinta o objetivo, a importância e o aspecto sigiloso da pesquisa.

Todos os alunos da oitava série foram convidados a participar, explicitando-se que tal participação era opcional. Foi solicitado a todos os adolescentes que devolvessem o questionário, mesmo aqueles que não desejassem participar. Entretanto, todos os que estavam presentes participaram.

O número de alunos nas salas de aula variou de 28 a 39. Em geral, nas salas com número expressivo de alunos, foi necessária intervenção do professor no comportamento alterado dos alunos, dado o fato novo que estava ocorrendo na sala de aula.

3.6 Variáveis envolvidas no estudo

Foram selecionadas para este estudo variáveis capazes de caracterizar os adolescentes escolares de duas escolas municipais do distrito de saúde da Vila Virginia, bem como avaliar seu grau de conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais, considerando as fontes de informações adquiridas.

3.6.1 Variáveis Dependentes /Independentes

A contracepção na adolescência neste estudo está relacionada ao conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais entre os adolescentes escolares, dividindo em:

- ✓ Conhecimento I: avaliar o nível de conhecimento sobre os tipos de métodos anticoncepcionais que os adolescentes escolares conhecem, sobre os quais já tenham ouvido falar e os mais utilizados por eles.
- ✓ Conhecimento II: avaliar as opiniões e atitudes que os adolescentes escolares têm sobre o uso dos métodos anticoncepcionais.

-Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais

Foram consideradas duas variáveis (conhecimento I, conhecimento II) que estão operacionalizadas em duas questões (15 e 27) que compuseram o questionário (Anexo III).

❖ **Conhecimento I**

Conceitua-se como “Conhecimento I”, o nível de conhecimento sobre os tipos de métodos anticoncepcionais que os adolescentes escolares conheçam ou tenham ouvido falar. Este conhecimento foi medido de forma espontânea (questão 15, Anexo III), obtendo-se o que se segue.

- * *Nível de conhecimento baixo: conhecimento de 0 a 3 métodos.*
- * *Nível de conhecimento regular: conhecimento de 4 a 5 métodos.*
- * *Nível de conhecimento alto: conhecimento de 6 a 8 métodos.*

❖ **Conhecimento II**

Conceitua-se como “Conhecimento II”, como sendo as opiniões e atitudes dos adolescentes escolares quanto ao conhecimento sobre contracepção (questão 27, Anexo III). Ele foi medido por meio de uma escala de afirmações com respostas que variavam de um (discordo/discordo plenamente) a cinco (concordo/ concordo plenamente) e foram recategorizadas em três tipos: concordo (C), não concordo nem discordo (NC/ND) e discordo (D). Este conjunto, com doze afirmativas foi elaborado, pela pesquisadora, a partir de estudos de Vitiello (1991). Cada afirmativa teve peso 1 e cada resposta variou de 1 a 3 atingindo no mínimo 12 pontos e no máximo 36 feito pela mediana. Desta forma, o nível de conhecimento foi classificado da seguinte maneira:

- * *Nível de conhecimento baixo: escore de 12 a 24 pontos;*
- * *Nível de conhecimento médio: escore de 25 a 30 pontos;*
- * *Nível de conhecimento alto: escore de 31 a 36 pontos.*

Foi construído um quadro hipotético com o objetivo de verificar associação entre as variáveis, construído pela pesquisadora:

Variáveis Dependentes	Variáveis Independentes
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento I: avaliar o nível de conhecimento sobre os tipos métodos anticoncepcionais que os adolescentes escolares conhecem ou já tenha ouvido falar e os mais utilizados por eles. • - Conhecimento II: avaliar as opiniões e atitudes dos adolescentes escolares têm sobre o uso dos métodos anticoncepcionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Idade - Sexo - Religião - Caracterização no contexto sócio-demográfico - Iniciação sexual -Primeira menstruação -Uso de MAC na 1ª relação sexual -MAC conhecido - Quantidade de tipos do MAC -Diálogo sobre o MAC - Uso da camisinha - Uso do Mac nos relacionamentos sexuais - Fontes de informações e orientações do MAC - Formas de obtenção de MAC - Relacionamento Familiar - Informações na escola - Temas de orientação sexual na escola. -Tipo de atendimento

Quadro 1. Variáveis envolvidas no estudo

3.6.2-Análise do Dados

Os dados coletados foram digitados, armazenados e analisados com utilização do programa de estatística Statistical Package Social Sciece (SPSS) v. 14.0 for Windows. Os questionários foram arquivados no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

A análise de dados foi baseada na revisão de literatura, tendo sido realizado tratamento estatístico a fim de verificar associação entre as variáveis dependentes e independentes.

O teste Qui-Quadrado (X^2) e o teste exato de Fisher foram utilizados para verificar se duas variáveis (dependentes e independentes) e seus níveis possuíam ou não uma associação estatística. Consideramos a existência de significância estatística quando o valor de p, obtido na aplicação do testes, foi \leq a 5% ($p \leq 0,05$), trabalhamos com intervalo de confiança de 95% (I.C.= 95%) (MURRAY1993).

4- RESULTADOS

4.1 Caracterização Sócio-demográfica

A fim de caracterizar os participantes, foram consideradas as seguintes variáveis: idade, religião, ocupação, número de membros da família, renda familiar e relacionamento afetivo.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo idade e sexo. Ribeirão Preto-2007.

<i>Idade</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>
13	14	11,7	8	6,7	26
14	37	30,8	39	32,5	74
15	5	4,2	10	8,3	14
16	2	1,7	5	4,1	6
Total	58	48,4%	62	51,6%	120

Obs. Os símbolos usados nas tabelas são: f- frequência absoluta, %-frequência relativa

A Tabela 4 mostra que a idade predominante, em ambos os sexos, foi de 14 anos, sendo de 30,8% para o feminino e 32,5%, para o masculino.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes segundo religião e sexo. Ribeirão Preto-2007.

Religião	F	%	M	%	Total
Católica	40	33%	29	24%	69
Evangélica	15	13%	10	8%	25
Espírita	4	3%	3	3%	7
Cristão	1	1%	0	0%	1
Mormom	1	1%	0	0%	1
Test. de Jeová	0	0%	1	1%	1
Sem religião	5	4%	11	9%	16
Total	66	55%	54	45%	120

Os dados apresentados na Tabela 5 evidenciam que a religião católica prevalece entre os entrevistados, com um índice de 33% das respostas do sexo feminino e 24% do sexo masculino.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes trabalhadores segundo o sexo. Ribeirão Preto, 2007.

Trabalha	F	%	M	%	Total
N/R	0	0%	1	1%	1
Não	61	51%	44	37%	105
Sim	5	4%	9	8%	14
Total	66	55%	54	45%	120

A Tabela 6 evidencia que, entre os entrevistados, poucos têm vínculo empregatício, ou seja, 4% no feminino e 8% no masculino.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes segundo o número de pessoas em casa por sexo. Ribeirão Preto-2007.

Pessoas em casa	F	%	M	%	Total
2 ou 3	18	15%	9	8%	27
4	20	17%	19	16%	39
5	19	16%	11	9%	30
6 ou +	9	8%	15	13%	24
Total	66	55%	54	45%	120

A Tabela 7 mostra predominância de família entre 2 e 5 componentes no sexo feminino e no sexo masculino com a prevalência é entre 4 e 6 ou +.

Tabela 8 - Distribuição dos participantes segundo a faixa de renda familiar e sexo. Ribeirão Preto, 2007.

Renda familiar	F	%	M	%	Total	%
Ate R\$ 500	6	27,27	6	33,33	12	30,00
De R\$ 501 a R\$ 1000	8	36,36	2	11,11	10	25,00
De R\$ 1001 a R\$ 1500	2	9,09	5	27,78	7	17,50
Acima R\$ 1501	6	27,27	5	27,78	11	27,50
Total	22	100,00	18	1,00	40	100,00

A Tabela 8 mostra que a renda familiar de 36,36% dos entrevistados do sexo feminino encontra-se na faixa de R\$ 510 a R\$ 1000, enquanto que no sexo masculino, 33,33% estão na faixa de até R\$ 500.

4.2 Comportamento Sexual

Tabela 9 - Distribuição por sexo, na idade da primeira relação sexual. Ribeirão Preto-2007.

<i>Idade primeira relação sexual</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
10	0	0,00	1	5,88	1	4,17
12	0	0,00	2	11,76	2	8,33
13	5	71,43	7	41,18	12	50,00
14	2	28,57	6	35,29	8	33,33
16	0	0,00	1	5,88	1	4,17
Total	7	100,00	17	100,00	24	100,00

A Tabela 9 demonstra que o sexo feminino com 13 anos (71,43%), enquanto que no masculino o percentual é de 41,18% na mesma idade.

Tabela 10 - Distribuição dos participantes segundo a idade na primeira menstruação. Ribeirão Preto-2007.

<i>Idade primeira menstruação</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
10	5	10,00
11	16	32,00
12	19	38,00
13	8	16,00
14	1	2,00
15	1	2,00
Total	50	100,00

A Tabela 10 mostra que a maioria das entrevistadas teve a primeira menstruação entre 11 e 12 anos totalizando um percentual de 70% .

Tabela 11 - Distribuição dos participantes segundo a utilização de método anticoncepcional na primeira relação. Ribeirão Preto-2007.

Usou método anticoncepcional na primeira relação	N	%
Não	44	36,7
Sim	11	9,2
Sem resposta	65	54,2
Total	120	100,00

A Tabela 11 revela que 36,7% não utilizaram nenhum tipo de método anticoncepcional na primeira relação sexual.

