

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
Faculdade de Odontologia de Pernambuco
Mestrado em Hebiatria

MARIA DO AMPARO SOUZA LIMA

**CONHECIMENTO DE DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS / AIDS E
PRÁTICAS SEXUAIS DE ADOLESCENTES DA
CIDADE DO RECIFE**

CAMARAGIBE

2007

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
Faculdade de Odontologia de Pernambuco
Mestrado em Hebiatria

MARIA DO AMPARO SOUZA LIMA

**CONHECIMENTO DE DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS / AIDS E
PRÁTICAS SEXUAIS DE ADOLESCENTES DA
CIDADE DO RECIFE**

Dissertação aprovada pelo Programa de Hebiatria da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Hebiatria.

Mestranda: Maria do Amparo Souza Lima
Orientador: Prof. Dr. Aurélio Molina da Costa

CAMARAGIBE

2007

Dados internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Prof. Guilherme Simões Gomes
Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

L732c Lima, Maria do Amparo Souza

Conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS e práticas sexuais de adolescentes da cidade do Recife / Maria do Amparo Souza Lima; orientador: Aurélio Molina. - Camaragibe, 2006.

93 f. : il. –

Dissertação (mestrado) – Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Camaragibe, 2006.

1 ADOLESCENTE 2 PRÁTICAS E ATITUDES SEXUAIS 3
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - AIDS I Costa,
Aurélio Molina (orient.) II Título

CDD 17th ed.– 616.951
Manoel Paranhos – CRB4/1384

CERTIFICADO

Certificamos que **MARIA DO AMPARO SOUZA LIMA** concluiu o Curso de Mestrado em Hebiatria, tendo sua Dissertação: **"Conhecimentos de doenças sexualmente transmissíveis/SIDA e práticas sexuais de adolescentes da cidade do Recife"**, obtido o conceito "APROVADA" em exame realizado no dia 28 de fevereiro de 2007 na Faculdade de Odontologia de Pernambuco FOP/UPE. A homologação do parecer da comissão examinadora e conseqüente emissão do Diploma ficam condicionadas à entrega da versão =corrigida, bem como da comprovação de envio para publicação.

Camaragibe, 28 de fevereiro de 2007.



Emanuel Sávio de Souza Andrade
Prof. Dr. Emanuel Sávio de Souza Andrade
Coord. Geral de Pós-Graduação da FOP/UPE



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO

Avenida General Newton Cavalcanti, 1650 - Tabatinga - Camaragibe - PE - CEP: 54753-901 - Fone: (81) 3458.1088 - Fax: (81) 3458.1476

**Conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis /
AIDS e práticas sexuais de adolescentes da cidade do
RECIFE**

MARIA DO AMPARO SOUZA LIMA

Orientador: Prof. Dr. Aurélio Molina da Costa

Defendida em: 28 de Fevereiro de 2007

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Luíza Bezerra de Menezes
Universidade de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Romualda Castro do Rego Barros
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Rute Cândida Pereira
Universidade de Pernambuco

Não quero brigar com o mundo, mas, se um dia isso acontecer quero ter forças suficientes para mostrar que o amor existe, que ele é superior ao ódio e ao rancor, e que não existe vitória sem humildade e paz.

Quero poder acreditar que mesmo se hoje eu fracassar, amanhã será outro dia e, se eu não desistir dos meus sonhos e propósitos, talvez obterei êxito e serei plenamente feliz.

Que eu nunca deixe minha esperança ser abalada por palavras pessimistas.

Que a esperança nunca me pareça um "não" que a gente teima em maquiá-lo de verdade e entendê-lo como "sim".

*Quero, um dia, poder dizer às pessoas **que nada foi em vão...***

Que o amor existe, que vale a pena se doar às amizades e que a vida é bela sim, e que eu sempre dei o melhor de mim... E que valeu a pena.

Mário Quintana

AGRADECIMENTO

A Deus, Razão do meu viver. Sem Você a minha existência seria impossível e a vivência destes momentos não se explicaria;

A Antonio de Pádua Castelo Branco, companheiro que sempre me ajudou e incentivou para que lutasse pelos meus objetivos;

A meu filho Rafael Lima Castelo Branco, pela compreensão de minha constante ausência, o típico Adolescente que, em toda construção do trabalho, me influenciou com suas palavras, comportamentos e atitudes, e pelo socorro dado cada vez que o computador “não me compreendia”;

A meu orientador, Dr. Aurélio Molina da Costa, por sua confiança, seriedade, amizade e orientações mais que valiosas;

A meus pais, Jaime Marcelino Lima e Ester Bento de Souza Lima, em quem tudo começou... Faço de minhas conquistas um instrumento de gratidão e reconhecimento por tudo que recebi deles;

A minhas companheiras de trabalho, Fátima Santos e Rosário Silva, por tudo que fizeram por mim, neste mestrado, incentivando em todos os momentos felizes e difíceis;

A minha irmã Antonia Lúcia Lima, que nem sabe ainda, mas vai fazer toda a correção da minha dissertação;

À Diretora da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, da Universidade de Pernambuco, Dr^a. Vera Rejane do Nascimento Gregório, a quem coube viabilizar os procedimentos administrativos que poderiam ter se constituído em dificuldades para a consecução desse mestrado;

Aos meus alunos colaboradores, Igor Figueira, Filipe Sávio e Kássio Antonio Bezerra de Sá, pela participação efetiva na coleta de dados. Foi muito importante a participação de vocês!

Ao Secretário de Educação de Pernambuco, Dr. Mozart Neves Ramos, aos Gerentes das GERES, aos Diretores e aos Professores das Escolas onde foi desenvolvida a pesquisa, pela acolhida e seriedade do vosso trabalho;

Aos Adolescentes, atores principais desta pesquisa, pela participação e desprendimento que tiveram em participar do estudo;

A todos os colegas do Mestrado de Hebiatria, por tudo que vivemos, amizades que formamos, estresses que passamos e vitórias que alcançamos;

A Prof^a. Dr^a. Rute Cândida Pereira, pelo apoio e a credibilidade dada à pesquisa;

A Dr^a. Laís G. Vieira, pelo acolhimento, dedicação, sugestão e contribuição dada nesta pesquisa;

A todos, que contribuíram e participaram desta etapa de minha vida

O meu muito obrigada.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição do total de escolas e de alunos, segundo GERE e turno escolar.....	38
Quadro 2 – Distribuição dos números de alunos que participaram do estudo por GERE e turno escolar	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do Estado de Pernambuco, com destaque para as GERE, por região	37
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das doenças sexualmente transmissíveis de que 1035 adolescentes, alunos de escolas públicas, declararam ter ouvido falar – Recife - 2006	49
Gráfico 2 – Fontes de informações sobre as DST e sexo seguro, independente de sexo e faixa etária, adolescentes de escolas públicas – Recife - 2006	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sócio-demográficas de 1235 alunos de ensino fundamental II e médio de escolas públicas – Recife – Pernambuco – Agosto/Setembro 2006.....	48
Tabela 2 – Distribuição dos comportamentos sexuais de alunos de ensino fundamental II e médio de escolas públicas, segundo sexo – Recife – Pernambuco – Agosto/Setembro 2006.....	51
Tabela 3 – Distribuição dos comportamentos referentes à prática de sexo oral de 596 alunos com início de vida sexual, segundo sexo – Recife – Pernambuco – Agosto/Setembro 2006.....	52
Tabela 4 – Distribuição dos comportamentos referentes à prática de sexo anal de 564 alunos com início de vida sexual, segundo sexo – Recife – Pernambuco – Agosto/Setembro 2006.....	53
Tabela 5 – Distribuição das variáveis de história de vida sexual de 1196 alunos, segundo faixa etária – Recife – Pernambuco – Agosto/Setembro 2006	54
Tabela 6 – Distribuição dos parâmetros de análise multivariada das variáveis com significância estatística na análise bivariada – Recife – Pernambuco – Agosto/Setembro 2006.....	55

RESUMO

Com o objetivo de identificar a adoção de medidas preventivas contra doenças sexualmente transmissíveis e síndrome de imunodeficiência humana adquirida na prática sexual de adolescentes de escolas públicas da cidade do Recife – Pernambuco, foi realizado estudo descritivo, transversal, de abordagem qualiquantitativa, envolvendo 1.235 estudantes do Ensino Fundamental II ou Médio de escolas públicas, na faixa etária de 14 a 19 anos, que se interessaram em participar, respondendo a questionário semi-estruturado, composto por perguntas fechadas e abertas. O tamanho amostral foi estimado por meio do programa Sample X, em 1163 estudantes. A amostragem foi aleatória estratificada por localização e porte das escolas nas Regiões Norte e Sul da cidade. Foram investigadas: prevenção de DST/Aids, vida sexual e prática de sexo oral e anal. Os dados foram analisados com o programa SPSS versão 13.0, empregando-se testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher, em nível de significância de 0,05. Quanto às práticas sexuais, seu início predominou na idade de 13 a 16 anos, com uso de preservativo, e quatro ou mais parceiros, associando sexo vaginal a sexo oral, praticado algumas vezes, e mais raramente, a sexo anal, predominante na faixa etária de 13 a 16 anos, com frequência rara ou de algumas vezes. Cerca de 85% dos adolescentes ouviu falar sobre DST, mas apenas 15,1% enunciaram conceito correto sobre DST. A maioria dos adolescentes declarou ter sido instruída por professores, quanto a DST/Aids e sexo seguro, por amigos sobre sexo seguro e profissionais de saúde, sobre DST/Aids. Predominou orientação heterossexual, mas a homossexualidade, o início de vida sexual precoce e quatro ou mais parceiras entre meninos; assim como uso de condom e parceiro único, entre meninas. A faixa de 17 a 19 anos caracterizou-se por: início de vida sexual mais freqüente, menor uso de preservativo e maior número de parceiros, diferente do grupo de 14 a 16 anos. A prática de sexo oral e de anal foi maior no sexo masculino, na faixa etária de 13 a 16 anos, com frequência de algumas vezes, sem ejaculação na boca. Conclusão: A educação para a vida sexual deve ser dirigida mais à mudança de comportamentos do que simplesmente à informação.

Palavra-chave: Adolescente. Práticas e atitudes sexuais. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis e Aids.

ABSTRACT

Aiming to identify adoption of prevention actions against sexually transmissible diseases and acquired immune deficiency syndrome, on sexual practice of adolescents from public schools Recife city, Pernambuco, Brazil, a descriptive, transversal study with qualitative and quantitative components was conducted, including 1,235 students of Basic II or Medium School of public schools, aging from 14 to 19 years old, who were interested in participating by answering the half-structured questionnaire, composed by closed and open questions. Sample size was estimated by Sample X software as 1,163 students. Sampling was stratified, randomized by schools localization and size, at North and South city Regions. The variables investigated were: prevention of STD/AIDS, sexual life, as well as oral and anal sex. Data were analyzed by SPSS software version 13.0, using Pearson Chi-square and exact Fisher tests, at significance level of 0.05. Sexual practices predominantly began from 13 to 16 years old, with condom use, and four or more partners, associating vaginal sex to oral sex, practiced sometimes, and, more rarely, to anal intercourse, most often at 13 to 16 years old, rating rarely or sometimes. About 85% of adolescents heard about STD, but only 15.1% enunciated correct concept on STD. The majority of adolescents declared to have been instructed by teachers, about STD/AIDS and safe sex, but, by friends, on safe sex, and by health professionals, on STD/AIDS. Heterosexual orientation was the most frequent behavior, although homosexuality, beginning of precocious sexual life and four or more partners were more frequent among boys; as well as condom use and only partner, among girls. Aging from 17 to 19 years old was characterized by: more frequent sexual life beginning, lesser condom use and greater number of partners, different from the 14 to 16 years old group. Oral and anal sex intercourse was more frequent among boys, aging from 13 to 16 years, rating sometimes, and without oral ejaculation. Conclusion: The education for the sexual life must be directed more to change behaviors than to simply give informations.

Key words: Adolescent. sexual Practices and attitudes. Risk factors for sexually transmissible diseases and AIDS.

SUMARIO

LISTA DE QUADROS.....	IX
LISTA DE FIGURAS.....	IX
LISTA DE GRÁFICOS.....	IX
LISTA DE TABELAS.....	X
RESUMO.....	XI
ABSTRACT.....	XII
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 Geral.....	18
2.2 Específicos.....	18
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	19
3.1 Conceitos de adolescência.....	19
3.2 Puberdade.....	21
3.3 A sexualidade e a prática da vida sexual.....	23
3.3.1. FATORES QUE INTERFEREM NA DECISÃO DO ADOLESCENTE PARA INICIAR VIDA SEXUAL.....	25
3.3.2. A PRÁTICA DO SEXO ORAL.....	28
3.3.3. A PRÁTICA DO SEXO ANAL.....	29
3.3.4. USO DO PRESERVATIVO.....	30
3.3.5. CONHECIMENTO SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E Aids.....	31
4. SUJEITOS E MÉTODOS.....	36
4.1 Tipo de estudo.....	36
4.2 Local de estudo.....	36
4.3 População.....	37
4.4 Amostra.....	38
4.4.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	38
4.4.2. CÁLCULO DO TAMANHO AMOSTRAL.....	39
4.5 Variáveis.....	41
4.6 Instrumento de coleta.....	43
4.7 Coleta de dados.....	43
4.8 Processamento e análise dos dados.....	45
4.9 Aspectos éticos.....	45
5. RESULTADOS.....	47
6. DISCUSSÃO.....	56
7. CONCLUSÕES.....	65
8. SUGESTÕES.....	67
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
APÊNDICES.....	73
Apêndice A – Carta de solicitação de autorização ao Secretário de Educação do estado de Pernambuco.....	74
Apêndice B – Carta de solicitação de autorização aos Gerentes Regionais de Educação das Regiões Norte e Sul.....	76
ANEXOS.....	78
Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco.....	79

<i>Anexo B – Ofício de apresentação da pesquisadora pelo Diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco ao Exmo. Sr. Secretário de Educação do estado de Pernambuco.....</i>	<i>81</i>
<i>Anexo C – Aprovação do Secretário de Educação e Cultura do estado de Pernambuco</i>	<i>83</i>
<i>Anexo D – Carta de anuência dos Diretores das escolas sorteadas.....</i>	<i>85</i>
<i>Anexo E – Instrumento de coleta de dados</i>	<i>91</i>

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é o período da vida entre 10 e 19 anos de idade e compreende a pré-adolescência (de 10 a 14 anos de idade) e a adolescência propriamente dita (dos 15 aos 19 anos de idade) (WHO, 2000), mas esse não é o único conceito de adolescência. No Brasil, por exemplo, o Estatuto da Criança e do Adolescente determina que se considere legalmente como adolescente, o indivíduo que se encontra na faixa etária de 12 a 18 anos (MIRANDA; GADELHA; SZWARCOWALD, 2005). A Organização Pan-Americana da Saúde considera a adolescência como um processo primariamente biológico e a juventude como uma categoria que se estende dos 15 aos 24 anos de idade e compreende também duas faixas etárias distintas: 15 a 19 anos e 20 a 24 anos de idade (PAHO, 1985).

Diversas são as definições sobre adolescência, na literatura internacional, pois cada uma aborda a diversidade dessa fase, sob uma ótica diferente. Nas diversas culturas e costumes, há o consenso de referi-la como uma fase de mutação nos aspectos biopsicossociais. É a saída de um mundo de criança, no qual tudo é possível, para um mundo de total modificação abrangendo desde o físico, por isso visível, até as transformações concretas porque vivenciadas, mas invisíveis aos olhos, modificações essas demonstradas em atos e mudanças, muitas vezes inexplicadas, tais como os transtornos de humor, a ebulição hormonal e a cobrança para ser “gente grande”.

De acordo com Landry, Singh e Darroch (2000), a adolescência é um conceito moderno significando o período da vida iniciado na puberdade e que acaba quando o jovem entra no que, culturalmente, se considera a idade adulta (maturidade social ou independência econômica). Na fase da adolescência, o indivíduo se desenvolve física e emocionalmente, inicia-se sexualmente e adota comportamentos influenciados pelo meio sócio-ambiental.

O início da vida sexual habitualmente ocorre sem um planejamento específico e, em alguns casos, a falta de informação e orientação também podem estar presentes. Considerando que a adolescência é uma fase de sensações e

experiências antes completamente desconhecidas, a impulsividade, a curiosidade e o surgimento da “oportunidade” acabam sendo responsáveis pelo início da vida sexual, o que aumenta o risco com relação à exposição às infecções sexualmente transmissíveis (SPEIZER; MAGNANI; COLVIN, 2003).

Miranda, Gadelha e Szwarcwald (2005) chamam a atenção para o quadro de saúde que se desenha no momento em que os aspectos relacionados à sexualidade dos adolescentes ganham relevância, dentre os quais não se pode deixar de citar as elevadas taxas de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo aí a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

A partir de 1981, com a epidemia da infecção pelo HIV (BRITO; CASTILLHO; SZWARCWARD, 2000), o controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST) começa a ser considerado prioritário, pois esse controle e a prevenção representam oportunidades únicas de alcançar uma melhor qualidade da vida sexual das pessoas (MIRANDA; GADELHA; SZWARCWARD, 2005). Tanto na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994, como na revisão, no ano de 1999, os participantes consideram os adolescentes como um grupo especialmente vulnerável, comprometendo-se a fornecer subsídios para a formação e implementação de serviços em saúde sexual e reprodutiva, de boa qualidade e específicos para adolescentes (UNITED NATIONS, 1994, 2001).

Apesar dessa recomendação internacional e da criação do Programa de Saúde do Adolescente, no Brasil, em 1989, assim como em outros países em desenvolvimento, Speizer, Magnani e Colvin (2003), numa revisão sistemática de 41 artigos publicados em revistas internacionais, entre 1995 e 2001, identificam que os programas de saúde destinados aos adolescentes não têm sido eficazes para reduzir sua exposição aos riscos de infecção por DST. Os autores alertam que é necessário sempre considerar que os adolescentes são muito vulneráveis à influência da família, da escola, da comunidade e dos diversos níveis sociais com quem têm contato. Assim, se os programas disseminarem informações corretas para todos esses elementos, eles poderão atuar como seus fatores de proteção.

Taquette *et al.*, em 2005, ao estudarem as características sociais e comportamentais da adolescência quanto às doenças sexualmente transmissíveis, referem que as infecções por DST nesse grupo são preocupantes por três motivos. A incidência e a prevalência são crescentes ao longo do tempo apesar de serem

sub-notificadas porque, salvo HIV e sífilis, não são de notificação compulsória; as infecções podem comprometer a vida sexual e reprodutiva desses jovens porque os expõem a uretrites, salpingites e, a longo prazo, gravidez ectópica ou câncer de colo de útero, além de aumentarem a chance de infecção pelo HIV. A isso se associa o pensamento abstrato que os faz se perceberem invulneráveis, se expondo a riscos, sem prever suas consequências.

