

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira

Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

**“Sexualidade, reprodução e saúde sexual e reprodutiva:
experiências de adolescentes escolares de
Silva Jardim, Estado do Rio de Janeiro”**

Angélica Cristina Roza Pereira Vonk

Rio de Janeiro, RJ

Março de 2011



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira

Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

“Sexualidade, reprodução e saúde sexual e reprodutiva:

experiências de adolescentes escolares de

Silva Jardim, Estado do Rio de Janeiro”

Angélica Cristina Roza PereiraVonk

Dissertação apresentada à Comissão de Pós-Graduação do Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e da Mulher.

Orientadora: Prof^a Dr^a Claudia Bonan

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Kátia Silveira da Silva

Rio de Janeiro, RJ

Março de 2011

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

V947s Vonk, Angélica Cristina Roza Pereira
“Sexualidade, reprodução e saúde sexual e reprodutiva: experiências
de adolescentes escolares de Silva Jardim , Estado do Rio de Janeiro “
/ Angélica Cristina Roza Pereira Vonk. – 2011.
88 f. ; tab.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher)- Instituto
Fernandes Figueira , Rio de Janeiro , RJ , 2011.

Orientador : Claudia Bonan
Co – orientador: Kátia Silveira da Silva

Bibliografia: f. 47 - 52

1. Saúde sexual e reprodutiva. 2 . Adolescente. 3 . Sexualidade. 4.
Reprodução. I. Título.

CDD - 22ª ed. 362.1

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, Warner Gijs Vonk, pelo companheirismo, carinho e compreensão.

Obrigada pelo incentivo e apoio.

Ao futuro membro da família, Lucas Pereira Vonk.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Profª Drª Claudia Bonan Jannotti**, por quem tenho profundo respeito e admiração por todos os ensinamentos que me passou, com competência e dedicação, durante a construção deste trabalho. Agradeço o carinho e a confiança.

À minha co-orientadora, **Profª Drª Kátia Silveira da Silva**, por quem tenho muita admiração. Agradeço pelos ensinamentos e pela valiosa contribuição para a conclusão desse trabalho. Agradeço também pelo carinho, pela atenção.

Aos membros da banca examinadora, Prof.Dr Marcos Augusto Bastos Dias, Profª Drª Stella Regina Taquette e Profª. Drª Kátia Telles Nogueira, pela disponibilidade e valiosas contribuições.

Aos meus pais, Therezinha Roza de Jesus Pereira e Benedito Pereira, aos meus irmãos, Fabiano, Fabrício, Benedito, Cristiano, Teresa, e aos sobrinhos, Brenda e Breno, pelo apoio e carinho.

À amiga Carolina e família, pelo acolhimento em Silva Jardim, pelo apoio e incentivo.

Às amigas Priscilla, Tatiana, Damiana, Karla, Catiúscia, pela amizade, escuta, apoio, e pelas alegrias divididas.

À Maria Cecília e à Camila Alves, pelo apoio e incentivo

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde e Educação de Silva Jardim, que disponibilizaram as informações para o estudo e contribuíram para realização da pesquisa.

Aos profissionais da Escola Estadual São Sebastião, Escola Estadual Sérvulo Mello, Escola Municipal Omar Faria Alfradique e Escola Municipal Professora Vera

Lúcia Coelho, bem como aos adolescentes que participaram deste estudo e aceitaram falar de sua intimidade, depositando em mim confiança.

À equipe de enfermagem do Hospital Geral de Guarus, do Hospital da Lagoa e da Policlínica Aguinaldo de Moraes.

À querida Martinha.

À Viviane Manso Castello Branco e à Dilma Cupit, pelo incentivo, amizade e apoio.

A todos os mestrandos da turma 2009, e especialmente à Riva Rozenberg, Eliane Luz e Maria Cristina Faulhaber, Simoni Furtado, Keila Cristina, pela força, incentivo, companheirismo e pelas trocas de experiência. Obrigada pela amizade.

Aos professores da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do IFF/FIOCRUZ, que contribuíram para minha formação profissional, em especial à Prof^a Dr^a Maria Auxiliadora Mendes Gomes, pelas contribuições na banca da qualificação.

Aos profissionais da secretaria acadêmica do IFF/FIOCRUZ, pela seriedade na realização de suas tarefas.

RESUMO

Este estudo analisou as experiências de adolescentes escolares do Município de Silva Jardim, Estado do Rio de Janeiro, no que se refere à vida afetivo-sexual, à reprodução e aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva. **Método:** Trata-se de um estudo transversal com 200 escolares de ambos os sexos, de quatro escolas públicas, com idades de 15 a 19 anos. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado, que continha questões sociodemográficas e familiares, além de perguntas sobre a vida afetiva, o início da vida sexual, as práticas contraceptivas, as experiências reprodutivas, os conhecimentos e cuidados com a saúde sexual e reprodutiva. A análise estatística foi realizada através do teste de qui-quadrado (X^2), tendo sido aplicada a correção de Yates, quando necessário. O nível de significância do estudo foi de 5%. Utilizou-se o programa de Epi-info 3.58 para entrada e análise dos dados. **Resultados:** A média de idade foi de 16,6 anos para o total da amostra. A escolarização das meninas foi maior que a dos meninos ($p= 0,008$). A maioria dos adolescentes vivia com os pais. Os homens adolescentes possuíam mais atividades remuneradas ($p=0,0003$). Cerca de um quarto das meninas e um terço dos homens tiveram experiência sexual, sendo que, para elas, a primeira relação sexual ocorreu entre 15 e 19 anos; para eles, entre 12 a 14 anos ($p=0,014$). A maioria dos homens iniciou-se sexualmente com parceiros de 12 a 19 anos e em relações fugazes, enquanto as mulheres tiveram a primeira experiência sexual com parceiros mais velhos ($p<0,0001$) e namorados ($p=0,006$). As meninas receberam mais informações do que os meninos sobre relações sexuais ($p=0,029$) e como evitar gravidez ($p= 0,001$) antes da primeira relação sexual. Além disso, elas é que mais conversaram com parceiros na ocasião da iniciação sexual ($p= 0,015$) e também são elas que mais conversam atualmente ($p=0,002$) sobre prevenção de gravidez. Mais de 80% dos jovens disseram ter usado métodos anticoncepcionais na primeira relação sexual, e 90% fazem contracepção atualmente. As fontes de informações sobre sexualidade, gravidez e contracepção foram principalmente os pais. A farmácia foi o principal local de aquisição dos métodos contraceptivos, para os dois grupos.). As informações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) provêm principalmente da escola. O HIV/AIDS, a DST mais conhecida (88,5%), e o conhecimento do preservativo como meio para evitá-la foi praticamente universal (95,5%). **Conclusão:** Ao compararmos os resultados deste estudo, realizado com escolares de Silva Jardim, com aqueles de outras pesquisas, realizados com escolares de grandes centros urbanos ou com populações que incluem jovens fora da escola, vemos aproximações e distanciamentos entre suas experiências que não podem ser explicados linearmente. Para uma compreensão abrangente dessas experiências e do que elas têm de singularidade, e seus aspectos mais generalizáveis, é necessário observar como se articulam fatores relacionados ao contexto sociocultural e institucional de pequenos municípios, questões de gênero e o diferencial da escolaridade.

Descritores: Adolescentes, Sexualidade, Reprodução, Saúde Sexual e Reprodutiva.

ABSTRACT

This study examined the experiences of adolescent students in the Municipality of Silva Jardim, State of Rio de Janeiro, in relation to affective and sexual life, reproduction and care for the sexual and reproductive health. **Method:** This is a cross-sectional study among 200 schoolchildren of both sexes in the age of 15 to 19 years from four public schools. Data was collected using a structured questionnaire that contained socio demographic questions, questions about their family and affective life, the start of their sexual activity, their contraceptive practices, their reproductive experiences and finally questions about their knowledge and care with sexual and reproductive health. Statistical analysis was performed using the chi-square (χ^2), with Yates correction applied if necessary. The level of significance of the study was 5%. We used the program Epi-info 3.58 for data entry and data analysis. **Results:** The mean age of the total sample was 16.6 years. The school attendance rate of girls was higher than that of boys ($p = 0.008$). The majority of adolescents lived with their parents. Adolescent boys had more economic activities ($p = 0.0003$). About a quarter of girls and a third of the boys had sexual experience. The girls had their first sexual experience between 15 and 19 years whereas the boys had theirs between 12 to 14 years ($p = 0.014$). Most boys began sexual relations with partners from 12 to 19 years that were not their girlfriend (one night stands), while the girls had their first sexual experience with older partners ($p < 0.0001$) and with their boyfriends ($p = 0.006$). The girls received more information about sex than boys ($p = 0.029$) and how to avoid pregnancy ($p = 0.001$), before their first sexual intercourse. Moreover girls discuss more with partners at the time of sexual initiation ($p = 0.015$) and continue to discuss more about pregnancy prevention ($p = 0.002$). Over 80% of the adolescents said they had used contraceptives at first intercourse and currently 90% uses contraceptives. For both boys and girls parents were the principal source of information about sexuality, pregnancy and contraception and contraceptive methods were principally purchased in the pharmacy. Information about sexually transmitted diseases (STD) stems mainly from the school. HIV / AIDS is the best known STD (88.5%) and knowledge of condoms as a way to avoid it was nearly universal (95.5%). **Conclusion:** When comparing the results of this study with students from Silva Jardim to those of other studies with students from large urban areas or samples that include youth school dropouts, we see similarities and differences between their experiences that can not be explained linearly. For a comprehensive understanding of these experiences – what aspects are particular and what aspects can be more generalized – it is necessary to observe how these aspects are related to socio cultural and institutional small towns, and the gender gap in schooling.

Descriptors: Adolescent Sexuality, Reproduction, Sexual and Reproductive Health.

LISTA DE TABELAS

		Página
Tabela 1	Dados sociodemográficos e familiares	35
Tabela 2	Dados sobre a vida afetiva e início da vida sexual	36
Tabela 3	Práticas contraceptivas (somente para quem teve relação sexual)	37
Tabela 4	Conhecimentos em DST e HIV/AIDS	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome da imunodeficiência adquirida

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GRAVAD - Pesquisa Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil

IFF- Instituto Fernandes Figueira

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNDS - Pesquisa Nacional Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

SINASC - Sistema de Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	5
3	MARCOS TEÓRICOS	6
3.1	A perspectiva socioantropológica sobre a adolescência.....	6
3.2	A importância do gênero como categoria de análise.....	8
3.3	Direitos sexuais e reprodutivos	10
4	REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA	13
5	RESULTADOS	18
Artigo: “Sexualidade, reprodução e saúde sexual e reprodutiva: experiências de adolescentes escolares de Silva Jardim, Estado do Rio de Janeiro”		
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÊNDICES E ANEXOS		1
<ul style="list-style-type: none">○ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido○ Questionário○ Autorização da Secretaria Municipal de Educação de Silva Jardim○ Autorização da Escola Estadual São Sebastião, do Município de Silva Jardim○ Autorização da Escola Estadual Sérvulo Mello, do Município de Silva Jardim○ Parecer do Comitê de Ética		

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa apresentada nesta dissertação de mestrado insere-se na área temática maior, que reúne os debates sobre adolescência, sexualidade, reprodução e saúde. O exercício da sexualidade e da reprodução na adolescência, seus significados e repercussões, a questão da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e da promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes são assuntos pautados com prioridade na sociedade brasileira há cerca de duas décadas. Autoridades do Estado, instituições e profissionais de saúde e educação, pesquisadores, organizações e movimentos sociais diversos têm investido na construção de políticas públicas que possam responder às necessidades e direitos dessa população. Marcos relevantes dessa trajetória foram o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), criado em 1989, as Normas de Atenção Básica à Saúde Integral do Adolescente (1993), Programa de Saúde do Adolescente: bases programáticas (1996), o manual Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde. Brasília, (2005), o Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes (2005), o Marco Teórico e Referencial: saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens (2006) e as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010). Essas políticas preconizam um leque abrangente de ações de saúde e privilegiam algumas áreas de intervenção, dentre as quais a saúde sexual e reprodutiva.

Apesar desses esforços, os indicadores de saúde dos adolescentes têm sido fonte de preocupações, pois revelam ainda uma distância muito grande entre a perspectiva de direitos, bem-estar e qualidade de vida preconizada pelas políticas

desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e a realidade dessa parcela da população. As doenças sexualmente transmissíveis (DST), o HIV/Aids, as necessidades não satisfeitas de contracepção, o abortamento inseguro, a gravidez em situações de vulnerabilidade social, a debilidade dos cuidados preventivos com a saúde sexual e reprodutiva, a violência em suas várias modalidades, incluindo doméstica e sexual, são algumas das questões mais críticas que necessitam ser enfrentadas (Ministério da Saúde, 2010). Além disso, o acesso aos serviços de saúde e sua utilização pelos adolescentes ainda é baixo e, quando se trata de adolescentes moradores de áreas rurais, há ainda uma lacuna na cobertura e nos serviços de saúde, pois há uma dificuldade maior de deslocamento nessas áreas (Ministério da Saúde, 2006).

O campo temático que reúne adolescência, sexualidade, reprodução e saúde tem sido objeto de vasta literatura, que abrange uma grande variedade de temas específicos, problemas de investigação, perspectivas teóricas e métodos de estudo. Uma breve revisão dessa literatura é apresentada no Capítulo 3 desta dissertação. Entretanto, vale destacar certa perspectiva teórica presente na literatura brasileira mais recente e que nos parece muito promissora nos estudos sobre adolescência e que, portanto, foi adotada na pesquisa aqui apresentada. As reflexões de Ariés (1981) e Bourdieu (1989) sobre as fases da vida como construções sócio-históricas e a adolescência – ou, *as adolescências* - como uma realidade heterogênea têm sido referências teóricas importantes para pesquisas brasileiras (Heilborn et al. 2006, Aquino et al, 2003). As ideias da influência do contexto sociocultural e de heterogeneidade permitem captar melhor como diferenciais de classe social, de gênero, de cor/raça, entre outros, modelam de modos distintos a experiência da adolescência.

Quando se percorre os estudos brasileiros sobre adolescência, sexualidade, reprodução e saúde uma questão que chama a atenção é que muitos deles foram desenvolvidos em capitais ou cidades de grande ou médio porte, e as realidades de adolescentes que vivem em pequenas cidades interioranas ou no meio rural ainda são pouco conhecidas. Diferenças socioculturais entre o modo de vida urbano e rural podem implicar experiências e necessidades em saúde diferenciadas para os adolescentes. Contribuir para acumular conhecimentos sobre essa realidade é a intenção da pesquisa que foi desenvolvida para esta dissertação de mestrado.

O objetivo geral do estudo foi descrever experiências de adolescentes escolares de ambos os sexos do Município de Silva Jardim, no Estado do Rio de Janeiro, no que se refere à vida afetivo-sexual, à reprodução e aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, incluindo iniciação afetiva e sexual, contracepção, gravidez, maternidade e paternidade, conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis e cuidados com a saúde sexual e reprodutiva. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, em fevereiro de 2010.

O trabalho está organizado em seis capítulos. O primeiro é esta introdução. No segundo capítulo, apresentamos, de maneira esquemática, o objetivo geral e os específicos do estudo. No terceiro, desenvolvemos as questões teóricas mais relevantes a essa investigação, que foram conceituação de adolescência, categoria gênero e noção de direitos sexuais, e direitos reprodutivos. O quarto capítulo traz uma breve revisão bibliográfica de estudos nacionais sobre adolescência, sexualidade, reprodução e saúde, realizadas nas últimas duas décadas. No quinto capítulo, os resultados são apresentados no formato de artigo científico. É no corpo

do artigo que apresentamos a metodologia da pesquisa. Por fim, no sexto capítulo, tecemos algumas considerações finais.