4.3-Conhecimento e fontes de informação sobre os métodos anticoncepcionais

Tabela 12 – Distribuição dos participantes segundo o conhecimento de métodos anticoncepcionais em relação ao número de alunos entrevistados. Ribeirão Preto-2007.

Método Conhecido	N	%
Camisinha Feminina	37	30,8
Camisinha Masculina	55	45,8
DIU	7	5,8
Injeção hormonal	12	10,0
Pílula do dia seguinte	19	15,8
Pílula/Comprimido	34	28,3
Tabelinha	6	5,0
Tirar Fora	6	5,0
Outro	1	0,8
Nenhum	16	13,3

A Tabela 12 mostra que, dentre os métodos anticoncepcionais, citados a camisinha masculina é o que apresenta maior índice, com 45,8% das respostas, com diferença significativa com teste exato de fisher $p=0,02^*$.

Tabela 13 - Distribuição dos participantes, segundo diálogo informal sobre os M.A.C. Ribeirão Preto-2007.

<i>Ouvir falar informalmente sobre os MAC</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Amigos(as)	5	4,2
Escola/Professores	8	6,7
Família/mãe	28	23,3
Iniciativa própria	3	2,5
Médico particular ou convênio	2	1,7
Mídia/TV/Imprensa/Campanhas de saúde	6	5
Namorado(a)/Parceiro(a)	6	5,0
Posto de Saúde	6	5,0
Outros	4	3,3

A Tabela 13 mostra que a mãe figura como principal elemento de diálogo informal sobre os M.A.C com 23,3%.

Tabela 14 – Distribuição dos participantes segundo a utilização ou não da camisinha em suas relações sexuais. Ribeirão Preto-2007

<i>Já usou camisinha nas relações</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Não	69	57,5
Sim	34	28,3
Sem resposta	17	14,2
Total	120	100,00

A Tabela 14 mostra que 57,5% dos adolescentes entrevistados não utilizaram camisinha e 28,3% a utilizaram em suas relações sexuais.

Tabela 15 - Distribuição dos participantes segundo o método anticoncepcional que utiliza atualmente. Ribeirão Preto-2007.

Método utilizado	Sim	%
Camisinha Feminina	2	1,7
Camisinha Masculina	23	19,2
DIU	0	0
Injeção hormonal	1	,8
Pílula do dia seguinte	2	1,7
Pílula/Comprimido	1	,8
Tabelinha	0	0
Tirar Fora	0	0
Outro	2	1,7
Nenhum	43	35,8

Na Tabela 15, observamos que, atualmente, o método anticoncepcional mais utilizado é a camisinha masculina, com 19,2%.

Tabela 16 - Distribuição dos participantes, segundo quem orientou e informou sobre o uso dos métodos anticoncepcionais. Ribeirão Preto-2007.

Orientador sobre o uso de MAC	n	%
Médico	28	23,3
Parceiro(a)/ namorado (a)	7	5,8
Amigo	31	25,8
Farmacêutico	7	5,8
Posto de saúde	15	12,5
Televisão	49	40,0
Jornais e revistas	21	17,5
Enfermeiro	1	,8
Escola	62	51,7
Família	48	40,8
Outros	1	,8

A Tabela 16 mostra que a escola é a principal fonte de orientação e de informação sobre o uso dos métodos anticoncepcionais, com percentual de 51,7%. Há diferença significativa com teste exato de fisher $p= 0,05^*$.

Tabela 17- Distribuição dos participantes segundo o local de obtenção dos MAC. Ribeirão Preto-2007.

Onde obter MAC	n	%
Posto de Saúde (através do médico)	91	75,8
Farmácia	60	50,0
Pelo namorado(a)/parceiro(a)	15	4,2
Outro	4	3,3

A Tabela 17 mostra que o posto de saúde através do médico (75,8%) e Farmácia (50,0%) foram apontados como os principais locais onde obter os MAC

4.4 Opiniões e atitudes sobre o uso dos métodos anticoncepcionais.

Tabela 18 - Distribuição dos participantes, segundo sexo e opinião, quanto à possibilidade de não engravidar na primeira relação. Ribeirão Preto-2007.

<i>Primeira relação não engravida</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Concordo	4	6,35	4	10,81	8	8,00
Concordo plenamente	10	15,87	9	24,32	19	19,00
Discordo	21	33,33	9	24,32	30	30,00
Discordo plenamente	20	31,75	10	27,03	30	30,00
Não concordo/não discordo	8	12,70	5	13,51	13	13,00
Total	63	100	37	100	100	100

A Tabela 18 mostra que a maioria dos entrevistados, em ambos os sexos, discorda ou discorda plenamente da afirmação de que a primeira relação não engravida, sendo que a soma de ambas as alternativas, no sexo feminino, atinge 65,08% e, no masculino, 51,35%.

Tabela 19 - Distribuição dos participantes, segundo o sexo e opinião, quanto consideração de que “tirar fora” ser um método pouco seguro. Ribeirão Preto-2007.

<i>Tirar fora é um método pouco seguro</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Concordo	26	43,33	16	45,71	42	44,21
Concordo plenamente	13	21,67	6	17,14	19	20,00
Discordo	9	15,00	3	8,57	12	12,63
Discordo plenamente	1	1,67	4	11,43	5	5,26
Não concordo/não discordo	11	18,33	6	17,14	17	17,89
Total	60	100	35	100	95	100

Na Tabela 19 é possível observar que houve predominância, em ambos os sexos, da concordância com a afirmação de que “tirar fora” é um método anticoncepcional pouco seguro (43,33% no sexo feminino e, 45,71%, no masculino).

Tabela 20 - Distribuição dos participantes, segundo o sexo e opinião, quanto ao uso de tabelinha ser seguro somente para quem tem os ciclos regulares. Ribeirão Preto-2007.

Só quem tem ciclos regulares pode usar tabelinha	F	%	M	%	Total	%
Concordo	22	37,93	8	23,53	30	32,61
Concordo plenamente	9	15,52	5	14,71	14	15,22
Discordo	8	13,79	5	14,71	13	14,13
Discordo plenamente	1	1,72	2	5,88	3	3,26
Não concordo/não discordo	18	31,03	14	41,18	32	34,78
Total	58	100	34	100	92	100

Na Tabela 20 verificou-se que 37,93% do sexo feminino declaram concordar com a afirmação, enquanto que 41,18% do sexo masculino declaram não concordarem nem discordarem da afirmativa.

Tabela 21 - Distribuição dos participantes segundo sexo e opinião, quanto à afirmação de que o DIU é colocado dentro do útero. Ribeirão Preto-2007.

DIU é colocado dentro do útero	F	%	M	%	Total	%
Concordo	25	43,86	8	22,86	33	35,87
Concordo plenamente	20	35,09	14	40,00	34	36,96
Discordo	1	1,75	3	8,57	4	4,35
Discordo plenamente	1	1,75	2	5,71	3	3,26
Não concordo/não discordo	10	17,54	8	22,86	18	19,57
Total	57	100	35	100	92	100

Na Tabela 21, vemos que 43,86% dos entrevistados do sexo feminino concordam com a afirmação de que DIU é colocado dentro do útero, enquanto que 40% do sexo masculino informaram concordarem plenamente com a afirmação.

Tabela 22 - Distribuição dos participantes segundo sexo e opinião, quanto à afirmação de que a camisinha masculina deve ser retirada com o pênis ereto. Ribeirão Preto-2007

<i>Camisinha masculina deve ser retirada com pênis ereto</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Concordo	21	38,18	8	22,86	29	32,22
Concordo plenamente	7	12,73	14	40,00	21	23,33
Discordo	14	25,45	8	22,86	22	24,44
Discordo plenamente	2	3,64	1	2,86	3	3,33
Não concordo/não discordo	11	20,00	4	11,43	15	16,67
Total	55	100	35	100	90	100

A Tabela 22 mostra que 38,18% dos entrevistados do sexo feminino concordam com a afirmação, enquanto que 40% do sexo masculino afirmaram concordarem plenamente.

Tabela 23 - Distribuição dos participantes, segundo sexo sobre a opinião, quanto à afirmação de que a camisinha feminina deve ser colocada na vagina. Ribeirão Preto-2007.

<i>Camisinha feminina deve ser colocada na vagina</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Concordo	33	56,90	17	45,95	50	52,63
Concordo plenamente	22	37,93	15	40,54	37	37,00
Discordo	0	0,00	1	2,70	1	1,05
Discordo plenamente	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Não concordo/não discordo	3	5,17	4	10,81	7	7,37
Total	58	100	37	100	95	100

A Tabela 23 mostra que 56,90% dos entrevistados sexo feminino e 45,95% do sexo masculino concordam com a afirmação.

Tabela 24 - Distribuição dos participantes, segundo sexo e opinião, quanto à afirmação de que a tabelinha é um método anticoncepcional natural, mas que apresenta falhas. Ribeirão Preto-2007

<i>Tabelinha é um método anticoncepcional natural, mas que apresenta falhas</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Concordo	23	41,07	15	40,54	38	40,86
Concordo plenamente	11	19,64	8	21,62	19	20,43
Discordo	5	8,93	5	13,51	10	10,75
Discordo plenamente	2	3,57	0	0,00	2	2,15
Não concordo/não discordo	15	26,79	9	24,32	24	25,81
Total	56	100	37	100	93	100

A Tabela 24 mostra que 41,07% dos entrevistados do sexo feminino e 40,54% do masculino concordam com a afirmação.