Considerando que a sexualidade é um fenômeno socialmente construído, caracterizado por um conjunto de leis, costumes, regras e normas, variáveis no tempo e no espaço, também a maneira pela qual as identidades sexuais são formadas e transformadas em relações de poder e denominação, pode moldar e estruturar as interações sexuais, é importante conhecer a massa crítica que o adolescente domina sobre DST/Aids para programar o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para a prevenção (ANDRADE *et al.*, 2007).

Pelo fato de trabalhar na coordenação de curso técnico, cuja clientela é constituída principalmente por adolescentes, foi possível identificar e encaminhar para tratamento diversos casos de infecção por DST e um caso de infecção por HIV, do que derivou a reflexão sobre os motivos que fazem com que esse grupo se exponha tão facilmente às DST/Aids. O estudo de publicações nacionais e internacionais permitiu identificar a importância do domínio da informação adequada, já que o acesso a essa informação, nos dias de hoje, é muito facilitado. Nessa linha de raciocínio pareceu plausível supor que adolescentes estudantes poderiam dominar um conhecimento sobre DST/Aids que atuasse como motivador para a prática de condutas preventivas, em sua vida sexual. Esse foi o motivo da escolha do tema.

A identificação e caracterização do conhecimento efetivamente assimilado e vivenciado por adolescentes estudantes poderão contribuir para o redirecionamento de políticas públicas, voltadas para esta população, por meio de ações educativas e prevenção primária. Poderão também auxiliar os componentes do entorno social dos adolescentes a atuar efetivamente como fatores de proteção, caso possam identificar como o adolescente se conduz, na prática sexual, em relação ao cuidado que dispensa a si mesmo e aos seus parceiros sexuais.

A presente pesquisa também irá contribuir para um trabalho de coordenação de curso profissionalizante com clientela de adolescentes que possa

contemplar atividades de reflexão e de discussão das práticas sexuais preventivas, desmistificando o pensamento abstrato da invulnerabilidade e a apropriação do conhecimento, que é o objetivo último da educação.

A presente dissertação está dividida em dois capítulos. No primeiro, fez-se uma revisão da literatura sobre a maturação e as práticas sexuais do adolescente, com ênfase no risco de infecção por DST/Aids.

No segundo capítulo, são apresentados os dados de uma pesquisa envolvendo 1.235 adolescentes, alunos de escolas públicas da cidade do Recife, com o objetivo de identificar a adoção de medidas preventivas contra doenças sexualmente transmissíveis e síndrome de imunodeficiência humana adquirida na prática sexual.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar as práticas sexuais e a adoção de medidas de sexo seguro de adolescentes de escolas públicas da cidade do Recife - Pernambuco.

2.2 Específicos

- Caracterizar as práticas sexuais dos adolescentes de escolas públicas da cidade do Recife – Pernambuco;
- Identificar as medidas preventivas contra DST/Aids adotadas pelos adolescentes de escolas públicas da cidade do Recife – Pernambuco;
- Descrever a fonte de informação sobre o sexo seguro e sobre DST/Aids;
- Comparar as práticas sexuais dos adolescentes de escolas públicas da cidade do Recife – Pernambuco, segundo faixa etária e sexo;
- Comparar a prática de sexo oral dos adolescentes de escolas públicas da cidade do Recife – Pernambuco, de acordo com sexo;
- Comparar a prática de sexo anal dos adolescentes de escolas públicas da cidade do Recife – Pernambuco, segundo sexo.

3. REVISÃO DA LITERATURA

O estudo das práticas sexuais entre adolescentes requer que se estabeleçam a conceituação de adolescência, de sexualidade e de maturação sexual, que servirão de base para a abordagem dessas práticas.

3.1 Conceitos de adolescência

O conceito de adolescência surge com a industrialização e a formação das grandes cidades, no Século XVII, quando a educação de jovens sobre o aprendizado da vida, que antes era tarefa de responsabilidade única e exclusiva da família e da comunidade, passa a ser função básica da escola. Ao deixar o âmbito privado da família, a adolescência passa a demandar políticas públicas específicas (CAVASIN, 2004).

Borges e Schor (2005) enfatizam que os conceitos de adolescência apresentam-se, na literatura, sob uma grande diversidade e com múltiplos enfoques, caracterizando-se também como uma noção histórica determinada. Assim a adolescência é referida a um período de tempo, no processo evolutivo do indivíduo, período esse marcado não só pela idade cronológica, mas também por processos biológicos e socioculturais, que constituem tanto as particularidades individuais quanto as de grupos sociais de uma determinada sociedade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência como o período de 10 a 20 anos de idade e o subdivide em adolescência inicial, dos 10 aos 14 anos de idade, e adolescência final, dos 15 aos 20 anos de idade (WHO, 2000).

No Brasil, no início da década de 1980, a infância e a adolescência ganham espaço na mídia escrita, falada e televisiva, devido ao estado de deterioração das condições de vida desse importante segmento da população brasileira, particularmente da pobre. Surgem movimentos sociais e representantes do poder público começam a se mobilizar para estabelecer uma nova postura da sociedade brasileira em relação à infância e à adolescência. O primeiro resultado é a

inclusão do Artigo 227 na Constituição Brasileira, de 1988, no qual o cuidar da infância e da adolescência é estabelecido como dever da família, da sociedade e do Estado, com prioridade absoluta (BRASIL, 2005). O segundo impacto vem, em 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que define que todas as crianças e adolescentes têm direito à proteção integral, e que são sujeitos com direitos especiais por estarem em processo de desenvolvimento, considerando adolescente o indivíduo na faixa etária de 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

A adolescência, considerada como o período entre a pubescência e a maturidade física (DE BEM, 2003), ou como aquele que se situa entre a infância e a maturidade (BOCHNER, 2006), recebe várias subdivisões, de acordo com o objetivo de cada estudo. Mais que uma fase de transição, a adolescência, que dura aproximadamente uma década, é um período importante do ciclo da vida durante o qual ocorrem grandes transformações biológicas, psicológicas e sociais (BOCHNER, 2006). É possível que seja o período mais intenso de todo o ciclo da vida (DE BEM, 2003). Ela caracteriza-se por alterações morfológicas e fisiológicas complexas, envolvendo um período crítico para a execução de propostas que visem à preservação dos aspectos relacionados à saúde, nutrição, atividade física e condições sociais adequadas que representam elementos fundamentais para o processo de crescimento e desenvolvimento (ALVES *et al.*, 2000).

Contrariando as imprecisões populares de que a adolescência constitui um período claramente demarcado, há muita disparidade de pontos de vista quanto ao seu início e término, além do que há toda uma contextualização sobre a adolescência enquanto processo social.

Para Ramos, Pereira e Rocha (2001), a adolescência é parte inexorável do processo do viver humano-social. O adolescer, assim como o nascer, o envelhecer e o morrer, se dá em sociedades concretas, em determinadas condições de existência e para além das diferenças individuais. O viver humano é marcado pelo seu tempo e espaço, pelas possibilidades socialmente criadas para a humanidade em geral e para cada ser, em particular, em face de suas também mutáveis necessidades, as quais, no caso do adolescente, são dependentes da influência de seu grupo social e das exigências de beleza e de comportamento ditados pela mídia. Em sociedades marcadas pela desigualdade, ou melhor, em sociedades que não cessam de inventar novas formas de exclusão, os modos com

que se expressam a complexidade e a diversidade do processo adollescere evidenciam o enorme desafio (RAMOS, PEREIRA; ROCHA, 2001).

O adollescere, enquanto processo social, se acompanha da puberdade, como processo fisiológico hormônio-dependente.

3.2 Puberdade

Os fenômenos puberdade e adolescência não podem ser estudados isoladamente. Segundo Ferriani e Santos (2001), a puberdade corresponde às modificações biológicas, e a adolescência, às transformações biopsicossociais em que estas se inserem. O conceito de puberdade está relacionado aos aspectos físicos e biológicos do indivíduo, iniciando-se por volta dos nove ou 10 anos de idade, quando a criança perde o medo infantil e sente as primeiras modificações corporais. É comum para o sexo masculino e para o sexo feminino uma variabilidade individual dos fenômenos pubertários, tanto em relação ao seu momento inicial, como em relação ao ritmo de sua progressão. Adolescentes da mesma idade podem estar em fases diferentes da puberdade, assim como adolescentes, que a iniciam com a mesma idade, podem chegar ao término em idades diferentes (GOMES *et al.*, 2002).

É na puberdade que acontece a maturação sexual, a qual implica em modificações morfofuncionais, secundárias a alterações endócrinas, neurológicas e fisiológicas que preparam o adolescente para a vida reprodutiva. A avaliação dessas alterações só é sistematizada na década de 1960, por Tanner, como resultado dos estudos realizados em seu Serviço de Crescimento Humano, na Inglaterra (FERRIANI; SANTOS, 2001). O sistema consiste em um conjunto de fotografias com as quais é classificado o estágio de desenvolvimento do adolescente, com base na distribuição dos pêlos pubianos, em ambos os sexos, no desenvolvimento mamário, nas meninas, e no desenvolvimento dos genitais, em meninos (DUARTE, 1993).

Além de sistematizar a avaliação do desenvolvimento pubertário, o crescimento passa a ter um caráter global, ao ser considerado como a somatória de fenômenos celulares, bioquímicos, biofísicos e morfogenéticos, cuja integração é

feita segundo um plano predeterminado pela herança e modificado pelo ambiente (TANNER, 1981).

Entre as mudanças biológicas da puberdade, Duarte (1993) enfatiza a importância da observação de outras características secundárias como a presença ou não de pêlos axilares, em ambos os sexos, a presença de pêlos faciais, a mudança de voz, o volume dos testículos, bem como a oigarca (primeira ejaculação), nos meninos, e a menarca (primeira menstruação), nas meninas. Papalaia e Olds (2000) chamam a atenção para o rápido crescimento observado nesses adolescentes em estatura e peso corporal, assim como nas mudanças da proporção e da forma do corpo, e enfatiza que essas mudanças físicas dramáticas são partes de um complexo processo de maturação, que inicia antes mesmo do nascimento, com reflexos psicológicos que prosseguem até a idade adulta.

Nas meninas, os ovários aumentam a produção do hormônio feminino, estrogênio, o qual estimula o crescimento dos órgãos genitais femininos e o desenvolvimento das mamas. Ocorre a menarca, por volta dos 12,5 anos de idade ou em idades diferentes, conforme os fatores genéticos, físicos, emocionais e ambientais que influenciam esse episódio. Nos meninos, os testículos aumentam a produção de andrógenos, principalmente a testosterona, a qual estimula o crescimento dos genitais e dos pêlos pubianos (DE BEM, 2003) Essas modificações hormonais podem atuar no sistema emocional e provocar maior emotividade, episódios de mau humor, explosão de alegria ou de desânimo, assim como comportamento agressivo e depressão (PAPALAIA; OLDS, 2000).

O estudo do crescimento da criança é hoje, fundamentalmente, antropológico e, como tal, não considera o indivíduo objeto de estudo como mero padrão estático no tempo e no espaço, mas trata de pôr em destaque suas diferenças, procurando averiguar o significado biopsicossocial de cada grupo quanto à sexualidade e a adequabilidade do início da vida sexual (FERRIANI; SANTOS 2001).

3.3 A sexualidade e a prática da vida sexual

Os pioneiros do estudo da sexologia são os filósofos gregos Hipócrates, Platão e Aristóteles. No século V, a.C., fizeram exaustivas observações e elaboraram as primeiras teorias relativas a disfunções sexuais, reprodução e contracepção, aborto, legislação sexual e ética sexual, mas por isso foram perseguidos, tiveram seus estudos destruídos e sofreram ameaças de morte. É somente a partir da Segunda Guerra Mundial que a sexologia experimenta sensível avanço, destacando-se como marco importante, Alfred C. Kinsey, que desenvolve, em 1948, uma pesquisa de base populacional, sobre o comportamento sexual masculino nos Estados Unidos e, em 1953, sobre o comportamento feminino (KINSEY; POMEROY; MARTIN, 2003).

A partir de então, iniciam-se os estudos sobre sexualidade que, segundo a OMS, apresentam como principal dificuldade a sua conceituação. A OMS considera difícil definir sexualidade do ponto de vista real, porque isso envolve um processo de abstração, influenciado pelo contexto sócio-cultural e histórico no qual a definição é construída. No entanto alerta que deve ser bem diferenciada de sexo, considerado como um ato, a categoria em que uma pessoa se insere, uma prática ou um gênero (WHO, 2000).

Por esse motivo, para que se possa estudar a adequabilidade do início de vida sexual de adolescentes, é preciso expor o conceito de sexo, sexualidade e vida sexual, que se admitem no presente trabalho, porque servirão de base para a análise a ser apresentada.

A OMS (WHO, 2000) enuncia três conceitos básicos, que aconselha sejam adotados em estudos envolvendo saúde sexual:

- Sexo – a soma de características biológicas que definem o espectro de humanos como femininos e masculinos;
- Sexualidade – a dimensão central dos seres humanos, que inclui sexo, gênero, identidade de sexo e gênero, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocionais ou amor e reprodução. É experimentada e expressada por pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, regras e relacionamentos. É o resultado da inter-relação de fatores biológicos,

psicológicos, socioeconômicos, culturais, éticos e religiosos ou espirituais. Assim sendo, a sexualidade é experimentada e expressada por tudo o que somos, sentimos, pensamos ou fazemos.

- Saúde sexual – é a experiência do desenvolvimento do processo de bem-estar físico, psicológico e sócio-cultural relacionado à sexualidade. Não é apenas a ausência de disfunção ou doença ou, ainda, enfermidade. Para obter saúde sexual, é necessário que o indivíduo perceba que seus direitos sexuais são reconhecidos e respeitados, assim como é necessária uma vivência social e individual, harmoniosa e enriquecedora, para a expressão livre e responsável das capacidades sexuais.

Sexualidade é a atividade, a expressão, a disposição ou o potencial dos impulsos sexuais do indivíduo. Simples e ao mesmo tempo complexa, a sexualidade envolve tudo o que cerca o indivíduo. Ela o acompanha por toda a vida e não se restringe apenas aos órgãos genitais, pois pode ser percebida até mesmo em um simples olhar (MANDÚ, 2001).

Entre as experiências corporais, emocionais, afetivas e amorosas que ocorrem no processo do desenvolvimento da sexualidade na adolescência, a primeira relação sexual é considerada um marco. Mesmo não estando mais relacionadas apenas ao matrimônio ou à reprodução, as práticas sexuais são descritas como muito dinâmicas, pelas suas constantes transformações, podendo acarretar impacto importante na vida dos adolescentes (BORGES; SCHOR, 2005).

Um dos aspectos que tem sido priorizado nas pesquisas sobre sexualidade de adolescentes é o início da vida sexual. Embora não se tenha localizado qualquer trabalho que discorresse especificamente sobre a adequabilidade da faixa etária para esse início, pesquisas realizadas no Brasil, com jovens de 18 a 24 anos de idade (TEIXEIRA *et al.*, 2006), na Inglaterra, em estudo de base populacional do período de 1990 a 2000 (ADLER, 2003), e no Sudeste da África, entre adolescentes na faixa etária de 13 a 19 anos (ZWANE *et al.*, 2004) definem uma classificação. Consideram precoce a primeira relação sexual antes dos 14 anos para o sexo masculino e dos 15 anos, para o feminino; adequada, quando

ocorrendo entre 15 a 16 anos para meninos e 16 a 17 anos, para meninas, e tardia, quando após os 17 anos para rapazes e 18 anos, para moças.

Embora, do ponto de vista de maturação biológica e fisiológica, se possa argumentar a existência de uma idade mais adequada para a iniciação sexual, na prática, não se têm priorizado estudos nesse sentido. No entanto parece haver consenso quanto a se considerar que o desenvolvimento das práticas sexuais, como componente de uma vida sexual saudável, requer que o adolescente detenha as informações relacionadas ao crescimento e ao desenvolvimento biopsicossocial e sexual, tão necessários à construção da identidade psicossocial. Apesar de todo o desenvolvimento sociocultural e tecnológico do Século XX, tais informações não têm sido acessíveis à maior parte dos adolescentes, o que se comprova pelos altos índices de desinformação sobre diferentes aspectos. Dentre esses aspectos, estão: o mecanismo de funcionamento do corpo na puberdade, a maturação sexual, as vivências e os conflitos decorrentes do crescimento e da sexualidade (BALDWIN; BALDWIN, 2000; EDGARDH, 2000; SIECUS, 2003).

A importância das informações é que, de modo geral, quando adolescentes têm conhecimento das mudanças biopsicossociais pelas quais estão passando, valorizam e adotam hábitos saudáveis. Ao serem responsabilizados pela preservação de sua saúde, percebem-se como elemento importante e transformador da realidade na qual estão inseridos, conhecedores de direitos e deveres e em condições de participar como sujeitos ativos na construção de sua vida sexual e da saúde coletiva (GOMES *et al.*, 2002).

A construção da vida sexual envolve aspectos que vão desde a decisão de ter o primeiro coito, perpassando as práticas sexuais e, como consequência, os riscos a que aceita estar exposto, dentre os quais incluem-se as infecções por doenças sexualmente transmissíveis.

3.3.1. Fatores que interferem na decisão do adolescente para iniciar vida sexual

As diferenças na iniciação sexual de homens e mulheres têm sido descritas em estudos populacionais, entretanto são os que tomam como categoria

de análise as relações de gênero os que mais apreendem a diversidade e complexidade das trajetórias sexuais de homens e mulheres. A perspectiva de gênero recomenda que as diferenças entre os sexos não devem ser naturalizadas e as considera como consequência de uma construção social e cultural dos significados do que é ser homem e o que é ser mulher, das hierarquias e das relações de poder, em cada tempo, espaço e grupo social (BORGES; SHOR, 2005).

Dentre os fatores que parecem interferir sobre a decisão do adolescente em iniciar a vida sexual, assim como os riscos a que aceita se submeter, estão: pressão dos pares, tipo de parceiro da primeira relação sexual, estrutura familiar e qualidade da informação sobre sexualidade.

