



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

REBECA ARANHA ARRAIS SANTOS ALMEIDA

**CONHECIMENTO E ATITUDES DE ADOLESCENTES ESCOLARES
RELACIONADOS ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E
GRAVIDEZ**

SÃO LUÍS

2016

REBECA ARANHA ARRAIS SANTOS ALMEIDA

**CONHECIMENTO E ATITUDES DE ADOLESCENTES ESCOLARES
RELACIONADOS ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E
GRAVIDEZ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

Co-Orientadora: Profa. Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa

SÃO LUÍS

2016

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

Almeida, Rebeca Aranha Arrais Santos

Conhecimento e atitudes de adolescentes escolares relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez / Rebeca Aranha Arrais Santos Almeida. — São Luís, 2016.

75 f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Doenças sexualmente transmissíveis – Conhecimento – Adolescentes. 2. Gravidez – Adolescência. 3. Sexualidade e educação. 4. Prevenção. I. Título

CDU 616.97:612.63-053.6

REBECA ARANHA ARRAIS SANTOS ALMEIDA

**CONHECIMENTO E ATITUDES DE ADOLESCENTES ESCOLARES
RELACIONADOS ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E
GRAVIDEZ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim - Orientadora
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa – Co-Orientadora
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Andrea Gomes Linard – 1º. Membro
Doutora em Enfermagem
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Dra. Nair Portela Silva Coutinho – 2º. Membro
Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Poliana Pereira Costa Rabelo – 1º. Membro Suplente
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Lena Maria Barros Fonseca – 2º. Membro Suplente
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

*A Deus, aos meus pais e ao meu marido,
de onde vem a minha força e o constante
incentivo a perseverar.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre em primeiro lugar, “porque Dele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente” (Romanos 11:36 – Almeida Corrigida e Revisada Fiel).

À Universidade Federal do Maranhão e aos Professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem por me permitirem e ajudarem a alcançar tão valiosos conhecimentos. Como disse Isaac Newton, “se vi mais longe foi por estar de pé sobre ombros de gigantes”.

À Profa. Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim e à Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa pelo incentivo, disponibilidade e compreensão, sem as quais esse trabalho não seria possível. Obrigada!

Aos meus pais, Joaquim Neto e Margareth Rose, por investirem e acreditarem sempre em mim.

Ao meu marido, Felipe Almeida, por ser minha melhor companhia em mais uma aventura. Essa conquista é nossa! Que venham muitas outras.

Aos pais dos adolescentes por confiarem na idoneidade da pesquisa, permitindo a participação de seus filhos. Aos adolescentes participantes por dividirem conosco sua vida, seus saberes, dúvidas e inquietações. E à Coordenação do Ensino Médio do Colégio Universitário (COLUN) por cordialmente receber e possibilitar a realização dessa pesquisa.

“Um pouco de ciência nos afasta de Deus.
Muito, nos aproxima.”

(Louis Pasteur)

ALMEIDA, R. A. A. S. Conhecimento e atitudes de adolescentes escolares relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. 2016. 75 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

RESUMO

A adolescência é um momento de transição entre a infância e a idade adulta caracterizada por intenso crescimento, desenvolvimento, acentuadas transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e também sociais. Nesse ínterim, a corporalidade assume um aspecto importante, pois estas mudanças ocorrem de forma muito rápida, profunda e marcante, trazendo transformações na vida do adolescente, onde a falta de informações sobre a sexualidade contribuem para a vulnerabilidade dos adolescentes frente às doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez precoce ou indesejada. Estudo com objetivo de investigar o conhecimento e práticas de adolescentes escolares relacionados à DSTs/AIDS e gravidez, além de conhecer a compreensão sobre o papel da escola na educação sexual. Foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com parecer consubstanciado de nº 1.104.341. Com abordagem qualitativa, a amostra foi de 22 adolescentes, na faixa etária entre 16 e 19 anos, estudantes do ensino médio do Colégio Universitário da Universidade Federal do Maranhão, uma escola pública em São Luís – MA. Para coleta de dados utilizou-se um formulário para a identificação e um roteiro de entrevista com questões norteadoras relacionadas ao conhecimento e práticas sobre DSTs/AIDS e educação sexual nas escolas. As entrevistas foram gravadas e, após transcritas, analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo. Os resultados são apresentados em quatro categorias temáticas: Sexualidade e educação sexual; Compreensão de comportamentos de risco; Conhecimento de DSTs/AIDS; Conhecimento e Práticas de Prevenção. O estudo mostrou que os adolescentes reconhecem que a participação da escola é importante, enfatizando que as palestras são fundamentais para as orientações. A sexualidade foi compreendida como comportamento sexual e forma de sentir prazer. O comportamento de risco foi associado ao número de parceiros e algo que possa causar riscos à saúde. As doenças sexualmente transmissíveis foram referidas como doenças adquiridas pelo ato sexual e o conhecimento relacionado à prevenção de DSTs e Gravidez foi principalmente associado ao uso de preservativos.

Descritores: Adolescente. Gravidez na adolescência. Doenças sexualmente transmissíveis.

ALMEIDA, R. A. A. S. Knowledge and attitudes of scholars adolescents related to sexually transmitted diseases and pregnancy. 2016. 75 f. Dissertation (Masters). Graduate Nursing Program, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brazil, 2016.

ABSTRACT

Characterized by intense growth, development, accentuated anatomical, physiological, psychological and social transformation, adolescence is a period of transition between childhood and adulthood. In this time the corporeality takes an important aspect, because these changes occur very fast, in a deep and intense manner, bringing changes in the adolescent's life when the lack of information about sexuality contribute to the vulnerability of adolescents in sexually transmitted diseases and to early or unwanted pregnancy. Qualitative study, with the objective of investigate the knowledge and practices of adolescent related to STD / AIDS and pregnancy, and know the understanding of the school's role in sex education. The sample consisted of 22 adolescents, aged between 16 and 19, high school students of the University College of the Federal University of Maranhão, a public school in São Luis - MA. We used a form for identification and an interview script with guiding questions related to knowledge and practices about HIV / AIDS and sex education in schools. The interviews were recorded and analyzed using content analysis technique. The results are presented in four thematic categories: Sexuality and sex education; Understanding of risk behaviors; STD / AIDS knowledge; Knowledge and Prevention Practices. The study showed that teens recognize that school participation is important, emphasizing that the speeches are fundamental to the guidance. Sexuality was understood as sexual behavior and a way of feeling pleasure. Risk behavior was associated with the number of partners and anything that could cause health risks. Sexually transmitted diseases were referred to as diseases acquired by the sexual act and knowledge related to the prevention of STDs and pregnancy was mainly associated with the use of condoms.

Keywords: Adolescent. Pregnancy in adolescence. Sexually transmitted diseases.