Tabela 25 - Distribuição dos participantes, segundo sexo e opinião, quanto à afirmação de que a pílula do dia seguinte deve ser usada em casos de urgências. Ribeirão Preto-2007.

<i>Pílula do dia seguinte só deve ser usada em urgências</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Concordo	14	26,42	3	8,33	17	19,10
Concordo plenamente	10	18,87	10	27,78	20	22,47
Discordo	14	26,42	8	22,22	22	24,72
Discordo plenamente	7	13,21	3	8,33	10	11,24
Não concordo/não discordo	8	15,09	12	33,33	20	22,47
Total	53	100,00	36	100,00	89	100,00

A tabela 25 mostra que 26,42% dos entrevistados do sexo feminino concordam e discordam da afirmação e, 33,33%, do masculino não concordam e nem discordam da afirmação.

Tabela 26 - Distribuição dos participantes, segundo sexo e opinião, quanto à afirmação de que a camisinha masculina atrapalha a sensibilidade. Ribeirão Preto-2007.

<i>Camisinha atrapalha a sensibilidade</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Concordo	8	16,00	8	22,22	16	18,60
Concordo plenamente	7	14,00	7	19,44	14	16,28
Discordo	15	30,00	8	22,22	23	26,74
Discordo plenamente	3	6,00	4	11,11	7	8,14
Não concordo/não discordo	17	34,00	9	25,00	26	30,23
Total	50	100	36	100	86	100

A Tabela 26 mostra que 34% dos entrevistados do sexo feminino e 25% do sexo masculino não concordam e nem discordam da afirmação

4.5-Relação Família e Escola

Tabela 27 - Distribuição dos participantes, segundo sexo, sobre conversa de assuntos da escola com pai ou mãe. Ribeirão Preto-2007.

Conversa assuntos da escola	F	%	M	%	Total	%
Mãe	26	44,07	21	53,85	47	47,96
Pai	12	20,34	4	10,26	16	16,33
Pai/Mãe	21	35,59	14	35,90	35	35,71
Total	59	100	39	100	98	100

A tabela 27 mostra que 44,7% dos entrevistados do sexo feminino e, 53,85%, do masculino, conversam com a mãe

Tabela 28 - Distribuição dos participantes, segundo sexo, sobre conversa de assuntos domésticos com pai ou mãe. Ribeirão Preto-2007.

Conversa assuntos domésticos	F	%	M	%	Total	%
Mãe	39	79,59	17	60,71	56	72,73
Pai	2	4,08	2	7,14	4	5,19
Pai/Mãe	8	16,33	9	32,14	17	22,08
Total	49	100	28	100	77	100

A tabela 28 mostra que 79,59% dos entrevistados do sexo feminino e, 60,71%, do masculino, conversam assuntos domésticos com a mãe.

Tabela 29 - Distribuição dos participantes, segundo sexo, sobre conversa de assuntos sexuais com pai ou mãe. Ribeirão Preto-2007.

Conversa assuntos sexuais	F	%	M	%	Total
Mãe	35	47,95%	11	15,07%	46
Pai	2	2,74%	9	12,33%	11
Pai/Mãe	7	9,59%	9	12,33%	16
Total	44	60,27%	29	39,73%	73

A tabela 29 mostra que 47,95% dos entrevistados do sexo feminino e 15,07% do sexo masculino conversam sobre assuntos sexuais com a mãe.

Tabela 30 - Distribuição dos participantes, segundo o nível de relacionamento familiar. Ribeirão Preto-2007.

Nível de relacionamento	Mãe	%	Pai	%
Bom	95	79,2	66	55,0
Médio	17	14,2	31	25,8
Ruim	4	3,3	14	11,7
Sem resposta	4	3,3	9	7,5

A tabela 30 mostra que 79,2% dos entrevistados têm bom nível de relacionamento com a mãe e com o pai.

Tabela 31 - Distribuição dos participantes em relação à forma como as informações sobre sexualidade foram discutidas na escola. Ribeirão Preto-2007.

Como aconteceu	N	%
Durante as aulas	49	40,8
Individualmente com o professor	14	13,3
Conversando com amigos	34	28,3
Palestra	41	32,5
Nunca tive informação deste tipo na escola	3	2,5
Não sei / não lembro	16	13,3
Outro	2	1,7

A Tabela 31 destaca que há diferença significativa com teste de fisher $p=0,001^*$ em relação às informações sobre sexualidade durante as aulas com 40,8%

Tabela 32 - Distribuição dos participantes em relação aos temas que foram discutidos na escola. Ribeirão Preto-2007.

Tema	N	%
Sexualidade	69	57,5
Mudanças corporais	65	54,2
Métodos anticoncepcionais	42	35,0
Puberdade	43	35,8
Anatomia do aparelho reprodutor masc./fem.	29	24,2
Não sei / não lembro	15	12,5
Nenhum	9	7,5

A tabela 32 mostra que o tema sexualidade é significativo, com teste de fisher $p=0,05^*$ entre os entrevistados com 57,5%.

4.6- DETALHANDO OS RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA

Conhecimento I

O nível de conhecimento I ressaltou o conhecimento informado de cada entrevistado com relação a métodos anticoncepcionais, sendo que a forma de definição foi baseada em Gera (2004) e Doreto (2006), tendo sido necessária a adequação dos valores previamente apontados, uma vez que o questionário elaborado pela pesquisadora apresentou número de questões superiores às preconizadas. Desta forma, o nível baixo considerou o conhecimento de 0 a 3 métodos, o nível médio de 4 a 5 métodos e o nível alto de 6 a 8 métodos.

Tabela 33 - Nível de conhecimento de métodos anticoncepcionais (Conhecimento I). Ribeirão Preto-2007.

Nível de Conhecimento	n	%
Baixo	115	82,4
Médio	3	13,4
Alto	2	4,2
Total	120	100,0

Tabela 34- Número de métodos anticoncepcionais conhecidos (Conhecimento I). Ribeirão Preto – 2007.

Número de métodos Conhecidos	N	%
,00	54	45,0
1,00	25	20,8
2,00	7	5,8
3,00	13	10,8
4,00	11	9,2
5,00	5	4,2
6,00	2	1,7
7,00	1	,8
8,00	2	1,7
Total	120	100,0

Avaliando os dados apurados concluiu-se que os entrevistados encontram-se enquadrados dentro do nível baixo com 82,4%.

Associação das Variáveis Conhecimento I

Foram selecionadas as variáveis dependentes para a análise em busca de associações entre o Conhecimento I. Foram selecionadas duas variáveis. São elas:

- Fonte de informação e orientação do M.A.C
- Métodos anticoncepcionais conhecidos.

Os testes estatísticos usados para verificar a associação entre as variáveis foram o qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher, sendo a hipótese de associação aceita quando (p) encontrado foi \leq ou igual a 0,05.

Tabela 35 - Nível de Conhecimento I, segundo associação da variável Fonte de Informação e Orientação do M.A.C. Ribeirão Preto, 2007.

		<i>Escola</i>		
		Não	Sim	Total
Conhecimento	Baixo	58 50,4%	57 49,6%	115 100,0%
	Médio + Alto		5 100,0%	5 100,0%
Total		58 48,3%	62 51,7%	120 100,0%

$p = 0,05^*$

Segundo a análise estatística descritiva sobre o conhecimento I, 115 adolescentes de ambos os sexos apresentaram conhecimento I baixo e 5 adolescentes, de ambos os sexos, conhecimento I médio/alto. Portanto, fica evidente que os participantes que já tinham sido orientados a respeito de métodos anticoncepcionais na Escola têm Conhecimento I, significativamente superior. Isso reafirma a tese de que os adolescentes, se bem orientados, têm condições de assimilar os conhecimentos fornecidos, preparando-se para a vivência de um processo de adolescer saudável. Os dados sinalizam ainda para a continuidade de

parcerias já iniciadas entre os setores de saúde e educação, de forma que as políticas públicas possam vir a contemplar, da melhor maneira possível, esta clientela que pode tornar-se vulnerável, com riscos em todas as esferas de sua vida.

Tabela 36 - Nível de Conhecimento, segundo o método conhecido: camisinha masculina. Ribeirão Preto – 2007.

Camisinha masculina				
		Não	Sim	Total
Conhecimento	Baixo	65	50	115
		56,5%	43,5%	100,0%
	Médio + Alto		5	5
			100,0	100,0%
Total		65	55	120
		54,2%	45,8%	100,0%

$p = 0,02^*$

A análise dos dados coletados permite dizer que, entre os diversos tipos de métodos anticoncepcionais, a camisinha masculina apresentou-se como o mais conhecido entre os adolescentes participantes do estudo.

Não há dúvida que é um dos métodos mais conhecidos, divulgados e de fácil acesso, sendo que a compra do mesmo não se constitui em um fator de constrangimento para os adolescentes, nos dias atuais. Acresce-se que seu fornecimento gratuito nas Unidades Básicas de Saúde e durante campanhas educativas, além de estimular o uso, amplia o conhecimento sobre tal método.

Há de se considerar ainda que muitos pais, em uma relação mais aberta com seus filhos, lembram-lhes e até lhes fornecem o preservativo. Nesse sentido, a mídia tem tido um papel preponderante na divulgação deste conhecimento.

Conhecimento II

O conhecimento II foi conceituado como o nível de conhecimento sobre contracepção, medido por meio de uma escala de afirmações com respostas com três opções: concordo (C), não concordo nem discordo (NC/ND) e discordo (D). Este conjunto, com doze afirmativas, foi elaborado pela pesquisadora, a partir de estudos de Vitiello (1991). Cada afirmativa terá peso 1 e cada resposta variará de 1 a 3 podendo atingir no mínimo 12 pontos e no máximo 36 feito pela mediana. Desta forma o nível de conhecimento poderá ser classificado da seguinte maneira: baixo: escore de 12 a 24 pontos; médio: escore de 25 a 30 pontos e alto: escore de 31 a 36 pontos.