2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Analisar experiências de adolescentes escolares do Município de Silva Jardim, Estado do Rio de Janeiro, no que se refere à vida afetivo-sexual, à reprodução e aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever características socioeconômicas e familiares
- Descrever características relacionadas à iniciação afetivo-sexual e às experiências de gravidez, aborto, maternidade e paternidade
- Descrever as práticas contraceptivas
- Descrever conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis e cuidados preventivos com a saúde sexual e reprodutiva
- Comparar as experiências de adolescentes do sexo feminino e do sexo masculino

3 MARCOS TEÓRICOS

3.1 A perspectiva socioantropológica sobre a adolescência

Contribuições socioantropológicas nos ajudam a refletir sobre a noção de adolescência. Há uma vasta literatura que propõe que as categorias de idade e as fronteiras entre fases da vida são construções históricas e, portanto, variam de lugar a lugar, época a época e cultura a cultura (Ariès,1981; Bourdieu, 1989; Groppo,2002 e Heilborn e colaboradores, 2006).

Áries (1981), em estudo sobre a construção histórica na sociedade ocidental em torno da criança e do adolescente e a classificação das idades em diferentes épocas, mostra como, desde a Idade Média, as palavras infância e puerilidade, juventude e adolescência, velhice e senilidade foram utilizadas para designar diferentes períodos da vida. O autor chama a atenção também para o fato de cada época privilegiar certo período da vida: a juventude seria a idade privilegiada durante o século XVII; a infância, a preferida do século XIX; e a adolescência, a escolhida do século XX. Percebemos então que as definições de idade são divisões arbitrárias e a juventude, assim como a velhice, são categorias construídas socialmente (Bourdieu,1989).

No contexto contemporâneo, a circunscrição da adolescência como fase específica e importante da vida é refletida em um conjunto de leis e programas políticos, que definem direitos à saúde, à educação, à alimentação, entre outros, em que o Estado, a família e a sociedade devem atuar como um todo. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado com a Lei Federal n.º 8.069/90, é um exemplo disso.

Apesar da valorização moderna da adolescência, essa fase da vida é representada como uma “fase problemática”, “fase de crise”, e os adolescentes como portadores de uma “personalidade específica”, conforme observaram Heilborn et al (2006). Groppo (2002) ressalta que a concepção de juventude é parte de representações e criações simbólicas modeladas tanto por grupos sociais ou instituições que, por muitas vezes, tentam determinar o tipo de comportamento juvenil. Para além dos rótulos e estereótipos disseminados pela linguagem do senso comum, inclusive institucional, esses autores chamam a atenção para a heterogeneidade das vivências juvenis e a diversidade sociocultural desse grupo. Essas vivência e experiências possibilitam a construção de diferentes representações simbólicas, de identidade e de estilo de vida.

Heilborn et al (2006) chamam a atenção para a importância política e teórica da superação de uma definição puramente etária da adolescência. Para tal, propõem a utilização da noção de trajetória biográfica, que nos permite olhar para as histórias de vida dos jovens de forma crítica e contextualizada. Segundo pertencimentos de classe, gênero, raça/etnia, grupo cultural, região e outras condições, eles vivenciam de diferentes formas essa etapa da vida, caracterizada por rituais de passagem, como as experiências com o primeiro namoro, a primeira relação sexual, o primeiro trabalho e a ampliação da sociabilidade extrafamiliar e a intensificação das relações com seus pares.

Essa formulação teórica da adolescência como construção sociocultural, realidade heterogênea e experiência modelada em contextos diferentes reafirma a importância de se explorar outras situações ou condições em que os jovens vivem suas experiências sexuais, reprodutivas e de cuidados com a saúde.

3.2 A importância do gênero como categoria de análise

A noção do gênero como categoria de análise surge na década de 1980, com os debates feministas nos Estados Unidos e na Inglaterra. O desenvolvimento desse debate foi impulsionado pela rejeição do gênero como “determinismo biológico”, como sinônimo de “sexo” e “diferença sexual”, definidos por parâmetros anatomo-biológicos. Com isso, a crítica feminista propunha a desconstrução de padrões e normas culturalmente estabelecidas sobre o que é ser masculino ou ser feminino em nossa sociedade e questiona as relações de poder e as diferenças entre mulheres e homens (Scott, 1989).

Na perspectiva de Scott (1989), o gênero é um componente característico das relações que os indivíduos estabelecem com seus pares, com seus familiares, com sua comunidade, com suas instituições, ou seja, com a sociedade de uma maneira geral, fundamentada no modo como culturalmente são percebidas as diferenças e o que é próprio de ser masculino ou feminino.

A autora destaca quatro dimensões nas quais a ordem de gênero de uma dada sociedade é constituída e reproduzida. Elas são: os símbolos, as normas, as instituições e a identidade subjetiva. Os símbolos dizem respeito às diversas representações que fazemos da realidade e que, por vezes, são contraditórias e polares, como, por exemplo, o símbolo de Eva e Maria (a pecadora e a santa). As normas se refletem em padrões de interação social e institucional que permeiam as inter-relações entre os sujeitos individuais, os coletivos e as instituições e reiteram e reproduzem a ordem social. Já a identidade subjetiva se constitui pela forma como os sujeitos individuais e coletivos internalizam, interpretam e se apropriam dos símbolos, das normas e das instituições, podendo se conformar ou resistir a elas e agir reproduzindo ou transformando a ordem social.

Em nossa sociedade, a diferença entre ser masculino e feminino foi incisivamente fundamentada pelo saber biomédico, mas nem sempre foi assim. Laqueur (1992) afirma que, antes da constituição do pensamento científico moderno, a sociedade ocidental interpretava a diferença sexual segundo aquilo que o autor chama de “modelo do sexo único”. Isso não significava a inexistência do corpo masculino e do corpo feminino, mas sim que se interpretava que tudo aquilo que havia no corpo do homem havia no corpo da mulher, os órgãos sexuais masculinos e os órgãos sexuais femininos tinham a mesma denominação. A mulher era considerada o homem imperfeito por ter menor calor vital. Segundo esse esquema de interpretação, o homem era o ser que detinha maior perfeição, ou seja, que possuía maior calor vital.

Já para a ciência moderna, o corpo assume um lugar central nos diversos debates, filosóficos, políticos, biomédicos e científicos. No cerne dessas discussões, o corpo é utilizado como um instrumento capaz de, não só construir a diferenciação entre homens e mulheres através de comprovações “científicas”, mas de criar um padrão de corpo considerado como forte, perfeito: o corpo masculino. Segundo Martins (2004), como exemplo da construção de discursos normatizadores e de estereótipos e papéis de gênero na ciência moderna, podem-se citar os antigos tratados de obstetrícia do século XIX, aparentemente imparciais, mas que tinham como uma de suas preocupações a construção da definição da especificidade feminina a partir de critérios considerados objetivos, como medição da pelve e do aparelho reprodutor feminino, provenientes das ciências biológicas. Para essa autora, os primeiros tratados de medicina moderna ilustram como as normas e padrões que aparentemente são tidas como “naturais” em relação à mulher foram fundados na naturalização das diferenças humanas. Portanto, é possível considerar

que as diferenças entre homens e mulheres, e as relações de gênero são construídas e relacionais, variam de acordo com o interesse das instituições políticas, econômicas e sociais de cada época, influenciando e sendo influenciadas pelas simbologias e os processos de formação das identidades subjetivas.

Para este estudo, foi importante a análise de como o gênero se reflete nas experiências de homens e mulheres adolescentes no que diz respeito à vida afetivo-sexual, à reprodução e aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva.

3.3 Direitos sexuais e reprodutivos

Corrêa e Petchesky (1996) mostraram como o conceito de direitos sexuais e direitos reprodutivos tem origem no campo dos direitos humanos e se vincula aos princípios dos direitos civis, políticos, econômicos, culturais e sociais, visando à possibilidade do exercício da liberdade e da autonomia sexual e reprodutiva. Para essas autoras, tal concepção representa uma conquista de diversos atores sociais, no final do século XX, como representantes de movimentos feministas, gays, negros e outros, e contempla o valor à dignidade e o respeito à diversidade humana. Essa conquista consolidou-se na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo (1994), quando se definiu o conceito de direitos reprodutivos e de saúde sexual e reprodutiva.

No esquema teórico, de Corrêa e Petchesk (1996), o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos está vinculado ao poder e aos recursos, pois a tomada de decisões livre e segura no âmbito de vivência sexual e reprodutiva são possíveis somente se reconhecermos que, para o indivíduo exercer sua autonomia decisória, ele tem de ter acesso a recursos sociais, econômicos, educacionais, entre outros, que viabilizem suas decisões. Para as autoras, as discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos abrangem a noção de “integridade corporal”, “controle do próprio

corpo” e como o indivíduo irá fazer suas escolhas e posicioná-las frente a sua família, seus pares, sua comunidade e sociedade como um todo. Cabe ressaltar que as diferenças de gênero, classe, cultura, idade, etnia, e outros estão presentes nessas relações sociais, portanto, o discurso dos direitos deveria poder especificar essas diferenças, mas, ao mesmo tempo, reconhecer os direitos e as prerrogativas fundamentais de toda pessoa humana.

Corrêa e Petchesky propõem quatro princípios éticos que devem reger os direitos sexuais e reprodutivos e os direitos humanos, como um todo. Com esses princípios, elas pretendem contribuir para o dilema de como conciliar, por um lado, o reconhecimento das especificidades de grupos sociais diferenciados, e, por outro, a universalidade dos direitos e prerrogativas de todas as pessoas. Eles podem ser muito úteis na discussão política e ética dos direitos dos adolescentes. Esses princípios são:

- **Integridade corporal:** diz respeito à segurança e ao controle sobre o próprio corpo. Essa afirmação está na base da noção de liberdade sexual e reprodutiva, e inclui tanto o direito de não ser alienado de sua capacidade sexual e reprodutiva como o direito à integridade de sua pessoa física. Esses seriam os direitos afirmativos para usufruir inteiramente de seu potencial corporal à saúde, procriação e sexualidade, a ter prazer sexual e o direito de expressá-lo de formas diversificadas e não estigmatizadas. Ao incorporarmos a noção de integridade corporal, compartilhamos a ideia de que as pessoas devem ter autonomia sobre o seu corpo e sobre as decisões que fará para a sua vida e de poder exercer com segurança as suas decisões.

- **Autonomia pessoal:** Ouvir as pessoas é a chave para respeitar sua autonomia pessoal, moral e legal – isto é, seu direito à autodeterminação. Isso significa tratá-las como autores capazes de tomar decisões em assuntos de reprodução e sexualidade – como sujeitos, e não meramente como objetos, e como fins, não somente como meio das políticas de planejamento familiar e populacional. Esse princípio nos faz refletir sobre a importância do profissional de saúde ao lidar com homens e mulheres, crianças e adolescentes, em programas que dizem respeito à sua saúde sexual e reprodutiva.
- **Igualdade:** O princípio da igualdade diz respeito a um acesso equitativo e justo às oportunidades e aos recursos sociais, para cuja realização é necessário enfrentar as desigualdades relacionadas a gênero, classe social, raça/etnia, idade, condição física, dentre outros fatores.
- **Diversidade:** Esse princípio requer um olhar e uma atitude respeitosos às diferenças entre pessoas e grupos sociais, seja por razões culturais, de estilos de vida, de escolhas pessoais, de orientação sexual ou quaisquer outras. Os princípios da igualdade e da diversidade devem estar dialeticamente articulados: as desigualdades devem ser superadas, mas as diferenças devem ser respeitadas e valorizadas.

Por fim, consideramos que estes quatro princípios – da integridade corporal, da autonomia pessoal, da igualdade e da diversidade – podem nos ajudar na interpretação dos avanços ou dos entraves relacionados à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes e jovens, assim como na promoção desses direitos. Desse modo, que eles poderão exercer com liberdade suas escolhas e gozar das melhores condições possíveis de saúde sexual e reprodutiva.

4 REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi realizada uma revisão das publicações sobre adolescência, sexualidade e reprodução na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), através do método integrado da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Procedeu-se à utilização combinada dos seguintes descritores: adolescente e contracepção, adolescente e anticoncepção, adolescente e concepção, adolescente e planejamento familiar, adolescente e anticoncepcional, adolescência e contracepção, adolescência e anticoncepção, adolescência e concepção, adolescência e planejamento familiar, adolescência e anticoncepcional, adolescência e aborto, adolescente e aborto. Foi possível identificar mais de 1400 estudos. Para a seleção de artigos que pudessem ser relevantes para a pesquisa proposta, foram estabelecidos critérios de inclusão: artigos publicados entre 1999 e fevereiro de 2011, em idioma português e com abordagem da realidade brasileira. Como critérios de exclusão foram descartados artigos com enfoque predominantemente biomédico e aqueles não disponíveis integralmente na internet. Após leitura de títulos e resumos, foram selecionados 63 artigos para uma análise mais profunda, por serem eles mais pertinentes para os problemas deste estudo.

Muitos dos artigos selecionados tratam da temática gravidez na adolescência e revelam diferentes pontos de vista. Alguns autores consideram a reprodução no período da adolescência um problema de saúde pública e/ou um problema social. Eles ressaltam a importância de ações que minimizem os possíveis “danos” que a gravidez pode causar às/aos adolescentes como, por exemplo, o afastamento da escola e a dificuldade do retorno das mães adolescentes estudos (Costa et al., 2002; Paraguassu et al., 2005). Paraguassu et al. (2005), ao estudarem as características

de adolescentes grávidas em Feira de Santana, na Bahia, evidenciam uma prevalência de baixa escolaridade e uma proporção considerável de adolescentes fora da população economicamente ativa, e concluem que, principalmente no grupo de jovens de baixa renda, a reprodução adolescente reflete problemas sociais, agravando-os.

Outros autores propõem que essa visão da gravidez adolescente como “problema social” seja relativizada para compreendermos melhor a magnitude desse fenômeno. Eles sugerem uma investigação da temática a partir de uma abordagem socioantropológica, que propicie a possibilidade de compreensão dos significados da gravidez e da parentalidade na vida dos adolescentes, em toda sua heterogeneidade (Brandão e Heilborn, 2006; Cabral, 2003). Por exemplo, a discussão sobre paternidade nos estudos de Cabral (2003) traz para o debate da gravidez na adolescência a compreensão dos significados desse fenômeno na vida de jovens das camadas populares. Para a autora, essa é uma forma de os rapazes terem uma ascensão à vida adulta, se redefinirem e se mostrarem como “homens sérios”, “viris” e “maduros”. Há a construção de um novo papel social frente à família, à parceira e aos pares.

Com relação à temática da contracepção, muitos estudos se voltam para a análise de conhecimentos, atitudes e práticas, e para o acesso dos adolescentes aos métodos contraceptivos. Muitos desses estudos têm mostrado que os adolescentes têm conhecimento dos métodos anticoncepcionais, porém apresentam certa complexidade em suas atitudes e práticas contraceptivas. Por exemplo, no que diz respeito à relação de confiança que eles estabelecem com seus parceiros e o uso, ou não uso, de métodos contraceptivos (Almeida et al., 2003; Martins et al., 2006). Situações de vulnerabilidade de gênero e fatores sociodemográficos foram

relacionados ao uso ou não dos métodos pelos adolescentes em suas relações afetivo- sexuais (Olinto e Galvão, 1999; Alves e Lopes 2008).