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COLUN	Colégio Universitário
DIU	Dispositivo Intrauterino
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAPEMA	Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	Adolescência.....	16
2.2	Adolescência e doenças sexualmente transmissíveis.....	20
2.3	Gravidez na adolescência.....	23
3	OBJETIVO	28
3.1	Geral.....	28
3.2	Específicos.....	28
4	METODOLOGIA	29
4.1	Delineamento do estudo.....	29
4.2	Local de pesquisa.....	29
4.3	População e amostra.....	29
4.4	Técnicas e instrumentos.....	30
4.5	Coleta de dados.....	30
4.6	Análise dos dados.....	31
4.7	Considerações éticas.....	32
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1	Caracterização dos adolescentes.....	34
5.2	Sexualidade e educação sexual de escolares.....	35
5.3	Compreensão de comportamentos de risco.....	41
5.4	Conhecimento de DST/AIDS.....	45
5.5	Conhecimento e práticas de prevenção adotados pelos adolescentes.....	49
6	CONCLUSÃO	57
	REFERÊNCIAS	59
	APÊNDICES	66
	ANEXO	72

1 INTRODUÇÃO

Caracterizada por intenso crescimento, desenvolvimento, acentuadas transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e também sociais, a adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta. Nesse ínterim, a corporalidade assume um aspecto importante, pois estas mudanças ocorrem de forma muito rápida, profunda e marcante, interferindo positiva ou negativamente para o resto da vida do indivíduo. As intensas transformações nessa fase do desenvolvimento humano, influenciam todo o processo psicossocial da formação da identidade do adolescente (MOURA *et al.*, 2015).

A vivência da sexualidade, nesse período, torna-se mais evidente e, em geral, manifesta-se através de práticas sexuais desprotegidas, que podem se tornar um problema devido à falta de informação, de comunicação entre familiares e alguns até cultivados, no caso de mitos, tabus, ou mesmo pelo fato de ter medo de assumi-la. Desta forma, a procura e a curiosidade por novas experiências, e a falta de orientações sobre as mudanças pelas quais estão passando, tornam os adolescentes vulneráveis a situações de risco, dentre estas as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (CARLETO *et al.*, 2010).

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (1995) entre 10 e 19. Nas normas e políticas de saúde do Ministério de Saúde do Brasil, os limites da faixa etária de interesse são as idades de 10 a 24 anos (BRASIL, 2004). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos, e, em casos excepcionais, quando disposto na lei, o estatuto é aplicado até os 21 anos de idade (BRASIL, 1990).

A idade (menor de 25 anos) é um dos preditores mais importantes para o uso menos consistente de preservativo, na opinião de Gerhardt, Nader e Pereira (2008), sendo assim, a atividade sexual desprotegida e precoce do adolescente é um importante fator de risco para a exposição às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e gravidez não planejada.

A gravidez precoce, muitas vezes indesejada, as DSTs, os acidentes, a violência, os maus-tratos, o uso de drogas são fatores importantes que podem

influenciar de modo adverso na saúde sexual e reprodutiva da adolescente, uma vez que comprometem não só o processo natural de crescimento e desenvolvimento físico e emocional, como implicam em outros desdobramentos, dentre os quais pode se incluir a evasão escolar (ROMERO *et al.*, 2007).

As doenças sexualmente transmissíveis são responsáveis por uma epidemia de grande magnitude, além de serem uma importante causa de morbimortalidade em todo o mundo, levando a implicações médicas e psicológicas severas para milhões de homens e mulheres. Aproximadamente 25% das DSTs são diagnosticadas em jovens com menos de 25 anos. Mais de 30% das adolescentes sexualmente ativas têm teste positivo para clamídia, e aproximadamente 40% foram infectadas pelo papilomavírus humano (HPV). A infecção por gonorreia aumentou em mais de 50%, sendo que os índices de infecção por gonorreia nos intervalos entre 15 e 19 anos são os maiores, comparados com outras faixas etárias, e mais de 25% dos casos novos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ocorreram entre jovens menores de 22 anos (GERHARDT; NADER; PEREIRA, 2008).

De acordo com o relatório da Joint United Nations Program on HIV/AIDS (2012), até o ano de 2008 havia 33,4 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, e destas, 430.000 eram adolescentes. No ano de 2009 foram notificados 3.398 casos de AIDS em pessoas entre 13 e 24 anos de idade no Brasil, havendo uma incidência de mais de 2.400 jovens infectados por dia e de mais de 10 milhões de pessoas entre 14 e 24 anos vivendo com HIV/AIDS no mundo (BRASIL, 2010; JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV-AIDS, 2012).

Essa faixa etária apresenta enorme vulnerabilidade não somente pelas suas características próprias, mas por lhes faltar experiência, maturidade, algo inerente à juventude, que mal sabe lidar com os seus próprios sentimentos e com o do parceiro (a); por nem sempre possuírem habilidades necessárias para a tomada de decisões e terem que ser responsáveis por elas, no momento em que se envolverem em relacionamentos afetivos e sexuais (GERHARDT; NADER; PEREIRA, 2008).

No Brasil, assim como em outros países, tem havido um significativo aumento do uso do preservativo pelos adolescentes, porém este ainda não é usado por todos e nem em todas as relações sexuais. Há adolescentes que referem nunca tê-lo usado, apesar de conhecerem os riscos aos quais estavam expostos. Estudo

realizado por Martins *et al.*, (2006) mostra que o uso do preservativo depende, entre outros fatores, do envolvimento afetivo do momento, questões financeiras e de acesso aos métodos, bem como o grau de liberdade e autonomia alcançadas nesta faixa etária.

Uma pesquisa nacional realizada por Szwarcwald *et al.* (2005), indicou que 57,3% dos jovens entre 15 e 24 anos usaram preservativos na última relação sexual, 58,5% sempre usaram preservativo com parceiro casual, e 38,8% usaram esse método com parceiro fixo. Ainda como forma de prevenção, grande porcentagem de adolescentes apontou que consultar o médico regularmente pode prevenir as DSTs. Além disso, certificar-se de que o parceiro não possua nenhuma doença também foi citado como forma de prevenção.

Estudo realizado por Costa *et al.* (2013) em Imperatriz – Maranhão sobre a vulnerabilidade de adolescentes escolares às DSTs/HIV, constatou que embora os jovens demonstrem entendimento sobre as principais formas de transmissão de DSTs/HIV e importância do uso do preservativo na prevenção às DSTs/HIV, havia ainda uma baixa adesão dos adolescentes ao uso do preservativo na iniciação sexual.

A proporção de nascimentos no Brasil cujas mães tinham idade entre 10 a 19 anos, em 2007, foi de 21,1%. Além disso, o parto entre adolescentes foi a primeira causa de internação hospitalar do sexo feminino, na faixa etária entre 10 e 19 anos, durante o ano de 2012 no Brasil, o que certamente ocasiona elevados custos aos cofres públicos (FIEDLER; ARAÚJO; SOUSA, 2015).

O aumento nas taxas de gravidez na adolescência pode ser explicado por diferentes causas, podendo variar entre países. Dentre a complexidade de fatores de risco para analisar esta questão, destacam-se os aspectos socioeconômicos e apesar de o fenômeno atingir e estar crescente em todas as classes sociais, ainda há uma forte relação entre pobreza, baixa escolaridade e a baixa idade para gravidez. Além disso, fatores como a diminuição global para a idade média para menarca e da primeira relação sexual compõem um cenário de risco que colabora para o aumento dessas taxas (CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010).

Clinicamente, pode-se associar uma gravidez precoce com o aumento de intercorrências obstétricas e/ou neonatais, tais como: morte materna, índices de prematuridade, mortalidade neonatal e baixo peso de recém-nascidos (CUNHA; BRUNO, 2006). Além da maior incidência de anemia materna, doença hipertensiva

específica da gravidez, desproporção céfalo-pélvica, infecção urinária, placenta prévia, sofrimento fetal agudo intraparto, complicações no parto (lesões no canal de parto e hemorragias) e puerpério (endometrite, infecções, deiscência de incisões, dificuldade para amamentar, entre outros) (YAZLLE, 2006).