Os cruzamentos dos índices obtidos com as variáveis do Conhecimento I e Conhecimento II foram utilizados na análise das tabelas o teste do X^2 (Qui-Quadrado) e o teste exato de Fisher, sendo adotado como nível de significância $p \leq 0,05$. Para fins de análise apresentamos apenas os parâmetros que apresentaram diferença estatisticamente significativa dentre os tópicos estudados.

Tabela 37 - Nível de conhecimento sobre contracepção (Conhecimento II). Ribeirão Preto, 2007.

Nível de conhecimento	n	%
Baixo	22	33,3
Médio	83	54,2
Alto	15	12,5
Total	120	100,0

Tabela 38 - Pontuação obtida sobre contracepção (Conhecimento II). Ribeirão Preto – 2007.

Pontos conhecidos	n	%
12,00	15	12,5
14,00	2	1,7
16,00	2	1,7
18,00	3	2,5
20,00	4	3,3
21,00	1	,8
22,00	3	2,5
23,00	5	4,2
24,00	5	4,2
25,00	5	4,2
26,00	9	7,5
27,00	4	3,3
28,00	23	19,2
29,00	13	10,8
30,00	11	9,2
31,00	5	4,2
32,00	6	5,0
33,00	2	1,7
34,00	1	,8
35,00	1	,8
Total	120	100,0

Avaliando os dados apurados concluiu-se que os entrevistados encontram-se enquadrados dentro do nível médio com 54,2%.

A análise estatística realizada mostra, na tabela 38, que há 13 valores possíveis (12 a 24 pontos) para o nível de conhecimento baixo, 6 valores possíveis para o nível de conhecimento médio(25 a 30 pontos) e 6 valores possíveis para o nível de conhecimento alto (31 a 36 pontos). A tabela mostra que no nosso estudo nenhum adolescente escolar fez 13 pontos, nem 15 pontos ,nem 17 pontos e nem 36 pontos. Os valores foram feitos pela mediana.

Associação das Variáveis com o Conhecimento II

Foram selecionadas algumas variáveis dependentes, já mencionadas anteriormente, em busca de associações entre o Conhecimento II. Dentre elas, destacamos, neste trabalho, aquelas que foram, de alguma forma, preponderantes.

- Idade
- Sexo
- Forma de obtenção do MAC (Métodos Anticoncepcionais)
- Informações na Escola
- Temas de orientação sexual na escola
- Tipo de atendimento

Tabela 39 - Nível de Conhecimento II, segundo a associação da variável idade. Ribeirão Preto-2007.

		<i>Idade</i>		
		Até 14 anos	Acima de 14 Anos	Total
Conhecimento	Baixo	15 68,2%	7 31,8%	22 100,0%
	Médio	70 84,3%	13 15,7%	83 100,0%
	Alto	15 100,0%		15 100,0%
Total		100 83,3%	20 16,7%	120 100,0%

$$X^2 = 6,70 / p = 0,04^*$$

Assim, no que se refere à idade, a maior parte das adolescentes, com até 14 anos, tinha nível médio de conhecimento (84,3 %). Nota-se ainda que, à medida que a idade cronológica aumenta, o mesmo ocorre com o nível de conhecimento. Muitos fatores podem interferir favoravelmente para esta situação. como verificamos na tabela .

Tabela 40 - Nível de Conhecimento II, segundo a associação da variável sexo. Ribeirão Preto – 2007.

		Sexo		
		F	M	Total
Conhecimento II	Baixo	3 13,6%	19 86,4%	22 100,0%
	Médio	45 54,2%	38 48,8%	83 100,0%
	Alto	10 66,7%	5 33,3%	15 100,0%
Total		58 48,3%	62 51,7%	120 100,0%

$$X^2 = 13,79 / p = 0,001^*$$

Em relação ao sexo, observa-se na tabela que, entre as adolescentes entrevistadas, 13,6% tinham baixo conhecimento sobre o assunto. Já em relação aos homens, o que se observou foi um percentual sensivelmente maior de conhecimento (86,4%), o que sugere que as mulheres se interessam ou procuram por mais informações a respeito de sexo. :

Tabela 41 - Nível de Conhecimento II, segundo forma de obtenção do M.A.C. Ribeirão Preto - 2007.

		Através do Médico		
		Não	Sim	Total
Conhecimento II	Baixo	22 100,0%		22 100,0%
	Médio	64 77,1%	19 22,9%	83 100,0%
	Alto	13 86,7%	2 13,3%	15 100,0%
Total		99 82,5%	21 17,5%	120 100,0%

$$p = 0,01^*$$

No que se refere à forma de obtenção de conhecimento do M.A.C, nota-se na tabela uma diferença significativa para os adolescente que receberam informações pelo médico. Aqueles que não receberam informações através de

médicos, apresentaram baixo índice de conhecimento. Já os que receberam, apresentaram um nível de conhecimento superior aos demais. Nesse sentido, pode-se inferir que, além de tratar-se de uma fonte considerada segura de informação, muito provavelmente há uma preocupação destes profissionais no que diz respeito às especificidades desta clientela, a qual tem merecido atenção de programas destinados à saúde do adolescente.

Tabela 42 - Nível de Conhecimento II, segundo informações da escola. Ribeirão Preto – 2007.

		<i>Durante as Aulas</i>		
		Não	Sim	Total
Conhecimento II	Baixo	19 86,4%	3 13,6%	22 100,0%
	Médio	48 57,8%	35 42,2%	83 100,0%
	Alto	4 26,7%	2 73,3%	15 100,0%
Total		71 59,2%	49 40,8%	120 100,0%

$$X^2 = 13,36 / p = 0,001^*$$

Em relação à escola, a análise da tabela mostra que os adolescentes que obtiveram conhecimento sobre o M.A.C, durante as aulas, manifestaram um alto nível de conhecimento (73,3%). Isso alerta para a relevância de discussões desta natureza nas escolas, sendo esta considerada um espaço de grande importância a ser melhor explorado. Novamente cabe mencionar a importância de diálogos entre saúde, educação e pais, de forma a articular uma rede de conhecimentos capaz de fornecer suporte ao adolescente, no que tange às suas dúvidas, conflitos e constrangimentos em relação ao tema.

Tabela 43 - Nível de Conhecimento II, segundo os temas de orientação sexual na escola. Ribeirão Preto – 2007.

		Sexualidade		
		Não	Sim	Total
Conhecimento II	Baixo	13 59,1%	9 40,9%	22 100,0%
	Médio	35 42,2%	48 57,8%	83 100,0%
	Alto	3 20,0%	12 80,0%	15 100,0%
Total		51 42,5%	69 57,5%	120 100,0%

$$X^2 = 6,05 / p = 0,05^*$$

Em relação à sexualidade, nota-se na tabela que este foi o assunto mais lembrado entre aqueles discutidos em sala de aula juntos aos professores. Isso pode sinalizar para o fato de que, esse conhecimento, quando ministrado no âmbito das instituições educativas, reveste-se de importância impa, sendo bastante assimilado entre os adolescentes. Mesmo diante de outros temas sugestivamente relevantes, como mudanças corporais e anatomia dos aparelhos reprodutores, a questão da sexualidade foi considerada a mais interessante pelos adolescentes.

Tabela 44 - Nível de Conhecimento II, segundo associação no tipo de atendimento recebido na Unidade Básica de Saúde. Ribeirão Preto – 2007.

		Consulta Médica		
		Não	Sim	Total
Conhecimento II	Baixo	14 63,6%	8 36,4%	22 100,0%
	Médio	43 51,8%	40 48,2%	83 100,0%
	Alto	3 20,0%	12 80,0%	15 100,0%
Total		60 50,0%	60 50,0%	120 100,0%

No que se refere ao atendimento recebido nos postos ou centro de saúde procurados pelos adolescentes, nota-se na tabela que uma diferença significativa no nível de conhecimento sobre M.A.C à medida que a frequência às consultas, é maior. Do ponto de vista educacional, parece tal associação parece procedente, considerando que a maior frequência a estas fontes, possibilita consolidação de conhecimentos, oportunidades para esclarecer dúvidas e criação de vínculos com profissionais, aumentando, assim, o grau de confiança do adolescente e, como consequência, seu maior conhecimento sobre o assunto.

5.DISSCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo geral analisar o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e identificar as variáveis associadas ao conhecimento adequado entre adolescentes de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto – SP.

Seus objetivos específicos foram caracterizar a população de adolescentes escolares no contexto sócio-demográfico e avaliar o nível de conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais e os mais utilizados pelos adolescentes escolares; avaliar as opiniões e atitudes dos adolescentes escolares sobre o uso dos métodos anticoncepcionais.

Na caracterização sócio-demográfica dos participantes observa-se que a idade predominante, para os dois sexos, foi de treze a quatorze anos, com pequena diferença entre os mesmos. A religião predominante foi a católica, com percentual bastante acentuada em relação a outras religiões.

O vínculo empregatício mostrou-se pequeno para homens e mulheres, o que não causa estranheza considerando a legislação trabalhista e o ECA, no que tange ao trabalho formal do menor. O número de componentes do núcleo familiar mostrou predominância de 2 a 5 para o sexo feminino e 4 a 6 para o masculino. No que se refere à primeira relação sexual, o percentual referente ao feminino foi o mais expressivo (aos treze anos).