Na literatura revisada, muitos trabalhos apontam a necessidade de ações educativas que englobem discussões sobre sexualidade, gênero e saúde reprodutiva e de intensificação do diálogo entre os adolescentes e vários agentes que participam de sua educação. Em seu estudo, Cerqueira- Santos et al (2010) identificaram que os adolescentes usavam incorretamente os métodos contraceptivos e concluem que esse quadro procedimental poderia ser modificado se as relações dos jovens com os profissionais de saúde e professores fossem mais francas. A qualidade das relações estabelecidas com os pares, a família e a comunidade também tem sido considerada um fator influente nas decisões dos adolescentes no que diz respeito aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, e na internalização das normas contraceptivas (Alves e Brandão, 2009).

Apesar do acúmulo de estudos sobre métodos contraceptivos, encontramos poucos trabalhos que discutem a contracepção de emergência. Os artigos encontrados eram de natureza quantitativa e foi possível identificar que há um baixo nível de conhecimento sobre o uso desse método pelos adolescentes (Araújo e Costa, 2009; Hardy et al., 2001).

Os estudos sobre aborto dividem-se entre os que se preocupam em traçar um perfil epidemiológico das adolescentes que chegam aos serviços de saúde com complicações (Souza et al. 1999; Souza et al., 2001) e em estudos que valorizam o olhar do adolescente, suas posições frente a essa prática e as dificuldades encontradas para a autonomia da regulação de sua reprodução (Peres e Heilborn, 2006). Cecati et al. (2010) avaliaram a prevalência do aborto entre mulheres brasileiras a partir do banco de dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

de 1996 (PNDS-1996). Foi identificado que um total de 1,8% das adolescentes de 15 a 19 anos haviam referido aborto espontâneo, e 0,5%, aborto induzido. Para esses autores, a grande dificuldade para o conhecimento da real dimensão do abortamento no Brasil é a omissão dessa experiência, por questões psicológicas e emocionais envolvidas no ato, mais do que pela ilegalidade do ato em si.

Em um grupo de artigos, os autores investigaram os meios de informação e de prevenção das DST e AIDS, assinalaram a questão da vulnerabilidade dos adolescentes de diferentes grupos sociais frente a essas doenças, e identificaram as desigualdades sociais e de acesso no que se refere a cuidados em saúde sexual entre os jovens de menor escolaridade (Taquette et al. 2005; Camargo et al., 2007)

Outros estudos discutiram a relação dos adolescentes com os serviços de saúde e mostraram que a frequência deles aos serviços de saúde foi muito aquém do esperado. Alguns autores consideram que a baixa frequência aos serviços de saúde está relacionada à descontinuidade das ações de prevenção que são prestadas, e são da opinião que, para haver mudanças nesse quadro, as ações de saúde devem ser contínuas e articuladas interinstitucionalmente, como por exemplo, com as escolas e os programas sociais, entre outros (Jeolás e Ferrari, 2003; Costa e Formigli, 2001; Claro et al., 2006).

Os artigos científicos e o livro *Aprendizado da Sexualidade – reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros* (Heilborn et. al, 2006), produzidos pela pesquisa Gravidez na Adolescência (GRAVAD)¹, realizada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, têm sido referência importante na discussão da realidade dos adolescentes do Brasil, principalmente por

¹ Estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil, realizada entre 1999-2004, com 4634 indivíduos de ambos os sexos, de 18 a 24 anos, com o objetivo de investigar os comportamentos de jovens brasileiros numa perspectiva biográfica em três capitais brasileiras: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador.

demonstrar a heterogeneidade das experiências, situações e condições vividas por essa parcela da população. Uma das questões para a qual os pesquisadores chamaram a atenção é que a realidade de adolescentes que vivem no interior do Brasil é ainda raramente estudada, e conhecemos pouco do que é específico nesse grupo, no que diz respeito às suas experiências e percepções sobre contracepção, planejamento reprodutivo e saúde. Diferenças socioculturais entre o modo de vida urbano e rural podem implicar necessidades em saúde diferenciadas para os adolescentes.

Apesar dessa importante produção científica, ainda são necessárias mais investigações sobre a temática que reúne adolescência, sexualidade, reprodução e cuidados em saúde, especialmente para o aprofundamento de nossos conhecimentos sobre experiências e necessidades específicas de adolescentes que residem fora dos grandes centros urbanos e vivem em contextos socioculturais distintos.

5 RESULTADOS

Título: Sexualidade, reprodução e saúde sexual e reprodutiva: experiências de adolescentes escolares de Silva Jardim, Estado do Rio de Janeiro

Autoras: Angélica Cristina Roza Pereira Vonk , Claudia Bonan e Katia Silveira da Silva

Introdução

Os direitos sexuais e reprodutivos, e a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens são temas de importante debate na sociedade brasileira, envolvendo autoridades do Estado, instituições e profissionais de saúde e educação, pesquisadores, organizações e movimentos sociais. Desde 1990, constrói-se um arcabouço jurídico-normativo que legitima os direitos desse grupo da população, tendo como marco o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela Lei Federal n.º 8069/1990. No âmbito da saúde, foram feitos investimentos na construção de políticas, programas e ações para responder às necessidades de adolescentes e jovens ^{1,2,3}. Porém, indicadores de saúde mostram ainda uma distância entre as perspectivas de direitos – bem-estar e qualidade de vida, preconizadas pela legislação e nas políticas de saúde – e a realidade.

Em 2008, cerca de 9% dos casos de Aids notificados eram de jovens de 13 a 24 anos, sendo as taxas de incidência maiores em mulheres do que em homens, no grupo de 13 a 19 anos, reiterando a tendência já apontada de “feminização” da epidemia e maior vulnerabilidade das adolescentes à infecção⁴.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2006 (PNDS-2006)⁵ mostrou aumento de uso de métodos contraceptivos entre adolescentes de 15 a 19 anos, quando comparado à pesquisa anterior⁶. Entretanto, 33% das adolescentes solteiras sexualmente ativas não utilizavam anticoncepcionais. Entre as casadas ou unidas,

66,3% faziam contracepção, mas um percentual superior (82,6%) declarou não querer mais filhos ou tê-los somente mais tarde, sugerindo a existência de um contingente de jovens com necessidades não satisfeitas de regulação da fecundidade. Em 2005, a rede do SUS registrou a internação de 46.557 adolescentes com aborto retido, correspondendo 19% das internações hospitalares por esse motivo⁷.

A discussão sobre adolescência, sexualidade e reprodução tem sido objeto de extensa literatura científica na área da saúde coletiva, abrangendo questões como gravidez, aborto, contracepção, contracepção de emergência, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, violência doméstica e sexual, relação dos adolescentes com serviços de saúde, características das relações afetivo-sexuais, entre outras. Essa produção incluiu pesquisas multicêntricas que abrangem várias regiões e estados do país^{8,9} e um grande número de estudos locais (municípios, bairros, serviços). Estudos quantitativos descrevem e buscam associações estatísticas entre características sociodemográficas e práticas sexuais, contraceptivas e/ou abortivas^{10,11,12} e gravidez na adolescência^{13,14,15}, analisam assistência pré-natal e resultados perinatais da gestação adolescente^{16,17}, conhecimentos, informações e cuidados em saúde sexual e reprodutiva^{18,19,20} e relações dos adolescentes com serviços de saúde^{21,22}. Estudos qualitativos exploram aspectos socioantropológicos^{23,24}, psicossociais e familiares^{25,26,27}, educativos^{28,29} e assistenciais, incluindo relações entre os adolescentes e profissionais de serviços de saúde^{30,31,32,33}.

Uma questão teórico-analítica presente em parte dessa produção científica que merece ser destacada é a heterogeneidade das vivências adolescentes, em especial, as referidas à vida afetivo-sexual, à reprodução e aos cuidados com a

saúde. Vários trabalhos mostram como diferenciais de gênero, classe social e raça/etnia influenciam as trajetórias dos adolescentes e jovens^{8,14,34} e os expõem, de modo diferenciado, a situações de vulnerabilidade social e de saúde^{30,35, 36}.

A premissa do trabalho apresentado neste artigo é que viver em meio urbano ou rural; em cidades de grandes populações ou de poucos habitantes; com economias mais ou menos dinâmicas; maior ou menor infraestrutura em relação a serviços públicos; facilidades ou não de acesso a recursos de informação e educação são fatores que também podem condicionar as experiências juvenis. Quando se revisa a literatura brasileira sobre juventude, sexualidade e reprodução, um fato que chama a atenção é que a realidade de adolescentes que vivem em pequenas cidades do interior e no meio rural é pouco estudada, e suas especificidades, pouco conhecidas. Diferenças socioculturais entre o modo de vida urbano e o rural podem implicar necessidades em saúde sexual e reprodutiva diferenciadas para os adolescentes. Contribuir para acumular conhecimentos sobre essa realidade é a intenção desta pesquisa.

O objetivo geral do estudo foi descrever experiências de adolescentes escolares de ambos os sexos do Município de Silva Jardim, no Estado do Rio de Janeiro, no que se refere à vida afetivo-sexual, à reprodução e cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, incluindo iniciação afetiva e sexual, contracepção, gravidez, maternidade e paternidade, conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis e cuidados com a saúde sexual e reprodutiva.

Sujeitos e métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal. Os sujeitos da pesquisa foram adolescentes escolares de quatro escolas públicas, situadas no Município de Silva Jardim, sendo

duas estaduais e duas municipais. Foram incluídos indivíduos com idades de 15 a 19 anos, de ambos os sexos, independente de terem ou não iniciado vida sexual com parceiro. As escolas escolhidas foram as que, segundo a Secretaria de Educação do Município, concentravam maior número de adolescentes nessa faixa etária, por terem ensino fundamental e médio, e educação para jovens e adultos.

Para a estimativa do tamanho amostral, considerou-se uma prevalência de 60% de atividade sexual entre os adolescentes de ambos os sexos³⁷, com erro aceitável de 7% e nível de 5% de significância. Partiu-se de um universo de 1126 alunos de 15 a 19 anos matriculados nessas escolas, sendo obtido um tamanho amostral de 162 participantes. Para compensar possíveis perdas, o tamanho amostral foi acrescido de 20%, ou seja, de, no mínimo, 192 adolescentes.

Os adolescentes foram convidados a participar da pesquisa e aqueles que se dispuseram a responder ao questionário foram incluídos, até completar o número de entrevistas necessárias.

A coleta de dados foi feita por meio de um questionário estruturado, pré-testado em estudo piloto, com 10 adolescentes de ambos os sexos. O instrumento continha questões que abrangiam informações sociodemográficas e familiares, e sobre a vida afetiva, o início da vida sexual, as práticas contraceptivas e os cuidados com a saúde sexual e reprodutiva. O trabalho de campo foi desenvolvido no período de junho a setembro de 2010, nos três turnos escolares.

As variáveis categóricas são apresentadas através de proporções. A análise estatística foi realizada através do teste de qui-quadrado (X^2), sendo aplicada a correção de Yates, quando necessário. Utilizou-se o programa de Epi-info 3.58 para entrada e análise dos dados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz.

Caracterização do local do estudo

O Município de Silva Jardim está localizado na Região Administrativa Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Dados preliminares do Censo 2010 estimam que a população municipal é de 21.360 habitantes, sendo que 16.126 pessoas habitam na zona urbana e 5.234 na rural (http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=33, acessado em 15 de fevereiro de 2011). Informações do IBGE, obtidas através do Datasus, mostram que, em 2009, Silva Jardim possuía uma população de 22.224 habitantes, com um total de 1801 jovens de 15 a 19 anos (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poprij.def>, acessado em 15 de fevereiro de 2011). Em 2008, 25,57% dos nascimentos de mulheres residentes no Município eram de adolescentes entre 15 e 19 anos (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinascpc/cnv/nvrj.def>, acessado em 15 de fevereiro de 2011)

Dados da Fundação CIDE mostram que, em 2003, o PIB municipal concentrava-se na área do comércio e serviço, seguindo-se a indústria e a agropecuária. O Município participa com 0,04% do PIB estadual. Possui 23 escolas municipais (incluindo pré-escolas) e duas escolas estaduais, segundo a Secretaria Municipal de Educação. A rede pública de saúde é composta por um hospital, uma policlínica, um posto de saúde e oito unidades de saúde da família, no primeiro semestre de 2010 – todos sob gestão municipal.

Resultados

Foram entrevistados 200 adolescentes escolares, sendo 127 do sexo feminino e 73 do sexo masculino. A média de idade foi de 16,6 anos para o total da amostra, sendo 16,3 para as mulheres e 16,5 para os homens. A escolarização das meninas foi significativamente maior que a dos meninos ($p= 0,008$), embora não haja diferença significativa de idade entre os dois grupos (Tabela 1).

Nove meninas declararam-se unidas ou casadas, em contraste com os meninos, que eram todos solteiros. Todas essas meninas viviam com parceiros em lar próprio. Em ambos os grupos, a maioria (mais de 80%) vivia com um ou ambos os pais. Porém, um número maior de adolescentes do sexo masculino vivia sem os pais: a proporção de meninos nesta condição chegou a ser cinco vezes maior do que o de meninas. A maioria dos adolescentes do sexo masculino disse não ter religião, sendo observada diferença significativa entre os dois grupos ($p=0,027$) (Tabela 1).

Mais do que as mulheres, os homens adolescentes possuíam atividades remuneradas ($p=0,0003$). Esse fato pode ter influência no maior tempo de permanência na escola e na maior escolarização das mulheres (Tabela 1). À pergunta sobre que atividades exerciam, eles informaram ser auxiliares de mecânicos, pintores, ajudantes de mercado, babás e auxiliares de serviços gerais (dados não apresentados na tabela).

Uma grande proporção (62%) de jovens não soube informar a renda familiar, o que comprometeu uma análise mais ampla das condições socioeconômicas. Entretanto, quase a metade das meninas e um terço dos meninos disseram receber bolsa-família (Tabela 1), o que sinaliza vulnerabilidade econômica. As informações sobre escolaridade e ocupação dos pais evidenciaram predomínio de baixa

instrução e atividades com pouca qualificação, como embrulhador de doce, auxiliar de serviços gerais, faxineira, babá, do lar, pedreiro, mecânico, trabalhador rural e frentista (dados não apresentados na tabela). Na questão da cor, mais do que dois terços dos jovens se declararam pretos ou pardos, sem diferença entre os grupos.

Em relação à vida afetiva e sexual, 85% dos adolescentes tiveram experiência de namorar ou “ficar”, mas somente 26,8% (IC95% 19,5-35,5) das meninas e 38,4% (IC 95% 27,4-50,5) dos meninos tinham experiência sexual. Os resultados seguintes referem-se exclusivamente a esse subgrupo de jovens iniciados sexualmente (n=62).

Grande parte das meninas informou ter tido a primeira relação sexual entre os 15 e 19 anos, enquanto mais da metade dos meninos se iniciou mais jovem (p=0,014). Quase 80% dos homens tiveram a primeira experiência com adolescentes de 12 a 19 anos. A maioria das mulheres teve a primeira experiência sexual com pessoas acima dos 20 anos (p<0,0001) e referiu que sua iniciação foi com o namorado(p=0,006). Os meninos iniciaram-se sexualmente mais jovens e com pessoas com as quais “ficaram” (Tabela 2).

Perguntados se possuíam informações sobre relações sexuais antes da primeira experiência, mais da metade de todos os adolescentes respondeu que sim, porém as meninas tinham mais informações em comparação aos meninos (p=0,029). De modo mais frequente, também, elas haviam conversado com seus parceiros sobre gravidez antes da primeira relação sexual (p= 0,015).

Sobre as fontes de informação na ocasião das primeiras relações sexuais, mães e/ou pais são os mais citados por adolescentes do sexo feminino e masculino. Amigos e namorados aparecem em segundo lugar para meninas e meninos. Chama a atenção a reduzida citação a professores e profissionais de saúde. As mídias

também não aparecem com destaque. Não foram encontradas diferenças entre os grupos no que se refere a essa variável (Tabela 2).