Socialmente, as consequências de se tornar mãe precocemente são a perda de liberdade, adiamento ou comprometimento dos projetos de estudos, limitação de perspectivas de ingresso no mercado de trabalho e do aproveitamento pleno das oportunidades para completo desenvolvimento pessoal. A gravidez na adolescência é considerada como um fato precoce para essa etapa da vida e, além destas sérias implicações, pode resultar em conflitos familiares, discriminação social, afastamento de grupos de convivência. Tais implicações podem acarretar, ainda sentimentos de perda, tristeza, solidão, preocupações, desemprego ou retardar o ingresso no mercado de trabalho não qualificado. Outros fatores de risco da parentalidade na adolescência são o menor número de consultas pré-natal e a imaturidade psíquica dos jovens pais, os quais se revelam pouco contingentes às necessidades do bebê (FIEDLER; ARAÚJO; SOUSA, 2015).

A gravidez na adolescência, no entanto, não é de alto risco, desde que a adolescente tenha um acompanhamento adequado, boa alimentação, cuidados higiênicos necessários e apoio emocional. Também não é um problema da sociedade moderna, porque a história é pródiga em exemplos de mulheres engravidarem na adolescência. Na sociedade pós-moderna, a gravidez indesejada na adolescência, torna-se um problema, pois ocorre de forma desestruturada, se comparada à época em que nossas avós se casavam adolescentes, mas havia estrutura financeira familiar suficiente e com proventos necessários para criar seus filhos (MOREIRA *et al.*, 2008). Hoje, há uma predominância de relações instáveis, que se deterioram mais rapidamente, e no caso da gestação indesejada e sem apoio, muitas adolescentes recorrem à prática do aborto em condições impróprias, caracterizadas, como ilegal na Constituição Brasileira (BRASIL, 2006).

Atentar para a sexualidade dos adolescentes é uma necessidade que pode contribuir para reduzir problemas no que diz respeito à sua vida pessoal e social. Neste contexto, ressalta-se o papel fundamental da escola na educação sexual, visto ser esse o ambiente adequado para a aprendizagem não só da anatomia e da fisiologia do corpo humano, mas também para os métodos de prevenção da gravidez precoce e das DSTs (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Considerando que depois do ambiente familiar é a escola que complementa a educação dada pela família, tendo esta uma imensa responsabilidade na formação de seus alunos e que a maior parte dos adolescentes passa seu tempo na escola onde começa o desenvolvimento corporal afluindo sua sexualidade gerado pelos hormônios, cabe à escola a orientação que deve ser feita por meio de discussões relacionada ao tema constituindo, portanto um compromisso por parte dos educadores.

Nesse contexto, este estudo busca compreender a percepção dos adolescentes escolares sobre prevenção e práticas relacionadas às DSTs/AIDS e gravidez, bem como o papel das escolas na educação sexual.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Adolescência

Etimologicamente o termo adolescência vem do verbo latino “*adolescere*” (ad = para e *olescere* = crescer), estando implícito neste a condição ou processo de crescimento, apontando para as mudanças que começariam com o início da puberdade e terminariam quando as responsabilidades adultas fossem assumidas. Estes autores destacam o fato evidenciado por alguns filósofos de que a adolescência “começa na biologia e termina na cultura”, tanto assim que nas sociedades mais simples essa fase pode ser breve, em oposição às sociedades tecnologicamente mais desenvolvidas, nas quais tende a se prolongar (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002).

A adolescência é o período da vida iniciado na puberdade, e que acaba quando o jovem entra no que, culturalmente, se considera a idade adulta (maturidade social e/ou independência econômica). É durante a fase da adolescência que o indivíduo se desenvolve física e emocionalmente, se inicia sexualmente, e adota comportamentos, influenciado pelo meio socioambiental (MIRANDA; GADELHA; SZWARCOWALD, 2005).

Adolescência e puberdade são termos que expressam conceitos distintos. A adolescência pode ser entendida como o processo de passagem da vida infantil para a vida adulta, processo este que tem caráter histórico e significados diferentes em diversas classes, épocas e culturas. Já a puberdade, como conceito, tem sua origem na realidade biológica, compreende o conjunto das transformações somáticas que marcam o final da infância, sobretudo o surgimento dos caracteres sexuais secundários (BRASIL, 2007).

Neste sentido, torna-se importante pontuar que puberdade e adolescência, apesar de estarem diretamente relacionadas, correspondem a dois fenômenos específicos, ou seja, enquanto a puberdade envolve transformações biológicas inevitáveis, a adolescência refere-se aos componentes psicológicos e sociais que estão diretamente relacionados aos processos de mudança física gerados neste período. Ou seja, a adolescência começa na biologia e termina na cultura no momento em que menino e menina atingiram razoável grau de independência psicológica em relação aos pais (PRATTA; SANTOS, 2007).

Entende-se por puberdade as mudanças físicas / corporais decorrentes da ação dos hormônios do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, cujo início ocorre entre 8 e os 13 anos no sexo feminino e entre 9 e 14 anos no sexo masculino. Nessa fase acontece não só o estirão (aceleração) do crescimento, mas as alterações na quantidade e distribuição de gordura corporal, o surgimento dos caracteres sexuais secundários, assim como o desenvolvimento músculo - esquelético, respiratório, circulatório e das gônadas. As características psicológicas comuns nessa faixa etária destacam especialmente a busca (reestruturação) de uma nova identidade (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

A perda da condição infantil, a busca por uma nova identidade que é construída, consciente e inconscientemente, em um processo lento e doloroso de elaboração do luto do corpo de criança, a falta da identidade infantil, e uma nova relação com os pais anunciam que a adolescência já é uma realidade. Os comportamentos comuns entre os adolescentes, neste processo de elaboração, são denominados “Síndrome da Adolescência Normal” que inclui tais características: busca de si mesmo e da identidade adulta; tendência grupal; necessidade de se intelectualizar e fantasiar; crise religiosa; deslocação temporal; evolução sexual desde autoerotismo até a heterossexualidade; atitude social reivindicatória; contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta; separação progressiva dos pais e constantes flutuações do humor (BELO HORIZONTE, 2004).

As mudanças biológicas que acontecem durante a adolescência, decorrentes das ações hormonais, constituem o que se chama de puberdade. Referido termo designa todas as mudanças morfológicas e fisiológicas que ocorrem no adolescente, marcando, assim, a fase de transição do estado infantil para o estado adulto. Essas transformações são caracterizadas por modificações de peso, estatura, composição corporal, transformações fisiológicas nos órgãos internos com desenvolvimento do sistema circulatório central e respiratório e crescimento ósseo. As alterações ocorrem em ritmos e proporções diferentes entre indivíduos de um mesmo sexo ou não; no entanto, a ordem em que esses eventos ocorrem é relativamente a mesma.