Dos participantes, 36,7% não utilizaram algum tipo de método anticoncepcional na primeira relação sexual, sendo que a camisinha foi o que apresentou o maior índice de resposta, com 45,8%.

A família, principalmente na figura da mãe, representou o principal elemento de diálogo informal. Outra fonte de informação importante foi a escola, embora a

mídia, a família e o médico também tenham sido citados no item pertinente à orientação dos métodos anticoncepcionais.

Em se tratando de esferas de saúde, os postos de saúde através do médico a farmácia (podendo ou não ser o farmacêutico) surgiram com relevantes percentuais no que diz respeito ao local de obtenção de informações sobre contracepção. A possibilidade de uma gravidez na primeira relação é admitida por mais da metade dos adolescentes do sexo feminino com 65% e, por cerca de 50%, para o masculino.

O método anticoncepcional denominado coito interrompido, amplamente conhecido, entre os participantes, como “tirar fora” é percebido como pouco seguro pelos dois sexos. Quanto ao uso da tabelinha, para as mulheres é um método considerado pouco seguro por entenderem que ele só oferece alguma segurança para aquelas que tem ciclos menstruais regulares.

No que se refere à questão de informações sobre sexualidade na escola, as aulas mostraram ser uma forma importante de divulgação, seguida de conversa com amigos e, dentre os temas abordados nessa esfera, a sexualidade emergiu, assim como as mudanças corporais.

5.1 Comportamento sexual dos adolescentes

O comportamento sexual dos adolescentes foi avaliado considerando idade, relacionamento afetivo e iniciação sexual.

A pesquisa mostrou que na comparação entre os sexos e a idade da primeira relação sexual, o feminino teve maior expressão nas entrevistadas com 13 anos (71,43%), enquanto que no masculino o percentual é de 41,18% na mesma idade. Tal informação também foi encontrada no estudo de Doreto (2006), que

mostrou a iniciação sexual em torno de 14 anos (40,71%), e no de Gera (2004), o qual evidenciou iniciação sexual em torno de 14,9 anos.

O estudo realizado por Brasil et al. (2006), envolvendo adolescentes residentes no Distrito Federal, indicam que a menor idade observada para a primeira relação foi de dez anos e, a mais freqüente quinze anos. Do número total de participantes (852 escolares), 68,1% referiram sempre utilizar métodos anticoncepcionais e 93,5% relataram prevenirem-se da DSTs, gravidez e AIDS pelo método da camisinha. Segundo esses autores tal dado permite uma reflexão sobre a integração entre risco e proteção na vida desses jovens, pois conseguem, ainda que nas adversidades cotidianas, desenvolver estratégias de cuidado e proteção.

A idade da primeira relação tem se concentrado na adolescência e tende a ocorrer cada vez mais precocemente, constituindo-se em uma tendência generalizada. Apesar da idade da iniciação sexual não ter apresentado significância em relação ao conhecimento dos métodos anticoncepcionais, ela é preocupante, pois implica no desenvolvimento ações de promoção da saúde do adolescente, estimulando seus comportamentos e atitudes frente à responsabilidade das suas ações que conduzam a uma vida sexual segura e saudável em todas as camadas sociais (PIRROTA, 2002).

5.2 Conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais e os mais utilizados

O estudo mostrou que, com relação ao uso da camisinha que 57,5% dos adolescentes entrevistados não utilizaram camisinha e 28,3% a utilizaram em suas relações sexuais.

No estudo de Almeida (2003) houve um acréscimo significativo na

utilização do preservativo masculino (90,1% no sexo masculino e 73,5% no sexo feminino). Doreto (2006), em seu estudo, relata que 35,2% dos adolescentes fazem uso freqüente do preservativo.

O estudo de Martins et al. (2006) com escolares apontou que 60% dos adolescentes de escolas públicas e privadas mencionaram o uso de preservativo em todas as relações sexuais.

Pirotta (2002) refere que o fato de considerar-se usuário do preservativo nem sempre garante que tenha assumido condutas seguras em relação à contracepção. Em seu estudo, 40% consideraram que sempre faziam uso do preservativo.

Em relação ao uso de métodos anticoncepcionais na primeira relação sexual, os resultados mostraram que 90,9% não utilizaram nenhum tipo de método na primeira relação sexual. Estudos como o de Doreto (2006) mostrou resultados bem diferentes, tendo encontrado que 71,11% utilizaram o preservativo na primeira relação sexual. O trabalho de Borges e Schor (2002) evidenciou resultados diferentes do presente estudo, considerando que esses autores consideraram que 96,5% utilizaram o preservativo na primeira relação.

Almeida (2003) relata também que, em seu estudo 50,8% dos entrevistados referem ter feito uso do MAC na primeira relação sexual. Esta variável precisa ser melhor estudada, pois achados de outros estudos sinalizam para resultados diferentes do que encontramos. A região estudada de Ribeirão Preto, o Distrito de Saúde da Vila Virgínia, tem o maior índice de gravidez na adolescência, em torno de 21,3% de nascidos vivos de mães menores de 20 anos, como mostrado na tabela 3.

Em relação ao uso de métodos anticoncepcionais em suas relações sexuais atuais este estudo mostra que não houve preferência predominante por nenhum tipo de MAC, com 35,8% em seguida a tabela 15 mostra que o preservativo masculino é o mais utilizado com 19,2%.

No local de obtenção dos MAC nosso estudo mostrou que no posto de saúde através do médico é o maior índice de obtenção dos mesmos com 75,8%.

Gera (2004) relata que 69% dos adolescentes obtinham os métodos na farmácia e, os demais (31%), nos postos de saúde. Vale ressaltar que as duas escolas do estudo ficam próximas à Unidade Básica de Saúde, cerca de 300 a 600 m. de distância.

Sobre o número de tipos de métodos anticoncepcionais, o trabalho mostrou que 45% não conheciam nenhum, seguido de 20,8% que conheciam apenas um, 5,8% que conheciam dois tipos e 10,8% que conheciam três métodos.

Os métodos anticoncepcionais mais conhecidos pelos adolescentes escolares foram os de barreira, como o preservativo masculino, 45,8% e o preservativo feminino, 30,8%; em seguida os contraceptivos orais, 28,3%.

. Esta afirmação foi encontrada nos estudos de Almeida (2003), onde cerca de 95% conhecia o preservativo masculino.

Em outro estudo realizado por Schor e Fanny (1990), 59,2% conheciam a pílula anticoncepcional. Romero et al. (2007) em um estudo sobre "*o conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo*", encontraram que a camisinha foi o método anticoncepcional mais conhecido pelas adolescentes em ambas as áreas, sendo 44% na zona rural e 45% na zona urbana.

A literatura estudada mostra que o método anticoncepcional mais

conhecido é o preservativo masculino, mas esse o conhecimento não garante a prática adequada para sua utilização.

No que diz respeito às fontes de informações e orientações dos métodos anticoncepcionais, a escola foi a fonte de informação mais citada pelos alunos da pesquisa, com 51,7 %, e logo em seguida, a família com 40,8% e a televisão com cerca de 40%. Outros meios de informações foram os amigos (26,2%), jornais e revistas (16,5%) Posto de Saúde (12,2%), enfermeiro (9%), outras fontes (9%) e o farmacêutico (6%).

Esses resultados foram semelhantes aos de Gera (2004), apresentando a escola como a opção mais citada (58%) em seu estudo. Em nossas atividades profissionais, a escola, como fonte primária de informação, precisaria ter um maior interesse dos gestores públicos municipais para que fosse melhor aproveitada como fonte fosse no âmbito municipal da saúde e da educação.

Outros estudos, como o de Guimarães et al. (2003) mostraram dados diferentes onde as principais fontes de informações foram revistas, livros e jornais (28%).

Belo e Silva (2004) encontraram a televisão (83,9%) e o rádio (79,4%) como meios de comunicação mais acessados pelas adolescentes grávidas. Vale ressaltar que a BEMFAM (1997) relata que condenam alguns programas televisivos e radiofônicos que abordem a sexualidade. Alguns especialistas os consideram superficiais, pouco informativos e de cunho banalizado. Romero et al. (2007), demonstraram que as principais fontes de informação sobre sexualidade para as adolescentes foram conversa com os pais e amigos para obtenção de conhecimento sobre o assunto (50%).

5.3 Escola e família

Das fonte de informações obtidas na escola sobre sexualidade, gravidez na adolescência e métodos anticoncepcionais, O estudo evidenciou que as estratégias mais utilizadas pela escola para informar sobre sexualidade, gravidez na adolescência e os métodos anticoncepcionais foram: no decorrer das aulas (40,8%),e em seguida com a palestra (32,5%). e conversando com os amigos (28,3%).

Analisando os resultados durante as aulas, da fonte de informação “na escola”, verificamos que há diferença significativa; conforme há um aumento do percentual de recebimento de informações durante as aulas, há um aumento significativo do conhecimento II.

Os temas relacionados à saúde na adolescência, discutidos em sala de aula com o professor, apontam que a opção mais citada foi o tema sexualidade com 57,5%; em seguida, as mudanças corporais, com 54,2% e o tema sobre puberdade, com 35,8%.

Pesquisas mostram que a escola, como fonte primária de informação, no entanto, tem sido reservada quando transmite informações sobre sexualidade. Além disso, o diálogo é tímido e voltado para os aspectos biológicos do tema (SAITO, 2001). Desta forma, é possível inferir que a escola informa, porém não abre espaços para discussões e diálogo sobre educação sexual, conforme abordado anteriormente.