Em relação à gravidez, apenas meninas declararam ter tido essa experiência. Nove adolescentes tinham histórico de gravidez: cinco tinham filhos vivos, duas estavam grávidas no momento da entrevista e duas tinham histórico de abortamento espontâneo (Tabela2). Foram encontradas diferenças estatísticas entre adolescentes do sexo feminino e masculino no que diz respeito a terem sido orientados sobre como evitar gravidez antes da primeira relação sexual: 100% das meninas receberam informações, em contraste com 68% dos meninos ($p= 0,001$) (Tabela 3). As fontes dessas informações foram principalmente os pais, nos dois grupos. De fato, a prevenção da gravidez na primeira relação sexual foi alta: 82,3% declararam ter utilizado algum método contraceptivo nesse momento, sem diferenças estatísticas entre os sexos (Tabela 3). O método mais utilizado por ambos os sexos foi o preservativo masculino (72,6%), seguido do coito interrompido (8,1%) e a pílula anticoncepcional (8,1%) (dados não apresentados em tabela).

A frequência de contracepção no momento da pesquisa superava os 90%, sem diferença estatística entre os grupos (Tabela 3). O preservativo masculino era utilizado por 79% dos jovens, e as pílulas, por 24%, sem menção a outros métodos (dados não apresentados em tabela).

Se pais e mães foram as principais fontes de informação sobre como evitar gravidez na ocasião da iniciação sexual, em momento posterior, entram em cena outras pessoas. Para as meninas, a orientação sobre o método utilizado no momento da pesquisa proveio principalmente de amigas, colegas e parceiros (58,8%), seguidos dos pais (38,2%) e professores, e profissionais de saúde (35,3%).

TV, internet e outras mídias apareceram em baixa proporção (5,9%). No caso dos meninos, os pais continuam como as principais fontes de informação, mas há uma maior participação de amigos, colegas, professores e profissionais de saúde. Chama a atenção a diferença entre os sexos no que diz respeito ao acesso a informações pela TV, internet e revistas: 28,6% dos meninos citam esses meios e somente 5,9% das meninas ($p= 0,041$) (Tabela 3).

A farmácia era o principal local de aquisição dos métodos utilizados pelos dois grupos, superando 75%. Nenhum menino respondeu que obtinha método contraceptivo através de parceiros ou amigos, enquanto 32,3% das meninas o faziam ($p= 0,012$). Os serviços de saúde eram locais de obtenção de métodos para 25% dos meninos, e apenas para 2,9% das meninas, com uma significância limítrofe (Tabela 3). O uso da contracepção de emergência foi relatado por 10 adolescentes mulheres. O método é adquirido exclusivamente em farmácias e, geralmente, são os parceiros que vão comprar (dados não apresentados em tabela).

As adolescentes conversam com seus parceiros, mais frequentemente do que os meninos ($p=0,002$), sobre a necessidade de utilização de método para não engravidar. Quase metade dos meninos (46,4%) disse que nunca conversava sobre o assunto com suas parceiras, enquanto somente 11,8% das meninas tinham essa atitude (Tabela 3).

A maioria dos adolescentes de ambos os sexos utilizava preservativos em suas relações sexuais de modo intermitente (59,7%). Somente um terço dos meninos e um quarto das meninas afirmaram que sempre usavam a camisinha. (Tabela 3). À pergunta sobre de quem seria a responsabilidade de utilização dos métodos contraceptivos, 88,7% da amostra opinou que a responsabilidade é tanto do homem quanto da mulher, sem diferença entre os sexos.

Os cuidados dos adolescentes com relação à sua saúde sexual e reprodutiva são apresentados na Tabela 4. Os comportamentos de meninos e meninas mostraram-se muito semelhantes nos itens investigados. O HIV/Aids total é a doença sexualmente transmissível (DST) mais conhecida (88,5%), seguida de afecções como gonorreia, sífilis, cancro mole e outras. O conhecimento do preservativo como meio para evitar DST e HIV/Aids é praticamente universal (95,5%).

As principais formas de transmissão do HIV/Aids são conhecidas por quase todos - relação sexual (96%) e compartilhamento de seringas (88,5%). Contudo, crenças sobre a transmissão através de carícias, beijos e compartilhamento de roupas e outros objetos ainda são muito difundidas. A categoria professores/profissionais de saúde apareceu como a principal fonte de informação dos adolescentes sobre as DST (65,5%), mas, na verdade, os professores foram citados por 58,5% dos entrevistados, enquanto os profissionais de saúde, somente por 14% (dados não apresentados em tabela). TV, internet e outras mídias também foram mais citadas quando se perguntou sobre informações em DST (Tabela 4) do que nas perguntas sobre informações acerca de sexualidade e contracepção (Tabela 3).

Aos adolescentes com experiência sexual foi perguntado se tinham algum histórico de DST, mas a resposta foi negativa em todos os casos.

Discussão

Dados obtidos nesta pesquisa referentes à renda familiar, recebimento de bolsas do governo, escolaridade e ocupação dos pais delineiam um perfil desses escolares como pertencentes a classes socioeconômicas mais baixas. Nessa amostra, 92,9% das mulheres eram solteiras, resultado distinto da pesquisa de

representatividade nacional, a PNDS-2006, que encontrou 72,1% mulheres solteiras entre 15 e 19 anos. Mais de 80% nos dois grupos viviam com os pais, padrão que se repete em capitais brasileiras^{8,9}.

Na amostra estudada, 31% dos entrevistados haviam se iniciado sexualmente. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos com adolescentes de escolas públicas de municípios da capital e do interior paulista e baiano^{12,20,38}, porém na faixa etária de 11 a 19 anos. Quando são consideradas somente adolescentes do sexo feminino, o percentual de jovens com experiência sexual de nosso estudo (26,8%) é inferior ao da PNDS-2006 (55,2%). Isso corrobora um fato já demonstrado: que maior escolaridade está associada ao início mais tardio da atividade sexual e da vida conjugal^{8,39}.

Diferenciais de gênero também influenciam a idade da iniciação sexual. Assim como o nosso, outros estudos observaram que os jovens do sexo masculino vivenciam em idade mais precoce a sexualidade com parceiro^{9,12,30}. A dupla moralidade sexual influencia outros aspectos da vivência sexual dos adolescentes³⁹. Em grande maioria, a iniciação sexual das meninas foi com namorados e homens mais velhos. Já quase a metade dos meninos iniciou-se em relações eventuais, com adolescentes. Escolares entrevistados em escolas de um município do interior de São Paulo³⁸ e jovens entrevistados em três grandes capitais brasileiras⁸ apresentaram comportamento semelhante. Isso nos leva a refletir que, para além das diferenças que possam existir nas experiências dos jovens – segundo vivam em grandes centros urbanos ou pequenos municípios do interior – a influência das normas de gênero nas trajetórias sexuais adolescentes é persistente. A reprodução de papéis e estereótipos de gênero, independentemente do lugar em que vivem e do grupo social a que pertencem, foi reportada em outros estudos^{8,9}.

A utilização de medidas de prevenção de gravidez na primeira relação sexual entre os adolescentes estudados foi alta, com predominância do preservativo masculino. Este tem sido o método mais utilizado pelos jovens brasileiros no seu primeiro intercurso sexual ^{12,19,20}. No momento da pesquisa, o percentual de uso de contraceptivo mantinha-se elevado (91,9%). No estudo de Alves e Lopes (2008), 82% de adolescentes universitários paulistas sexualmente ativos utilizavam método anticoncepcional. Os resultados encontrados em nossa pesquisa são elevados, se comparados à PNDS-2006, de representatividade nacional (66%), e ao estudo de Martins et al. (2006), com escolares paulistas (70%).

Os principais métodos utilizados pelos jovens de Silva Jardim seguem o padrão encontrado em outros estudos com adolescentes de capital e de interior ^{12,38}. O uso da camisinha foi referida por 93% dos meninos e 67,6% das meninas estudados. Nenhum entrevistado soube informar se sua parceira utilizava pílula anticoncepcional. Na PNDS-2006, na faixa etária de 15 a 19 anos, foi encontrado um percentual inferior de uso de preservativo entre as mulheres: 17,5% entre as unidas e 32,6% entre as não unidas. Na pesquisa nacional, ao desagregar a informação por escolaridade, encontrou-se que a utilização de camisinha é diretamente proporcional aos anos de estudo, o que ajuda a compreender o alto percentual de respostas afirmativas no presente estudo.

Somente 26,5% de meninas e 39% de meninos do estudo disseram utilizar sempre a camisinha em suas relações sexuais. A maioria utilizava o método de modo esporádico (59,7%). No estudo de Castro et al.⁹, 58,3% dos adolescentes de escolas públicas da cidade do Rio de Janeiro, 66,3% de Florianópolis, 61,1 % de Goiânia e 59,9% de Cuiabá disseram utilizar sempre o preservativo, resultados diferentes dos nossos. Apesar do conhecimento generalizado da utilidade da

camisinha na prevenção de DST e de gravidez, o uso consistente desse método entre os adolescentes de Silva Jardim é baixo e seria necessário investigar as barreiras que dificultam a adoção dessa prática. Nas 14 capitais estudadas por Castro et al.⁹, o principal motivo alegado pelos adolescentes para não utilizarem sempre o preservativo foi não terem “a camisinha à mão” sempre que precisam. Essas dificuldades podem ser acentuadas em cidades interioranas de pequeno porte. Barreiras geográficas, institucionais, econômicas ou culturais que limitam o acesso podem ser mais acentuadas fora dos grandes centros urbanos. Receio do acolhimento e situações de conflito nos serviços de saúde, além do medo de revelar suas práticas sexuais para profissionais de saúde, empregados de farmácia, família ou comunidade podem ser empecilhos às práticas preventivas em saúde sexual e reprodutiva^{23,30,32}.

Assim como foi encontrado na PNDS-2006, o principal local de aquisição dos diversos métodos contraceptivos pelos adolescentes de ambos os sexos era a farmácia. A participação dos serviços de saúde foi ínfima, principalmente para as meninas (2,9%). Na pesquisa nacional, cerca de um quarto das jovens recorria aos serviços de saúde para obter métodos. Condições mais difíceis de privacidade e anonimato em pequenas cidades podem ser obstáculos para as meninas, quando se trata de buscar assistência à saúde sexual e reprodutiva.

Foi significativa a diferença entre os sexos no que diz respeito a dialogar com o parceiro sobre gravidez, sendo essa uma prática mais comum entre as mulheres adolescentes. Segundo Heilborn et al.⁸, a construção cultural da masculinidade contribui para uma atitude menos dialógica dos homens em relação a temas como contracepção e também há maior habilidade das mulheres para tal conversa, ligada à representação da mulher como provedora dos cuidados com os outros. Entretanto,

buscar o diálogo não é sinônimo de facilidade na negociação da prevenção com o parceiro, já que as jovens referiram menor uso de camisinha. O uso menos consistente do preservativo masculino nas relações sexuais entre adolescentes do sexo feminino e o fato de as jovens terem pouco poder de negociação frente a seus parceiros poderiam contribuir para isso²⁰ .

Nove meninas entre aquelas que haviam se iniciado sexualmente (26,5%) tiveram experiência de gravidez, e nenhum menino quis ou soube informar sobre gravidez de suas parceiras. Estudo com adolescentes de escolas públicas da Bahia, encontrou 18,1% de história de gravidez entre as meninas com vida sexual¹². Um estudo de base populacional em município de porte médio do Rio Grande do Sul⁴⁰ (32,6%) e outro analisando o banco de dados nacionais da PNDS-2006⁴⁵ encontraram percentuais mais elevados de história de gravidez entre as jovens sexualmente ativas (32,6% e 35,6%, respectivamente). A diferença entre os resultados dos estudos com escolares e aqueles de base populacional pode ser compreendida quando há evidências de que a menor incidência de gravidez na adolescência tem sido relacionada a mais anos de estudos e à matrícula na escola^{8,14,34,41} .

Chama a atenção a quase ausência de relatos sobre aborto neste estudo, sugerindo que essa informação tenha sido omitida, pois a realidade do aborto entre adolescentes tem sido reportada em vários estudos baseados em informes sobre informações hospitalares^{7,9,42}. Alves e Lopes¹⁹, em estudo quantitativo com adolescentes universitários paulistas, também não encontraram relatos de aborto, mas acreditam que pode ter havido omissão, pelas dificuldades que os jovens têm de discutir essa temática.

No contexto da iniciação sexual, as meninas tinham significativamente mais informações sobre relações sexuais e formas de evitar a gravidez do que os meninos, achado similar ao encontrado por outro estudo com escolares¹². Em ambos os grupos, predominam como fonte de informações mães, pais ou ambos, seguidos de parceiros e amigos. A participação dos pais na vida afetiva e sexual dos adolescentes é, sem dúvida, de grande importância para essa faixa etária. Outros estudos^{12,14} mostraram associações positivas entre informações e apoio provenientes dos pais e/ou mães e práticas contraceptivas no período que circunda a primeira relação sexual. Em estudo realizado em município do interior de São Paulo, adolescentes escolares consideraram os pais como principal fonte de informação³⁸. Profissionais de saúde e professores tiveram uma participação pífia nesse momento da trajetória dos escolares de Silva Jardim.

Ao longo do tempo, além de pais e mães, as fontes de informação e orientação sobre contracepção vão sendo mais diversificadas, com aumento importante da participação de parceiros e amigos e menos expressivo dos serviços de saúde (35,3% para meninas e 28,6% meninos), conforme pode ser percebido quando se pergunta quem orientou sobre o método que utilizavam no momento da entrevista. O papel limitado dos profissionais de saúde em informar e orientar os jovens é preocupante, pois a associação entre acesso a serviço de saúde e práticas contraceptivas mais consistentes tem sido demonstrada¹².

A predominância de pais e amigos como fontes de informação relativa à vida sexual e contracepção também foi reportada por Castro et al ⁹, mas estudo com alunos de ensino médio em Aracaju encontrou que TV, rádio, revistas e jornais eram as principais fontes de informação sobre métodos contraceptivos⁴³. Na pesquisa em Silva Jardim, as mídias aparecem de maneira modesta como fonte de informação

em comparação às demais, sendo os meninos os que mais utilizam esses meios. Questões econômicas e dificuldades de maior anonimato e privacidade podem dificultar o acesso de jovens, com menos recursos econômicos e moradores de pequenas cidades, à internet e a múltiplos canais de TV, assim como a compra de revistas e jornais especializados. Tais dificuldades devem ser mais acentuadas para as meninas, das quais se exige maior recato e discrição em relação às expressões da sexualidade.

Em relação a informações sobre DST e Aids, no estudo com escolares de Silva Jardim, os professores e a escola se destacam, sendo citados por 58,5% dos adolescentes, enquanto os profissionais e serviços de saúde somente por 14% (dados não apresentados em tabela). As mídias são também mais utilizadas para se ter acesso a essas informações (44%). Em outro estudo com escolares de cidade do interior, 71% disseram que os professores eram a principal fonte de informação sobre essas doenças, seguidos pela televisão (55%): para os autores, isso demonstra “a importância da escola como cenário privilegiado de acolhimento contínuo de adolescentes e jovens” (p.190)³⁸.

Na amostra estudada, o conhecimento do HIV/Aids é generalizado e, em menor proporção, são conhecidas outras DST como gonorreia e sífilis. O conhecimento da camisinha como forma de prevenção é quase universal entre meninos e meninas - cerca de 95%. Esse resultado é similar ao de uma pesquisa de representatividade nacional para o grupo de jovens entre 15-24 anos⁴⁴. Entretanto, também pode ser evidenciada a persistência generalizada de crenças errôneas sobre as formas de transmissão do HIV/Aids, (carícias íntimas, beijo na boca). Isso sinaliza a necessidade de maior investimento nas habilidades de professores, profissionais de saúde, familiares e mídias para transmitir informações

corretas e desconstruir mitos e preconceitos, pois só assim os adolescentes estarão preparados para vivenciar suas experiências sexuais sem riscos para sua saúde e para a saúde de seus parceiros (as).