Segundo Moreira e Juarez (2004), pelo fato de a adolescência, enquanto um período de busca de afirmação da individualidade, se constituir numa fase de progressivo afastamento da tutela familiar e de aproximação de iguais, os adolescentes são muito sensíveis às pressões de seus pares também no que se refere ao início da vida sexual. O desejo de ser aceito pelo grupo e de conformar-se ao comportamento do grupo, ou de buscá-lo para se sentir confortável quanto ao comportamento adotado ou desejado, reafirma a importância dos pares na decisão do adolescente. Assim, ter amigas ou amigos sexualmente ativos é fator que contribui para uma iniciação sexual mais precoce, principalmente para adolescentes menores de 16 anos de idade (ROSENTHAL *et al.*, 2001), assim como interfere, posteriormente, no número de parceiros sexuais (ADLER, 2003).

Um estudo desenvolvido na Inglaterra, envolvendo adolescentes atendidos no sistema de saúde no período de 1990 a 2000, indica que a redução na idade ao primeiro coito associa-se a um número maior de parceiros sexuais, principalmente para adolescentes do sexo feminino (ADLER, 2003). Teixeira *et al.* (2006) detalham essa relação, ao indicarem que, para o sexo feminino, o aumento do número de parceiros associa-se à redução do uso de preservativo, diferente do que ocorre no sexo masculino.

Quanto ao tipo de parceiro da primeira relação sexual, os estudos têm indicado que essa decisão envolve negociações de idade, negociações estas que estão impregnadas de sonhos e encantamentos em relações que elevam a auto-estima, do que deriva a iniciação sexual com parceiro fixo, amigo ou namorado (ROSENTHAL *et al.*, 2001; ZWANE; MNGADI; NXUMALO, 2004). No entanto a

decisão pode ser passiva, quando envolve relações de poder, muitas vezes, não sendo da livre escolha do parceiro a relação sexual, principalmente quando há diferença de idade maior que três anos (EDGARDH, 2000).

De acordo com Moreira e Juarez (2004), atributos individuais e familiares afetam a decisão sobre a iniciação sexual. Adolescentes mais velhos, na escola, membros de famílias estruturadas, com mais alto nível de auto-estima e grau de controle, tendem a se iniciar sexualmente mais tarde. Saito e Leal (2003) concordam com este pensamento quando afirmam que a orientação sexual é um trabalho educativo que se expande muito além do fornecimento de informações e conhecimentos sobre saúde reprodutiva. É um processo que envolve o resgate do indivíduo, a promoção da auto-estima e a conscientização dos riscos vivenciados, pois somente dessa maneira estabelece-se uma postura saudável frente à vida sexual.

Namoros precoces, principalmente os praticados por aqueles que preferem o namoro “firme”, constituem bases para as experiências sexuais dos adolescentes e, assim, para a iniciação precoce. Da mesma forma, o uso precoce de drogas, bebidas e fumo sinalizam iniciação sexual precoce, e tendem a ocorrer com mais frequência entre adolescentes, em cujo núcleo familiar houve separação dos pais. Tais domicílios podem estar a indicar níveis familiares de renda mais baixos, menor supervisão dos pais, menor escolaridade dos pais e ambiente familiar menos acolhedor, facilitadores da iniciação sexual precoce (MOREIRA; JUAREZ, 2004).

A maioria dos estudos sobre início de relação sexual entre adolescentes referem-se à prática do sexo vaginal pelo risco de gravidez indesejada ou precoce (BORGES; NICHATA; SCHOR, 2006; MANDÚ, 2001; MIRANDA; GADELHA; SZWARCOWALD, 2005; TAQUETTE *et al.*, 2005; TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004; TEIXEIRA *et al.*, 2006). No entanto essa prática não se restringe ao sexo vaginal, mas deve incluir o sexo oral e o anal, porque são vivenciados pelos adolescentes e se constituem em temas pouco abordados (BALDWIN; BALDWIN, 2000; COLVIN, 2003; FUNARI, 2003; REMEZ, 2000; SIECUS, 2003; SPEIZER; MAGNANI; STONE *et al.*, 2006).

3.3.2. A prática do sexo oral

O sexo oral nem sempre é percebido como prática sexual propriamente dita, ainda que em muitas comunidades represente uma das primeiras experiências sexuais entre jovens que se identificam como não sendo sexualmente ativos (REMEZ, 2000).

Existem evidências científicas suficientes para se considerar que o sexo oral pode ser uma via de transmissão para o HIV, entretanto os estudos conduzidos até 2006 não fornecem respostas precisas com respeito à quantificação e qualificação desse risco, pois os relatos de caso de transmissão oral não especificam o tipo de contato. Mesmo assim as evidências sugerem que existe um significativo risco de soroconversão associado ao sexo oral (FUNARI, 2003).

É razoável supor que o sexo oral receptivo com ejaculação na boca, oriunda de um parceiro infectado pelo HIV, envolve exposição a uma grande quantidade de vírus. Ao lado dos diversos relatos da transmissão do HIV associada a sexo oral receptivo, existem também relatos via sexo oral insertivo, assim como associados à *cunnilingus* (REMEZ, 2000). As evidências sugerem que o sexo oral parece ser a forma menos arriscada para a transmissão do HIV (DILLON *et al.*, 2000). No entanto parcerias homossexuais e heterossexuais realizam sexo oral conjuntamente com sexo genital e, assim, não é possível comparar os riscos desses dois tipos de atividade sexual. Isoladamente, o risco da transmissão pelo sexo oral pode ser aumentado na vigência de inflamação ou ulceração na boca, na vagina ou no ânus (FUNARI, 2003).

Remez (2000), investigando a prática de sexo oral entre adolescentes americanos para questionar tratar-se de abstinência sexual ou de prática sexual, já que esses adolescentes consideram-se e são considerados sexualmente virgens, afirma que o sexo oral oferece riscos não mensuráveis. Diferente do que ocorre em relação à infecção por HIV, dentre as doenças sexualmente transmissíveis, com possibilidade de infecção por sexo oral estão viroses, como papiloma vírus humano, *Herpes simplex* e hepatite B, e infecções bacterianas, como gonorréia, sífilis, clamídia e cancro. Apesar disso a prevalência das infecções pela via oral é desconhecida porque os profissionais de saúde não questionam essa prática sexual

ou os adolescentes omitem-na por considerarem ilegal, ilícita ou mesmo recriminável (STONE *et al.*, 2006).

3.3.3. *A prática do sexo anal*

O sexo anal, também denominado sexo anogenital, sodomia, pedicação, coito retal ou coito anal, consiste na penetração do pênis no ânus, podendo ser praticado por homens ou por pessoas de sexos diferentes. O ânus tem função sexológica porque, sendo rico em terminações nervosas, é extremamente sensível a toques eróticos, mas, como o reto não tem a mesma elasticidade e lubrificação da vagina, a penetração anal requer cuidados e técnicas especiais, o que se constitui em risco potencial de lesões que aumentam a chance de infecção por doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV (ZWANE; MNGADI; NXUMALO, 2004).

A maioria dos artigos que aborda a prática de sexo anal tem como focos de atenção a relação homossexual masculina entre adultos e a disseminação da infecção por HIV, entretanto, na literatura consultada, apenas dois artigos abordam o sexo anal enquanto prática sexual de adolescentes não contaminados por HIV (BALDWIN; BALDWIN, 2000; SANTELLI *et al.*, 2006).

Esses autores contextualizam a prática do sexo anal entre adolescentes como forma de: evitar uma gestação indesejada, manter a virgindade feminina (denominada virgindade técnica, porque não há ruptura himenal, mas também não há a inexperiência sexual completa), obter maior número de parceiras sexuais ou experimentar outros métodos de obter prazer sexual, mesmo se expondo a um risco maior de infecção pelo HIV (BALDWIN; BALDWIN, 2000; SANTELLI *et al.*, 2006).

Baldwin e Balwin (2000), em pesquisa envolvendo 893 estudantes com idade de 18 a 25 anos, identificam, dentre aqueles na faixa etária de 18 a 20 anos, maior prevalência de infecção por DST, uso menos freqüente de condom e menor conhecimento das formas de infecção por DST e HIV/Aids, quando comparados aos que não referem a prática do sexo anal.

Santelli *et al.* (2006), em artigo de revisão sobre a validade da abstinência sexual ou abstinência até o casamento como método de prevenção se DST e HIV/Aids, questionam o significado social de abstinência sexual entre adolescentes. Apontam que abstinência sexual, do ponto de vista epidemiológico, não pode ser encarada apenas como a ausência de sexo vaginal, pois que principalmente a prática de sexo anal expõe o adolescente a um alto risco de infecção por HIV. Por outro lado, argumentam que a melhor prática preventiva consiste na conscientização do adolescente quanto aos riscos de infecção por DST e HIV/Aids, ou seja, na formação de uma massa crítica que passe a orientar as práticas sexuais desses indivíduos, fazendo com que se tornem cidadãos responsáveis pela saúde pública em geral.

3.3.4. *Uso do preservativo*

Nos países desenvolvidos, em especial na França, os programas de saúde realizados para reduzir o risco de infecção pelo HIV provocaram uma mudança profunda na sexualidade da juventude. Houve um aumento notável da utilização do preservativo, especialmente no início da vida sexual, entretanto essa modificação social esteve diretamente relacionada ao nível de conhecimento dos jovens sobre DST, diferente do que ocorre nos países em desenvolvimento (SPEIZER; MAGNANI; COLVIN, 2003).

Taquette *et al.* (2005), ao realizar pesquisa envolvendo 251 adolescentes, do sexo feminino, sendo 161 sexualmente ativas (31,1% portadoras de DST e 33,1% sem DST) e 35,8% ainda virgens, identifica que 19,7% daquelas portadoras de DST e 41% das não portadoras usaram condom na última relação sexual. Com esses dados, concluem que o preservativo é muito pouco usado pelos jovens e a não utilização significa correr risco de engravidar sem querer ou sem poder, de ficar doente e até morrer. A autora entende que a tranquilidade e a garantia decorrentes de seu uso podem resultar em um ganho semelhante ao que a pílula anticoncepcional trouxe ao seu surgimento.

Martins *et al.* (2006), em pesquisa envolvendo 1.594 adolescentes com idade entre 12 a 19 anos, alunos de três escolas públicas e cinco privadas, referem

uso de preservativo por 78% dos alunos de escolas privadas (sendo 78% na primeira relação sexual e 76%, na última relação) e 69,8%, nas públicas (sendo 62,7% e 65,7%, respectivamente na primeira e na última relação sexual).

De acordo com Silva *et al.* (2002), as oficinas sobre sexo seguro são sempre bem recebidas por jovens, quando constituem oportunidade de conseguir preservativos. Em geral, os jovens conhecem o preservativo masculino, mas não sabem usá-lo corretamente, embora afirmem saber. Outra queixa comum, em relação ao uso de preservativo, apontada por 37% dos participantes do estudo, diz respeito à perda de sensibilidade: 76% afirmam que o sexo não é igual quando feito com camisinha e 40% declaram medo de usar e ter problemas como o rompimento do preservativo.

Widdice *et al.* (2006), entrevistando 416 adolescentes com idade média de $14,6 \pm 0,46$ anos, sobre os benefícios e prejuízos do uso do condom, identificam que o principal ganho em usá-lo é evitar a gravidez indesejada, referido por 80,2% dos adolescentes, enquanto que a prevenção de DST/HIV só é reconhecida por 42%. Dentre os prejuízos, estão a perda de uma amizade ou de um parceiro sexual e a redução do prazer. Os autores concluíram que o resultado mais importante da pesquisa foi a identificação de que o sexo feminino associa o uso do condom à preservação da saúde, enquanto que o masculino, ao prazer sexual, exclusivamente, não fazendo qualquer menção à relação do uso do condom como decisão partilhada pelos parceiros sexuais. Referem-no apenas como decisão pessoal e os autores consideram isso um risco para a saúde pública, na medida em que, apesar de receberem orientação sexual, não a percebem como sua responsabilidade, mas apenas como dever alheio.

As políticas de educação para saúde têm priorizado o uso do condom como forma de prevenção das DST, o que parece não ter a resposta social esperada entre adolescentes.

3.3.5. *Conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids*

A maior parte das pesquisas sobre DST/Aids, envolvendo adolescentes, tem priorizado a história de infecção, enfatizando a importância da doença numa população jovem, ainda em formação e, portanto mais exposta a

conseqüências que se manifestam em longo prazo. No entanto, no entender de Upchurch *et al.* (2004), é necessário que as pesquisas sejam direcionadas à motivação dos adolescentes em correr o risco de se infectarem por doenças sexualmente transmissíveis, porque é essa resposta que deverá guiar as campanhas de prevenção. Esses autores consideram fundamental questionar aos adolescentes o quanto julgam saber sobre DST/Aids, avaliando também a influência da família, dos amigos e da escola na formação disso que consideram conhecimento, ainda que sejam informações incorretas, porque é com base nessas informações que pautarão suas condutas preventivas.

Dentre 58 artigos pesquisados, apenas 15 abordam o conhecimento dos adolescentes sobre DST/Aids e a forma como esse conhecimento se traduz nas práticas sexuais.

Estudo realizado, em 2000, por Edgardh, na Suécia, indica que o conhecimento sobre DST/Aids é insuficiente para estimular condutas preventivas, quando a idade à coitarca é menor que 15 anos, para ambos os sexos. Embora a autora não detalhe o percentual de adolescentes que expressa conceitos errados sobre as formas de contágio de DST, explica que o início sexual mais precoce se associa a uma baixa percepção de risco e das conseqüências negativas que as infecções podem causar na vida do adolescente.

Fernandes *et al.* (2000), ao investigarem 249 mulheres atendidas na rede básica de saúde na cidade de Campinas, São Paulo, relatam que mais da metade da população estudada expôs não saber de qualquer sintoma que uma DST pode causar, apesar disso 14% delas referem o nome de alguma dessas infecções e um quarto delas cita sintomas locais, como leucorréia e dor pélvica. Os autores referem que o grau de conhecimento sobre DST se relaciona inversamente com a idade, tendo as adolescentes mais informações que as mulheres com mais de 40 anos de idade e, apesar disso, metade das mulheres menores de 19 anos e dois terços das acima de 30 anos não tinham idéia do que fosse DST. No entanto não analisam as causas dessa desinformação.

Gubhaju (2002), ao pesquisar a saúde reprodutiva dos adolescentes na Ásia, afirma que o grau de conhecimento sobre DST/Aids é escasso e insuficiente para motivar condutas preventivas e atribui esse fato à falta de informação correta, assim como a conceitos e crenças locais, distorcidas, que levam a decisões que

podem resultar em infecções sexualmente transmissíveis. O autor ressalta que, mesmo considerando as diferenças culturais entre adolescentes asiáticos e ocidentais, o pensamento abstrato de que não usar preservativo em uma única relação sexual não significa risco de DST, parece predominar em ambas as culturas. Aconselha ainda que as campanhas de educação para a saúde reprodutiva não devem enfatizar tanto o uso do preservativo para impedir gravidez indesejada, mas, sim, priorizar o risco a que se expõem os jovens.

Silva *et al.* (2002), avaliando o grau de conhecimento de 25 adolescentes, jogadores de futebol, ao contrário que se esperava, à exceção de gonorréia e de Aids, o grupo não mostra conhecimento sobre outras DST e mesmo alguns desses jovens afirmaram nunca ter ouvido falar de outras infecções sexualmente transmissíveis além das duas referidas. Nesse grupo, para quem o padrão de saúde determina a qualidade do desempenho profissional e, por isso, era de esperar que tivesse maior cuidado quanto às infecções, os autores atribuem a falta de conhecimento à pouca abordagem dessas doenças nas escolas e na mídia, ao contrário da Aids, que tem sido enfatizada constantemente.

Grimberg (2002) aborda o conhecimento sobre DST e Aids do ponto de vista antropológico de gênero, numa análise qualitativa, envolvendo 60 jovens de 15 a 28 anos de idade. Atribui a iniciação sexual, incluindo o cuidado sexual e sua vinculação com as representações sobre o problema da Aids, à concepção que os adolescentes têm sobre sexualidade. Entendem-na como processo de desejo e prazer e de mobilidade do desejo sexual, o que promove a perda da noção de risco à saúde e a coloca num complexo multidimensional de processos de diversas ordens e níveis, dentro da cultura sexual. Dessa forma, o conhecimento sobre DST e Aids não é percebido como algo necessário para a vivência sexual, mas como uma cultura que é imposta pela sociedade, mas não determina qualquer comportamento sexual.

Diferente do que relata Gubhaju (2002), na Ásia, a pesquisa do *Sexuality Information and Education Council of the United States* (SIECUS), realizada em 2003, demonstra que o problema da falta de conhecimento sobre DST/Aids não se restringe à falta de informação ou de divulgação. No entanto concorda com a opinião de Grimberg (2002) quanto à ação de outros fatores a dificultar a apropriação desse conhecimento. O estudo SIECUS, investigando 1.600

jovens, com idade de 13 a 24 anos, sobre DST/Aids, contracepção e uso do condom, identifica que, dentre os adolescentes de 15 a 17 anos, 19% desconhecem o sexo oral como via de transmissão; 60% referem que as DST oferecem risco de câncer, 33% que as DST aumentam o risco de infecção por HIV e 24%, que há aumento do risco de infertilidade por DST. O mais grave, no entanto, são os achados de que, nessa faixa etária: 20% concordam que a infecção só pode ocorrer se houver sintomas, 12% que as DST só oferecem risco de contágio quando o número de parceiros sexuais é grande e 10% julgam que DST não é assunto com que os jovens devam se preocupar.

Pesquisa realizada em dez escolas do Rio de Janeiro, envolvendo 945 estudantes de 13 a 21 anos de idade, mostra que, embora 94% reconheçam a proteção que o uso do preservativo confere, apenas 34% declaram usá-lo sempre, associando-se esse comportamento de risco ao baixo grau de conhecimento sobre DST e à baixa renda familiar. Com base nesses resultados, a pesquisa recomenda que os programas educacionais devem priorizar o comportamento mais do que a transmissão da informação, porque esta não se mostra efetiva na adoção de condutas de prevenção (TRAJMAN *et al.*, 2003).

O fenômeno comportamental dos adolescentes frente ao risco a que aceitam se expor em relação às doenças sexualmente transmissíveis parece ser internacional e depender, como entende Grimberg (2002), da forma pela qual o adolescente constrói sua sexualidade. Zwane, Mngade e Nxumalo (2004) realizam um estudo, no Sudeste da África, para investigar as opiniões de adolescentes, entre 13 a 19 anos de idade, sobre comportamentos de risco para DST/Aids. Constituem 24 grupos de discussão, dispostos em quatro regiões geograficamente distantes e compostos, cada um, por nove adolescentes que não se conhecem. Constatam que os principais fatores de risco a que os adolescentes estão expostos derivam de suas crenças sobre o tema, ou seja, associam DST a múltiplos parceiros ou a parceiro desconhecido e à precocidade da primeira relação sexual, mas entendem que se o parceiro é fixo, o uso do condom não se justifica enquanto método de prevenção de DST.