Vários fatores estão associados ao processo de crescimento e maturação sexual, porém, os fatores genéticos são, em grande parte, os responsáveis pela variação individual dos fenômenos pubertários. Para que o adolescente possa alcançar expressão máxima de seu potencial genético, é importante que os fatores

ambientais sejam favoráveis, e a nutrição destaca-se nesse processo (SIGULEM; DEVICENZI; LESSA, 2000).

Considerando que a adolescência é um período do desenvolvimento, cujo afloramento de suscetibilidade opera em diferentes nuances, citam-se algumas características bem reconhecidas por médicos, educadores e pais, como: a instabilidade e aceitação pacífica às influências grupais, o pensamento abstrato, ainda em surgimento entre os adolescentes, faz com que se sintam inatingíveis, por isso se expõem a riscos sem prever suas consequências. Esse sentimento de “imunidade” tão frequente nos adolescentes faz com que não identifiquem uma situação de risco e não compreendam o que significa vulnerabilidade (BENINCASA; REZENDE; CONIARIC, 2008).

A adolescência corresponde, portanto, a um período de descobertas dos próprios limites, de questionamentos dos valores e das normas familiares e de intensa adesão aos valores e normas do grupo de amigos. Nessa medida, é um tempo de rupturas e aprendizados, uma etapa caracterizada pela necessidade de integração social, pela busca da autoafirmação e da independência individual e pela definição da identidade sexual (SILVA; MATTOS, 2004).

Apesar de a adolescência ser considerada como um fenômeno universal, ou seja, que acontece em todos os povos e em todos os lugares, o início e a duração deste período evolutivo varia de acordo com a sociedade, a cultura e as épocas, ou seja, esta fase evolutiva apresenta características específicas dependendo do ambiente sociocultural e econômico no qual o indivíduo está inserido (PRATTA; SANTOS, 2007).

Nessa etapa do desenvolvimento, o indivíduo passa por momentos de desequilíbrios e instabilidades extremas, sentindo-se muitas vezes inseguro, confuso, angustiado, injustiçado, incompreendido por pais e professores, o que pode acarretar problemas para os relacionamentos do adolescente com as pessoas mais próximas do seu convívio social. Contudo, a vivência da adolescência não é um processo uniforme para todos os indivíduos, inclusive quando compartilha a mesma cultura. Existem dados epidemiológicos os quais evidenciam que cerca de 20% dos adolescentes apresentam problemas de saúde mental e necessitam de ajuda, enquanto que os demais atravessam essa etapa do desenvolvimento sem maiores problemas (DRUMMOND; DRUMMOND FILHO, 1998).

A questão do comportamento inadequado e até mesmo a exposição a riscos desnecessários podem surgir em função da própria curiosidade, extremamente presente nessa etapa evolutiva, e de outros fatores cognitivos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais que podem exercer um papel importante na determinação de comportamentos de risco, nesse período do desenvolvimento (PRATTA; SANTOS, 2007).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens evidencia em suas diretrizes a importância da promoção da saúde na produção de saúde dos adolescentes e de jovens, enfatizando a necessidade de estabelecer processos de intervenção social, através de ações intersetoriais e interdisciplinares. Tal política tem o compromisso de incorporar a atenção à saúde deste grupo populacional à estrutura e mecanismos de gestão, à rede de atenção do SUS e às ações e rotinas do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos seus níveis, uma vez que ela servirá de norteadora para as diversas ações, serviços e programas do setor Saúde – nas esferas federal, estadual e municipal - em acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2007).

A população adolescente, no entanto, tem sido negligenciada pelas campanhas de vacinação, a prova disso é a baixa cobertura de hepatite B na população adolescente, apesar de ser oferecida gratuitamente desde o início da década de 90, além da não conclusão do esquema vacinal. Deste modo, uma parcela considerável de adolescentes não tem imunidade para doenças endêmicas na comunidade. Programas de imunização em escolas podem aumentar a adesão desse grupo à vacina, pois a concentração num mesmo local e período facilitam o controle dos alunos, garantindo, assim, a administração da série completa de doses requeridas (RODRIGUES *et al.*, 2011).

Articular parcerias com profissionais de outros setores, para que haja uma abordagem a partir de vários olhares e competências, a fim de identificar objetivos comuns, priorizar ações e trabalhar em conjunto, deveria fazer parte de um programa comum, no intuito de obter maior efetividade nas ações de atenção integral à saúde deste grupo etário, ou seja, trabalhar na intersetorialidade.

Frente às barreiras, as ações de saúde devem intervir para a motivação da mudança de comportamento dos adolescentes, através da sensibilização, criando condições para que desenvolvam capacidade de decisão pessoal sobre os comportamentos. A ação preventiva é eficaz quando torna a oportunidade de

construção de inter-relações entre indivíduo e instituição, dando-lhe autonomia e liberdade de apropriar-se dos meios para cuidar de si (RODRIGUES *et al.*, 2011).

O Brasil já está disponibilizando no setor público a vacina quadrivalente recombinante contra o HPV, que oferece cobertura contra os tipos 6,11,16, e 18. A campanha de vacinação promovida e oferecida gratuitamente pelo SUS, em 2014 visou atingir inicialmente as meninas com idade entre 11 e 13 anos. A partir de 2015, a população alvo é composta por adolescentes na faixa etária de 9 a 13 anos. Esta faixa etária foi escolhida, pois diversos estudos apontam que a ação imunogênica é melhor neste período, e o esquema adotado é o estendido (0, 6 e 60 meses) sendo que a segunda dose deve ser administrada seis meses após a primeira e a terceira dose, cinco anos após a primeira dose (NUNES; ARRUDA; PEREIRA, 2015).

A vacina é recomendada para mulheres que ainda não iniciaram atividade sexual, uma vez que a infecção é geralmente adquirida por contato sexual. Mulheres de 13 a 26 anos de idade que não tenham sido previamente vacinadas ou que não tenham recebido as três doses no período indicado, também podem ser imunizadas. Mulheres mais velhas, que ainda não tenham experiências sexuais, podem ser beneficiadas (NADAL; NADAL, 2008).

2.2 Adolescência e doenças sexualmente transmissíveis

A adolescência é uma fase da vida onde o indivíduo encontra-se em situação de aprendizagem, estando mais aberto que os adultos à adoção de novos comportamentos, o que justifica a pessoa com menos de 20 anos ser considerada parte de um público prioritário para a educação para a saúde (CAMARGO; BOTELHO, 2007).

Na adolescência, as relações sexuais têm iniciado mais cedo e com um maior número de parceiros, o que contribui para aumentar a ocorrência das DSTs. Entre adolescentes o uso de preservativos é baixo e a atividade sexual geralmente não é programada. Apenas um terço deles, ou menos, usam preservativo sempre. Os mais baixos índices de uso se encontram entre 15 e 19 anos (TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004a). Quanto ao preservativo, campanhas de incentivo à sua utilização em todas as relações sexuais precisam ser intensificadas, sendo que esta é a principal tarefa a ser abraçada pelas equipes de saúde que trabalham com adolescentes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que ocorram no mundo cerca de 340 milhões de casos de DSTs por ano, e aproximadamente 33 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS (UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON AIDS; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). No Brasil, entre os anos de 1980 a 2007 foram notificados 474.273 casos de HIV/AIDS na população (BRASIL, 2008a). Em relação às DSTs não se têm uma exatidão de registros epidemiológicos, pois somente a AIDS, HIV na gestante e na criança exposta, a sífilis congênita e a sífilis na gestação são de notificação compulsória (BRASIL, 2006). Devido à alta incidência, as DSTs estão entre as cinco principais causas de procura em serviços de saúde (DORETO; VIEIRA, 2007). Cerca de 70% das pessoas com alguma DST buscam tratamento em farmácias, o que faz com que o número de casos notificados fique abaixo da estimativa (TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004a).