Neste estudo, de maneira geral, profissionais e serviços de saúde foram pouco citados com fontes de informação e orientação nos diversos momentos da trajetória sexual e contraceptiva. Taquette et al.³², ao estudarem um centro especializado em atender adolescentes, na cidade do Rio de Janeiro, identificaram que conflitos permeavam as relações entre os profissionais e os jovens, sendo os mais comuns aqueles relacionados ao sigilo e à confidencialidade. As autoras ressaltaram a importância de maior conhecimento, por parte dos profissionais, das leis e das diretrizes que regem o atendimento aos adolescentes, de maior interação com os órgãos competentes e de uma reflexão bioética continuada nos serviços, para que possam enfrentar situações conflituosas e garantir os direitos dos adolescentes. A carência desses conhecimentos, interações e reflexões pode ser mais acentuada em contexto de cidades do interior, em função da histórica desigualdade de distribuição de recursos sociais de diversos tipos, cuja concentração encontra-se nas grandes cidades, segundo regiões geopolíticas.

É preciso considerar algumas limitações do estudo, associadas ao fato de que muitos jovens não se sentem à vontade para expor as experiências relacionadas à sua vida afetiva e sexual, por culpa, vergonha ou medo. Esses sentimentos podem ser mais acentuados em cidades do interior, onde as redes de conhecimento são mais densas, embora tenham sido garantidos o sigilo das informações e a privacidade das entrevistas. Portanto, é possível que haja subestimativas de informações, como proporção de jovens com atividade sexual, história de gravidez e, principalmente, aborto, já que este tema é cercado de tabus e censuras em nossa

sociedade. Também não pode ser descartado que essas informações tenham sido influenciadas por normas de gênero que contribuem para que as jovens do sexo feminino omitam sua experiência sexual.

Considerações finais

Ao compararmos os resultados deste estudo com escolares de Silva Jardim àqueles de outras pesquisas com escolares de grandes centros urbanos ou com populações que incluem jovens fora da escola, vemos aproximações e distanciamentos entre suas experiências que não podem ser explicados linearmente. Para uma compreensão abrangente das experiências desses adolescentes do interior, do que elas têm de singular e de seus aspectos mais generalizáveis, é necessário observar como se articulam fatores relacionados ao contexto sociocultural e institucional de pequenos municípios, ao diferencial da escolaridade e a questões de gênero. Por exemplo, assim como escolares residentes em áreas urbanas, os jovens deste estudo apresentaram menor percentual de experiência sexual com parceiros, quando comparados com estudos comunitários ou de representatividade nacional. Do mesmo modo, as diferenças entre meninos e meninas no que diz respeito às características de idade e do parceiro da primeira relação sexual, dificuldades de negociar o sexo seguro e outras são semelhantes às aquelas verificadas em cidades grandes.

As lacunas deixadas pelos serviços de saúde em relação a seu papel como fonte de informação e orientação e meio para obter métodos contraceptivos, já evidenciadas em outros estudos, foram mais acentuadas no Município estudado, principalmente para as meninas. É provável que, em contextos como este, haja maiores dificuldades em relação a sigilo, privacidade e acolhimento, devido às menores oportunidades de os profissionais de saúde se capacitarem em relação à

assistência aos adolescentes. Acrescente-se a isso o fato de que parte desses profissionais podem fazer parte do círculo de conhecimentos dos jovens ou ter parentesco com eles.

Esses resultados ratificam a necessidade de diálogo permanente e estratégias de ações integradas entre serviços de saúde e comunidade escolar, incluindo também professores, alunos, pais e mães e outros atores da comunidade, aspecto que poderia ser favorecido pela menor dimensão das cidades interioranas. Seria necessário colocar na roda de conversações os preceitos bioéticos, legais e programáticos referentes à assistência à saúde reprodutiva e sexual dos adolescentes, o que poderia ser favorecido com políticas e iniciativas de autoridades públicas e organizações da sociedade civil, no sentido de maior interiorização de recursos sociais diversos – de comunicação e informação, de promoção de participação e debate, de aprimoramento profissional.

Dessa forma, junto aos demais atores sociais, os serviços de saúde poderiam desempenhar um papel significativo para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, ampliando seus conhecimentos, fortalecendo suas práticas de cuidados e promovendo uma reflexão sobre as repercussões da desigualdade de gênero na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida dos jovens.

TABELA 1. Dados sócio-demográficos e familiares

	Total n=200 (%)	Mulheres n=127 (%)	Homens n=73 (%)	p-valor
Idade				
15-17	149 (74,5%)	93 (73,2%)	56 (76,8%)	p=0,586
18-19	51 (25,5%)	34 (26,8%)	17 (23,2%)	
Cor				
branca	41 (20,5%)	27 (21,3%)	14 (19,2%)	p=0,971
preta/parda	137 (68,5%)	86 (67,7%)	51 (69,8 %)	
outros (amarelo/índigena)	10 (5,0%)	06 (4,7%)	04 (5,5%)	
não sabe	12 (6,0%)	08 (6,3%)	04 (5,5%)	
Ano que está cursando				
1 a 5 série fundamental	36 (18%)	18 (14,2%)	18 (24,7%)	p=0,008
6 a 9 série fundamental	45 (22,5%)	23 (18,1%)	22 (30,1%)	
1 a 3 série médio	119 (59,5%)	86 (67,7%)	33 (45,2%)	
Estado civil				
solteira (o)	191 (95,5%)	118 (92,9%)	73 (100%)	p=0,048
unida/casada (o)	09 (4,5%)	09 (7,1%)	0%	
Com quem mora				
mãe/pai /ambos	176 (88%)	114(89,8)	62(84,9%)	p=0,0009
outras pessoas (sem pai ou mãe)	15 (7,5%)	4(3,1%)	11(15,1%)	
companheiro (a)	09 (4,5%)	09 (7,1%)	0%	
Tem atividade com renda atualmente				
sim	57 (28,5%)	25 (19,7%)	32 (43,8%)	p=0,0003
não	143 (71,5%)	102 (80,3%)	41 (56,2%)	
Renda Familiar*				
até 1 salário mínimo	31 (15,5%)	24 (18,9%)	07 (9,6%)	p=0,187
mais de 1 salário mínimo até 3 salários mínimos	41 (20,5%)	27 (21,2%)	14 (19,2%)	
não informou/não sabe	125 (62,5%)	75 (59,1%)	50 (68,5%)	
Ajuda do governo**				
bolsa família	84 (42,0%)	59 (46,5%)	25 (34,3%)	p=0,313
outros tipos de bolsas	05 (2,5%)	03 (2,4%)	02 (2,7%)	
não recebe	104 (52%)	62 (48,8%)	42 (57,5%)	
Religião***				
católica	38 (19%)	31 (24,4%)	07 (9,6%)	p=0,027
protestante/evangélica	65 (32,5%)	41 (32,3%)	24 (32,8%)	
nenhuma	95 (47,5%)	54 (42,5%)	41 (56,2%)	
Área de moradia				
urbano	166 (83%)	100(78,7%)	60 (82,1%)	p=0,557
rural	34 (17%)	27(21,3%)	13 (17,9%)	

* 1 adolescente do sexo feminino e 2 do sexo masculino relataram renda familiar maior do que três salários mínimos.

** 3 adolescentes do sexo feminino e 4 do sexo masculino não informaram ou não sabem.

*** 1 adolescente do sexo feminino não informou e 1 do sexo masculino é praticante do candomblé.

TABELA 2. Dados sobre a vida afetiva e início da vida sexual

Todos os adolescentes	Total	Mulheres	Homens	p-valor
	n=200 (%)	n=127 (%)	n=73 (%)	
Namorado/ficou				
sim	171(85,5%)	109 (85,8%)	62 (84,9%)	p=0,862
não	29(14,5%)	18 (14,2%)	11(15,1%)	
Transou				
sim	62(31%)	34 (26,8%)	28(38,4%)	p=0,088
não	138(69%)	93 (73,2%)	45(61,6%)	
Adolescentes com experiência sexual	Total	Mulheres	Homens	
	n=62 (%)	n=34 (%)	n= 28 (%)	
Idade da primeira relação sexual				
12-14 anos	25(40,3%)	9(26,5%)	16(57,1%)	p=0,014
15 a 19 anos	37(59,7%)	25(73,5%)	12(42,9%)	
Idade da pessoa com quem teve a primeira relação sexual **				
12-19 anos	36(58,1%)	14(41,2%)	22(78,5%)	p<0,0001
maior ou igual a 20 anos	19(30,6%)	18(52,9%)	1(3,6%)	
não informou/não sabia	7(11,3%)	2(5,9%)	5(17,9%)	
Pessoa com quem teve a primeira relação sexual**				
namorado/a	37(59,7%)	26(76,5%)	11(39,3%)	p=0,006
pessoa com quem ficou	19(30,6%)	6(17,6%)	13(46,4%)	
não especificou/não informou	6(9,7%)	2(5,9%)	4 (14,3%)	
Tinha informação sobre relação sexual				
sim	38(61,3%)	25(73,5%)	13(46,4%)	p=0,029
não	24(38,7%)	9(26,5%)	15(53,6%)	
Quem deu informação sobre relação sexual*				
mãe/pai/ambos	19(30,6%)	13(38%)	6(21,4%)	p=0,294
amigos/colegas/parceiros/namorados	11(17,7%)	7(20,6%)	4(14,3%)	p=0,832
professores/profissionais de saúde	3(4,8%)	3(8,8%)	0	p=0,344
tv/internet/outras mídias	7(11,3%)	3(8,8%)	4(14,3%)	p=0,839
Conversou sobre gravidez com o parceiro/a antes da primeira relação sexual				
sim	41(66,1%)	27(79,4%)	14(50%)	p=0,015
não	21(33,9%)	7(20,6%)	14(50%)	
Gravidez				
Sim	9(14,5%)	9(26,5%)	0	
Não	53(85,5%)	25(73,5%)	28(100%)	p=0,010
Filhos vivos				
Sim	5(8,1%)	5(14,7%)	0	p=0,100
Não	57(91,9%)	29(85,3%)	28(100%)	

* Para esta, há possibilidade de responder a mais de uma categoria e, por isso, o total não corresponde a 100%.

** Os itens não informou/não sabia/não especificou não foram incluídos nas análises do p-valor.

TABELA 3. Práticas Contraceptivas (somente para quem teve relação sexual)

	Total n=62 (%)	mulheres n=34 (%)	homens n= 28 (%)	p-valor
Teve informação sobre evitar gravidez antes da primeira relação sexual?				
sim	53(85,5%)	34(100%)	19(67,9%)	p=0,001
não	9(14,5%)	0	9(32,1%)	
Quem te deu esta informação? *				
mãe/pai/ambos	35(56,4%)	22(64,7%)	13(46,4%)	p=0,443
amigos/colegas/parceiros/namorados	10(16,1%)	7(20,6%)	3(10,7%)	p=0,579
professores/profissionais de saúde	11(17,7%)	7(20,6%)	4(14,3%)	p=0,832
tv/internet/outras mídias	10(16,1%)	4(11,8%)	6(21,4%)	p=0,595
Uso de alguma medida para se proteger de gravidez na primeira relação sexual				
sim	51(82,3%)	30(88,2%)	21(75%)	p=0,306
não	11(17,7%)	4(11,8%)	7(25%)	
Utiliza método contraceptivo atualmente				
sim	57(91,9%)	31(91,2%)	26(92,9%)	p=0,821
não	5(8,1%)	3(8,8%)	2(7,1%)	
Quem orientou sobre o método utilizado?*				
mãe/pai /ambos	24(38,7%)	13(38,2%)	11(39,3%)	p=0,955
amigos/colegas/parceiros/namorados	27(43,5%)	20(58,8%)	7(25%)	p=0,088
professores/profissionais de saúde	20(32,5%)	12(35,3%)	8(28,6%)	p=0,686
tv/internet/outras mídias	10(16,1%)	2(5,9%)	8(28,6%)	p=0,041
Como adquire o método utilizado?*				
servico de saúde/escola	8(12,9%)	1(2,9%)	7(25%)	p=0,060
parceiros/amigos	11(17,7%)	11(32,3%)	0	p=0,012
farmácia	47(75,8%)	27(79,4%)	20(71,4%)	p=0,786
Conversa com parceiro/a sobre a necessidade de uso de métodos para não engravidar**§				
sempre	27(43,5%)	21(61,7%)	6(21,4%)	p=0,002
algumas vezes	16(25,8%)	9(26,5%)	7(25%)	
nunca	17(27,4%)	4(11,8%)	13(46,4%)	
Uso de camisinha/preservativo nas relações sexuais***				
nunca	3(4,8%)	2(5,9%)	1(3,6%)	p=0,530
de vez em quando	37(59,7%)	22(64,7%)	15(53,5%)	
sempre	20(32,3%)	9(26,5%)	11(39,3%)	
De quem é a responsabilidade de utilizar métodos para não engravidar?				
principalmente de um dos parceiros	7(11,3%)	2(5,8%)	5(8,9%)	p=0,280
a responsabilidade é igualmente de ambos	55(88,7%)	32(94,2%)	23(82,1%)	

* Para esta questão , há possibilidade de responder a mais de uma categoria e, por isso, o total não corresponde a 100%.

** 2 adolescentes do sexo masculino não informaram.

*** 2 adolescentes, um de cada sexo, não informaram.

§mãe/pai/ ambos não foram incluídos, pois apenas 1 adolescente do sexo masculino respondeu a essas alternativas.

Tabela 4. Conhecimentos em DST e HIV/AIDS

	Total n=200 (%)	Mulheres n=127 (%)	Homens n=73 (%)	p-valor
Doenças Sexualmente Transmissíveis que conhece*				
HIV/AIDS	177(88,5%)	114 (89,7%)	63 (86,3%)	p= 0,855
HPV	10 (5%)	8 (6,8%)	2 (2,7%)	p=0,469
Gonorreia/sífilis/cancro mole/outras**	106 (53%)	78 (61,4%)	28 (38,3%)	p=0,074
Como você pode se prevenir das Doenças Sexualmente Transmissíveis ?				
usando preservativo (camisinha)	191(95,5%)	122 (96,1%)	69 (94,5%)	p=0,939
não sabe/ não informou	9 (4,5%)	5 (3,9%)	4 (5,5%)	
Como você pode pegar HIV/AIDS?*				
através de relação sexual	192(96%)	123 (98,8%)	69 (94,5%)	p=0,908
compartilhando seringa	177(88,5%)	118 (92,9%)	59 (80,8%)	p=0,520
através de carícias íntimas/beijando na boca/outros***	195(97,5%)	123(96,8%)	72(98,6%)	p=0,930
Como você obteve informações sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis ?*				
mãe/pai/ambos	76 (38%)	50 (39,3%)	26 (35,3%)	p=0,723
professores /profissionais da saúde	131 (65,5%)	88 (69,2%)	43 (59%)	p=0,493
amigos/colegas/companheiro	46 (23%)	22 (17,3%)	24 (33%)	p=0,050
tv/internet/outras mídias	88 (44%)	64 (50,3%)	24 (33%)	p=0,127

* Para esta, há possibilidade de responder a mais de uma categoria e, por isso, o total não corresponde a 100%.

** outras doenças(herpes genital,hepatiteC/hepatiteB).

*** outras (compartilhando talher/usando mesmo vaso sanitário/aperto de mão /abraço/beijo no rosto/dormindo na mesma cama/ usando piscina/compartilhando roupas íntimas).