Miranda, Gadelha e Szwarcwald (2005), ao investigarem 464 adolescentes do sexo feminino, em Vitória do Espírito Santo, reiteram os achados de Trajman *et al.* (2003) e de Grimberg (2002), ao encontrarem relato de acesso a

informações sobre DST/Aids por mais de 90% das adolescentes e 12,8% com história de infecção diagnosticada. Ressaltam que a prevenção da infecção por HIV e de outras DST, baseada no desenvolvimento de estratégias de redução do número de parceiros e no incentivo a relacionamentos responsáveis tem se mostrado eficaz para adolescentes, mas o conhecimento dos meios de transmissão das DST não é suficiente para ajudar na proteção.

Os adolescentes precisam aprender a identificar uma situação de risco, compreender sua vulnerabilidade, conhecer as alternativas que possuem para se proteger, decidir qual a alternativa melhor para cada situação e para seus valores pessoais diante da conscientização do risco e do dimensionamento das consequências posteriores.

4. SUJEITOS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem qualiquantitativa, uma vez que permite a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno (OLIVEIRA, 2000). Os estudos descritivos dão margem à explicação de possíveis relações de causa e efeito dos fenômenos, ou seja, analisar o papel das variáveis que, de certa maneira, influenciam ou causam o aparecimento dos fenômenos (TOBAR; YALOUR, 2001).

A abordagem proposta se deveu às características qualitativas e quantitativas das variáveis do estudo e encontra guarida nos escritos de Goode e Hatt (apud OLIVEIRA, 2000), que afirmam que: *“a pesquisa moderna deve rejeitar como falsa dicotomia a separação entre estudos qualitativos e quantitativos, em virtude de que, o que é medido, continua a ser uma qualidade”*.

4.2 Local de estudo

A Secretaria de Educação de Pernambuco está dividida em 17 GERE (Figura 1), duas das quais situadas na cidade do Recife. O estudo foi desenvolvido nas escolas da rede pública da cidade do Recife - Pernambuco, subordinadas às Gerências Regionais de Educação (GERE) Recife Norte e Recife Sul.

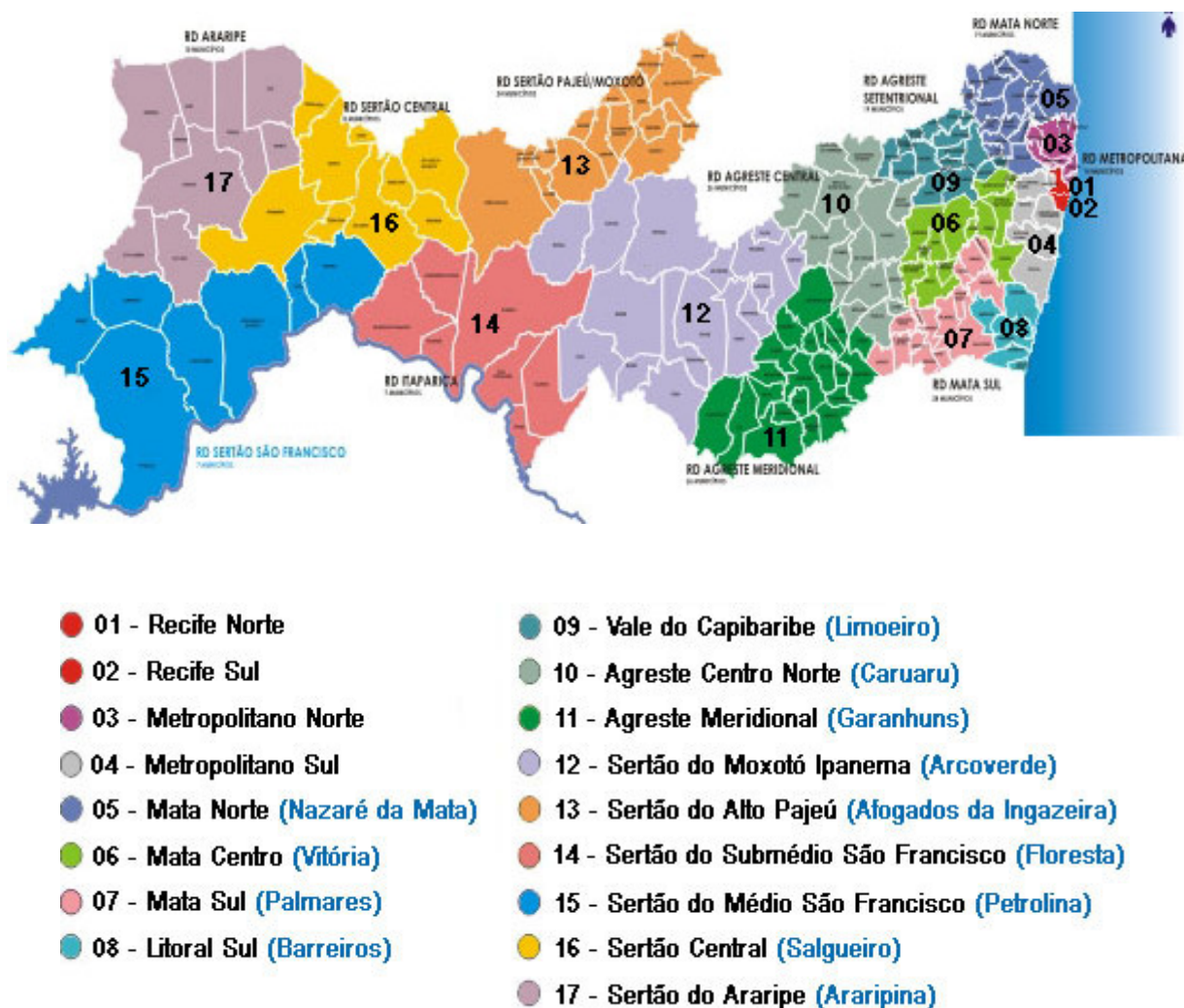


Figura 1 – Mapa do Estado de Pernambuco, com destaque para as GERE, por região

4.3 População

A população deste estudo foi composta por 69.475 estudantes adolescentes, de ambos os sexos, distribuídos em 114 escolas públicas da cidade do Recife – Pernambuco, adscritas às GERE Recife Norte e Recife Sul (Quadro 1).

As escolas de ensino fundamental II e médio da cidade do Recife não estão distribuídas uniformemente nas duas Gerências Regionais de Ensino (Quadro 1). Além disso, essas unidades de ensino se diferenciavam, umas das outras, por proposta pedagógica e estrutura física, dentre outras características, que podiam

representar importantes viéses de seleção. Visando a controlar estas variáveis, na tentativa de garantir melhor representatividade dos escolares, optou-se por classificar as escolas segundo porte, representado pelo número de alunos matriculados nos ensinos fundamental II e médio: porte I (pequeno) - menos de 200 alunos, porte II (médio) - 200 a 499 alunos, e, porte III (grande) - mais de 500 alunos, e incluir apenas as de grande porte.

<i>GERE</i>	<i>Número de escolas</i>	<i>Matrículas por turno</i>		<i>Total</i>
		noturno	diurno	
Recife Norte	56	18.592	16.096	34.688
Recife Sul	58	20.779	14.008	34.787
Total	114	39.371	30.104	69.475

Quadro 1 – Distribuição do total de escolas e de alunos, segundo GERE e turno escolar

4.4 Amostra

A amostra esteve constituída por 1.235 estudantes que obedeceram aos critérios de inclusão.

4.4.1. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão, para este estudo, foram:

- ❖ ser aluno matriculado no ensino fundamental II ou no ensino médio de escolas públicas da cidade do Recife;
- ❖ estar na faixa etária de 14 a 19 anos;
- ❖ estar presente no dia da coleta dos dados;
- ❖ ter interesse em participar, respondendo ao questionário.

4.4.2. Cálculo do tamanho amostral

O cálculo do tamanho amostral foi realizado por meio do programa *Sample X (Sample Size Calculation for X–seccional)*, admitindo como parâmetros: a) o tamanho da população igual a 69.475 estudantes; b) prevalência estimada dos eventos sob estudo igual a 50%, com base em Taquette *et al.* (2005) e Codes *et al.* (2006); c) erro máximo tolerável igual a 3,5%; d) intervalo de confiança de 95% e e) efeito de delineamento amostral igual a 1,5%.

Ao tamanho amostral estimado, igual a 1.163 estudantes, foi acrescentado um percentual de 10% para eventuais perdas durante a coleta, totalizando então 1.279 alunos. A amostra final foi composta por 1.235 alunos, que correspondeu a um acréscimo de 6,1% sobre o total estimado de 1.163 alunos.

A amostragem foi do tipo aleatório estratificado por localização das escolas nas Regiões Norte e Sul da cidade do Recife e por número de estudantes em cada escola, mantendo-se a proporção entre total de alunos e número de escolas, do que resultaram três escolas amostradas em cada GERE (Quadro 2).

GERE	Número de Escolas	Amostra (estudantes)		
		noturno	diurno	total
Recife Norte	3	279	338	617
Recife Sul	3	263	355	618
Total	6	542	693	1.235

Quadro 2 – Distribuição dos números de alunos que participaram do estudo por GERE e turno escolar

No diagrama 1 estão expressos o raciocínio e as fórmulas que compuseram os dois passos da estratificação amostral. No primeiro estrato, considerou-se a distribuição proporcional das escolas pelas Regiões. Determinou-se um total de três escolas por Região e as escolas foram sorteadas por meio de tábua de números aleatórios. Em cada escola, aplicando a razão de alunos em relação à população, calculou-se o total de alunos a serem amostrados. Esse total foi multiplicado pela razão de turno, estabelecendo-se o total de alunos, por escola, por turno e por Região.

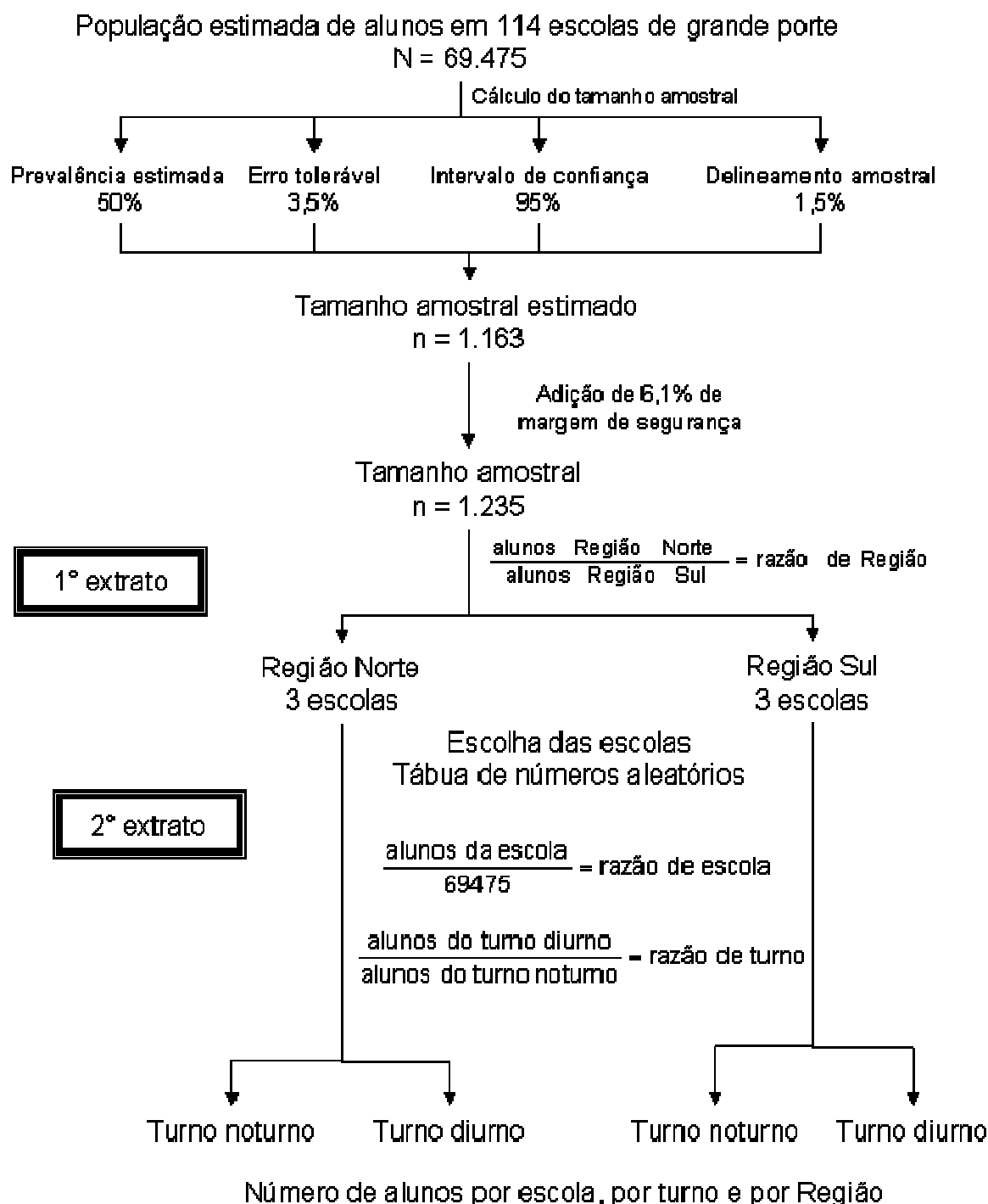


Diagrama 1 – Esquema de cálculo do tamanho amostral

FONTE: Concepção da Autora

4.5 Variáveis

As variáveis do estudo foram:

a) Referentes ao perfil sócio-demográfico dos adolescentes e de seu núcleo familiar

- Idade: variável intervalar discreta, categorizada em 14 a 16 anos e 17 a 19 anos;
- Cor da pele: variável nominal, categorizada segundo o padrão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2001) para auto-classificação em: branca, morena, preta e amarela;
- Sexo: variável nominal, categorizada em masculino e feminino;
- Estado civil: variável nominal, categorizada em solteiro, casado, com companheiro(a), separado e viúvo;
- Estado laboral: variável nominal correspondente a exercer atividade laboral, categorizada como sim ou não;
- Número de residentes: variável intervalar discreta, correspondente ao número de pessoas que o adolescente informou coabitarem com ele, categorizada em nenhuma, 1 – 2, 3 – 4, 5 – 6 e ≥ 7 ;
- Número de residentes que trabalhavam: variável intervalar discreta, categorizada em nenhuma, 1 – 2 e ≥ 3
- Renda familiar: variável intervalar discreta, correspondente ao montante pecuniário percebido mensalmente pela família do adolescente, expressa em salários-mínimos (SM), unidade que correspondia a R\$ 300,00 (trezentos reais), à época da coleta de dados. Foi categorizada em sem renda, menor que 1, 1 – 3 SM, 4 – 5 SM e ≥ 6 SM..

b) Relativas ao conhecimento e informações sobre as DST

- Ter notícia sobre as DST: variável nominal que correspondeu a declarar ter ouvido falar sobre DST na escola ou na comunidade, categorizada em não

ou sim com discriminação daquelas das quais já ouviu falar, assinaladas dentre uma relação;

- Conhecimento sobre DST: variável nominal categorizada como correto ou errado, em função da conceituação enunciada livremente pelo adolescente;
- Agente de informação sobre DST e sexo seguro: variável nominal, categorizada em amigos, pais, agentes de saúde, profissionais de saúde e professores.

c) Referentes aos comportamentos sexuais

- Opção sexual: variável nominal, categorizada em heterossexual, bissexual ou homossexual, de acordo com a classificação na qual o adolescente informou considerar-se inserido;
- Início de vida sexual: variável nominal, relativa à prática do sexo vaginal, categorizada em sim ou não;
- Idade da coitarca: variável intervalar discreta, categorizada em 8 – 12 anos, 13 – 16 anos, 17 – 19 anos;
- Prevenção contra DST: variável nominal, correspondente à referência pelo adolescente do uso de preservativo (condom) em todas as relações sexuais, categorizada em sim ou não, com discriminação dos motivos pelos quais não adotava essa prática;
- Número de parceiros sexuais: variável intervalar discreta, categorizada em um, dois, três e quatro ou mais.

d) Relativas às práticas sexuais

- Prática de sexo vaginal, sexo oral ou de sexo anal
- Referência da prática: variável nominal, categorizada em sim ou não
- Faixa etária de início da prática: variável intervalar discreta, categorizada em 8 – 12; 13 – 16; e 17 – 19 anos;
- Frequência da prática: variável ordinal, categorizada em raramente, algumas vezes, freqüentemente e sempre.

- Para a prática de sexo oral ativo ou passivo, outras três variáveis foram investigadas:
 - Alegação para não praticar sexo oral: variável nominal, categorizada em falta de oportunidade ou não gostar;
 - Prática de ejaculação na boca: variável nominal, categorizada em sim ou não;
 - Frequência de ejaculação na boca: variável ordinal, categorizada em raramente, algumas vezes, freqüentemente e sempre.

4.6 Instrumento de coleta

Foi empregado questionário semi-estruturado (Anexo E), elaborado e validado em outros estudos pelo orientador da pesquisa, composto por perguntas fechadas e abertas, versando sobre a investigação das variáveis do estudo.

4.7 Coleta de dados

Após autorização do Comitê de Ética da Universidade de Pernambuco – UPE (Anexo A), a pesquisadora manteve contato com o Secretário de Educação e Cultura de Pernambuco (Apêndice A e Anexo B) para autorização da pesquisa em escolas públicas da cidade do Recife, obtendo sua anuência (Anexo C).

Seguiu-se o treinamento de três acadêmicos do sétimo período da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (Universidade de Pernambuco), por meio de análise dos itens do questionário e discussão da forma de abordagem dos estudantes, para reduzir o viés de resposta. Foi também planejada uma atividade interativa sobre sexo seguro, que deveria ser apresentada a todos os alunos das escolas sorteadas, independente de idade ou de participação na pesquisa. Como parte do treinamento prático para a pesquisa, procedeu-se à aplicação do questionário a 54 alunos do turno noturno de escola na área da

pesquisa, para testar o instrumento quanto a sua escrita e entendimento das perguntas, assim como sobre possíveis dificuldades na operacionalização da coleta de dados, procedendo-se às correções pertinentes.

Preparada a parte técnica da pesquisa, foi mantido contato com os Gerentes Regionais de Educação, das Regiões Norte e Sul da cidade do Recife, para lhes dar ciência dos objetivos da pesquisa e discutir os aspectos operacionais nas escolas (Apêndice B). Em contato com os Diretores das escolas sorteadas, procedeu-se à agenda da coleta dos dados, a ser feita em um único dia, nos três turnos, para evitar viés de informação (Anexo D).