No Brasil, estima-se que a cada ano, quatro milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos e que ocorram cerca de 12 milhões de DSTs ao ano, das quais um terço em indivíduos com menos de 25 anos (MARTINS *et al.*, 2006). Considerando o longo período de latência da infecção pelo HIV/AIDS (CAMARGO; BERTOLDO, 2006) estes dados sugerem que a infecção ocorra, provavelmente, na adolescência.

As DSTs representam sério impacto na saúde reprodutiva das adolescentes, porque podem causar esterilidade, doença inflamatória pélvica, câncer de colo uterino, gravidez ectópica, infecções puerperais e recém-nascidos com baixo peso, além de interferir negativamente na autoestima. Somado a isso, sua abordagem passou a merecer atenção especial, quando se comprovou que sua presença é um fator de risco para a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (DIAS *et al.*, 2010).

Fatores biológicos, psíquicos e sociais podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes às DSTs. A baixa idade da menarca pode levar a um início precoce da atividade sexual, aumentando a probabilidade de contaminação. No âmbito psíquico, a adolescência é uma fase de definição da identidade sexual com experimentação e variabilidade de parceiros. O pensamento abstrato, ainda incipiente nos adolescentes, faz com que se sintam invulneráveis, por isso se expõem a riscos sem prever suas consequências. Instáveis, susceptíveis a influências grupais e familiares, estes jovens beneficiam-se de um bom

relacionamento familiar para proteger-se das DSTs (TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004b).

O desenvolvimento da sexualidade na adolescência vem sendo tema de muitos estudos devido às vulnerabilidades inerentes à prática sexual dessa categoria. A grande maioria dos adolescentes inicia a vida sexual cada vez mais cedo, a maioria entre 12 e 17 anos. Neste contexto, os jovens que estão vivenciando essa fase caracterizam-se, também, por estarem mais suscetíveis às DSTs e ao HIV, devido à liberação sexual, facilidade dos contatos íntimos precoces, estímulos vindos dos meios de comunicação, bem como a falta de acesso à informação e discussão sobre temas ligados à sexualidade e anticoncepção (BRÊTAS *et al.*, 2009a).

A DST mais conhecida é a AIDS, enquanto o Condiloma Acuminado (HPV) mostrou-se o menos conhecido. Aproximadamente 40% das adolescentes sexualmente ativas foram infectadas pelo HPV, responsável pelo Condiloma Acuminado, uma doença infecciosa conhecida como verruga genital ou popularmente chamada de crista de galo. Não menos preocupante é a infecção pelo vírus do Herpes Genital (Herpes simplex vírus) que aumentou em mais de 50% nesta população (BRÊTAS *et al.*, 2009a).

Outra questão relevante a ser mencionada é a epidemia de AIDS ocorrida em 1990, que consistia em um número de 8.859 casos no Brasil. Metade desses casos era infectada pela via de transmissão sexual, sendo 85% de homens. No final de 2000, o número de casos era de 191.000, na proporção de dois homens para cada mulher, e havia uma estimativa de aproximadamente 500.000 pessoas contaminadas. O aumento do índice vem sendo observado predominantemente entre mulheres, grupo de baixa escolaridade em cidades com menos de 50 mil habitantes. Apesar da distribuição universal e gratuita do chamado coquetel anti-HIV, a AIDS era a quarta causa de morte no grupo de 20 a 49 anos (PAIVA; PERES; BLESSA, 2002). No Brasil, 70% dos casos concentram-se na faixa de 20 a 39 anos, o que indica que novas infecções (que levam anos para evoluir para AIDS) acontecem principalmente entre os mais jovens (BENINCASA; REZENDE; CONIARIC, 2008).

A AIDS é uma doença causada pelo HIV que ataca o sistema imunológico, destruindo os glóbulos brancos que são responsáveis pela produção de anticorpos e proteção do organismo contra infecções. Uma vez contaminado com o

HIV, é possível desenvolver doenças oportunistas em decorrência da fragilidade do organismo. O vírus HIV é transmitido nas relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de agulhas e seringas, na gravidez, parto e amamentação. Sabe-se que a doença não tem cura, apenas tratamento que possibilita a redução da carga viral, o que requer, portanto, a sua prevenção (CUNHA; SILVA, 2013).

Segundo Brêtas *et al.* (2009a) as condições que afetam a vulnerabilidade individual às DSTs são de ordem cognitiva - informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo, comportamentais - interesse e habilidade para transformar atitudes e comportamento a partir daqueles elementos cognitivos, e sociais - acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores.

O conhecimento sobre os meios de transmissão das DSTs e dos métodos contraceptivos, no entanto, não é suficiente para ajudar na proteção; os adolescentes precisam aprender a identificar uma situação de risco, compreender sua vulnerabilidade, conhecer as alternativas que possuem para se proteger, decidir qual alternativa é a melhor para cada situação e para seus valores pessoais, diante da conscientização do risco e dimensionamento das consequências posteriores. Outro aspecto importante a ser enfatizado é que a introdução de métodos mais eficazes de abordagem das DSTs não será por si só eficaz no controle dessas doenças, caso os adolescentes continuem sem acesso aos medicamentos e ao apoio prático e emocional necessários para a prevenção e o tratamento. É necessário estabelecer estratégias conjuntas com a participação da família, dos educadores e dos profissionais de saúde, para obter maior êxito no controle das DSTs (MIRANDA; GADELHA; SZWARCOWALD, 2005).

2.3 Gravidez na adolescência

Os índices de atendimento do SUS demonstram, hoje, um crescimento do número de internações para atendimento obstétrico nas faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos. As internações por gravidez, parto e puerpério correspondem a 37% das internações entre mulheres de 10 a 19 anos no SUS (BRASIL, 2006). Estima-se que no Brasil um milhão de nascidos vivos, a cada ano, têm mães com idade entre 10 a 19 anos o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos no País (PONTE JÚNIOR; XIMENES NETO, 2007).

Além dos números crescentes, a faixa etária cada vez menor de meninas que engravidam chama a atenção da sociedade e do governo, mundialmente. Algumas pesquisas apontam como risco para a gravidez na adolescência o início da vida sexual, aliada à falta de informação sobre meios contraceptivos e à deficiência de programas de apoio ao adolescente (SABROZA *et al.*, 2004).

A repetição da parentalidade na adolescência tem aumentado, porém, esta fica mais evidente nos países emergentes, tendo em vista a pouca escolaridade, a falta de informação, a desagregação familiar e a instabilidade econômica, especialmente nos adolescentes de nível socioeconômico mais baixo. Essas alterações de comportamento acarretam aumento do número de gravidez, abortos e doenças sexualmente transmissíveis na adolescência (FREITAS; DIAS, 2010).