REFERÊNCIAS

1 - Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente. Programa de Saúde do Adolescente: bases programáticas. Brasília DF: Ministério da Saúde; 1996.

2 - Ministério da Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2006.

3 - Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2010.

4 - Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids/DST ano VII, nº 01; Brasília, 2010. Disponível em: <www.aids.gov.br> [acessado em 10/01/2011]

5 - Ministério da Saúde. PNDS 2006 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2008.

6 - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/Bemfam, Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Macro Internacional. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996; Brasil: 1997.

7 - Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). Área técnica de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde; 2006.

8 - Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Editora Garamond/Editora Fiocruz; 2006.

9 - Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventudes e sexualidade. Brasília: Unesco, 2004.

10 - Rocha CLA, Horta B, Pinheiro RT, Cruzeiro ALS. Use of contraceptive methods by sexually active teenagers in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. Cad Saúde Pública, 2007; 23(12):2862-68.

11 – Pirotta KCM, Schor N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. Rev Saúde Pública 2004; 38(4):495-502.

12 - Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikinb L, Magnanic RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. Rev Saúde Pública 2003; 37(5):566-75.

13 - Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2007; 23(1):177-186.

14 - Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Cad. Saúde Pública 2003; 19(Sup. 2):S377-S88.

15 - Simões VMF, Silva AMM, Bettioli H, et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís do Maranhão. Rev Saúde Pública 2003; 3, 559-65.

16 - Carniel EF, Zanolli ML, Almeida CAA, Marcillo AM. Características de mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Inf 2006; 6 (pt4): 419-26.

17 - Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. Cad. Saúde Pública 2002; 18(1):153-161.

18 - Sousa MCR, Gomes KRO. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. Cad Saúde Pública 2009; 25(3):645-654.

19 - Alves AS, Lopes MHBM. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. Rev Bras Enferm, 2008; 61(1): 11-17.

20 - Martins LBM, Paiva LHSC, Osis MJD, Sousa MH, Neto AMP, 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 Saúde Pública 2006; 22(2):315-323.

21 - Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa MLG. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22(8):1565-1574.

22 - Carvacho IE, Mello MB, Morais SS, Silva JLP. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. Rev Saúde Pública, 2008;42(5):886-894

23 - Brandão, ER. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. Cien Saude Colet 2009; 14(4):1063-1071.

24 - Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horizontes Antropológicos 2002; 8(17): 13-45.

25 - Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: Compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev Latino-Am Enferm 2006; 14 (pt2): 199-206.

26 - Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. Cad Saúde Pública 2003; 37 (pt1): 15-23.

27 - Cabral CS. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 2003; 19 Supl 2: 283-92.

28 - Jardim DP, Bretas JRS. Orientação sexual na escola: a concepção dos professores de Jandira – SP. Rev Bras Enferm 2006; 59(2): 157-62.

29 - Berlofi LM, Alkmin ELC, Berbiere M, Guazzelli CA, Araújo FF. Prevenção de reincidência de gravidez em adolescentes: Efeitos de um programa de Planejamento Familiar. Acta Paul Enferm 2006; 19 (pt2): 196-200.

30 - Alves CA, Brandão ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. Cien Saude Colet 2009; 14(2):661-670.

31 - Vieira LM, Saes SO, Dória APB, Goldberg TBL. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant 2006; 6 (pt1): 135-40.

32 - Taquette SR, Vilhena MM, Silvia MM, Vale MP. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. Cad Saúde Pública 2005; 21 (pt6): 1717-25.

33 - Costa MCO, Formigli VLA. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. Rev Saúde Pública 2001;35(02):177-184.

34 - Villela W, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. Cad Saúde Pública 2006; 22 (pt11): 9.

35 - Almeida AFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. Rev Saúde Pública 2007; 41 (pt4): 565-72.

36 – Taquette SR, organizadora. Aids e juventude:gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009.

37 –Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. Cad Saude Publica 2004; 20(1):282-290.

38 - Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP. O comportamento sexual de adolescentes em algumas escolas no município de Embu, São Paulo, Brasil. Rev Gaúcha Enferm 2008; 29(4):581-7.

39 - Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros, Rev Saúde Pública 2008;42(Supl 1):45-53.

40 – Olinto MTA, Galvão LW. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. Rev Saúde Pública 1999; 33 (1): 64-72.

41 – Leite IC, Rodrigues RN, Fonseca MC. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2): 474-481.

42 – Vieira LM, Goldberg TBL, Saes SO, Doria AAB. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Cien Saúde Colet* 2007; 12(5):1201-1208.

43 – Guimarães AMAN, Vieira MJ, Palmeira JA. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(3):293-8.

44 – Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004 Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

45 – Rozenberg R. Práticas contraceptivas de adolescentes brasileiras análise da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – 2006. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral analisar as experiências de escolares do Município de Silva Jardim, Estado do Rio de Janeiro, no que se refere à vida afetivo-sexual, à reprodução e aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva.

O estudo no Município de Silva Jardim mostrou-nos que o comportamento dos adolescentes escolares não é muito diferente dos adolescentes que residem em outros municípios e capitais do país. No entanto, o que pode ser observado, e em comparação com a literatura revista, foi que as diferenças de gênero marcaram o comportamento do grupo, principalmente sobre as questões relacionadas à negociação com o parceiro e às práticas contraceptivas, e com quem eles se iniciaram sexualmente.

Com base nos resultados encontrados, observamos que os meninos entraram na vida sexual mais precocemente que as meninas. Através da literatura de apoio Heilborn et al. (2006), pôde-se inferir que a iniciação mais precoce estava relacionada à maior inserção dos meninos no mercado de trabalho e à sua menor escolarização em comparação com as meninas. Verificou-se, também, que as meninas se iniciam com homens mais velhos e com seus namorados, e os meninos, com pessoas mais novas, na sua faixa de idade. Evidenciou-se, ainda, que as meninas conversam mais com seus parceiros sobre gravidez e sobre o uso de métodos contraceptivos antes do primeiro intercurso sexual.

Os adolescentes, em sua maioria, têm a prática de utilizar métodos contraceptivos durante a iniciação sexual, e o método mais utilizado por eles é o preservativo masculino. No entanto, pode-se observar que o uso desse método não foi mantido após o início da vida sexual. O principal local de aquisição dos métodos pelo grupo foi a farmácia.

A proporção das adolescentes com experiência de gravidez em comparação à aos meninos foi significativa, e houve pouco relato sobre aborto. Sugerimos ser esse um tema de investigação de outras pesquisas.

Os pais foram a principal fonte de informação sobre gravidez e relação sexual para ambos os sexos. A menção aos profissionais de saúde e aos professores se fez presente apenas quando os adolescentes informaram que eles eram suas principais fontes de informação sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/AIDS.

O grupo, em sua maioria, apresentou um satisfatório conhecimento sobre as principais formas de transmissão e prevenção das DST e HIV/AIDS, porém observou-se a presença de alguns mitos no imaginário dos adolescentes, no que diz respeito às formas de transmissão dessas doenças. Posto isso, percebemos que, mesmo com todos os avanços ocorridos no campo da saúde sexual e reprodutiva e prevenção as DST e HIV/AIDS para os adolescentes, existem muitos desafios a serem superados, como os pré- conceitos sobre essas doenças.

Outro ponto importante foi a pequena participação dos professores, dos profissionais de saúde, dos serviços de saúde e das escolas. Esses agentes do estado tiveram pouca influência como fontes de informação dos adolescentes sobre gravidez e relação sexual. Concordamos com Rozenberg (2010), segundo o qual esses profissionais, assim como os pais, são pessoas que têm a responsabilidade de criar diálogo, de fornecer informações sobre as questões postas, pois consideramos que, dessa forma, os adolescentes poderão se preparar para exercer com prazer, com confiança e segurança, a sua sexualidade

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida AFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. Rev Saúde Pública 2007; 41 (pt4): 565-72.

Alves CA, Brandão ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(2): 661-670.

Alves AS, Lopes MHBML. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. Rev Bras Enferm 2008; 61(2): 170-177.

Alves CA, Brandão EL. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva 2009; 14(2): 661-670.

Almeida EML, Aquino EML, Chagas C, Gaffikin Lynne et al. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. Rev Saúde Pública 2003; 37 (5): 566-575.

Aquino EML, Barbosa RM, Heilborn ML, Bérquo E. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. Cad. Saúde Pública 2003; 19 (Supl.2) 198-199.

Aquino EML, Almeida M C, Araújo MJ, Menezes, G. Gravidez na adolescência heterogeneidade revelada. Fonte: In: Heilborn, ML, Aquino EML, Bozon, M, Knauth DR. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Editora Garamond/Editora, 2006. p309-360

Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Cad Saúde Pública 2003; 19(Sup. 2): S377-S88.

Araújo MSP, Costa LOBF. Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro 2009; 25(3): 551-562.

Ariés P. História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro: Editora Livros Técnicos e Científicos S.A; 1981.

Berlofi LM, Alkmin ELC, Berbiere M, Guazzelli CA, Araújo FF. Prevenção de reincidência de gravidez em adolescentes: Efeitos de um programa de Planejamento Familiar. Acta Paul Enferm 2006; 19 (pt2): 196-200.

Bourdieu P. A "Juventude" é apenas uma palavra. Questões de Sociologia. Rio de Janeiro: Editor marco Zero: 1983

Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública 2006; 22 (7) 1421-1430.

Brandão ER. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(4): 1063-1071.

Bretãs JRS, Ohara CVS, Jardim DP. O comportamento sexual de adolescentes em algumas escolas no município de Embu, São Paulo, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm* 2008; 29(4): 581-7.

Cabral CS. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19 (2 Suppl.): 283-292.

Camargo BV, Barbará AB, Raquel B. Concepção Pragmática e Científica dos adolescentes e AIDS. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2007; 11(3): 445-451.

Carniel EF, Zanolli ML, Almeida CAA, Marcillo AM. Características de mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Inf* 2006; 6 (pt4): 419-26.

Carvacho IE, Mello MB, Morais SS, Silva JLP. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública*, 2(5): 886-894.

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

Cecatti JG, Gerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(3): 105-11.

Cerqueira-Santos E, Simone SP, Schirò EDB, Kpllerae SH. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. *Psicologia em Estudo*, Maringá 2010; 15(1): 73-85.

Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sóciodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(1):177-186.

Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Rosa MLG. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22 (8): 1565-1574.

Corrêa S, Petchesky R. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 1996; 6 (1/2): 147-77.

Corrêa S, Alves JED, Jannuzzi PM. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistemas de indicadores. In: Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva. ABEP/IBGE; 2003.

Costa COM, Santos CAT, Sobrinho CLN, Freitas JO, Ferreira KAS et al. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no Município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. Cad. Saúde Pública 2002; 18(3): 715-722.

Costa MCO, Formigli VL. A Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. Rev. Saúde Pública 2001; 35(2): 177-184.

Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(Supl.1): 959-966.

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal n.º 8069/ 1990.

Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. Cad Saúde Pública 2002; 18(1): 153-161.

Guimarães AMAN, Vieira MJ, Palmeira JA. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(3): 293-8.

Grosso LA. Juventude ensaios sobre sociologia e história das juventudes modernas. Rio de Janeiro: Editora Difel; 2000.

Hardy E, Duarte GA, Osis MJD, Arce XE, Possan M. Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras. Cad. Saúde Pública 2001; 17(4): 1031-1035.

Heilborn ML. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Editora Garamond/Editora Fiocruz; 2006.

Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horizontes Antropológicos 2002; 8(17): 13-45.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=33,
(acessado em 15 de fevereiro de 2011).

Jardim DP, Bretãs JRS. Orientação sexual na escola: a concepção dos professores de Jandira – SP. Rev Bras Enferm 2006; 59(2): 157-62.

Jeolás LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. Ciênc saúde coletiva 2003; 8 (2): p.611-620.

Laqueur T. Making sex: body and gender from the greeks to Freud. Cambridge: Harvard University Press 1992.

Leite IC, Rodrigues RN, Fonseca MC. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. Cad Saude Publica 2004; 20(2): 474-481.

Martins LBM, Costa-Paiva LHS, Osis MJ, Sousa MH, Pinto- Neto AM, 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. Saúde Pública 2006; 22(2): 315-323.

Martins APV. Visões do feminino: a medicina da mulher no século XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.

Martins LBM, Costa-Paiva LHS da, Osis MJD, Sousa MH de, Pinto-Neto AM, Tadini V. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. Rev Saude Publica 2006; 40(1): 57-64.

Madureira L, Marques IR, Jardim DP. Contracepção na adolescência: conhecimento e uso. Cogitare Enferm 2010; 15(1): 100-5.

Menezes G, Aquino EM. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. Cad Saúde Pública 2009; 25 (Sup 2):S193-204.

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids/DST ano VII, nº 01; Brasília, 2010. Disponível em: <www.aids.gov.br> [acessado em 10/01/2011].

Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. PNDS 2006 Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2008.

Ministério da Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2007.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Marco Teórico e Referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, Brasília- DF, 2006.

Ministério da Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Marco legal: saúde, um direito de adolescente. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2005

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Saúde, Programa Nacional DST e AIDS- Brasília. Pesquisa de conhecimento atitudes e práticas população brasileira de 15 a 54 anos. Brasília DF; 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente. Programa de Saúde do Adolescente: bases programáticas. Brasília DF: Ministério da Saúde; 1996.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente. Brasília DF: Ministério da Saúde; 1993.

Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 1a Edição. Brasília; Ministério da Saúde; 1989.

Ministério da Saúde. Informações em saúde. Tecnologia da informação e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) DATASUS <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poprij.def> (acessado em 15 de fevereiro de 2011).

Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). Área técnica de Saúde da Mulher. Ministério da saúde; 2006

Olinto MTA, Galvão L W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudo comparativo planejamento ações. Rev de Saúde Pública 1999; 33 (10): 64-72.

Paraguassú ALCB, Costa ALCB, Carlito LNS, Patel VN, Freitas JT et al. Situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil. Ciênc saúde coletiva 2005; 10(2): 373-380.

Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros, Rev Saúde Pública 2008;42(Supl 1):45-53.

Peres SO; Heilborn ML. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência Cad Saúde Publica 2006; 22(7):1411-1420.

Pirotta KCM, Schor N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. Rev Saúde Pública 2004; 38(4): 495-502

Rocha CLA, Horta B, Pinheiro RT, Cruzeiro ALS. Use of contraceptive methods by sexually active teenagers in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. Cad Saúde Pública, 2007; 23(12):2862-68.

Rozenberg R. Práticas contraceptivas de adolescentes brasileiras análise da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – 2006. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. Cad Saúde Pública 2003; 37 (pt1): 15-23.

Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: Compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev Latino-Am Enferm 2006; 14 (pt2): 199-206.

Simões VMF, Silva AMM, Bettiol H, et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís do Maranhão. Rev Saúde Pública 2003; 3 559-65.

Scott J. Gênero uma categoria útil para análise histórica. Trad. Christiane Rufino Dbat, Maria Betânia Ávila (1989).

Sousa MCR, Gomes KRO Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais Cad Saúde Pública 2009; 25(3):645-654.

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/Bemfam, Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Macro Internacional. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996; Brasil: 1997.

Taquette SR, organizadora. Aids e juventude:gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009.

Taquete SR, Andrade RB, Vilhena MM et al. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. Rev Assoc Med Bras 2005; 51(3):148-152.

Taquette SR, Vilhena MM, Silvia MM, Vale MP. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. Cad Saúde Pública 2005; 21 (pt6): 1717-25.

Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. Cad Saúde Publica 2004; 20(1):282-290.

Vieira LM, Goldberg TBL, Saes SO, Doria AAB. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. Cienc Saúde Colet 2007; 12(5): 1201-1208.