No período de Agosto a Setembro de 2006, em dia e hora aprazados, a pesquisadora e os três auxiliares de coleta de dados compareceram à escola, com a ajuda do Diretor da Escola e de um ou mais professores, convidaram todos os alunos na faixa etária de 14 a 19 anos a participar da pesquisa, explicando-lhes os objetivos da mesma. Aqueles que concordaram quanto à participação, foram encaminhados para salas de aulas especialmente destinadas à coleta de dados. A pesquisadora e os três auxiliares explicaram os objetivos da pesquisa, orientaram-nos quanto a não se identificarem e responderem com sinceridade e distribuíram os questionários. Ao final, cada aluno depositou seu questionário em uma urna fechada, localizada em um espaço estratégico, distante do aplicador, favorecendo o anonimato do aluno.

Terminada a coleta de dados, a pesquisadora e os três auxiliares desenvolveram atividade interativa sobre tema *Sexo Seguro*, com os alunos de todas as turmas das escolas sorteadas, com duração média de 30 minutos na, dependência do volume de questionamentos levantados pelos participantes, procedendo à distribuição de preservativo masculino ao final da mesma.

Em uma das escolas sorteadas, oito alunos, membros do programa de inclusão social, portadores de deficiência auditiva, responderam ao questionário da pesquisa após tradução do mesmo para a linguagem brasileira de sinais por um professor especialista. Um nono aluno, deficiente visual, participou da pesquisa, respondendo ao questionário, que lhe foi lido por um professor de sua confiança.

4.8 Processamento e análise dos dados

Os dados foram digitados na planilha *Excel*, empregando-se o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) na versão 13.0.

Para análise dos dados, empregaram-se distribuições de frequências absolutas e relativas (parâmetros de estatística descritiva). Na análise da associação entre gênero e faixa etária com as variáveis de práticas de sexo vaginal, oral e anal e história de vida sexual foram utilizados o teste Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas. Todos os testes estatísticos foram realizados admitindo-se nível de significância de 5%.

Procedeu-se à regressão logística multivariada, pelo método *backwards*, das variáveis que, na análise estatística bivariada, mostraram associação significativa com comportamentos sexuais (sexo, opção sexual, idade da primeira relação sexual, idade à coitarca, prevenção contra DST e número de parceiros sexuais), comportamentos referentes à prática de sexo oral (faixa etária, sexo e frequência de sexo oral,) e comportamentos referentes à prática de sexo anal (sexo, faixa etária e frequência de sexo anal), empregando nível de significância de 5%.

4.9 Aspectos éticos

Conforme sugerido pelo Código de Nuremberg, pela Declaração de Helsinque e determinado pela Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco - UPE, sob o nº. 134/06 (Anexo A).

A pesquisa foi autorizada pelo Secretário de Educação de Pernambuco (Anexo C) e pelos Diretores das escolas, por meio de Carta de Anuência (Anexo D).

Os sujeitos foram incluídos na pesquisa somente após concordarem livremente em participar do estudo, tendo sido empregado o termo de consentimento livre e esclarecido negativo, por se tratar de uma pesquisa livre de procedimentos invasivos.

O estudo apresentou beneficência imediata aos respondentes e a seus pares na forma de atividade interativa sobre sexo seguro, desenvolvida em sala de aula pela pesquisadora e por três auxiliares de pesquisa.

5. RESULTADOS

Os 1.235 alunos pesquisados caracterizaram-se por predomínio de sexo feminino; idade média igual a $16,4 \pm 1,8$ anos, com variação entre 14 e 19 anos e maior freqüência de menores na faixa etária entre 14 a 16 anos (53,6%), de cor morena (52,2%), solteiros (93,3%), que não trabalhavam (73,5%) (Tabela 1).

Quanto ao núcleo familiar, os adolescentes predominantemente residiam com três a quatro pessoas (49,9%), vivendo com uma renda mensal de até três salários mínimos (74,6%), para a qual contribuía mais freqüentemente uma a duas pessoas (72,7%). Em 20 famílias, nenhuma pessoa trabalhava (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sócio-demográficas de 1235 alunos de ensino fundamental II e médio de escolas públicas – Recife – Pernambuco – Agosto/Setembro 2006

<i>VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo		
Masculino	533	43,2
Feminino	702	56,8
Faixas etárias (anos)		
14 – 16	662	53,6
17 – 19	573	46,4
Cor da pele⁽¹⁾		
Branca	372	30,2
Preta	135	10,9
Morena	644	52,2
Amarela	82	6,7
Estado civil⁽²⁾		
Solteiro	1120	93,3
Casado	100	6,7
Trabalha⁽³⁾		
Sim	321	26,5
Não	889	73,5
Número de residentes⁽⁴⁾		
1 – 2	85	7,1
3 – 4	594	49,9
5 – 6	366	30,8
≥ 7	145	12,2
Número de residentes que trabalhavam⁽⁵⁾		
Nenhuma	20	1,7
1 – 2	854	72,7
≥ 3	301	25,6
Renda familiar (salários mínimos)⁽⁶⁾		
Sem renda	85	10,0
< 1	337	39,5
1 – 3	299	35,1
4 – 5	78	9,2
≥ 6	53	6,2

NOTA: ⁽¹⁾ Duas (0,2%) pessoas omitiram sua cor da pele

⁽²⁾ – Quinze (1,2%) alunos omitiram o estado civil

⁽³⁾ - Vinte e cinco (2%) estudantes não informaram a condição laboral

⁽⁴⁾ – Quarenta e cinco (3,6%) estudantes não informaram o número de residentes

⁽⁵⁾ – Sessenta (4,9%) alunos omitiram o número de residentes que trabalhavam

⁽⁶⁾ – Omitiram a informação de renda familiar, 383 (31%) alunos

Questionados quanto a ter ouvido falar sobre doenças sexualmente transmissíveis, 1.035 (83,8%) adolescentes responderam afirmativamente, indicando Aids, hepatite C ou B, gonorréia, sífilis e herpes como as DST de que mais freqüentemente tiveram notícia na comunidade ou na escola (Gráfico 1).

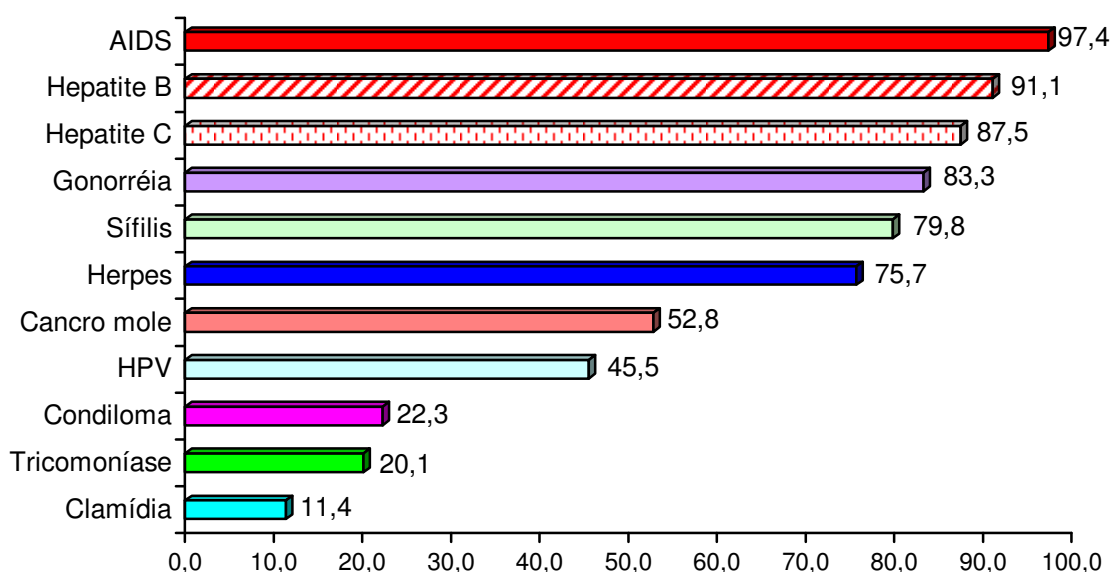


Gráfico 1 – Distribuição das doenças sexualmente transmissíveis de que 1035 adolescentes, alunos de escolas públicas, declararam ter ouvido falar – Recife - 2006

NOTA: Percentuais calculados com base no total de 1035 adolescentes que declararam ter ouvido falar de DST, porque foi permitida resposta a mais de uma DST

Dentre os 1.035 adolescentes que afirmaram ter ouvido falar sobre DST, 1005 (97,1%) declararam saber o que são doenças sexualmente transmissíveis, dos quais 853 (84,9%) explicaram o conceito correto a respeito. Dentre os conceitos que não correspondiam à DST, foram enunciados: doença que “pode causar a morte” (2,7%), “que pega por transfusão de sangue” (0,3%) ou “que pega por seringa” (0,1%).

Questionados quanto à obtenção de informações, 985 (79,8%) afirmaram ter sido instruído quanto às DST, enquanto que 1129 (91,4%) o foram com relação às práticas de sexo seguro.

Quanto aos agentes de informação sobre DST e sexo seguro, identificou-se que os professores foram os únicos agentes mais freqüentemente citados para ambas as informações, seguindo-se profissionais de saúde para a instrução sobre DST e os amigos, para práticas de sexo seguro. Os pais foram as pessoas mais raramente referidas como agentes de informação sobre DST e sexo seguro (Gráfico 2).

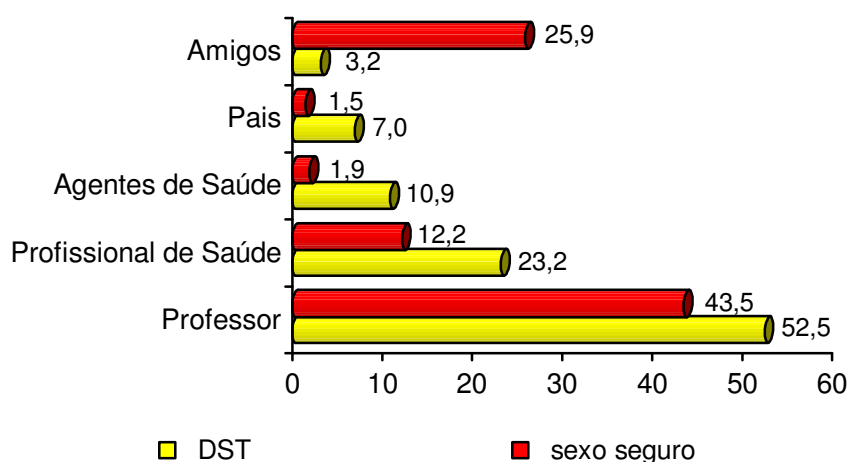


Gráfico 2 – Fontes de informações sobre as DST e sexo seguro, independente de sexo e faixa etária, adolescentes de escolas públicas – Recife - 2006

No sexo masculino, comparado ao feminino, houve predomínio significativo de homossexualismo declarado (3,7% vs 1,2%; $p=0,013$), início de vida sexual (69,6% vs 35,5%; $p < 0,001$) e em idade menor que 17 anos (91,2% vs 70,7%; $p < 0,001$) (Tabela 2).

Quanto à prevenção contra DST, identificou-se que adolescentes do sexo feminino mais freqüentemente adotam condutas preventivas (63,6% vs 53,4%; $p = 0,014$) e, quando não o fizeram, o motivo alegado foi não querer (51,2% contra 46,2%, no sexo masculino; $p = 0,002$). Constatou-se também que o gênero não interferiu no desconhecimento das condutas de prevenção contra DST (Tabela 2).

Em relação ao número de parceiros, foi mais freqüente um parceiro entre adolescentes do sexo feminino e quatro ou mais parceiras entre aqueles do sexo masculino ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos comportamentos sexuais de alunos de ensino fundamental II e médio de escolas públicas, segundo sexo – Recife – Pernambuco – Agosto/Setembro 2006

COMPORTAMENTOS SEXUAIS	SEXO				TOTAL		P
	masculino n	%	feminino n	%	n	%	
Opção sexual⁽¹⁾							0,013
Heterossexual	485	94,7	669	97,4	1154	96,2	
Bissexual	8	1,6	10	1,5	18	1,5	
Homossexual	19	3,7	8	1,2	27	2,3	
Início de vida sexual vaginal⁽²⁾							< 0,001
Não	159	30,4	434	64,5	593	49,6	
Sim	364	69,6	239	35,5	603	50,4	
Idade da coitarca (anos)⁽³⁾							< 0,001
8 - 12	74	20,3	17	7,1	91	15,1	
13 - 16	258	70,9	152	63,6	410	68,0	
17 - 19	32	8,8	70	29,3	102	16,9	
Prevenção contra DST⁽⁴⁾							0,014
Sim (condom)	194	53,4	150	63,6	344	57,4	
Não	169	46,6	86	36,4	255	42,6	
Motivo para não se prevenir							0,002
Não quis usar	78	46,2	44	51,2	122	47,8	
Não tinha conhecimento	71	42,0	38	44,2	109	42,8	
Omite o motivo	20	11,8	4	4,6	24	9,4	
Número de parceiros sexuais⁽⁵⁾							< 0,001
Um	47	14,3	113	48,3	160	28,5	
Dois	47	14,3	35	15,0	82	14,6	
Três	43	13,1	34	14,5	77	13,7	
Quatro ou mais	191	58,3	52	22,2	243	43,2	

NOTA: ⁽¹⁾ Trinta e seis (2,9%) pessoas omitiram sua opção sexual, sendo 21 (3,9%) do sexo masculino e 15 (2,1%) do feminino

⁽²⁾ – Trinta e nove (3,2%) adolescentes não informaram início de idade sexual, sendo 10 (1,9%) do sexo masculino e 29 (4,1%) do sexo feminino

⁽³⁾ – Percentuais calculados com base nos 603 casos que afirmaram vida sexual ativa, sendo 364 do sexo masculino e 239, do feminino

⁽⁴⁾ – Omitiram a prevenção contra DST, 4 (0,7%) alunos, sendo 1 (0,3%) do sexo masculino e 3 (1,3%) do feminino

⁽⁵⁾ – Omitiram o número de parceiros sexuais 41 (6,8%) alunos, sendo 36 (9,9%) do sexo masculino e 5 (2,1%) do feminino

Quanto à referência da prática de sexo oral, identificou-se que entre os adolescentes do sexo masculino essa prática foi significativamente mais referida ($p=0,035$). Os motivos alegados para não praticar sexo oral diferiram significativamente entre meninos e meninas. Adolescentes do sexo feminino não o faziam por não gostar (85,3%), enquanto que os do sexo masculino, por falta de oportunidade (60%) (Tabela 3).

Quanto à faixa etária, entre os adolescentes do sexo masculino, a prática de sexo oral predominou na faixa etária de 8 a 16 anos (78,9%), enquanto

que no sexo feminino essa prática ocorreu na faixa etária de 17 a 19 anos, diferença esta significativa ($p < 0,001$). Por outro lado, as adolescentes do sexo feminino se polarizaram quanto a essa prática com frequência rara ou freqüente, o que as diferenciou significativamente do sexo masculino ($p = 0,005$) (Tabela 3).

A ejaculação na boca foi praticada por ambos os sexos, sem diferença significativa quanto à prática e frequência (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos comportamentos referentes à prática de sexo oral de 596 alunos com início de vida sexual, segundo sexo – Recife – Pernambuco – Agosto/Setembro 2006

PRÁTICA DE SEXO ORAL	SEXO				TOTAL		P
	masculino n	%	feminino n	%	n	%	
Referência de sexo oral⁽¹⁾							0,035
Sim	229	64,9	139	57,2	368	61,7	
Não	124	35,1	104	42,8	228	38,3	
Alegação para não praticar sexo oral⁽²⁾							< 0,001
Falta de oportunidade	51	60,0	10	14,7	61	39,9	
Não gostar	34	40,0	58	85,3	92	60,1	
Faixa etária (anos)⁽³⁾							< 0,001
8 – 12	19	8,6	2	1,5	21	5,9	
13 – 16	156	70,3	78	58,2	234	65,7	
17 – 19	47	21,2	54	40,3	101	28,4	
Frequência de sexo oral⁽⁴⁾							0,005
Raramente	60	27,3	43	33,1	103	29,4	
Algumas vezes	97	44,1	38	29,2	135	38,6	
Freqüentemente	18	8,2	25	19,2	43	12,3	
Sempre	45	20,4	24	18,5	69	19,7	
Prática de ejaculação na boca⁽⁵⁾							0,653
Sim	69	31,1	41	30,6	110	30,9	
Não	142	64,0	89	66,4	231	64,9	
Frequência de ejaculação na boca⁽⁶⁾							0,445
Raramente	24	10,8	20	14,9	44	12,4	
Algumas vezes	34	15,3	17	12,7	51	14,3	
Freqüentemente	7	3,2	1	0,7	8	2,2	
Sempre	3	1,4	2	1,5	5	1,4	

NOTA: ⁽¹⁾ Sete (1,2%) alunos omitiram a informação de prática de sexo oral

⁽²⁾ – Omitiram essa informação 75 (12,4%) adolescentes sendo 39 (31,4%) do sexo masculino e 36 (34,6%) do sexo feminino

⁽³⁾ – Omitiram a faixa etária de prática de sexo oral, 12 (2%) alunos, sendo 7 (1,9%) do sexo masculino e 5 (2,1%) do feminino

⁽⁴⁾ – Omitiram essa informação 18 (3%) adolescentes sendo 9 (2,5%) do sexo masculino e 9 (3,8%) do sexo feminino

⁽⁵⁾ – Omitiram essa informação, 27 (4,5%) alunos, sendo 18 (4,9%) do sexo masculino e 5 (2,1%) do feminino

⁽⁶⁾ – Omitiram essa informação 260 (43,1%) adolescentes sendo 161 (44,2%) do sexo masculino e 99 (41,4%) do sexo feminino

A maioria dos adolescentes do sexo masculino (53,9%) admitiu a prática de sexo anal, principalmente quando na faixa etária de 8 a 16 anos ($p < 0,001$), no que diferiram significativamente das meninas, pois 31% referiram-na ($p < 0,001$), predominando na faixa etária de 17 a 19 anos (51,4%) (Tabela 4).