Tratando do diálogo informal na família, o elo de comunicação com os entrevistados mostrou ser a mãe a pessoa mais importante, tanto nos assuntos da escola (47,96%), assuntos domésticos (72,73%) e assuntos sexuais (63,2%). O nível

de comunicação com a mãe mostrou que 79,2% tinham um bom nível. O nível de comunicação com o pai apresenta um índice de 55 % com os entrevistados, o que é considerado um bom nível. O estudo realizado por Borges et al. (2006), demonstrou que os adolescentes, tanto do sexo feminino como masculino, contavam principalmente com as mães para o esclarecimento de dúvidas, evidenciando a ausência de diálogos e participação do pai na vida de seus filhos, especialmente das filhas.

Segundo essas autoras, é importante que os diálogos sobre sexualidade sejam mantidos, pois, além de ampliar a rede de pessoas com quem os adolescentes possam conversar sobre sexo, acabam utilizando mais o preservativo, principal medida para evitar uma gravidez não planejada e doenças sexualmente transmissíveis,

Os resultados por nós encontrados indicam a necessidade de novas investigações que possibilitem uma melhor compreensão sobre o papel da família e da escola em relação à saúde do adolescente. Nesse sentido, ainda as mesmas autoras acima citadas lembram que o papel da escola (e dos professores) como promotora de educação sexual foi evidenciada por meio do relato de 85,9% dos adolescentes que já haviam participado alguma vez de grupos com atividades educativas direcionadas à sexualidade na escola.

Há de se ressaltar que, apesar da influência da AIDS como propulsora do diálogo na sociedade e na família a partir da década de 80, as conversas sobre assuntos relativos a sexo ainda são incipientes nas famílias de grande parte dos adolescentes.

Dentre os atendimentos de saúde recebido da Unidade Básica de Saúde, pelo adolescente, a consulta médica foi a opção mais citada pelos entrevistados,

com 48,2%.conforme há aumento do percentual de consulta médica, há aumento significativo do conhecimento II. Outro aspecto a ser salientado é a importância do profissional médico para o atendimento do adolescente. Com essa percepção de importância do médico, desde fevereiro de 2006 os pediatras que trabalham no serviço público de Ribeirão Preto-SP ampliaram a faixa etária de atendimento de seus pacientes para até os dezesseis anos de idade.

Diante das leituras para a realização desse trabalho e também diante dos resultados obtidos, sem dúvida que a utilização adequada de canais interpessoais de comunicação pode fomentar os índices de conhecimento a cerca de métodos anticoncepcionais. As atividades de planejamento familiar também se constituem em uma via de acesso à saúde da mulher, considerando que, em geral os adolescentes são receptivos para aprender e mudar seu comportamento no que tange ao assunto. Ainda que se considere os avanços na área da saúde da mulher, e, em especial do adolescente, muitos investimentos são necessários no que tange aos aspectos educacionais, médicos e assistenciais, de forma que políticas públicas possam ser avaliadas e revisadas.

A cidade de Ribeirão Preto é particularmente favorecida pela sua posição de destaque no interior paulista, o que confere aos adolescentes maior acesso à escola, à serviços de saúde de melhor qualidade e às informações da mídia, o que assegura maiores conhecimentos.

Eduardo e Egry (2007) ao discutirem projetos políticos de cuidado ao adolescente em um município próximo à Ribeirão Preto, lembram que o Estatuto da Criança e do Adolescente ampliou a atuação do Estado brasileiro na implementação de políticas publicas aos adolescentes. Lembram ainda que há muitas instituições

com vistas ao atendimento dos adolescentes, mas que o seu sinergismo é pouco conhecido.

Finalizando, concordamos com Ayres (2004) quando diz que “temos assistido à emergência de uma série de novos discursos no campo da saúde pública, mundial e nacionalmente. Contudo, uma efetiva consolidação dessas propostas parece depender de transformações bastante radicais no nosso modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos filosóficos”. Esse autor atenta para o fato de que há uma série de aspectos que precisam ser revisitados para que, aos avanços já alcançados possam corresponder transformações mais expressivas.

6. CONCLUSÃO

A análise dos resultados obtidos da amostra estudada nos permite concluir que:

- * O grau de conhecimento I é baixo para os adolescentes, de ambos os sexos, independentemente da sua faixa etária.
- * O grau de conhecimento II médio para adolescentes até de 14 anos e do sexo feminino.
- * Adolescentes até de 14 anos possuem mais conhecimentos básicos sobre os MAC do que os adolescentes pertencentes à maior faixa etária.
- * Adolescentes do sexo feminino apresentam conhecimento II superior aos do sexo masculino.
- * O preservativo masculino é o MAC mais conhecido pelos adolescentes de ambos os sexos
- * A escola é o espaço que propicia mais informações sobre os MAC, sendo superior ao familiar e ao local representado pelas instituições de saúde e seus agentes.

Nas minhas considerações finais, creio que seja importante mostrarmos para os adolescentes que o uso sistemático e correto dos MAC é importante, porém isso não sensibiliza tanto o público –alvo como mostra o estudo, já que o simples fato de conhecer determinado método anticoncepcional, não garante o seu uso. Acredito que devemos abordar a contracepção como método de prevenção da gravidez na adolescência e todas as suas implicações uma vez que este sim é um assunto com grande problematização que repercute nas gerações futuras, os adolescentes também devem ser constantemente informados e conscientizados do real risco de adquirir doenças sexualmente transmissíveis, nesse sentido o uso do preservativo

deve ser encorajado, bem como consultas médicas periódicas de rotina.

Vários atores , além dos adolescentes tem um papel primordial nesse contexto, escola, família , médicos e a atuação do enfermeiro apresenta um diferencial primordial pois temos como um dos pilares da nossa formação a pratica do cuidado com o ser humano, cuidado esse que muitas vezes tem enfoque preventivo, em relação ao tema objeto deste estudo, seus principais atores, os adolescentes muitas vezes necessita-se de um enfoque educativo e não somente assistencial, diagnóstico ou curativo.

As informações levantadas por este estudo fornece , creio eu, importantes elementos para nortear políticas públicas preventivas e educacionais das mais diversas estratégias , embora não pretendo esgotar a problemática abordada diante de um tema amplo, complexo e que vem apresentando grandes, aceleradas e profundas transformações em todas as esferas do existir do homem.

7. REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

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, n.37, v.5, p.: 566-75, 2003.

ARIÈS P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro. Guanabara, 1981.

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices, **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.8, n.14, p.73-92, set. 2003 – fev. 2004.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, n. 38, v. 4, p. 479-487, agosto 2004.

BEMFAM: Sociedade civil Bem Estar Familiar no Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996**. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil/Macro Internacional, 1997.

_____. **Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: CDC/UNICEF; 1999.

_____. **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.

BORGES, A. L. V. et al. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Rev. Lat. Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v 14, n 3, p. 422-7, maio/junho 2006.

BRASIL, K. T. et al. Fatores de Risco na Adolescência: Discutindo dados do DF. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v 16, n 35, p. 377-384, 2006.

BRASIL, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, outubro de 1988.

_____, Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, Brasília, 14 de julho de 1990.

_____, Ministério da Saúde. **A saúde do adolescentes e jovens: uma atenção de auto-aprendizagem para equipes de atenção de saúde – módulo I**. Brasília (DF): Secretaria de Políticas Públicas de Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD, 2000.

_____, Ministério da Saúde. **Programa de Saúde do Adolescente**: bases programáticas. 2ª. Edição. Brasília (DF): Secretaria Executiva de Coordenação da Saúde da Criança e Adolescente (PROSAD), 1996.

_____, Ministério da Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. Brasília (DF): Secretaria de Assistência à Saúde, 1993.

_____, Ministério da Saúde. **Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD**. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, 1989.

_____, Ministério da Saúde. (BR). **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção de saúde** - módulo I. Brasília (DF): Secretaria de Políticas Públicas de Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde; 2000. []

_____, Ministério da Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. Brasília (DF): Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, 2003.

_____, Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde . Departamento de Ações programáticas Estratégicas, 2007.

CAMARANO, A. **Fecundidade e anticoncepção da população entre 15 e 19 anos**. Seminário Gravidez na Adolescência. In: *Projeto de Estudos da Mulher/Family Health International, Associação Saúde da Mulher – USAID*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200021&lng=em&nrm=iso>. Acesso em: 16 de novembro de 2006

CANO, M.A.T.; FERRIANI, M.G.C.; ALVES, A.C.; NAKATA, C.Y. A produção do conhecimento sobre adolescência na enfermagem: período 1983 a 1996. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.1, p.91-97, jan. 1998.

CANTONNÉ, J. P. **A sexualidade, ontem e hoje**. São Paulo: Cortez, 1994.

CAVALCANTI R. F. Adolescência. In: VITIELLO N et al. **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca, 1988.

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

CHIPKEVITCH, E. Adolescência e puberdade: a dimensão psicossocial. In: _____. **Puberdade e adolescência: aspectos biológicos, clínicos e psicossociais**. São Paulo: Roca, 1995.

COOK, R. J. International Human Rights and Women's Reproductive Health. **Studies in Family Planning**, Nova Iorque, v. 24, n. 2, p. 73-86, março/ abril 1993.

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

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. Resolução nº 1.246/88 de 8 de janeiro de 1988.

DAVIM, RMB. **A prática da contracepção: causas de abandono na utilização de métodos contraceptivos por adolescentes**. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade da Paraíba, João Pessoa, 1998.