Vieira LM, Saes SO, Dória APB, Goldberg TBL. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant 2006; 6 (pt1): 135-40.

Villela W, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. Cad Saúde Pública 2006; 22 (pt11): 9.

APÊNDICES E ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto:

Reprodução, contracepção e saúde na perspectiva de adolescentes de um município do interior fluminense

Instituição responsável pela pesquisa:

Instituto Fernandes Figueira /FIOCRUZ

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716 - Flamengo - Rio de Janeiro/RJ

Tel: 2553 - 0052 Ramal: 5126 (Comitê de Ética)

Pesquisador responsável: Angélica Cristina Roza Pereira Vonk

Orientador: Prof^a. Dra. Claudia Bonan Jannotti

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa sobre as percepções e experiências de adolescentes do município de Silva Jardim no que diz respeito à reprodução, contracepção e saúde. Sua participação será dando entrevista sobre suas experiências, idéias e vivências sobre sua vida sexual e reprodutiva, sua relação com a família, com seu parceiro, sua comunidade e com o serviço de saúde. A pesquisa destina-se à elaboração de minha dissertação de mestrado e tem como objetivo compreender como os serviços de saúde poderiam influenciar e apoiar as práticas contraceptivas dos adolescentes.

Antes de decidir se participa ou não do estudo, solicito que leia com atenção as informações abaixo e peça os esclarecimentos que achar necessário:

- Sua participação na pesquisa é voluntária.
- Seus dados pessoais serão mantidos no anonimato e as informações que você der serão guardadas em sigilo.
- As entrevistas serão individuais e realizadas em dias, locais e horários de sua conveniência.
- O material da pesquisa ficará sob a minha guarda e será usado apenas para fins de pesquisa.
- Você poderá pedir todos os esclarecimentos que quiser antes, durante e após a realização das entrevistas.
- Também poderá desistir de participar da pesquisa, sem dar qualquer explicação e sem risco de penalização.

- Os resultados da pesquisa serão divulgados através do trabalho final do mestrado e poderão ser difundidos em outros trabalhos científicos a serem publicados.

-A pesquisa não oferece riscos à sua saúde.

Eu _____(nome letra de forma), abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Declaro que li e entendi todas as informações referentes ao estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela pesquisadora.

Data: _____

(assinatura do entrevistado)

(nome do diretor da escola ou outro responsável pela autorização da pesquisa)

(assinatura do pesquisador)

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO nº |__|__|__|

Título da pesquisa:

“Reprodução, contracepção e saúde na perspectiva de adolescentes de um Município no interior Fluminense ”

Nome da Escola _____

Data da entrevista |__|__|/|__|__|/|__|__|

Data de digitação: |__|__|/|__|__|/|__|__|

Instruções para preenchimento:

Preencher **NI(88)** para não informado e **NS(99)** para não sabe

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E SÓCIO-DEMOGRÁFICOS (todos os participantes)

1.Nome:(*completo*)_____

2.Sexo:

1.masculino

2.feminino

3.Qual é a sua idade? (em anos completos no dia da entrevista) |__|__|anos

4.Qual é o seu estado civil ?

1.solteiro(a)

5.viúvo(a)

2.casado(a)

6.outro _____

3.desquitado(a)/separado(a)/ divorciado (a) 88.NI

4.amasiada(o)/juntada (o)

99.NS

5. Tem filho?

1.sim 2.não

5.a Se tem, quantos? _____

6.Qual o ano que está cursando?

1. Fundamental. Série _____

2. Médio. Série _____

7.Onde você nasceu?

Cidade _____ Estado _____

8.Onde você mora?

Bairro/localidade _____ Município _____

16.Na casa onde você mora:

A) Para onde vai o esgoto?

1.rede de esgoto 2.direto para rua 3.direto para o valão/rio/lagoa 4.fossa

88.NI 99.NS

B) De onde vem a água?

1.água encanada 2.do poço 88.NI 99.NS

C) Tem coleta de lixo

1.sim 2.não 88.NI 99.NS

D) Tem luz elétrica

1.sim 2.não 88.NI 99.NS

17.Seu pai está vivo? (se tiver alguma informação mais correta sobre o pai colocar sim)

1.sim 2.não 3.não conheceu seu pai 88. NI 99. NS

18.Qual a ocupação dele?

1. _____ 88.NI 99.NS

19.Qual é/ ou era a escolaridade dele?

1.nunca freqüentou a escola 5.segundo grau incompleto
2.primeiro grau completo 6.superior completo
3.primeiro grau incompleto 7.superior incompleto
4.segundo grau completo 8.pós- graduação
88. NI 99.NS

20.Sua mãe está viva ?

1.sim 2.não 3.não conheceu a mãe 88.NI 99.NS

21.Qual é a ocupação dela?

1. _____ 88.NI 99.NS

22.Qual é/ ou era a escolaridade dela?

1.nunca freqüentou a escola 5.segundo grau incompleto
2.primeiro grau completo 6.superior completo
3.primeiro grau incompleto 7.superior incompleto
4. segundo grau completo 8.pós- graduação
88.NI 99NS

23.Algum irmão ou irmã sua teve o primeiro filho antes dos 20 anos?

1.sim 2.não 88.NI 99.NS

41. Quem te deu/onde obteve essa informação? (respostas múltiplas)

- | | | |
|-----------------------------|---|--------|
| 1.mãe | 8.profissionais de saúde/ serviços de saúde | |
| 2.pai | 9.televisão internet | |
| 3.parceiro(a)/ namorado(a) | 10.revistas feminina | |
| 4.irmão (ã) | 11.revistas masculinas | |
| 5.amigos/colegas | 12.livro | |
| 6.professores/ escola | 13. outros _____ | |
| 7.filmes | 88. NI | 99. NS |

V- PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS (para quem teve relações sexuais)

42. Você teve informação sobre evitar gravidez antes da primeira relação sexual?

- 1.sim 2.não 88.NI 99.NS

43. Quem te deu/onde obteve essa informação? (respostas múltiplas)

- | | | |
|-----------------------------|--|-------|
| 1.mãe | 8. profissionais de saúde/ serviços de saúde | |
| 2.pai | 9.televisão internet | |
| 3.parceiro(a)/ namorado(a) | 10 revistas feminina | |
| 4.irmão (ãs) | 11.revistas masculinas | |
| 5.amigos/colegas | 12. livro | |
| 6.professores/ escola | 13. outros _____ | |
| 7.filmes | 88.NI | 99.NS |

44. Antes da primeira relação sexual, você e seu parceiro/(a) conversaram sobre evitar gravidez?

- 1.sim 2.não 88.NI 99.NS

45. Você tomou alguma medida para se proteger de gravidez na primeira relação sexual?

- 1.sim 2.não 88.NI 99.NS

46. SE USOU qual foi a medida?(respostas múltiplas e espontâneas)

- | | | |
|------------------------------------|---|-------|
| 1.pílula | 6.implante | |
| 2.injeção | 7.contracepção de emergência (pílula do dia seguinte) | |
| 3.camisinha/preservativo masculino | 8.coito interrompido | |
| 4.diafragma | 9.outro(s) _____ | |
| 5.tabela | 88.NI | 99.NS |

47. Se não usou, qual foi o motivo? (perguntar ativamente)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. queria engravidar | 4. não gostava de ir ao posto de saúde |
| 2. não sabia que podia engravidar | 5. o serviço de saúde era longe |
| 3. não conhecia os métodos | 6. tinha vergonha/dificuldade de comprar na farmácia |
| 7. outro(s) _____ | 88. NI 99. NS |

48. Quais métodos você já usou na sua vida? (respostas múltiplas e espontâneas)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. pílula | 6. injeção |
| 2. camisinha/preservativo masculino | 7. coito interrompido/gozar fora |
| 3. tabela | 8. DIU |
| 4. implante | 9. contracepção de emergência (pílula do dia seguinte) |
| 5. diafragma | 10. outro(s) _____ 88. NI 99. NS |

49. Como você adquiriu informação/ orientação sobre os métodos que você já utilizou? (respostas múltiplas)

- | | |
|-----------------------|---|
| 1. mãe | 7. pai |
| 2. parceiros(as) | 8. amigos/colegas |
| 3. farmácia | 9. serviços de saúde/profissionais de saúde |
| 4. escola/professores | 10. TV. |
| 5. internet | 11. revista masculina |
| 6. revista feminina | 12. outro(s) _____ |
| 88. NI | 99. NS |

50. Qual método você utiliza atualmente? (respostas múltiplas)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. pílula | 6. injeção |
| 2. camisinha/ preservativo masculino | 7. coito interrompido/gozar fora |
| 3. tabela | 8. DIU |
| 4. implante | 9. contracepção de emergência (pílula do dia seguinte) |
| 5. diafragma | 10. outro(s) _____ 88. NI 99. NS |

51. Como adquiriu o método? (respostas múltiplas/ ativa)

- | | |
|-----------------------|---|
| 1. mãe | 7. pai |
| 2. parceiros (as) | 8. amigos/colegas |
| 3. farmácia | 9. serviços de saúde/profissionais de saúde |
| 4. escola/professores | 10. TV. |
| 5. internet | 11. revista masculina |
| 6. revista feminina | 12. outro(s) _____ 88. NI 99. NS |

52.Em caso de já ter usado contracepção de emergência (pílula do dia seguinte), quantas vezes usou?

1.uma vez 2.de duas a quatro vezes 3.cinco vezes ou mais

88. NS 99. NI

53.Onde conseguiu contracepção de emergência (pílula do dia seguinte)?_____

V- NEGOCIAÇÃO COM O PARCEIRO

54.Você costuma conversar com seus parceiros (as) sobre a necessidade do uso do método para não engravidar?

1.sempre 2 algumas vezes 3.nunca 88. NI 99.NS

55.Caso a resposta seja algumas vezes ou nunca, por que você não conversa sempre sobre isso?

- 1.vergonha de conversar sobre esse assunto com parceiro (a)
- 2.não gosta de falar esse assunto com o parceiro (a)
- 3.acha que deve conversar sobre esse assunto apenas com o parceiro fixo
- 4.acha que deve conversar sobre esse assunto apenas com o parceiro eventual
- 5.acha que quem deve falar ou se preocupar sobre esse assunto é o parceiro (a)
- 6.nem pensa nisso
- 7.não acha importante
8. outro(s) _____

88.NI 99.NS

Perguntas 56,57 e 58 para as mulheres

56. Você alguma vez pediu ao seu parceiro (a) para usar camisinha e ele (a) se recusou?

1.sim 2.não 3.nunca pedi 88.NI 99. NS

57.Caso ele (a) tenha se recusado qual o motivo da recusa? (resposta espontânea) _____

58. Que atitude você tomou?

1.não teve relação 2.teve relação assim mesmo 3.outra(s) _____

88. NI 99. NS

Perguntas 59,60 e 61 para os homens

59.Alguma vez você recusou o pedido do seu parceiro (a) de usar camisinha?

1. sim 2. não 3. nunca pedi 88.NI 99. NS

70.Quando você engravidou pela primeira vez morava com:

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 1.pai | 6.outros parentes |
| 2.mãe | 7.amigos |
| 3.pai e mãe | 8.sozinha(o) |
| 4.parceiro(a) | 9.outro(s) _____ |
| 5. familiares do parceiro(a) | 88. NI 99.NS |

71.Na primeira gravidez, antes de saber que estava grávida/ que sua parceira estava grávida, você:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 1.queria engravidar, naquele momento | 3.queria engravidar, porém mais tarde |
| 2.não queria engravidar | 4.não havia pensado no assunto |
| 88.NI | 99.NS |

72.Seu parceiro(a):

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 1.queria engravidar, naquele momento | 3.queria engravidar, porém mais tarde |
| 2.não queria engravidar | 4.não havia pensado no assunto |
| 88.NI 99.NS | |

73.Quando engravidou você / sua parceira usava método para evitar gravidez:

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1.pílula | 5.injeção |
| 2.camisinha/preservativo masculino | 6.coito interrompido/gozar fora |
| 3.tabela | 7.outros _____ |
| 4.nenhum | 88.NI 99. NS |

74.O que você fez quando soube que estava grávida/que sua parceira estava grávida?

- | |
|--|
| 1.ficou contente |
| 2.não ligou muito |
| 3.ficou desesperado/preocupado(a)/com medo/ zangado(a)a (sem menção de aborto) |
| 4.pensou, sugeriu, tentou fazer um aborto. |
| 5.fez um aborto |
| 6.outro(s) _____ |
| 88.NI 99.NS |

75.O que seu companheiro (a) fez quando soube que estava grávida? (resposta espontânea)

- 1.ficou contente
- 2.não ligou muito
- 3.ficou desesperado/preocupado(a)/com medo/ zangado(a)a (sem menção de aborto)
- 4.pensou, sugeriu, tentou fazer um aborto.
- 5.fez um aborto
- 6.outro(s) _____ 88.NI 99.NS

76.Como sua família reagiu com a notícia da gravidez? (resposta espontânea) (múltiplas respostas)

- 1.ficou contente
 - 2.não ligou muito
 - 3.ficou desesperada/preocupada/com medo/zangada (sem menção de aborto)
 - 4.sugeriu aborto
 - 5.levou/obrigou fazer aborto
 - 6.exigiu que casassem
 - 7.expulsou você de casa
 - 8.outro(s) _____
- 88.NI 99.NS

77.Como a família do parceiro(a) reagiu com a noticia da gravidez? (resposta espontânea) (múltiplas respostas)

- 1.ficou contente
- 2.não ligou muito
- 3.ficou preocupada/indignada/envergonhada/ zangada (sem menção de aborto)
- 4.sugeriu aborto.
- 5.levou /obrigou fazer aborto
- 6.exigiu que casassem
- 7.expulsou de casa
- 8.outro(s) _____ 88.NI 99.NS

78.Na sua primeira gravidez você fez pré-natal?

- 1.sim 2.não 88.NI 99.NS

79.Em caso positivo, quantos consultas de pré-natal você fez? |__|__|

88.NS 99.NI

As perguntas seguintes são para AS MENINAS E OS MENINOS adolescentes que tem filhos

80.Você tem quantos filhos vivos? _____

**81.Seu(s) filho(s) foram registrados pelo(s) pai(s) (EM CASO DE MENINA)?
Seus filhos foram registrados por você (EM CASO DE MENINO)**

1.sim 2.não

3. Somente uma parte deles (em caso de ter filho com mais de um parceiro e nem todos assumir a paternidade). 88.NI 99. NS

82.Você e o pai/mãe do seu último filho, atualmente são:

1.casados/moram juntos

2.namorados

3.amigos

4.não temos nenhum relacionamento próximo.

5.ele(a) sumiu

88.NI

99.NS

VIII- ABORTO (você alguma vez ficou grávida e perdeu o bebê?)

83. Você/suas parceiras já fizeram algum aborto seu?

1.sim

2.não

88.NI

99.NS

As perguntas seguintes desse bloco do aborto são somente para quem responde sim na pergunta 83

84.Quantos abortos você/suas parceiras já fizeram seu? _____

85.Qual foi o principal motivo que pesou na(s) sua(s) decisão(s) de fazer aborto (marcar mais de um se necessário, em caso de mais de um aborto):

1.não estavam casados ou morando juntos

2.não tinham condições financeiras de sustentar uma criança

3.seus familiares e/ou os familiares do parceiro não aceitaram/aceitariam a gravidez

4.você e/ou seu parceiro não queriam filhos, no momento

5.Não queria filho com aquele parceiro

6.outro(s) _____ 88.NI

99.NS

86. O(s) aborto(s) foi realizado(s): (marcar mais de um se necessário, em caso de mais de um aborto):

- 1.com médico num consultório particular
- 2.com médico ou enfermeira numa clínica de aborto
- 3.na sua casa por você, com ajuda de uma pessoa próxima ou *aborteira*/parteira
- 4.na casa /local de atendimento de uma *aborteira*/ parteira
- 5.num hospital público com profissional de saúde
- 6.outro(s) _____

88.NI

99.NS

87.Como o aborto foi realizado?