Também houve diferença significativa entre adolescentes do sexo masculino em relação ao feminino, quanto à frequência da prática de sexo anal, pois, entre as meninas, houve dois grupos e a polarização: um praticando raramente e outro, sempre, enquanto que os meninos o faziam algumas vezes ou freqüentemente ($p = 0,020$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos comportamentos referentes à prática de sexo anal de 564 alunos com início de vida sexual, segundo sexo – Recife – Pernambuco – Agosto/Setembro 2006

PRÁTICA DE SEXO ANAL	SEXO				TOTAL		P
	masculino n	%	feminino n	%	n	%	
Referência de sexo anal ⁽¹⁾							< 0,001
Sim	179	53,9	72	31,0	251	44,5	
Não	153	46,1	160	69,0	313	55,5	
Faixa etária (anos)							< 0,001
8 – 12	18	10,4	3	4,2	21	8,6	
13 – 16	118	68,2	32	44,4	150	61,2	
17 – 19	37	21,4	37	51,4	74	30,2	
Frequência de sexo anal ⁽²⁾							0,020
Raramente	67	37,4	34	47,2	101	40,2	
Algumas vezes	80	44,7	21	29,2	101	40,2	
Freqüentemente	23	12,8	7	9,7	30	12,0	
Sempre	3	1,7	6	8,3	9	3,6	

NOTA: ⁽¹⁾ Sete (1,2%) alunos que declararam vida sexual ativa, omitiram a informação de prática de sexo anal

⁽²⁾ – Omitiram essa informação 18 (4,9%) adolescentes sendo 50% de cada sexo

⁽³⁾ – Omitiram o número de parceiros sexuais 80 (12,5%) alunos, sendo 46 (12,3%) do sexo masculino e 34 (12,7%) do feminino

Analisando a relação entre as práticas sexuais e a distribuição etária, pode-se identificar que na faixa etária de 17 a 19 anos foram significativamente mais freqüentes o início de vida sexual (69,4% contra 33,8% para a faixa de 14 a 16 anos; $p < 0,001$) e o relato de quatro ou mais parceiros sexuais (50,4% contra 28,2% para a faixa de 14 a 16 anos; $p < 0,001$), mas com prática de prevenção de DST menos freqüente que aquela dos adolescentes com idade entre 14 e 16 anos (53% contra 61,8% da faixa etária de 14 a 16 anos), sem significância (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das variáveis de história de vida sexual de 1196 alunos, segundo faixa etária – Recife – Pernambuco – Agosto/Setembro 2006

CARACTERÍSTICAS DE VIDA SEXUAL	FAIXAS ETÁRIAS (anos)				TOTAL		P
	14 – 16		17 - 19		n	%	
	n	%	n	%			
Início de vida sexual⁽¹⁾							< 0,001
Não	422	66,2	171	30,6	593	49,6	
Sim	215	33,8	388	69,4	603	50,4	
Prevenção contra DST⁽²⁾							0,167
Sim (condom)	128	61,8	216	56,0	344	58,0	
Não	79	38,2	170	44,0	249	42,0	
Número de parceiros sexuais⁽³⁾							< 0,001
Um	71	37,8	88	24,0	159	28,6	
Dois	33	17,6	49	13,4	82	14,8	
Três	31	16,5	45	12,3	76	13,7	
Quatro ou mais	53	28,2	185	50,4	238	42,9	

NOTA; ⁽¹⁾ 39 (3,2%) alunos omitiram a informação de início de vida sexual, sendo 25 (3,8%) de 14 a 16 anos e 14 (2,4%) de 17 a 19 anos

⁽²⁾ – Omitiram a prevenção contra DST, 10 (4,9%) adolescentes sendo 8 (1,2%) de 14 a 16 anos e 2 (0,3%) de 17 a 19 anos

⁽³⁾ – Omitiram o número de parceiros sexuais 48 (3,9%) alunos, sendo 27 (4,1%) de 14 a 16 anos e 21 (3,7%) de 17 a 19 anos

Por meio da análise de regressão logística (Tabela 6), foi possível identificar que o sexo masculino, comparado ao feminino, apresentou risco aumentado para adoção de comportamentos sexuais como: início mais freqüente de vida sexual vaginal, relação sexual com dois, três e quatro ou mais parceiros e freqüência de relação anal de algumas vezes. Constituíram-se comportamentos de risco maior para o sexo feminino, comparado ao masculino: opção homossexual ou bissexual, idade da coitarca (maior na faixa entre 13 e 16 anos do que entre 17 a 19 anos), prática de sexo oral na faixa etária de 13 a 16 anos, maior que o risco para o intervalo de 17 a 19 anos, no qual também foi maior o risco de sexo anal (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos parâmetros de análise multivariada das variáveis com significância estatística na análise bivariada – Recife – Pernambuco – Agosto/Setembro 2006

<i>Variáveis</i>	<i>Estimativa</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>Wald</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo de confiança 95%</i>	
						<i>Limite inferior</i>	<i>Limite superior</i>
Comportamentos sexuais							
<i>Opção sexual</i>							
<i>Heterossexual</i>	-1,162	0,476	5,966	1	0,015	0,123	0,795
<i>Bissexual</i>	-1,50	0,745	4,057	1	0,044	0,052	0,960
<i>Início de vida sexual vaginal</i>	2,935	0,570	26,505	1	0,000	6,157	57,517
<i>Idade da coitarca</i>							
<i>13 a 16 anos</i>	-0,878	0,318	7,628	1	0,006	0,223	0,775
<i>17 a 19 anos</i>	-2,039	0,379	29,005	1	0,000	0,062	0,273
<i>Número de parceiros</i>							
<i>Quatro ou mais</i>	2,175	0,248	76,753	1	0,000	5,41	14,315
<i>Três</i>	1,098	0,303	13,138	1	0,000	1,656	5,428
<i>Dois</i>	1,296	0,298	18,908	1	0,000	2,038	6,558
Comportamentos referentes à prática de sexo oral							
<i>Faixa etária</i>							
<i>13 a 16 anos</i>	-1,658	0,752	4,857	1	0,012	0,044	0,832
<i>17 a 19 anos</i>	-2,449	0,766	10,221	1	0,001	0,019	0,388
Comportamentos referentes à prática de sexo anal							
<i>Faixa etária</i>							
<i>17 a 19 anos</i>	-2,163	0,681	10,102	1	0,001	0,030	0,436
<i>Frequência de sexo anal</i>							
<i>Algumas vezes</i>	1,464	0,717	4,170	1	0,041	1,061	17,613

6. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados da presente pesquisa precisa ser detalhada, dada a riqueza de informações e as relações sociais que se encontram interligando-as.

A constatação de que os adolescentes pesquisados provinham de núcleos familiares de baixa renda, com várias pessoas coabitando, mas poucas inseridas no mercado de trabalho e contribuindo para a renda familiar, por um lado, condiz com dados do Brasil (2001), nos quais a média de pessoas que vivem no mesmo domicílio, no Brasil, é de 3,4 habitantes. No entanto deve servir de alerta para o risco de falta de adoção de medidas preventivas contra DST/Aids, na vida sexual, como alertam Trajman *et al.* (2003) ao identificarem que a baixa renda se associou ao não uso de condom (OR 11,6; IC 95% 5,54 – 24,3), o que os fez recomendar que as campanhas de prevenção sejam direcionadas de forma específica a esse grupo, especialmente quando se objetivar incluir adolescentes na rua ou membros de comunidades menos privilegiadas.

O elevado percentual de adolescentes, que indicaram Aids, hepatites C ou B, gonorréia, sífilis e herpes, como as DST de que mais freqüentemente tiveram notícia na comunidade ou na escola, pode ser considerado alto. Assim também foi elevado o número daqueles que identificaram Aids como DST, mas essa informação pode ser resultado da prioridade que tem sido atribuída à doença e à infecção pelo HIV na mídia, diferente do que ocorreu em relação à baixa referência de clamídia, tricomoníase e condiloma, explicação também referida por Silva *et al.* (2002). Pelo fato de terem identificado também entre jogadores de futebol esses desconhecimento de outras DST, esses autores recomendam que as campanhas utilizem esses profissionais como incentivadores de condutas preventivas pelos adolescentes, porque são tidos como modelos por jovens e crianças.

Por trás desse desconhecimento, que não é próprio de países em desenvolvimento, já que a SIECUS (2003) verificou resultados semelhantes entre adolescentes americanos, que dispõem de intensa rede de informações, pode estar o alerta de Saito e Leal (2003) de que a orientação sexual é um trabalho educativo

que se expande muito além do fornecimento de informações e de conhecimentos sobre saúde reprodutiva, para envolver o resgate do indivíduo, a promoção da auto-estima e a conscientização dos riscos vivenciados.

Quanto à obtenção de informações sobre DST e práticas de sexo seguro, a ordem de preferência dos adolescentes quanto ao agente de informação, qual seja, professores, profissionais de saúde, amigos e pais, cada qual para atender a objetivos diferentes sugere que esses adolescentes contavam com uma diversa e heterogênea rede de pessoas com as quais mantiveram diálogo, compartilhando informações e questionamentos.

Embora Borges, Nishiata e Schor (2006) incentivem o diálogo sobre sexo entre adolescentes e seus pais, porque, além de ampliar a rede de pessoas com quem conversam sobre sexo, acabam utilizando mais métodos de barreiras, Lederman, Chan e Roberts-Gray (2004) não recomendaram essa conduta como padrão. A partir da experiência de educação para saúde sexual com grupos operativos nos quais os pais estavam incluídos, identificaram que essa presença dividiu a opinião dos adolescentes. Um grupo sentiu-se inibido e amedrontado pelo risco de seus comportamentos sexuais serem alvo de rejeição e adotaram conduta reativa, assumindo atitudes de confrontação e se expondo a maior risco. Um segundo grupo, por se sentir mais apoiado e com auto-estima elevada, buscou seguir as orientações dos pais e retardou o início de vida sexual, assim como adotou condutas preventivas mais estáveis.

Como fonte de informação, a atual pesquisa trouxe a escola como o lócus informativo mais efetivo entre os adolescentes. Isso parece indicar que, via de regra, a questão da sexualidade na escola tem ganhado relevância graças à ação dos movimentos sociais. De modo particular, a escola tem a função de contribuir na definição do papel sexual dos sujeitos e de fazê-los refletir sobre as questões ligadas à sexualidade, apesar disso pode-se questionar: ela está preparada para discutir a sexualidade do jovem? O questionamento baseou-se na constatação de, nos locais de coleta, ter identificado participantes da pesquisa, de ambos os sexos, temerosos em responder ao questionário devido a suas opções e seus comportamentos sexuais. A abordagem da sexualidade do adolescente requer mais do que boa vontade. Exige treinamento específico para vencer os preconceitos e

falar de sexualidade na mesma linguagem do adolescente, para que a abordagem seja prazerosa.

Nas sociedades contemporâneas, a escola tem sido o espaço privilegiado para a aquisição de habilidades cognitivas e sociais por crianças e jovens, facilitando os processos de recriação de si e do mundo. Ela deve estar atenta para não transformar a educação sexual em adestramento para evitar a Aids, mas para conscientizar o adolescente a adotar uma postura reflexiva sobre si, sobre o seu corpo e o do seu parceiro (VAL, 2002).

Quanto à auto-declaração sobre o significativo predomínio da opção bissexualismo ou homossexual do sexo masculino, comparado ao feminino, esse dado foi menor que o da pesquisa americana do SIECUS (2003), na qual 19% dos adolescentes do sexo masculino e 33% do feminino se declararam bissexuais ou homossexuais. No entanto foi maior que os 3,9% relatados por Miranda e Zago (2001), entre adolescentes em sistema correccional. A pesquisa americana trouxe um dado muito interessante e preocupante com relação ao homossexualismo ou bissexualismo entre o sexo feminino, indicando que essas meninas estão mais expostas ao risco de “promiscuidade” heterossexual, estupro, abuso sexual e incesto, explicado como resultante de sua tentativa de “curar” o desvio comportamental sexual ou de não deixar que seus pares percebam sua opção (SIECUS, 2003). Essa afirmação parece ter sido reforçada pela análise de regressão multivariada, na qual as opções de heterossexualidade ou bissexualidade comportaram-se como fator de risco para o sexo feminino, quando comparado ao masculino.

Os dados do presente estudo, quanto ao início de vida sexual mais precoce (antes dos 17 anos de idade) entre o sexo masculino, quando comparado ao feminino, foram consistentes com os de outros estudos. Almeida *et al.* (2003), na Bahia, encontraram início de vida sexual mais precoce entre homens que entre mulheres (idades medianas de 13 e 15 anos, respectivamente). Três pesquisas realizadas no estado de São Paulo forneceram dados distintos: Belo e Silva (2004) referiram idade média na primeira relação sexual igual a 14,5 anos; Borges e Schor (2005) determinaram ter ocorrido em média aos 15,13 anos de idade e Martins *et al.* (2006) relatou primeira relação sexual em torno de 17,5 anos. Urrea-Giraldo *et al.* (2006), em Cali, na Colômbia, identificaram primeira relação sexual na média etária

de 14,25 anos, para os adolescentes precoces, e 16,03 anos, para os adolescentes tardios. Andrade *et al.* (2007) encontraram que a idade média de início de relacionamento sexual de 17% dos entrevistados se situou por volta dos oito anos e 44% o fizeram por volta dos 13 anos de idade, dados preocupantes porque a precocidade do início de vida sexual representa um importante elemento favorável à aquisição de DST, incluindo a Aids. Essas afirmações pareceram pertinentes também aos sujeitos da presente pesquisa já que, na análise multivariada, a idade da coitarca antes dos 13 anos de idade não foi significativa. No entanto para o sexo feminino, a coitarca entre 13 e 16 anos comportou-se como fator de risco maior que aquela ocorrida entre 17 e 19 anos de idade, o que diferenciou o comportamento das meninas em relação ao dos meninos.

Na presente pesquisa, identificou-se o uso de condom como a medida preventiva mais freqüentemente relatada, semelhante ao estudo de Martins *et al.* (2006), realizado em São Paulo, Tal como esses autores alertam, a informação deve ser analisada com cuidado. O achado do uso de condom pela maioria dos adolescentes sexualmente ativos pode estar refletindo uma resposta que lhes pareceu mais adequada ou mais correta, pelo fato de a pesquisa ter sido realizada em ambiente escolar e, assim, não representar seu comportamento real.

No entanto, à referência do uso do condom pela maioria dos adolescentes sexualmente ativos, associou-se a: precocidade da coitarca, um percentual de não uso de preservativo, um número elevado de parceiros sexuais, a predominância da prática de sexo oral e os adolescentes referindo prática de sexo anal, que têm sido considerados na literatura como fatores de risco para infecção por DST/Aids (BALDWIN; BALDWIN, 2000; GRIMBERG, 2002; REMEZ, 2000; TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004; TRAJMAN *et al.*, 2003).

A adoção de medidas preventivas contra DST/Aids tem sido uma preocupação constante, entre pesquisadores nacionais e internacionais, a qual parece ter sido resumida com propriedade por Grimberg (2002), ao associar essas condutas à forma como os adolescentes vêm construindo sua sexualidade, o que parece ficar evidente quando se estuda a relação entre conhecimento de DST/Aids e condutas preventivas. Segundo a autora, a problemática da prevenção de DST/Aids transcende os estreitos limites da informação, assim como da realização de ações técnico-operativas pontuais de distribuição de preservativos e de seringas, embora

essas atividades sejam essenciais. A problemática parece incluir, além do conhecimento, o desenvolvimento de estratégias de cuidado e de auto-cuidado, que não derivam exclusivamente de decisões pessoais. Pelo contrário, devem ser compreendidas num espectro mais amplo de relações sociais e num contexto mais geral de condições de modo de vida social dos sujeitos.

Os processos de concentração de renda e de poder político, que ocorreram desde os anos 1990, intensificaram, numa escala inédita, as desigualdades e a vulnerabilidade social, do que derivou uma série de modificações nas relações sociais em nível micro. Essas modificações estão vinculadas ao modo de ser e de perceber as relações entre os gêneros e entre as gerações, quanto aos pares, à família e a outros espaços da vida social e, nesse cenário de incertezas, os adolescentes construíram sua sexualidade.

As práticas preventivas, como referem Miranda, Gadelha e Szwarcwald (2005), requerem que os adolescentes detenham um conhecimento de tal ordem que os torne capazes de identificar situações de risco, adotar condutas compatíveis com seu modo de ser e adequadas a cada situação, diante da avaliação do risco e de suas conseqüências futuras.

A maior freqüência de adolescentes do sexo feminino, adotando condutas preventivas apresentou-se diferente da pesquisa de Teixeira *et al.* (2006) que encontrou 60% das moças e 63% dos rapazes referindo uso de preservativo, na primeira relação sexual, e menor que o achado de 100% de uso de preservativo por meninos e 93,7%, por meninas, informado por Borges e Schor (2005). No entanto foi maior que os 54,5% de adolescentes do sexo feminino, gestantes, que alegaram uso prévio de algum método contraceptivo, no estudo de Belo e Silva (2004), ou os 23,4% das adolescentes do sexo feminino de Vitória do Espírito Santo, pesquisadas por Miranda, Gadelha e Szwarcwald (2005).

Cumprе reiterar que esses percentuais de uso de preservativo podem estar mais relacionados com evitar uma gestação indesejável ou não planejada, do que com a consciência da necessidade de não se expor a risco de doença sexualmente transmissível, principalmente nessa população estudada, que se caracterizou por coitarca precoce e grande número de parceiros sexuais. Considerando que o adolescente é vulnerável à influência de seu grupo (GRIMBERG, 2002; LEDERMAN; CHAN; ROBERTS-GRAY, 2004; SIECUS, 2003),

foi intrigante identificar entre os jovens pesquisados dois pensamentos tão díspares: uma maioria que afirmou adotar condutas preventivas e uma minoria (42,6%), mas significativa, que alegou não querer se prevenir ou desconhecer a necessidade dessa conduta, também predominantemente no sexo feminino.

Essa dicotomia foi explicada por Grimberg (2002), numa contextualização sobre o início da vida sexual dos adolescentes. Afirmou a autora que a construção de sentido e de valores, atribuídos à iniciação sexual, são condições de fragilização específicas para cada indivíduo e cada gênero. Dessa forma, enquanto alguns encaram esse evento como o momento a partir do qual devem assumir responsabilidade sobre o cuidar de si mesmo, outros a percebem como momento de descontrole e imprecisão, o que os faz adotar condutas de risco sem que tais condutas representem decisões conscientes.

Belo e Silva (2004) encontraram a referência de motivos semelhantes aos da presente pesquisa, dentre adolescentes que não usaram qualquer método preventivo na primeira relação sexual (45,5%), embora expressos verbalmente de forma diferente. Esses pesquisadores, tal como Borges e Schor (2005) e Teixeira *et al.* (2006), identificaram a alegação de: “não ter pensado em prevenção na hora” (32,4%, 14,3% e 69,6%, respectivamente) ou “não ter planejado a relação sexual naquele momento” (12,7%, 36,4%, respectivamente). Outras justificativas incluíram: “desconhecimento de método contraceptivo” (11,2%, referidos por Belo e Silva, 2004), “não dispor de preservativo na hora da relação sexual” (16,9%, referidos por Borges e Schor, 2005), “pensar que não podia engravidar” (13,3% entre meninas e 9,6% entre meninos, conforme Teixeira *et al.*, 2006) ou, ainda, “o julgamento de que a responsabilidade da contracepção era da companhia sexual” (como referido por 1,5% das meninas e 3,7% dos meninos, na pesquisa de Teixeira *et al.*, 2006).