DIÁZ, J.; DIÁZ, M. **Contracepção na adolescência**. In: Ministério da Saúde. Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1999. p 249-57.

DORETO, D.T.; - **Estudo do conhecimento de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de uma área de um Programa de Saúde da Família de Ribeirão**

Preto-SP-2006-Dissertação Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

DUBY, G; PERROT, M. **História das mulheres no Ocidente**. Porto: Afrontamento, 1993.

EDUARDO, L. P.; EGRY, E. Y. Political Project of adolescent care in São Carlos, Brazil. **Rev. Lat. Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 895-901, set-out 2007.

FERRIANI, M.G.C; CANO, M.A.T.; SILVA, M.A.I. Opiniões dos escolares adolescents sobre a realização de grupos de discussão. **Rev. Bras. Sexualidade Humana**. São Paulo, v.5, n.2, p. 193-203, 1994.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 2: uso dos prazeres**. 7ª. Edição.,Grael: Rio de Janeiro, 1984.

FUNDAÇÃO IBGE: **Síntese dos indicadores sociais 2000**. Estudos de pesquisa de informações demográficas e socioeconômicas. Rio de Janeiro, n 5, 2000

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

GHERPELLI, M. H. V. A educação preventiva em sexualidade na adolescência. In: TOZZI, D. A. et al. **Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS**. São Paulo, 1996. (Série Idéias, 29).

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Editora UNESP, 1993.

GONÇALVES, E. L. Cultura e sexualidade contemporânea. In: AQUINO, A. et al. **Educação e sexualidade hoje**. São Paulo: Almed, 1983.

GUIMARÃES, E. M. de B. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. **Revista de Pediatria Moderna**. Goiás, v.37, p. 29-32, maio 2001. Número especial.

GUIMARÃES, I. **Educação sexual na escola. Mito e a realidade**. São Paulo: Mercado das Letras, 1995.

GUIMARÃES, A.M.N.-Informações dos adolescentes sobre anticoncepcionais **.Revista Latino- Americana de Enfermagem .Ribeirão Preto** ,v.11 maio/junho-2003.

KLAPISHC-ZUBER, C. **História das mulheres: Idade Média**. Porto: Afrontamento, 1990. v. 2, p. 355-393.

IBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000 - Questionário da amostra, CD 1.02** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/questionarios.shtm>> Acesso em: 28 de abril de 2006.

IOSSI, M.A. **Aprender brincando: a percepção de alunos adolescentes sobre grupos de orientação sexual**. 2000. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem - Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

KELLERMAN, J.; KATZ, E.R. The adolescent with cancer. Theoretical, clinical and resatch issues. **J. Pediatr. Psychol.**, v.2, p. 127, 1977.

KIPKE, M.D. et al. - **HIV infections and Aids during adolescence**. Med. Clin. N. Am., v. 74, n 1149, 1990.

KNOBEL M. **Visão psicológica da adolescência normal**. In: COATES, V. et al., **Medicina do adolescente**. São Paulo: Savier, 1993. LOPES, G. **Sexualidade humana**, 2ª. Edição. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

McANARNEY, E.R.; HENDEE, W.R. **Adolescent pregnancy and its consequences**. Jama1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) /FNUAP/UNICEF. **Saúde reprodutiva de adolescente**: Uma estratégia para ação. Organização Mundial de Saúde, Genebra,1989. p.21.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Salud del adolescent: prioridad Y estrategias nacionales y reginonaes**. Bol of Saint Pan-am, n. 107, v. 1, 1989.

_____. **El marco conceptual de la salud integral Del adolescent y de su cuidado**. Washington, 1990.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La salud de los jóvenes**: um reto y uma esperanza. Genebra, 1995.

OSÓRIO, L.C. **Adolescente hoje**. 2ª. Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PAIVA SMMA; -. **Adolescência: informações sobre anticoncepção**. Rev. Gaúcha de **Enfermagem**, Rio Grande do Sul, n. 9, v.1, p.23-28, 2000. Número Especial

PARENTI, P. W. **Gravidez na adolescência: análise do conhecimento construído pela enfermagem.** 2002. 186 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Guanabara (RJ): Koogan, 1995.

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. Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 2002.

RICKERT, V. et al. Adolescent wellness. **Med. Clin. N. Am.**, v. 74, n. 1135, 1990.

ROMERO, K.T. et al. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. **Revista da Associação Médica Brasileira.** São Paulo, v. 53, n. 1, p.14-19, janeiro/fevereiro 2007.

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

SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.. **Adolescência: prevenção e risco.** 1ª. Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

SANTOS JÚNIOR, J. D. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In; SCHOR, N.; MOTA, M.S.T.; **Nome do livro.** Local: Editora, ano.

SCHOR, N.; LOPEZ, A. F. Adolescência e anticoncepção 1. Estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto. **Rev. de Saúde Pública,** São Paulo, n. 24, v. 6, p. 506-511, dez. 1990.

SCHOR, N., 1995. **Adolescência e Anticoncepção: Conhecimento e Uso**. Tese de Livre Docência, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SCHOR, N.; MOTA, M.S.T.; BRANCO, V.C. **Cadernos juventude**, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, v.1, 1999.

SCOTT JW. **Gender and the politics of history**. New York: Columbia University Press, 1998.

SILBER, T. El embarazo em adolescentes em Estados Unidos de America. In: Organización Panamericana de La Salud. **Salud meternoinfantil, atención primária em lãs Américas: hechos y tendências**, Washington: D.C., p.232-239, 1984.

TAKIUTI, A.D. **Gravidez na Adolescência**. São Paulo: Rosa dos Tempos, 1998.

_____. Programa de atendimento integral à saúde do adolescente: uma proposta de trabalho. In: MAAKAROUN, M.F. et al. **Tratado de adolescência**: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991.

TIBA, I. **Puberdade e adolescência: desenvolvimento biopsicossocial**. São Paulo: Agora, 1986.

UNICEF. **Relatório da situação da adolescência brasileira**. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://www..uunicef.org.br](http://www.uunicef.org.br)> Acesso em: 03 de março de 2007.

VIEIRA, E. M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: Berquó, E. **Sexo e Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. Campinas: Ed. Unicamp, 2003.

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

VIOLATO, C. History of adolescence. In: FRIEDMAN, S.B.; FISCHER, M. SCHONBERG, S.K. **Comprehensive adolescent health care**. St. Louis: Quality, 1992.

VITIELO, N. et al. **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca, 1988.

VITIELO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C. Aconselhamento em planejamento familiar para adolescentes. In: VITIELO, N. et al. **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca 1998.

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

_____. **Family and reproductive health women's health and development programme**. Geneva, 1997.

_____. **Risk approach for maternal and child health care**. Geneva, 1978.

_____. Department of Reproductive HEalt and Resarch. **Adolescent sexual and reproductive health: Introduction (1998-2003)**. Disponível em: <[HTTP://www.who.int/reproductive-health/adolescent/adolescent/adolescent_intro.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/adolescent/adolescent/adolescent_intro.en.html)> Acesso em 31de maio de 2007.

ZELNICK, M. ET AL., Reasons for nonuse of contraception by sexually active women aged 15-19. **Fam. Plan. Perspect.**, n. 11, p. 289-296, 1979.

ANEXOS

ANEXO I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Está sendo realizada uma pesquisa sobre **“Contracepção na adolescência: conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais entre alunos de escolas públicas municipais de Ribeirão Pretos - SP”**, pela enfermeira Silvia Cristina Souza Dib, aluna do curso de pós-graduação, nível mestrado, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, sob a orientação **do Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos**.

Objetivos

Esta pesquisa visa saber os quanto os alunos das escolas públicas municipais têm conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais. O método usado será o questionário que será aplicado em alunos de escolas públicas de Ribeirão Preto.

O nome dos alunos que participarem deste estudo será mantido em total sigilo, sendo somente conhecido pela pesquisadora e pelo docente responsável pela pesquisa. As informações, por possuírem caráter sigiloso, serão gravadas em computador, por meio de códigos.

Os benefícios da participação desse estudo: esperam-se fornecer subsídios, para juntamente com outras estratégias, nortear políticas públicas de saúde e de educação, com o intuito de se reverter ou, ao menos, atenuar, a incidência de gravidez entre adolescentes, assim ajudando a melhorar as condições de vida e saúde na população dessa faixa etária e, conseqüentemente, na infância, pois os filhos assim gerados, também estão sujeitos a maiores morbidades.

Os participantes da pesquisa não receberão nenhum tipo de benefício por

sua participação, mas este estudo poderá beneficiar outras pessoas no futuro, como adolescentes e jovens. Não haverá prejuízos relacionados ao vínculo que o aluno mantém com a escola, para os que se recusarem ou desistirem de participar a qualquer momento do estudo. Aos que aceitarem participar têm o direito de não responder a qualquer questão, sem sofrer prejuízo por esta decisão.

DECLARAÇÃO

Declaro haver recebido as informações acima e que pude fazer perguntas e esclarecer dúvidas acerca do assunto. Aceito participar da referida pesquisa, conforme esclarecimentos e condições acima descritas.

Participante

Silvia Cristina Souza Dib
Fones: 16-3916-1041 ou 9193-6792
E-mail: silldib@yahoo.com.br
Pesquisadora

Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos
Orientador
Fones: 3602-2536 ou
3602-2878
E-mail: jairlfs@fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2006.

ANEXO II**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O RESPONSÁVEL DO ALUNO****CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO ALUNO EM UMA PESQUISA DE ESTUDO**

Eu, _____, RG nº _____

CPF nº _____

_____, abaixo assinado, concordo que meu filho (a) _____ sendo menor de idade possa participar da pesquisa sobre **Contracepção na Adolescência: Conhecimento sobre os Métodos anticoncepcionais entre alunos de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto/SP.**

Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora **Silvia Cristina Souza Dib**

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento escolar.