No início da vida reprodutiva, a maternidade pode ameaçar o bem-estar e o futuro das adolescentes em razão dos riscos físicos, emocionais e sociais, e está associada à pobreza, baixa escolaridade e resultados perinatais negativos contribuindo para a perpetuação do ciclo de pobreza. A juventude, frequentemente, é tida como um momento de imaturidade e instabilidade, no qual o jovem vive novas experiências e deve investir em sua formação pessoal e profissional. Diferentemente, a gravidez demanda uma condição amadurecida, estável e estruturada, em termos econômicos, profissionais e pessoais. Dessa forma, a gravidez na adolescência torna-se sério problema de saúde pública, sobretudo em razão de a maioria das gestações entre adolescentes não ter sido planejada (MOURA *et al.*, 2011).

Nessa faixa etária, a educação é uma das poucas opções de inserção social e ascensão econômica, logo, a evasão escolar associada à gravidez precoce traz graves consequências à adolescente e seu filho, e à sociedade em geral (MOURA *et al.*, 2011).

Assim, quando se fala sobre a “gravidez na adolescência”, o que está em questão não é apenas o “drama” dessas jovens, sua saúde ou a suposição de que isso arruinaria suas vidas e futuros. Não se trata somente de uma questão individual: trata-se também de um problema populacional que deve ser objeto de políticas públicas. Quando a escola é convocada a intervir, ela busca intervir na vida do corpo e na vida da espécie, na saúde individual e coletiva, na vida das/os jovens, bem como na regulação e organização da população (ALTMANN, 2007).

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública tanto no Brasil como em muitos outros países do mundo. Sua importância transcendeu a prática assistencial, dado seu aumento no final do século passado. Para entender os possíveis fatores etiológicos ligados ao incremento das gestações nessa faixa etária, é preciso perceber a complexidade e a multicasualidade desses fatores, que tornam os adolescentes especialmente vulneráveis a essa situação (BELO; SILVA, 2004).

A maternidade no início da vida reprodutiva antecipa a maturidade biológica, e precipita momentos socialmente institucionalizados para a reprodução, com claras implicações para a constituição de família e a organização social dominante. As expectativas sociais diante da idade para o início da reprodução, no entanto, alteram-se cultural e historicamente, e a gravidez, no período modernamente chamado de adolescência, é abordada de modo diferente das décadas passadas (BELO; SILVA, 2004).

As novas responsabilidades atribuídas às mulheres jovens, como a sua inserção no trabalho fora do lar, passaram a competir com a maternidade. Observa-se na população, em geral, paralelamente a essas mudanças, que a taxa de fecundidade vem declinando ao longo do tempo. Em 1960, a taxa de fecundidade era de 6,2 filhos por mulher; em 1980, 3,7 e em 1996, 2,4 (BELO; SILVA, 2004). Em 2004, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) confirmou a tendência declinante da fecundidade, que atingiu seu nível mais baixo dos últimos anos, e o número médio de filhos por mulher foi igual a 2,1 (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2006).

Belo e Silva (2004) no entanto, afirmam que essa relação não é observada de modo claro entre adolescentes. No período de 1935 a 1995, pode-se observar que a fecundidade precoce, aquela entre 15 e 19 anos, tem aumentado em relação à faixa de 20 aos 24 anos. Nesse grupo, a fecundidade vem diminuindo paulatinamente, e de forma mais nítida e consistente em relação a faixas superiores do período reprodutivo.

No entanto, a gestação entre adolescentes nem sempre é fato inconsequente ou desastroso, principalmente quando ocorre em faixas superiores da adolescência, entre 17 e 19 anos. Em alguns casos, pode ser resultado de planejamento prévio consciente e decorrente de vida afetiva estável. Alguns estudos mostram que cerca de 40% das adolescentes gestantes desejavam, naturalmente, engravidar. Embora no início o impacto da gravidez indesejada e não planejada seja

doloroso, com o passar do tempo a gravidez é aceita e passa a ser referida como realmente desejada (BELO; SILVA, 2004).

Mas, na grande maioria das vezes, as adolescentes engravidam sem planejamento, por falta de informação, difícil acesso aos serviços de saúde e desconhecimento sobre métodos anticoncepcionais, além da busca afetiva, de um objeto de amor ou somente experimentação sexual (GUIMARÃES; VIEIRA; PALMEIRA, 2003).

Pode-se afirmar que a vida sexual dos adolescentes está se tornando, cada vez mais, uma realidade inegável o que torna imprescindível sua conscientização e orientação, a fim de evitar gravidezes não planejadas e propiciar maior responsabilidade sobre a anticoncepção, uma vez que esse grupo necessita de informações concretas acerca do assunto (GUIMARÃES; VIEIRA; PALMEIRA, 2003).

Acredita-se que o uso de contraceptivos por adolescentes envolva cinco etapas, e a detenção da informação científica é apenas a primeira delas. Em seguida, o jovem deve reconhecer a probabilidade de seu engajamento em alguma relação sexual. Posteriormente, precisa selecionar, obter e saber usar corretamente o método escolhido e comunicar sua decisão e escolha ao parceiro ou parceira. A última etapa implica no uso efetivo e competente do método selecionado. Salienta-se que os obstáculos contra o uso de anticoncepcional podem ocorrer em qualquer um desses momentos (MOURA *et al.*, 2011).

As complicações maternas médico-obstétricas da gravidez na adolescência frequentemente incluem aborto espontâneo ou provocado, anemia, distorcias de parto e hipertensão gestacional. Destas, sem dúvida, a complicação que mais se associa a danos físicos e psicológicos é o aborto. Além disso, a gravidez na adolescência associa-se a um risco suicida elevado, tanto durante a gestação quanto no pós-parto, paralelamente a uma maior incidência de depressão e uma percepção negativa da rede social de apoio, apesar de haver poucos estudos epidemiológicos que forneçam dados sobre ansiedade, depressão e ideação suicida em adolescentes grávidas. Os filhos de mães adolescentes têm maior probabilidade de apresentar baixo peso ao nascer e, conseqüentemente, maior probabilidade de morte do que os filhos de mães com 20 anos ou mais. A taxa de prematuridade também é mais alta nesse grupo, aumentando o risco de mortalidade perinatal (BENINCASA; REZENDE; CONIARIC, 2008).

Um estudo realizado por Monteiro e Adesse (2006) baseado em internações associadas ao aborto em serviços públicos de saúde, calcula que houve 2,07 abortos para cada 100 mulheres entre 15 e 49 anos em 2005. Estudo mais recente realizado por Diniz e Medeiros (2010), no Brasil urbano, 15% das mulheres entrevistadas relataram ter realizado aborto alguma vez na vida. Os resultados não se referem a números e proporções de abortos, mas sim a mulheres que fizeram aborto. Essas unidades de mensuração não são as mesmas, porque uma mulher pode abortar mais de uma vez ao longo da vida. Esse número seria maior se as áreas rurais e a população analfabeta fossem também contabilizadas. Além disso, Os autores constataram que o aborto é mais frequente entre mulheres de escolaridade muito baixa. A proporção de mulheres que fizeram aborto alcança 23% entre aquelas com até o quarto ano do ensino fundamental, ao passo que entre mulheres com o ensino médio concluído é de 12%.

Quando se enfocam as repercussões sociais de uma gravidez na adolescência a assimetria de gênero também é um aspecto que se expressa de modo ainda mais contundente, pois seu impacto é mais evidente nas carreiras escolares das moças (AQUINO *et al.*, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde, o adolescente tem direito a assistência em anticoncepção, a qual pressupõe oferta de todas as alternativas de métodos contraceptivos, assim como o acompanhamento clínico-ginecológico da adolescente referente ao método elegido (BRASIL, 2002).