- | | |
|---|------------------------------|
| 1.cytotec | 5.chás e infusões |
| 2.vácuo, aspiração | 6.medicamentos |
| 3.curetagem | 7.outro(s)(especificar)_____ |
| 4.uso de objetos domésticos (especificar)_____ | 88.NI 99.NS |

88.Quem pagou o aborto :

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1.você | 5.pai do parceiro |
| 2.seu parceiro | 6.mãe do parceiro |
| 3.seu pai | 7.outros _____ |
| 4.sua mãe | 88. NI 99.NS |

89.Você teve algum problema de saúde relacionado com o aborto?

- | | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| 1.sim | 2.não | 88.NI | 99.NS |
|-------|-------|-------|-------|

90.Qual problema? _____

91.Em caso positivo, você procurou serviço de saúde?

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1.sim, público. | 4.não por que tive medo/vergonha |
| 2.sim, privado | 88.NI |
| 3.não, por que a recuperação foi rápida e não precisei | 99.NS |

IX – CUIDADOS COM A SAÚDE REPRODUTIVA

92.Quais Doenças Sexualmente Transmissíveis você conhece? (resposta espontânea)

**93.Como você pode se prevenir das Doenças Sexualmente Transmissíveis?
(respostas espontâneas)**

94.Como você pode se prevenir da HIV/AIDS? (respostas espontâneas)

95.Como se pega AIDS? Verdadeiro (V) falso (f)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> aperto de mão | <input type="checkbox"/> beijo no rosto |
| <input type="checkbox"/> compartilhar roupas íntimas | <input type="checkbox"/> compartilhar talher |
| <input type="checkbox"/> dormir na mesma cama | <input type="checkbox"/> relação sexual |
| <input type="checkbox"/> através do abraço | <input type="checkbox"/> através de carícias íntimas |
| <input type="checkbox"/> beijando na boca | <input type="checkbox"/> compartilhando seringas |
| <input type="checkbox"/> piscina | <input type="checkbox"/> usando o mesmo vaso sanitário |

96.Como você teve informações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS (respostas múltiplas da lista abaixo):

- | | |
|---|------------------------|
| 1.mãe | 8.televisão |
| 2.pai | 9.internet |
| 3.parceiro(a) namorado(a) | 10.revistas feminina |
| 4.irmão(ã) | 11.revistas masculinas |
| 5.amigos/colegas | 12.livros |
| 6.professores/ escola | 13. filmes |
| 7.profissionais de saúde/ serviços de saúde | 14.outro(s) _____ |
| 88.NI | 99.NS |

97.Você já teve Doença Sexualmente Transmissível? (resposta espontânea)

- | | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| 1.sim | 2.não | 88.NS | 99.NI |
|-------|-------|-------|-------|

98.Em caso positivo, quais? _____

99.Você se tratou?

- | | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| 1.sim | 2.não | 88.NI | 99.NS |
|-------|-------|-------|-------|

100.Onde se tratou?

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1.serviço da rede pública | |
| 2.consultório ou hospital privado | |
| 3.farmácia | 4.remédios caseiro/ervas |
| 5.outro(s) _____ | 88.NI 99.NS |

101. Você contou para seu/ sua parceiro (a)?

1.sim 2.não 88.NI 99.NS

102. Ele (a) se tratou ?

1.sim 2.não 88.NI 99.NS

103. Onde ele (a) se tratou? (resposta espontânea)

1.serviço da rede pública 4.remédios caseiro/ervas
2.consultório ou hospital privado 5.outro(s) _____
3.farmácia 88. NI 99.NS

Para as MENINAS adolescentes

104. Você costuma ir ao ginecologista?

1.nunca fui 3.fui duas vezes
2.fui uma vez 4.fui 3 vezes ou mais
88.NI 99.NS

105. Quais os motivos que fizeram você procurar um ginecologista?

1.preventivo ginecológico 5.corrimento
2.sentia dores 6.contracepção
3.cólicas 7.início da vida sexual
4.hemorragia 8.outro(s)
88.NI 99. NS

106. Que serviço de ginecologia você foi? (resposta espontânea)

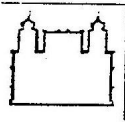
1.rede pública 2.privada

107. Você usa camisinha com que freqüência nas suas relações sexuais:

1.nunca 2.de vez em quando 3.sempre
88.NS 99.NI

108. Em que situação você usa camisinha?(resposta espontânea)

1.namorada(o) 6.em todas essas situações
2.“ficante” ou “pegete” 7.nunca
3.garoto/ (a) de programa ou profissional do sexo 88.NI
4.marido/companheiro 99.NS
5.outro(s) _____



Ministério da saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira

Rio de Janeiro, 11 de janeiro de 2010

Ao Dr. Fernando Augusto Bastos da Conceição
Vice-Prefeito do Município de Silva Jardim

Venho através desta solicitar autorização da Secretaria Municipal de Educação para a realização da pesquisa "Reprodução, contracepção e saúde na perspectiva de adolescentes de um município do interior fluminense" nas escolas da rede municipal de Silva Jardim. A pesquisa será desenvolvida por Angélica Cristina Roza Pereira Vonk, aluna de mestrado da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sob minha orientação e responsabilidade.

O objetivo geral do estudo é analisar percepções e experiências de adolescentes do município no que se refere à reprodução, contracepção e saúde, e contribuir com subsídios para o aprimoramento do desenho e implementação das políticas de saúde para adolescentes.

A proposta é estudar uma amostra de 200 adolescentes, de 15 a 19 anos, que cursam ensino fundamental, médio ou educação para jovens e adultos. Será aplicado um questionário individual com questões sócio-demográficas e informações sobre o contexto familiar, experiências afetivas e relações com parceiros, experiências na esfera reprodutiva (contracepção, gravidez, aborto, maternidade paternidade), cuidados com a saúde sexual e reprodutiva e relação com serviços de saúde. As respostas de cada participante serão registradas em uma ficha impressa, não haverá registro gravado.

Esta pesquisa segue as normas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos no país, inclusive respeitando questões específicas para pesquisa com população adolescente. Nesse

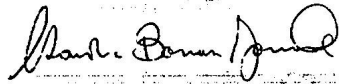
Claudia Bonan J.
ERJ 5237655-9
FIOCRUZ

14/01/10

sentido, serão estritamente observados os princípios de participação voluntária, privacidade, confidencialidade, sigilo e anonimato dos participantes. Os adolescentes que aceitarem participar do estudo deverão ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Observados esses princípios, a pesquisa não acarretará riscos ao bem-estar físico, psíquico ou social dos participantes. A pesquisa não tem fins lucrativos e não conta com financiamentos externos. Não haverá qualquer custo financeiro para os participantes, assim como para as escolas ou a Secretaria de Educação.

O projeto de pesquisa começara a ser executado somente após ser submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz.

Aterciosamente,



Dra. Cláudia Bonan Jannotti

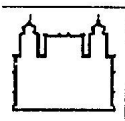
Orientadora de tese

Pesquisadora e professora da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

Instituto Fernandes Figueira

Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Cláudia Bonan J.
CREMERJ 5237655-9
IFF/Fiocruz



Ministério da saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira

Rio de Janeiro, 04 de fevereiro de 2010

À Sra. Alcione Castro

Diretora da Escola Estadual São Sebastião, do Município de Silva Jardim

Venho através desta solicitar autorização da direção da Escola Estadual São Sebastião para a realização, nesse estabelecimento, da pesquisa "Reprodução, contracepção e saúde na perspectiva de adolescentes de um município do interior fluminense". A pesquisa será desenvolvida por Angélica Cristina Roza Pereira Vonk, aluna de mestrado da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sob minha orientação e responsabilidade.

O objetivo geral do estudo é analisar percepções e experiências de adolescentes do município no que se refere à reprodução, contracepção e saúde, e contribuir com subsídios para o aprimoramento do desenho e implementação das políticas de saúde para adolescentes.

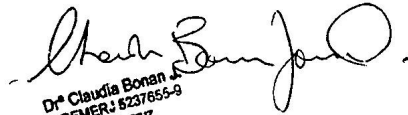
A proposta é estudar uma amostra de 200 adolescentes, de 15 a 19 anos, que cursam ensino fundamental, médio ou educação para jovens e adultos em quatro escolas públicas localizadas em Silva. Será aplicado um questionário individual com questões sócio-demográficas e informações sobre o contexto familiar, experiências afetivas e relações com parceiros, experiências na esfera reprodutiva (contracepção, gravidez, aborto, maternidade paternidade), cuidados com a saúde sexual e reprodutiva e relações dos adolescentes com os serviços de saúde. As respostas de cada participante serão registradas em uma ficha impressa, não haverá registro gravado.

Esta pesquisa segue as normas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos no país, inclusive

respeitando questões específicas para pesquisa com população adolescente. Nesse sentido, serão estritamente observados os princípios de participação voluntária, privacidade, confidencialidade, sigilo e anonimato dos participantes. Os adolescentes que aceitarem participar do estudo deverão ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Observados esses princípios, a pesquisa não acarretará riscos ao bem-estar físico, psíquico ou social dos participantes. A pesquisa não tem fins lucrativos e não conta com financiamentos externos. Não haverá qualquer custo financeiro para os participantes, assim como para as escolas.

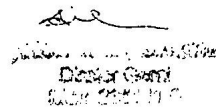
O projeto de pesquisa começará a ser executado somente após ser submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz.

Atenciosamente,

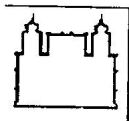


Dra. Claudia Bonan Jannotti
CREMER: 8237855-9
IFF/Fiocruz

Dra. Claudia Bonan Jannotti
Orientadora de tese
Pesquisadora e professora da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher
Instituto Fernandes Figueira
Fundação Oswaldo Cruz



Dra. Claudia Bonan Jannotti
CREMER: 8237855-9
IFF/Fiocruz



Ministério da saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira

Rio de Janeiro, 04 de fevereiro de 2010

À Sra. Eliane Xavier Cardoso de Campos
Diretora da Escola Estadual Sérvulo Mello do Município de Silva Jardim

Venho através desta solicitar autorização da direção da Escola Estadual Sérvulo Mello para a realização, nesse estabelecimento, da pesquisa "Reprodução, contracepção e saúde na perspectiva de adolescentes de um município do interior fluminense". A pesquisa será desenvolvida por Angélica Cristina Roza Pereira Vonk, aluna de mestrado da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sob minha orientação e responsabilidade.

O objetivo geral do estudo é analisar percepções e experiências de adolescentes do município no que se refere à reprodução, contracepção e saúde, e contribuir com subsídios para o aprimoramento do desenho e implementação das políticas de saúde para adolescentes.

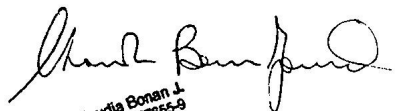
A proposta é estudar uma amostra de 200 adolescentes, de 15 a 19 anos, que cursam ensino fundamental, médio ou educação para jovens e adultos em quatro escolas públicas localizadas em Silva. Será aplicado um questionário individual com questões sócio-demográficas e informações sobre o contexto familiar, experiências afetivas e relações com parceiros, experiências na esfera reprodutiva (contracepção, gravidez, aborto, maternidade paternidade), cuidados com a saúde sexual e reprodutiva e relações dos adolescentes com os serviços de saúde. As respostas de cada participante serão registradas em uma ficha impressa, não haverá registro gravado.

Esta pesquisa segue as normas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos no país, inclusive respeitando questões específicas para pesquisa com população adolescente. Nesse

sentido, serão estritamente observados os princípios de participação voluntária, privacidade, confidencialidade, sigilo e anonimato dos participantes. Os adolescentes que aceitarem participar do estudo deverão ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Observados esses princípios, a pesquisa não acarretará riscos ao bem-estar físico, psíquico ou social dos participantes. A pesquisa não tem fins lucrativos e não conta com financiamentos externos. Não haverá qualquer custo financeiro para os participantes, assim como para as escolas.

O projeto de pesquisa começará a ser executado somente após ser submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz.

Atenciosamente,



Dra. Claudia Bonan J.
CREMERJ 6237655-9
IFF/Fiocruz

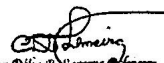
Dra. Claudia Bonan Jannotti

Orientadora de tese

Pesquisadora e professora da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

Instituto Fernandes Figueira

Fundação Oswaldo Cruz



Carmen Dália R. Soares
Mat.: 02341-13-1
Dir. Tor Adjunto



AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Educação, vem por meio desta, autorizar a Sra. Angélica Cristina Roza Pereira Vonk, Mestranda do Instituto Fernandes Figueira (Fiocruz), a realizar o trabalho de pesquisa nas escolas do município de Silva Jardim com adolescente de 15 a 19 anos.

Esta pesquisa segue as regulamentações da Resolução CNS 196/96 (1996), que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive respeitando as normas específicas para pesquisa com população adolescente.

Esclarecemos que as visitas não podem ocorrer dentro das salas de aula, de modo que haja interrupções da aula, tão pouco este instrumento serve para indicação de aquisição dos serviços apresentados.

Silva Jardim, 12 de janeiro de 2010.


Fernando Augusto Bastos da Conceição
Vice-Prefeito

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Reprodução, contracepção e saúde na perspectiva de adolescentes de um município no interior fluminense

Pesquisador Responsável: Angelica Cristina Roza Pereira Vonk

Data da Versão: 01/02/2010

Cadastro: FR322002

Data do Parecer: 30/04/2010

Grupo e Área Temática: III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

Conhecer percepções e experiências de adolescentes do Município de Silva Jardim/RJ, quanto à reprodução, contracepção e saúde

Sumário do Projeto

O (a) autor(a) fez um estudo do debate atual da sexualidade na adolescência, com ênfase na gravidez não planejada e prevenção de DST/AIDS, assim como da relação dos adolescentes com os serviços de saúde. Também assinala sobre a diversidade destas informações, e que pouco se conhece sobre estas questões em adolescentes que vivem no interior do Brasil. Desta forma, pretende contribuir para acúmulo de conhecimento nesta área, aplicando um questionário sobre estes temas em adolescentes de um Município, que é dividido em área urbana e rural.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria Instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Introdução	Adequada
------------	----------

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

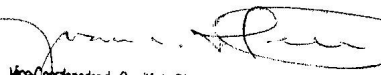
Comentários sobre os Objetivos

Pacientes e Métodos	Situação
Delimitação	Adequado
Tamanho da amostra	Total sim / Local sim
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Menores de 18 anos
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco/benefício	Não se aplica
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança/dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Tempo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

APROVADO

Válido Até 30/03/2011

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIGCRUZ
 Telefone: 2552-8491 / 2554-1700 r. 1730


 Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIGCRUZ

Página 1-2

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	março de 2010
Data de término prevista	07/2010
Orçamento	Ausente
Fonte de financiamento externa	Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas	Adequadas
----------------------------	-----------

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

Recomendação

Aprovar

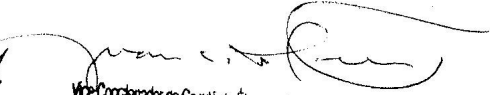
Comentários Gerais sobre o Projeto

Questões que haviam sido levantadas foram bem esclarecidas pelo(a) pesquisador(a).

APROVADO

Válido Até 30/03/2011

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
Telefone: 2552-8491 / 2554-1700 r. 1730


Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