No âmbito psíquico, a adolescência é uma fase de definição da identidade sexual, com experimentação e variabilidade de parceiros. O pensamento abstrato, ainda incipiente, faz com que se sintam invulneráveis, expondo-se a riscos sem prever conseqüências (TAQUETTE *et al.*, 2005). Por esse motivo, pareceu mais importante discutir os significados e as conseqüências do número de parceiros referido pelos adolescentes estudados, do que valorizar a quantidade em si. Assim, a diferença significativa detectada, no presente estudo, de parceiro único entre o sexo feminino e quatro ou mais parceiras para o sexo masculino, segundo Camargo

e Botelho (2007) indica o aumento do risco de infecção por DST/Aids, porque a multiplicidade de experiências sexuais lhes confere um sentimento de invulnerabilidade. Para Grimberg (2002), a esse sentimento, soma-se, para os meninos, a percepção de que o exercício da sexualidade é uma força a que devem atender para obedecer aos comportamentos instituídos e esperados de virilidade, com baixo poder de negociação com o sexo oposto e importância das relações de poder.

A quantidade de parceiros sexuais do presente estudo, na análise multivariada, atuou como fator de risco exclusivamente para o sexo masculino. No entanto foi menor que o referido por Borges e Schor (2005), igual a 5,1 para o sexo masculino e 2,1 para o feminino, assim como os resultados do SIECUS (2003) nos quais 7% dos adolescentes de 13 a 16 anos de idade referiram cinco ou mais parceiros ao longo da vida.

Quanto à referência da prática de sexo oral, pela maioria de meninos e meninas, percebeu-se uma dificuldade de obter estudos nacionais ou internacionais pesquisando essa prática entre adolescentes, o que inviabilizou comparações. No Brasil, localizou-se um único estudo, de Belo e Silva (2004), referindo que 26,3% das adolescentes, dentre 156 gestantes, tinham história de sexo oral. Na literatura internacional, três trabalhos foram localizados. No estudo americano de sexualidade dos adolescentes, uma das explicações para a escassa pesquisa sobre sexo oral entre adolescentes foi esses indivíduos não entenderem sexo oral como prática sexual, a qual restringem ao coito vaginal, como também o entendimento dos pesquisadores de que essa abordagem pode trazer constrangimento de resposta porque, tal como o sexo anal, parece ser percebido como atitude ilícita ou inusitada. No entanto, a pesquisa do SIECUS do período de 1997 a 2002, mostrou um aumento dessa prática entre escolares com idade de 13 a 18 anos.

Remez (2000), reforçando as constatações do SIECUS, chega a questionar se sexo oral é atividade sexual ou abstinência sexual, ao mesmo tempo em que atribui o aumento da frequência de sexo oral entre adolescentes a outros três fatores: redução do risco de gravidez indesejada ou não planejada, sem a privação do prazer, a percepção de que o sexo oral oferece menor risco de infecção por DST/Aids que o sexo vaginal e a facilidade que o sexo oral oferece de obter prazer sem qualquer responsabilidade ou formação de ligação afetiva, ou seja,

como forma de relação eventual, sem compromisso. Essa afirmação pode atuar explicando os resultados da análise multivariada da presente pesquisa na qual o sexo oral foi fator de risco apenas para o sexo feminino.

Grimberg (2002), em pesquisa qualitativa, identificou motivos semelhantes aos do presente trabalho para não realização de sexo oral entre adolescentes e analisou a afirmação dos meninos, de que não praticam ou não recebem sexo oral por falta de oportunidade, diferindo das meninas que não o fazem por não gostar, como a percepção de poder com que construíram sua sexualidade, inserida num ambiente social no qual o sexo masculino tem a representação de força.

A identificação da prática de sexo oral nas faixas etárias mais jovens entre meninos que entre meninas pareceu refletir os objetivos com que tal prática foi realizada, tal como alertaram Stone *et al.* (2006). Independente de gênero, a prática de sexo oral antecede o início de coito vaginal, transformando-se num aprendizado das práticas sexuais que envolvem o sentido de prazer, mas, enquanto meninas a praticam como forma de dar prazer sem risco de gravidez, os meninos, muitas vezes são forçados a essa prática como forma de violência sexual, que é encoberta socialmente.

Stone *et al.* (2006) enfatizam que, apesar do risco de infecção por DST/Aids por sexo oral ser muito menor que pelo vaginal ou anal, o aumento de referência dessa prática por adolescentes, associado à ignorância de que também oferece riscos de tais infecções, conferem ao sexo oral grande importância como forma de transmissão de patógenos genitais. Por esse motivo, deveria ser mais pesquisado.

Quanto à ejaculação na boca, não se localizou qualquer trabalho, nacional ou internacional que sequer fizesse menção sobre o fato. Um único trabalho (STONE *et al.*, 2006) refere a importância do uso de condom para a prática do sexo oral. No entanto essa prática deveria ser abordada entre adolescentes, por profissionais de saúde, para que se forme uma massa crítica das formas de contágios de DST e Aids, numa linguagem agradável, real e compreensível pelos adolescentes, independente de sua iniciação sexual, já que é uma prática real, vivenciada como se fora despida de qualquer risco.

Na pesquisa bibliográfica para discutir os dados referentes à prática de sexo anal, foi possível identificar uma preocupação mundial quanto a essa prática nas relações homossexuais masculinas, tendo por foco a infecção pelo HIV. No entanto, apenas um trabalho foi localizado, específico sobre relação anal entre adolescentes heterossexuais (BALDWIN; BALDWIN, 2000), embora um outro abordasse essa prática entre adultos sem diagnóstico de Aids. Essa dificuldade impediu comparações entre os dados da presente pesquisa e o de outros autores. Mesmo assim, parece imprescindível enfatizar o achado de 10,4% dos meninos de 8 a 12 anos de idade referirem coito anal, enquanto que, na faixa etária de 13 a 16 anos, o percentual se eleva a 68,2%. Não se pode deixar de aventar a hipótese de violência sexual numa faixa etária tão precoce quanto 8 a 12 anos, de meninos com núcleo familiar de baixa renda, mesmo porque pode representar atividade sexual para ganho financeiro, como alertam Baldwin e Baldwin (2000). O mesmo raciocínio deve ser feito para o sexo feminino. Esses autores levantam um outro questionamento relativo ao risco de DST/Aids – 60% dos estudantes americanos que declararam praticar sexo anal, nunca usaram preservativo nessas ocasiões, o que torna a questão ainda mais grave do ponto de vista de saúde pública.

Ainda mais relevante parece ter sido o achado de maior risco da prática de sexo anal algumas vezes para os meninos e na faixa etária dos 17 aos 19 anos exclusivamente para o sexo feminino, ainda que se considere a falta de estudos comparativos para que se possa melhor avaliar o significado desses resultados.

Uma pesquisa como esta deixa um espaço de reflexão amplo entre o dito e o não dito, ou seja, um interdiscurso que envolve a teoria da ação razoável ou do comportamento planejado, um hiato entre o que se julga sobre como os adolescentes deveriam estar exercitando a vida sexual, com proteção, e os motivos que os movem a correr riscos. Os resultados mostram uma relação entre viver a sexualidade e adotar comportamentos que não parecem orientados senão por sua percepção pessoal e infundada de invulnerabilidade. Contrariando as expectativas, a massa de informações sobre saúde reprodutiva não tem sido traduzida numa linguagem capaz de motivar mudanças de comportamento e esse é o hiato com que precisamos nos preocupar em preencher.

7. CONCLUSÕES

Quanto às práticas sexuais, seu início foi predominou na idade de 13 a 16 anos, com uso de preservativo, e com quatro ou mais parceiros sexuais, associando sexo vaginal a sexo oral, praticado algumas vezes, e mais raramente, de sexo anal, predominante na faixa etária de 13 a 16 anos, com frequência rara ou de algumas vezes.

Cerca de 15% dos adolescentes não ouviu falar sobre DST, mas, dentre aqueles que declararam ter ouvido falar, apenas 15,1% enunciaram conceito correto sobre DST, achados que sugerem que a informação circulante para esta faixa etária ainda é insuficiente ou existe uma dificuldade cognitiva.

Em relação à informação sobre DST/Aids e sexo seguro, a maioria dos adolescentes declarou ter sido instruída por professores, quanto aos dois temas, denotando estar a escola cumprindo para com seu papel de espaço de formação do cidadão. A indicação dos amigos para obter informações sobre a prática de sexo seguro e dos profissionais de saúde apenas sobre DST/Aids demonstrou uma falha do sistema de saúde. Os pais foram os agentes de informação menos referidos para os dois temas.

As práticas sexuais diferiram significativamente segundo sexo. Houve predomínio de orientação heterossexual independente de sexo, mas de homossexualidade entre meninos; início de vida sexual mais precoce entre meninos, uso de condom, entre meninas, assim como parceiro único, entre meninas e quatro ou mais, entre meninos. Com relação à faixa etária, as práticas sexuais diferiram significativamente, caracterizando a faixa de 17 a 19 anos por: início de vida sexual mais freqüente, menor uso de preservativo e maior número de parceiros, diferente do grupo de 14 a 16 anos.

A prática de sexo oral diferiu significativamente entre os gêneros, caracterizando-se o sexo masculino por: maior frequência e, quando ausente, foi por

falta de oportunidade, mais na faixa etária de 13 a 16 anos, com frequência de algumas vezes, sem ejaculação na boca e, quando ocorreu, foi em algumas vezes.

A prática de sexo anal também diferiu significativamente segundo sexo do adolescente, tendo predominado no sexo masculino, na faixa etária de 13 a 16 anos, com uma frequência de algumas vezes.

8. SUGESTÕES

Recomenda-se que os programas de educação sexual, desenvolvidos nas escolas ou nos serviços de saúde busquem ampliar o foco de atenção das ações para a prática do sexo seguro associada à prevenção de DST, por meio de atividades interativas, mais do que para atividades informativas e priorização apenas da prevenção de Aids.

As atividades interativas poderão facilitar a adequação da linguagem e da informação, para que os adolescentes efetivamente adotem comportamentos de menor exposição ao risco de DST e de gravidez indesejada ou não planejada.

Recomenda-se também que se busque explorar, junto com os adolescentes, o conceito de sexualidade, enquanto parte integrante de uma vida saudável, para que não a vejam apenas como a prática das relações sexuais e fonte de prazer imediato.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, M. W. Sexual health – health of the nation. **Sex Transmi Inf**, v. 79, p. 85-87, 2003.

ALMEIDA, M. C. C.; AQUINO, E. M. L.; GAFFINKIN, L.; MAGNANI, R. J. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Rev Saude Publica**, v. 37, n. 5, p. 566-575, 2003.

ALVES, S. S.; SILVA, S. R. C.; RIBEIRO, R. S.; VERTEMATTI, A. S.; FISBERG, M. Avaliação de atividade física, estado nutricional e condição social em adolescentes. **Folha Médica**, v. 119, n. 1, p. 26-33, 2000.

ANDRADE, S. M. O.; TAMAKI, E. M.; VINHA, J. M.; POMPILIO, M. A.; PRIETO, C. W.; BARROS, L. M.; LIMA, L. B.; CHAGURI, M. C.; POMPILIO, S. A. L. Vulnerabilidade de homens que fazem sexo com homens no contexto da AIDS. **Cad De Saude Publica**, v. 23, n. 2, p. 478-482, 2007.

BALDWIN, J. I.; BALDWIN, J. D. Heterosexual anal intercourse: an understudied, high-risk sexual behavior. **Arch Sexual Behavior**, v. 29, n. 4, p. 357-373, 2000.

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

BOCHNER, R. Perfil das intoxicações em adolescentes no Brasil no período de 1999 a 2001. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 3, p. 587-595, 2006.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BORGES, A. L. V.; NICHATA, L. Y. I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde e reprodutiva de adolescentes. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 14, n. 3, p. 422-427, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. *Vade mecum* acadêmico de direito. Organização Anne Joyce Angher. 2. ed. São Paulo: Rideel, 2005.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Indicadores sociais mínimos**: educação e condições de vida. Brasília: IBGE. 2001.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.069**. Estatuto da Criança e do Adolescente, de 13 de julho de 1990. Brasília: DOU de 16 de julho de 1990.

BRITO, A. M.; CASTILLHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. AIDS, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra HIV. **Rev Saude Publica**, v. 41, n. 1, p. 61-68, 2007.

CAVASIN, S. **Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva: dossiê**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde. 2004. 38p.

CODES, J. S.; COHEN, D. A.; MELO, N. A.; TEIXEIRA, G. G.; LEAL, A. S.; SILVA, T. J.; OLIVEIRA, M. P. R. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 2, p. 325-334, 2006.

DE BEM, M. F. L. **Estilo de vida e comportamentos de risco de estudantes trabalhadores do ensino médio de Santa Catarina**. Florianópolis. 2003. 126f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção – Ergonomia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DILLON, B.; HECTH, F. M.; SWANSON, M.; GOUPIL-SORMANY, I.; GRANT, R. M.; CHESNEY, M. A.; KAHN, J. O. Primary HIV infections associated with oral transmission. **7th Conf Retrovir Opportunistic Infect**. v. 7, p. 165. Jan 2000.

DUARTE, M. F. S. Maturação física: uma revisão da literatura com especial atenção à criança brasileira. **Cad Saude Publica**, v. 9, n. 1, p. S71-S84, 1993.

EDGARDH, K. Sexual behaviour and early coitarchev in a national sample of 17 year old Swedish girls. **Sex Transm Inf**, v. 76, p. 98-102, 2000.

FERNANDES, A. M. S.; ANTONIO, D. G.; BAHAMONDES, L. G.; CUPERTINO, C. V. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Cad Saude Publica**, v. 16, suppl. 1, p. 103-112, 2000.

FERRIANI, M. G. C.; SANTOS, G. V. B. Adolescência, puberdade e nutrição. **Adolescer**: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher/ Associação Brasileira de Enfermagem - Brasília: ABEn. 2001. 204p.

FUNARI, S. L. Sexo oral e HIV entre homens que fazem sexo com homem. **Cad Saude Publica**, v 19, n.6, p. 1841-1844, 2003.

GOMES, W. A.; COSTA, M. C. O.; SOBRINHO, C. L. N.; SANTOS, C. A. S. T.; BACELAR, E. B. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. **J de Pediatr**, n. 78, v. 4, p. 301-308, 2002.

GRIMBERG, M. **Iniciación sexual, practicas sexuales y prevención al VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares**: un análisis antropológico de género. Horizontes Antropológicos Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 47-75, 2002.

GUBHAJU, B. B. **Adolescent reproductive health in Asia**. South-East Asia's Population in a Changing Asian Context. Bangkok, Thailand, 2002.

KINSEY, A. C.; POMEROY, W. R.; MARTIN, C. Sexual behavior in the human male. **Am J Public Health**, v. 93, n. 6, p. 895-898, 2003.

LANDRY, B. D.; SINGH, S.; DARROCH, J.E. Sexuality education in fifth and sixth grades in U. S. public schools, 1999. **Guttmacher**, v. 32, n. 5, 2000.

LEDERMAN, R. P.; CHAN, W.; ROBERTS-GRAY, C. Sexual risk attitudes and intentions of youth aged 12-14 years: survey comparisons of parent-teen prevention and control groups. **Behav Medicine**, v. 29, p. 155-163, 2004.

MANDÚ, E. N. T. **Adolescência, saúde, sexualidade e reprodução**. Adolescer Compreender, Atuar, Acolher: Projeto Acolher/ Associação Brasileira de Enfermagem.- Brasília: ABEn, 2001. 204p.

MARTINS, L. B. M.; COSTA-PAIVA, L. H. S.; OSIS, M. J. D.; SOUSA, M. H.; PINTO-NETO, A. M.; TADINI, V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST / AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 2, p. 315-323, 2006.

MIRANDA, A. E.; GADELHA, A. M. J.; SZWARCOWALD, C. L. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 1, p. 207-216, 2005.

MIRANDA, A. E.; ZAGO, A. M. Prevalência de infecção pelo HIV e sífilis em sistema correcional para adolescentes. **J Bras Doenças Sex Transm**, v. 13, n. 4, p. 35-39, 2001.

MOREIRA, M. M.; JUAREZ, F. Comportamento sexual de adolescentes do sexo masculino de baixa renda: a comunidade de Chão de estrelas em Recife, Pernambuco – II – idade à primeira relação sexual; análise exploratória. **Anais do Seminário Quantos Somos e Quem somos no Nordeste**. 2004. p. 141.

OLIVEIRA, C. S. **Metodologia científica, planejamento e técnicas de pesquisa**. São Paulo: Triângulo, 2000.

PAHO. Organización Panamericana de La Salud/Organización Mundial de La Salud. **La salud del adolescente y el joven en las Américas**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 1985. (Publicación Científica, 489).

PAPALAIA, D. E.; OLDS, S.W. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed. 2000.

RAMOS F. R.; PEREIRA, S. M.; ROCHA, C. R. M. **Viver e adolescer com qualidade**. Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher/ Associação Brasileira de Enfermagem.- Brasília: ABEn, 2001. 204p.

REMEZ, L. Oral sex among adolescents is it sex or is it abstinence? **Family Planning Perspc**, v. 32, n. 6, 2000.

RIOS, L. F.; PIMENTA, C.; BRITO, I.; TERTO Jr., V.; PARKER, R. Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. **Cad CEDES**, v. 22, n. 57, p. 45-61, 2002.

ROSENTHAL, S. L.; VON RASON, K. M.; COTTON, S.; BIRO, F. M.; MILLS, L.; SUCCOP, P. A. Sexual initiation predictors and developmental trends. **Sexually Transmitted Diseases (STDs)**, v. 28, p. 527-532, 2001.

SAITO, M. I.; LEAL, M. M. The sexuality in adolescence: the contraception issue. **Pediatr São Paulo**, v. 25, n. 1/2, p. 36-52, 2003.

SANTELLI, J.; OTT, M. A.; LYON, M.; ROGERS, J.; SUMMERS, D.; SCHLEIFER, R. Abstinence and abstinence-only education: a review of U.S. policies and programs. **J Adolesc Health**, v. 38, p. 72-81, 2006.

SIECUS. Sexuality Information and Education Council of the United States. **The truth about adolescent sexuality**. 2003.