Considerando, pois, todo o contexto que envolve a gravidez na adolescência, observa-se a predominância da escassez de informação e conscientização. Há pouco acesso a informações que favoreçam ao adolescente sua mudança de atitude em relação a uma prática contraceptiva de uso eficiente e preventiva. A escola, os serviços de saúde e a família precisam ser parceiros nas ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva de seus adolescentes.

3 OBJETIVO

3.1 Geral

Conhecer o conhecimento e práticas de adolescentes escolares relacionados à DST/AIDS e gravidez.

3.2 Específicos

- a) Identificar o conhecimento e práticas de adolescentes escolares relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez;
- b) Investigar a percepção dos adolescentes sobre o papel das escolas na educação sexual;
- c) Descrever perfil sócio demográfico dos adolescentes escolares;
- d) Compreender o significado da sexualidade na compreensão dos adolescentes escolares.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Estudo descritivo desenvolvido por meio da abordagem qualitativa, com propósito de obter informações de natureza subjetiva que não podem ser quantificados. Segundo Minayo (2010) a pesquisa qualitativa busca a compreensão do significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais. Este estudo faz parte do Projeto “Sexualidade na adolescência: conhecimento e práticas de escolares relacionados às DSTS/AIDS e gravidez”.

4.2 Local de pesquisa

O estudo foi realizado nas dependências do Colégio Universitário (COLUN) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), localizado na Cidade Universitária Dom Delgado, no município de São Luís – MA.

O COLUN foi criado através da Resolução nº 42, em 20 de maio de 1968 pelo Conselho Diretor da Fundação Universidade do Maranhão. Este funciona como uma Instituição de Ensino Básico (fundamental e médio), que também oferece cursos técnicos em Administração, Enfermagem e Meio Ambiente. Sua clientela é formada em sua grande maioria por moradores dos bairros adjacentes.

4.3 População e amostra

A população desse estudo consistiu em adolescentes escolares, alunos do ensino médio de uma escola pública em São Luís, MA. Esta escola tem em média, 400 alunos anualmente no ensino médio divididos nos turnos matutino e vespertino. A coleta de dados para este estudo foi realizada com uma amostra aleatória de 22 adolescentes estudantes, considerando os critérios de inclusão, exclusão e o critério de saturação.

Segundo Minayo (2010), na pesquisa qualitativa a amostra é aleatória, mas o ideal é aquela que abrange o conjunto das várias dimensões, sendo a

definição do número de entrevistas relevante para a interpretação dos dados, considerando as convergências e divergências sobre o que está sendo abordado.

Como critério de inclusão utilizou-se apenas o recorte etário, conforme a definição da Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1995) que caracteriza para a adolescência, indivíduos na faixa etária entre 10 e 19 anos. Os critérios de exclusão estabelecidos para a coleta de dados foram a não permissão para gravação da entrevista e o não comparecimento às aulas no período da coleta de dados. Além disso, a amostra foi definida de acordo com o critério de saturação, segundo o qual as entrevistas podem ser suspensas quando os discursos apresentarem repetição das informações, devido ao fato de não existirem novos elementos para a análise. De acordo com Silverman (2009) esta condição é critério de suficiência de amostra na pesquisa qualitativa.

4.4 Técnicas e instrumentos

Para a identificação dos participantes foi utilizado um formulário composto por questões relacionadas ao sexo, idade, religião, liderança familiar e renda familiar mensal (APÊNDICE A). Para a abordagem qualitativa foi utilizado um roteiro de entrevista com perguntas norteadoras voltadas aos conhecimentos relacionados às DSTs/AIDS e gravidez, bem como às práticas de prevenção. Para garantir a fidedignidade dos relatos as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

4.5 Coleta de dados

Para a participação dos adolescentes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pais, foi articulado junto a Direção do Colégio um encontro com os pais ou responsáveis com a finalidade de esclarecer o objetivo do estudo e solicitar autorização para a participação do estudante menor. Somente após as assinaturas dos pais, os adolescentes foram convidados a participar de entrevista individual. Em seguida, foram orientados sobre os objetivos do estudo e convidados a assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICES B e C).

As entrevistas individuais foram gravadas, para garantir a fidedignidade e aconteceram durante os intervalos das aulas, em sala reservada no próprio colégio.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a novembro de 2015, tendo sido realizada pela própria pesquisadora e todos os participantes permitiram a gravação da entrevista. A opção por conduzir as entrevistas individualmente justificou-se pela privacidade e necessidade de deixar os estudantes à vontade para expor seus pontos de vista, sem qualquer tipo de intimidação.

Após transcritas as entrevistas, para garantir o sigilo necessário ao estudo, todos os adolescentes foram identificados pela letra E, referente a “entrevistado”, seguido de numeração crescente conforme a ordem das entrevistas realizadas.

4.6 Análise dos dados

Para a análise deste estudo utilizou-se a Análise de Conteúdo. Segundo Bardin (2011), a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo é composta por quatro modalidades, e dentre elas utilizou-se a análise temática que segundo Bardin (2011), é a forma mais adequada à investigação em saúde. Portanto, na busca dos significados manifestos e latentes do material qualitativo a análise temática foi a opção deste estudo por ser categorizada através de uma palavra, uma frase. Pope e Mays (2009) afirmam ainda que, na análise temática o pesquisador agrupa os dados por temas e examina todos os casos do estudo, para se certificar se as manifestações de cada tema foram incluídas e comparadas.

Para realizar a análise dos dados das entrevistas, foram adotados os seguintes passos:

- a) Pré-análise: após a transcrição das entrevistas gravadas, as falas serão transformadas em texto por meio de unidades de sentido e significado. Para a apreensão das ideias centrais, a determinação das unidades de registro e a constituição dos corpos de provas, momento em que será realizada uma leitura exaustiva, flutuante e interrogativa de todo o material estudado.

- b) Fase de categorização-exploração do material: nesse momento o material será explorado, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, foram procuradas expressões ou palavras significativas, em torno das quais as falas se organizavam, para fazer a ordenação das categorias empíricas.
- c) Análise dos resultados e interpretação: a análise final sobre as categorias empíricas encontradas exige um olhar mais profundo sobre as mesmas, uma vez que serão realizadas inferências e interpretações, relacionando os núcleos de sentido com o quadro em estudo. Esta última análise permite que se faça uma interface entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta para os objetivos propostos.

4.7 Considerações éticas

Este estudo faz parte do Projeto “Sexualidade na adolescência: conhecimento e práticas de escolares relacionados às DSTs/AIDS e gravidez” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA), com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 20862313.9.0000.5086 e parecer substanciado de nº 1.104.341 (ANEXO A), e foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão (FAPEMA). Está de acordo com os preceitos da Resolução nº 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo foram 22 adolescentes, alunos do Ensino Médio em uma escola pública federal, no município de São Luís-MA. Estes adolescentes estavam na faixa etária entre 16 e 19 anos.

As Categorias emergentes foram: Sexualidade e educação sexual; Compreensão de comportamentos de risco; Conhecimento de DST/AIDS; Conhecimento e Práticas de prevenção.