Esta pesquisa visa saber o quanto os alunos das escolas públicas municipais têm conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais. A forma utilizada será o questionário que será aplicado em alunos de escolas públicas de Ribeirão Preto.

O nome dos alunos que participarem deste estudo será mantido em total sigilo, sendo somente conhecido pela pesquisadora e pelo docente **Profº Drº Jair**

Licio Ferreira Santos responsável pela pesquisa.

Os participantes da pesquisa não receberão nenhum tipo de benefício por sua participação, mas este estudo poderá beneficiar outras pessoas no futuro, como adolescentes e jovens. Não haverá prejuízos relacionados ao vínculo que o aluno mantém com a escola, para os que se recusarem ou desistirem de participar a qualquer momento do estudo. Os que aceitarem participar têm o direito de não responder a qualquer questão, sem sofrer prejuízo por esta decisão.

Ao que aceitar participar solicito que assine como forma de documentar que recebeu as informações acima e que pôde fazer perguntas e esclarecer dúvidas a respeito do assunto.

Data: ____/____/____

Nome do pai ou responsável

Assinatura do aluno ou responsável: _____

ANEXO III

QUESTIONÁRIO PRELIMINAR

IDENTIFICAÇÃO

1. Qual a data de seu nascimento? ____/____/____
2. Qual a sua idade? (anos completos) _____ anos
3. Sexo: () Fem. () Masc.
4. Nome da escola: _____

INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Você possui algum desses itens em sua casa? (ler as alternativas) Quantos?

Itens de conforto	Quantidade									
TV cores	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
Rádios	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
Automóveis	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
Banheiro	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
Empregada mensalista fixa	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
Aspirador de pó	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
Máquina de lavar roupas	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
Vídeo cassete	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
Geladeira	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
Freezer duplex ou separado	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>

CCEB Total Pontos: _____

2. Qual sua religião?

- Católica
 Evangélica
 Espírita
 Protestante
 Sem religião
 Outra _____

3. Você trabalha no momento?

- Sim Não

4. Qual sua profissão?-----

5. Quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas

6. Renda familiar R\$_____

Prezado aluno, agora vamos falar sobre questões relacionadas à sua vida íntima, sua colaboração é muito importante para essa pesquisa.

7. Situação conjugal

- Solteiro
- Casado
- Mora junto
- Separado/divorciado
- Outros _____

8. Está namorando atualmente?

- Sim
- Não

9. Você tem algum relacionamento afetivo?

- Namora
- Fica

10. O que você entende por namorar e ficar? (coloque um 'x' nas respostas que você concorda)

- Namorar relacionamento mais sério
- Ficar só de vez em quando
- Namorar tem que existir vínculo e compromisso
- Ficar é um relacionamento mais informal

11. Já teve sua primeira relação sexual?

- Sim
- Não

12. Com quantos anos você teve a 1ª relação sexual? _____ anos

13. Só para mulheres

Com quantos anos você teve sua primeira menstruação? _____ anos

14. Você usou algum método anticoncepcional na 1ª relação sexual?

- Sim
- Não

15., Quais métodos anticoncepcionais você conhece?

- Pílula/Comprimido
- Camisinha masculina
- Camisinha feminina
- Tabela
- DIU
- Tirar fora

- Injeção Hormonal
- Pílula do dia seguinte
- Outro: _____
- Nenhum

16. Se não usou nenhum método anticoncepcional, por que **Não** usou?

- Não esperava ter relação naquele momento
- Não conhecia nenhum método
- Não se preocupou com isso
- Não tinha nenhum método disponível
- Outra: _____

17. Onde você ouviu falar informalmente sobre os métodos anticoncepcionais?

- Médico(a) particular ou convênio
- Posto de Saúde
- Iniciativa própria
- Namorado(a) / parceiro(a)
- Mídia/TV/Imprensa/Campanhas de saúde
- Amigos(as)
- Escola/professores
- Família/mãe
- Outros: _____

18. Você já fez uso da camisinha?

- Sim Não

19. Se surgisse uma possibilidade de relacionamento sexual desejado por você e você não tivesse uma camisinha à mão, o que você faria?

- Teria relação mesmo assim
- Não teria relação em hipótese alguma
- Em determinadas situações, teria relação
- Não sabe

20. Até que ponto você usaria a camisinha num relacionamento firme/estável?

- Sempre
- Nunca
- Por algum tempo
- Não sabe

21. Você e /ou sua(seu) parceira(o) usam algum tipo de método anticoncepcional nos seus relacionamentos?

- Sim Não

22. Se **Sim**, qual o método anticoncepcional que você está usando atualmente?

- Pílula/Comprimido
 Camisinha masculina
 Camisinha feminina
 Tabela
 DIU
 Tirar fora
 Injeção Hormonal
 Pílula do dia seguinte
 Outro: _____
 Nenhum

23. Você sabe onde conseguir métodos anticoncepcionais?

- Sim Não

24. Em caso afirmativo, onde?

- Posto de Saúde
 Farmácia
 Através do Médico
 Através do namorado(a)/parceiro(a)
 Outro: _____

25. Qual foi a última vez que você teve relações sexuais?

- Alguns dias atrás
 Semanas atrás
 Meses atrás
 Anos atrás
 Não sabe/não lembra
 Não se aplica

26. Quem informou e orientou sobre os métodos anticoncepcionais?

- Médico
 Parceiro(a)/ namorado(a)
 Amigo
 Farmacêutico
 Posto de Saúde
 Televisão
 Jornais e Revistas

- Enfermeiro
- Escola
- Família
- Outros _____

27. Gostaria de saber se você concorda ou discorda das afirmações:

	Concordo plenamente	Concordo	NÃO concordo/discordo	Discordo	Discordo plenamente
A primeira relação sexual não engravida	<input type="checkbox"/>				
O tirar fora é uma forma pouco segura de evitar a gravidez, pois o espermatozóide pode alcançar o útero mesmo antes da ejaculação	<input type="checkbox"/>				
A mulher deve tomar pílula todos os dias, sempre no mesmo horário	<input type="checkbox"/>				
Só quem tem ciclos regulares pode usar tabelinha	<input type="checkbox"/>				
O DIU é colocado dentro do útero	<input type="checkbox"/>				
A camisinha masculina deve ser retirada quando o pênis ainda está ereto	<input type="checkbox"/>				
A camisinha feminina deve ser colocada na vagina	<input type="checkbox"/>				
A tabelinha é um método natural mas falha muito como método de evitar a gravidez	<input type="checkbox"/>				
A pílula anticoncepcional só deve ser indicada com orientação médica	<input type="checkbox"/>				
O uso da camisinha nas relações sexuais atrapalha a sensibilidade ('é o mesmo que chupar bala com papel')	<input type="checkbox"/>				
A injeção de anticoncepcional é mais segura do que o comprimido	<input type="checkbox"/>				
A pílula do dia seguinte só deve ser usada em caso de urgência	<input type="checkbox"/>				

28. Que tipo de assunto conversa com seu pai e sua mãe? (ler alternativas)

Assuntos	Pai	Mãe
Escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domésticos (dia-a-dia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dinheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nenhum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros (citar) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Como você classificaria o nível de comunicação com seu pai e sua mãe?

Nível	Pai	Mãe
Bom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vamos falar da sua Escola

30. Você recebeu informações **NA ESCOLA** sobre sexualidade, como evitar a gravidez, e sobre os métodos anticoncepcionais, como isso aconteceu?

- Durante as aulas (em quais disciplinas?) _____
- Individualmente com um professor
- Conversando com os amigos da escola
- Palestra
- Nunca tive informação deste tipo na escola
- Não sei / não lembro
- Outra forma (qual?) _____

31. Quais os temas abaixo relacionados sobre a saúde na adolescência foram discutidos em sala de aula com seu professor? Marque um 'X'

- Sexualidade
- Mudanças corporais
- Métodos anticoncepcionais
- Puberdade
- Anatomia do aparelho reprodutor masculino e feminino
- Não sei / não lembro
- Nenhum

32. Quando os alunos desta escola precisam ou querem receber cuidados de saúde, a escola indica algum Posto de Saúde?

- Sim, qual o nome do Posto de Saúde? _____
- Não
- Não sei/não me lembro

33. Você já esteve alguma vez no posto de saúde do seu bairro?

- Sim
- Não
- Não sei / não lembro

34. Nesta pergunta, marque com um 'X' todas as respostas que se apliquem. Que tipo de atendimento você recebeu neste outro posto ou centro de saúde procurado no último ano?

- Para buscar camisinha
- Consulta pré-natal ou pós-parto
- Teste de gravidez
- Recebimento de método anticoncepcional para evitar a gravidez
- Informações sobre como evitar a gravidez
- Consulta médica
- Sala de vacina
- Não estive em outro posto de saúde no último ano



www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 28 de fevereiro de 2007

Ofício n° 540/2007
CEP/MGV

91
A

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **“CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: CONHECIMENTO SOBRE OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS ENTRE ALUNOS DE ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE RIBEIRÃO PRETO/SP”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 241ª Reunião Ordinária realizada em 26/02/2007, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP n° 10738/2006.

Atenciosamente.


DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
SILVIA CRISTINA SOUZA DIB
PROF. DR. JAIR LÍCIO FERREIRA SANTOS (Orientador)
Depto. de Medicina Social