SILVA, W. A.; BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V.; LATORRE, M. R. D. O.; STALL, R.; HEARST, N. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e Aids entre jogadores juniores. **Rev Saude Publica**, v. 36, n. 4, p. 68-75, 2002.

SPEIZER, I. S.; MAGNANI, R. J.; COLVIN, C. E. The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence. **J Adolesc Health**, v. 33, p. 324-348, 2003.

STONE, N.; HETHERALL, B.; INGHAM, R.; MCEACHRAN, J. Oral sex and condom use among young people in the United Kingdom. **Perspec Sexual Reprod Health**, v. 38, n. 1, p. 6-12, 2006.

TANNER, J. M. Growth and maturation during adolescence. **Rev Nutr**, v. 39, n. 2, p. 46-55, 1981.

TAQUETTE, S. R.; ANDRADE, R. B.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. **Rev Assoc Med Bras**, v. 51, n. 3, p. 148-152, 2005.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de riscos. **Rev Soc Bras Med Tropical**, v. 37, n. 3, p. 210-214, 2004.

TEIXEIRA, A. M. F. B.; KNAUTH, D. R.; FACHEL, J. M. G.; LEAL, A. F. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 7, p. 1385-1396, 2006.

TRAJMAN, A.; BELO, M. T.; TEIXEIRA, E. G.; DANTAS, V. C. S.; SALOMÃO, F. M.; CUNHA, A. J. L. A. Conhecimento sobre DST / AIDS e comportamento sexual entre estudantes do ensino médio no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 19, n. 1, p. 127-133, 2003.

UNITED NATIONS. **Programme of action adopted at the International Conference on Population and Development**. Cairo. 1994. p. 5-13.

UNITED NATIONS. **World Population Prospects**: the 2000 revision. Comprehensive Tables. 2001. v. I:

UPCHURCH, D. M.; MASON, W. M.; KUSUNOKI, Y.; KRIECHBAUM, M. J. Social and behavioral determinants of self-reported STD among adolescents. **Persp Sexual Reprod Health**, v. 36, n. 6, p. 276-287, 2004.

URREA-GIRALDO, F.; CONGOLINO, M. L. HERRERA, H. D.; REYES, J. I.; BOTERO, W. F. Sexual behaviors and incidence of sexual and reproductive health programs among poor secondary students and public university students in Cali, Colômbia. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 1, p. 209-215, 2006.

VAL, L. F. **Estudo de fatores relacionados à AIDS entre estudantes do ensino médio**. 2001. Dissertação (Mestrado da Escola de Enfermagem) – Universidade de São Paulo. São Paulo.

WHO. World Health Organization. What about boys? A literature review on the health and development of adolescent boys. In: WHO. **Sexuality, reproductive health and fatherhood**. cap. 3, Genève: WHO. 2000. p. 29-40.

WIDDICE, L. E.; CORNELL, J. L.; LIANG, W.; HALPERN-FELSHER, B. L. Having sex and condom use: potential risks and benefits reported by young, sexually inexperienced adolescents. **J Adolesc Health**, v. 39, n. 4, p. 588-595, 2006.

ZWANE, I. T.; MNGADI, P. T.; NXUMALO, M. P. Adolescents' views on decision-making regarding risky sexual behaviour. **Intern Nursing Review**, v. 51, p. 15-22, 2004.

APÊNDICES

Apêndice A – Carta de solicitação de autorização ao Secretário de Educação do estado de Pernambuco

SOLICITAÇÃO DE CARTA DE ANUÊNCIA - I

Recife, 10 de maio de 2006

Exmo. Dr. Mozart Neves
SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Exmo. Sr. Secretário de Educação de Pernambuco, Dr. Mozart Neves. Sou Maria do Amparo Souza Lima, enfermeira, professora da Universidade de Pernambuco - UPE, mestranda, inserida no Programa de Pós-graduação do Mestrado de Hebiatria da Faculdade de Odontologia de Pernambuco -FOP/UPE, tendo como orientador o Dr. Aurélio Molina.

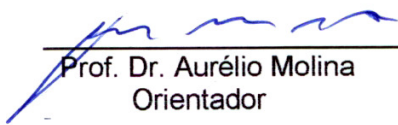
O nosso Projeto de Pesquisa (em anexo) tem como tema: Práticas de atividades sexuais e fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes. A pesquisa deverá ser desenvolvido com adolescentes do ensino fundamental II e ensino médio, de escolas públicas da cidade do Recife, que estejam na faixa etária de 14 a 19 anos de idade. Nosso objetivo é colher informações com o intuito de melhorar a eficácia das políticas públicas de saúde e educação na prevenção dos agravos à saúde do adolescente.

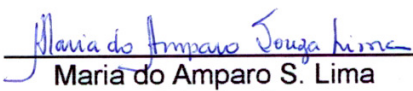
Para a consecução do projeto, necessitamos da colaboração de V.Ex.a., no sentido de permitir, através de Carta de anuência a aplicação do referido instrumento junto aos alunos das escolas públicas do município de Recife - PE, no período de junho à setembro de 2006.

Cumpr-me salientar que a aplicação deverá ser planejada junto à Direção de cada Escola sorteada, de acordo com as especificidade de cada uma.

Contando com a aquiescência de V. Ex.a., e no aguardo de seu pronunciamento,
antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Aurélio Molina
Orientador


Maria do Amparo S. Lima
Orientanda

Maria do Amparo Souza Lima
Rua Afonso Batista Nº 175 / 404
Espinheiro - Recife - PE CEP. 50100-120
Fone: 3426-3614
3423-6622
9987-8921
e-mail: amparosl(a)terra.com.br

Apêndice B – Carta de solicitação de autorização aos Gerentes Regionais de Educação das Regiões Norte e Sul

anexo 5

SOLICITAÇÃO DE CARTA DE ANUÊNCIA - II

Recife, 27 de julho de 2006.

Ilma. Sr(a).
Prof.(a). Dr(a).
DD. Diretor(a) da GERE PROF. PAULO ROBERTO

Senhor(a) Diretor(a),

Como projeto de pesquisa inserido no Programa de Pós - Graduação de Mestrado em Hebiatria da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, da Universidade de Pernambuco, pretendo desenvolver uma investigação sobre a Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, em adolescentes do Ensino Fundamental II e do ensino Médio, com idade entre 14 e 19 anos.

Para tanto, necessito aplicar um questionário aos alunos), a fim de caracterizar o perfil sócio - econômico e identificar: conhecimentos, crenças, valores e atitudes em relação as DST.

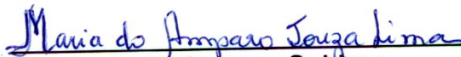
Para a consecução do projeto, necessitamos da colaboração de V.Ex.a., no sentido de autorizar e sortear juntamente conosco as escolas que farão parte da pesquisa.

Cumpre-nos salientar que a aplicação deverá ser planejada junto à Direção de cada Escola sorteada, de acordo com as especificidade de cada uma.

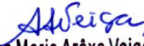
Contando com a aquiescência de V. Ex.a., e no aguardo de seu pronunciamento, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Aurélio Molina
Orientador


Maria do Amparo S. Lima
Orientanda

Autorizada
em. 27-07-06


Ana Maria Arôxa Veiga
Matr. 105536-4
Chefe da Unidade de Desenvol-
vimento de Ensino - GERE Recife Sul

ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade de Pernambuco

Recife, 26 de julho de 2006.

**PRÓ-REITORIA DE PÓS – GRADUAÇÃO E PESQUISA
GERÊNCIA DE PROJETOS DE PESQUISA**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UPE.

O Comitê em reunião do dia 24/07/06 considerou **APROVADO**, o Projeto de pesquisa de Nº **134/06**, intitulado:

PRÁTICAS DE AFETIVIDADES SEXUAIS E FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM ADOLESCENTES, que tem como pesquisador principal:

Prof: **AURÉLIO MOLINA**.

RESUMO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UPE.

O estudo não apresenta maiores riscos de agravos Éticos e está em consonância com as Resoluções do Conselho Nacional da Saúde, referentes às pesquisas que envolvem seres humanos, com a Declaração de Helsinque e com o Código de Nuremberg. Lembramos que o pesquisador principal tem por obrigação:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após a análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Manter por 5 anos, para possível auditoria dos órgãos competentes, os dados individuais de todas as etapas da pesquisa.
4. Apresentar relatórios parcial /janeiro/2006.
5. Apresentar relatórios final /julho/2007.
6. Apresentar resultado final no local da coleta de dados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Aurélio Molina
Coordenador do CEP/UPE.

Anexo B – Ofício de apresentação da pesquisadora pelo
Diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade de
Pernambuco ao Exmo. Sr. Secretário de Educação do estado
de Pernambuco



OFÍCIO Nº 069/06 – DIR

Camaragibe, 22 de março de 2006.

Prezado(a) Senhora(a),

Cumprimentando-o com apreço, apresento a V. Sa. a aluna **MARIA DO AMPARO SOUZA LIMA**, regularmente matriculada no Mestrado em Hebiatria do Programa de Pós-Graduação desta Faculdade.

A referida aluna necessita realizar Pesquisa do Mestrado em Hebiatria, nas Escolas Públicas Estaduais da cidade de Recife-PE.

Certos de contarmos com sua valiosa colaboração, agradecemos desde já toda a atenção.

Atenciosamente,

Prof. Dr.  **BELMIRO CAVALCANTI DOEGITO VASCONCELOS**
Diretor da FOP/UPE

Ilm. Sr.

Professor: MOZART NEVES

DD. Secretário de Educação de Pernambuco.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO - FOP

Avenida Gal Newton Cavalcanti, 1650 - Taboatinga - Camaragibe/PE - CEP: 54753-901 - PABX: 81 3458.1088 - Fax: 81 3458.1476
Home Page: www.upe.br - E-mail: fop@upe.br - CNPJ: 11.022.597/0003-53

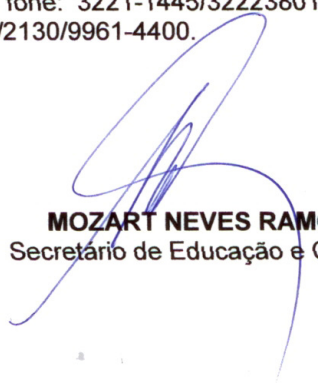
Anexo C – Aprovação do Secretário de Educação e Cultura do estado de Pernambuco



Recife, 12 de maio de 2006.

A Secretaria de Educação e Cultura aceita e autoriza a participação de **Maria do Amparo Souza Lima**, mestranda da Universidade de Pernambuco, para o desenvolvimento da pesquisa: "Prática de Atividades Sexuais e Fatores de Risco para Doenças Sexualmente Transmissíveis em Adolescentes", no período de junho a setembro de 2006, nas escolas da rede estadual de ensino

Solicitamos para tanto entrar em contato com a Gerência Regional de Educação Recife Norte (Valmira Nóbrega) fone: 3221-1445/32223801/9962-6813 e Recife Sul (Paulo Roberto) fone: 3271-1978/2130/9961-4400.



MOZART NEVES RAMOS
Secretário de Educação e Cultura

GABINETE DO SECRETÁRIO
Rua Siqueira Campos, 304 – Santo Antônio- Recife-PE
CEP 50010-010 – Fone (81) 2122-6376/ Fax: 2122-6203

Anexo D – Carta de anuência dos Diretores das escolas
sorteadas

Recife, 21 de agosto de 2006

CARTA DE ANUÊNCIA

O Colégio "Escola Clotilde de Oliveira" aceita e autoriza a participação de **Maria do Amparo Souza Lima**, mestranda da Universidade de Pernambuco, para o desenvolvimento da pesquisa: "Prática de Atividades Sexuais e Fatores de Risco para Doenças Sexualmente Transmissíveis em Adolescentes", para tanto estamos marcando o dia 30 / 08 / 06, no horário de 16:20 a _____, para a coleta de dados e o horário de 19:20 a _____ para a palestra educativa sobre DST.

Magda Maranhão 8877-5297
p/ DIRETORA

Magda da Silva Maranhão
Mat 173.699.0
Ed. de Apoio

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DE PE
ESCOLA DIÁRIO DE PERNAMBUCO
Ensino de 1ª a 2ª Grados
Rua Costa Sepúlveda s/n - Eng. do Meio
Inscrição n.º E. 050.031

Recife, ____ de agosto de 2006

CARTA DE ANUÊNCIA

O Colégio "ESCOLA DIÁRIO DE PERNAMBUCO" aceita e autoriza a participação de **Maria do Amparo Souza Lima**, mestranda da Universidade de Pernambuco, para o desenvolvimento da pesquisa: "Prática de Atividades Sexuais e Fatores de Risco para Doenças Sexualmente Transmissíveis em Adolescentes", para tanto estamos marcando o dia 27 / 09 / 06, no horário de TARDE ~~e~~ NOITE, para a coleta de dados e o horário de TARDE ~~e~~ NOITE para a palestra educativa sobre DST.



DIRETORA

Severina Aline Dantas Prazeres
SECRETARIA
Mot. 196.648-0

Recife, 21 de agosto de 2006

CARTA DE ANUÊNCIA

O Colégio "ESCOLA DOM VITAL" — x — aceita e autoriza a participação de Maria do Amparo Souza Lima, mestranda da Universidade de Pernambuco, para o desenvolvimento da pesquisa: "Prática de Atividades Sexuais e Fatores de Risco para Doenças Sexualmente Transmissíveis em Adolescentes", para tanto estamos marcando o dia 14 / 09 / 2006, no horário de 07H15 a 12H25, para a coleta de dados e o horário de 13H15 a 18H25 para a palestra educativa sobre DST.

Lucimilson Alves de Sá
DIRETORA

Recife, ____ de agosto de 2006

CARTA DE ANUÊNCIA

O Colégio "ESCOLA MACIEL PINHEIRO" aceita e autoriza a participação de **Maria do Amparo Souza Lima**, mestranda da Universidade de Pernambuco, para o desenvolvimento da pesquisa: "Prática de Atividades Sexuais e Fatores de Risco para Doenças Sexualmente Transmissíveis em Adolescentes", para tanto estamos marcando o dia 28 / 09 / 06, no horário de TARDE & NOITE, para a coleta de dados e o horário de TARDE & NOITE para a palestra educativa sobre DST.

Maria Lúcia de Sousa Pereira

DIRETORA

Maria Lúcia de Sousa Pereira

Gestora

Mat. 121.108-0

ESCOLA SILVA JARDIM
ENSINO DE 1º E 2º GRAU
CNPJ: 10.572.071/0740-78
E. 000.097 - RECIFE - PE

Recife, 21 de agosto de 2006

CARTA DE ANUÊNCIA

O Colégio "ESCOLA SILVA JARDIM" aceita e autoriza a participação de Maria do Amparo Souza Lima, mestranda da Universidade de Pernambuco, para o desenvolvimento da pesquisa: "Prática de Atividades Sexuais e Fatores de Risco para Doenças Sexualmente Transmissíveis em Adolescentes", para tanto estamos marcando o dia 14 / 09 / 2006, no horário de 10:20 a 12 horas, para a coleta de dados e o horário de 16:20 a 18 horas para a palestra educativa sobre DST.

Sandra Dornitha de Carvalho

Sandra Dornitha de Carvalho
DIRETORA
Mat. 145028-9

DIRETORA

Anexo E – Instrumento de coleta de dados

QUESTIONÁRIO

Sou aluna do curso de pós-graduação do Programa de Mestrado em Hebiatria da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, da Universidade de Pernambuco – FOP/UPE. Como projeto de mestrado, tenho interesse em caracterizar o perfil sócio-econômico dos estudantes do ensino fundamental II e médio e identificar conhecimento, crenças, valores e atitudes em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST.

Nosso objetivo é colher informações para melhorar a eficácia das políticas de saúde, principalmente as educacionais e preventivas. Eu gostaria de ter sua colaboração mas você só participa se quiser. Você poderia responder algumas questões? Suas respostas serão confidenciais e anônimas, por isso, peço-lhe a maior sinceridade em suas respostas.

CONHECIMENTOS SOBRE DSTs:

1. Sua idade? _____ 2. Sua cor? _____ 3. Sexo: Masculino () Feminino ()
4. Você já ouviu falar sobre DST? sim () não ()
5. Se sim, você poderia me dizer, com as suas palavras o que é uma DST? _____

6. Você já ouviu falar sobre:

a. Sífilis:	sim ()	não ()
b. Gonorréia:	sim ()	não ()
c. Clamídea:	sim ()	não ()
d. AIDS:	sim ()	não ()
e. Cancro Mole:	sim ()	não ()
f. HPV:	sim ()	não ()
g. Condiloma:	sim ()	não ()
h. Hepatite B:	sim ()	não ()
i. Hepatite C:	sim ()	não ()
j. Tricomoníase:	sim ()	não ()
k. Herpes:	sim ()	não ()
7. Você já recebeu alguma informação sobre DSTs? sim () não ()
8. Se sim, aonde/através de quem? _____

9. Você já recebeu alguma informação sobre sexo seguro? sim () não ()
10. Se sim, aonde, de quem? _____

PRÁTICAS SEXUAIS

11. Você se considera: heterossexual () bissexual () homossexual ()
12. Se não. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual? _____
13. Quantos parceiros sexuais (aqueles com que você teve penetração vaginal ou anal, ou fez sexo oral) você já teve até o dia de hoje (incluindo amigos e namorados e maridos)? _____
14. Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos 3 meses? _____

15. Você faz alguma coisa para evitar pegar uma doença venérea? sim () não ()
16. Se sim. O que? _____
17. Se não. Por que não? _____
18. Você já fez sexo oral alguma vez na sua vida? sim () não ()
19. Se sim: raramente () algumas vezes () freqüentemente () sempre ()
20. Quantos anos você tinha quando fez sexo oral pela primeira vez? _____
21. Durante o sexo oral seu parceiro alguma vez já ejaculou na sua boca? sim () não ()
22. Se sim: raramente () algumas vezes () freqüentemente () sempre ()
23. Você já teve uma relação anal? sim () não ()
24. Se sim: raramente () algumas vezes () freqüentemente () sempre ()
25. Que idade você tinha quando teve a primeira relação anal? _____

DADOS SOCIOECONÔMICOS

26. Qual o seu estado civil?
- Solteiro () casado () com companheiro () viúvo/a () separado ()
27. Você tem filhos? sim () não () Quantos? _____
28. Qual sua religião? _____
29. Você trabalha? sim () não ()
30. Quantas pessoas residem na sua casa? _____
31. Das pessoas que residem na sua casa quantas trabalham? _____
32. Qual a renda média da sua família (somando o valor de todos que trabalham)? _____

MUITO OBRIGADA