A maior parte dos participantes da pesquisa, conforme exposto na Tabela 1 são do sexo feminino e a idade mais frequente foi 17 anos. Quando questionados da religião que professam, 11 se declararam católico, 08 se declararam evangélico e 03 declararam não ter religião. Na caracterização familiar dos participantes evidenciou-se maior protagonismo do pai na liderança familiar, seguido de 09 das famílias lideradas pela mãe. Quanto à renda familiar mensal, a maior parte da amostra, declarou ser de 1 a 3 salários mínimos, que hoje corresponde ao valor de R\$ 880 a R\$ 2.640.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa segundo Sexo, Idade, Religião, Liderança Familiar e Renda Familiar Mensal. São Luís, 2016

SEXO	n	QUEM LIDERA A FAMÍLIA	n
Feminino	16	Pai	10
Masculino	06	Mãe	09
		Outros	03
IDADE (ANOS)	n	RENDA FAMILIAR MENSAL	n
16	01	Menor que 01 salário mínimo	02
17	18	De 01 a 03 salários mínimos	16
18	02	Maior que 03 salários mínimos	04
19	01		
RELIGIÃO	n		
Católico	11		
Evangélico	08		
Não tem	03		

Fonte: Rebeca Aranha Arrais Santos Almeida

Neste estudo foi possível conhecer as manifestações dos adolescentes quanto ao conhecimento e atitudes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. Após a transcrição, leitura e análise de suas falas, emergiram as seguintes categorias: Sexualidade e educação sexual; Compreensão de comportamentos de risco; Conhecimento de DST/AIDS; Conhecimento e Práticas de prevenção.

5.1 Caracterização dos adolescentes

Características individuais de cada adolescente de acordo com a identificação.

E01 - Sexo masculino, 17 anos, religião evangélico, o chefe da família é o pai, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E02 - Sexo feminino, 17 anos, religião católica, o chefe da família é o pai, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E03 - Sexo feminino, 19 anos, religião católica, o chefe da família é a mãe, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E04 - Sexo feminino, 17 anos, religião católica, o chefe da família é outro que não o pai ou a mãe, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E05 - Sexo feminino, 17 anos, religião católica, o chefe da família é a mãe, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E06 - Sexo feminino, 17 anos, religião evangélica, o chefe da família é outro que não o pai ou a mãe, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E07 - Sexo feminino, 17 anos, religião evangélica, o chefe da família é o pai, a renda familiar é maior que 3 salários mínimos.

E08 - Sexo feminino, 17 anos, religião católica, o chefe da família é o pai, a renda familiar é maior que 3 salários mínimos.

E09 - Sexo feminino, 17 anos, religião católica, o chefe da família é o pai, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E10 - Sexo masculino, 18 anos, religião católica, o chefe da família é o pai, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E11 - Sexo masculino, 17 anos, religião evangélico, o chefe da família é o pai, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E12 - Sexo feminino, 17 anos, não tem religião, o chefe da família é a mãe, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E13 - Sexo masculino, 16 anos, religião católica, o chefe da família é outro que não o pai ou a mãe, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E14 - Sexo feminino, 17 anos, religião evangélica, o chefe da família é a mãe, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E15 - Sexo feminino, 18 anos, religião católica, o chefe da família é a mãe, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E16 - Sexo masculino, 17 anos, religião católica, o chefe da família é o pai, a renda familiar é maior que 3 salários mínimos.

E17 - Sexo feminino, 17 anos, não tem religião, o chefe da família é o pai, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E18 - Sexo feminino, 17 anos, religião católica, o chefe da família é a mãe, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

E19 - Sexo feminino, 17 anos, religião evangélica, o chefe da família é o pai, a renda familiar é maior que 3 salários mínimos.

E20 - Sexo masculino, 17 anos, religião evangélica, o chefe da família é a mãe, a renda familiar é menor que 1 salário mínimo.

E21 - Sexo feminino, 17 anos, religião evangélica, o chefe da família é a mãe, a renda familiar é menor que 1 salário mínimo.

E22 - Sexo feminino, 17 anos, não tem religião, o chefe da família é a mãe, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos.

5.2 Sexualidade e educação sexual de escolares

O conceito de sexualidade, quando abordado, alguns adolescentes relataram que esta pode ser expressa na forma de gênero e opção sexual, ou seja, pode ser manifestada não só através de seus comportamentos sexuais, mas também por comportamentos genéricos relacionados à sua masculinidade ou feminilidade, embora não necessariamente em contexto sexual, como é possível perceber nas falas a seguir:

Eu acho que sexualidade é o jeito como meninos e meninas se expressam, como eu posso dizer? Tanto eroticamente como comportamentalmente perto das outras pessoas (E02).

Eu acho que é um ato em que homem-mulher, mulher-mulher, homem-homem, buscam o prazer ou criar uma família. (E05).
 Acho que é a opção sexual que a pessoa tem, justamente isso que vem na minha cabeça (E20).
 Pra mim, sexualidade é tudo que vai envolver eu em relação ao sexo, a minha masculinidade, a minha escolha do que eu quero ser, isso tudo (E11)

O conceito de gênero foi introduzido primeiramente nos Estados Unidos na década de 70 no campo da antropologia, mas, com o passar dos tempos, foi se transformando. Considerando as distintas simbolizações de masculino e feminino no âmbito sexual, gênero consiste na dimensão principal da construção social e dos significados que se relacionam ao sexo e à reprodução, varia de uma cultura para outra, em diferentes tempos históricos e também ao longo da vida de um indivíduo. Portanto, gênero não é sexo, no que diz respeito às características físicas relativas à reprodução biológica, consiste numa construção cultural que depende de como a sociedade transforma um macho num homem e uma fêmea numa mulher. Este conceito envolve a dupla referência dos impulsos biológicos e da regulamentação social (TRAJMAN *et al.*, 2003; MORAES, 2013).

Segundo Taquette, Vilhena e Paula (2004a), fatores biológicos, psíquicos, sociais, entre outros, podem interferir no desenvolvimento e expressão da sexualidade. O que é ser homem e/ou ser mulher tem suscitado inúmeras interpretações em diversos campos do saber. A atitude dos homens e das mulheres está intimamente ligada às representações simbólicas de masculinidade e feminilidade que se constroem historicamente, são mutáveis e relacionais.

Outro significado atribuído ao conceito de sexualidade pelos adolescentes entrevistados relacionou ao ato sexual e aos momentos e carícias que o envolvem, assim, a palavra sexualidade remeteu alguns dos adolescentes àquilo que pode lhes oferecer prazer, conforme descrito:

Sexualidade eu entendo pelo ato de fazer relação sexual (E16).
 Eu acho que pra mim é uma coisa muito ampla, porque não vai só na parte do ato sexual assim em si, mas envolve uma coisa muito maior, eu acho que... Ai, sei lá, não consigo explicar assim, mas não é só aquela hora assim, entendeu? Vem de antes, naquele momento assim da conquista (E19).
 Na minha concepção, sexualidade é tudo que remete a um prazer, de todos os gestos, tudo que eu sinto que possa me trazer um prazer, tá relacionado a isso, não só ao sexo em si, mas tudo que engloba, que traga prazer tá relacionado a sexualidade (E22).

Segundo Freitas e Dias (2010), a sexualidade é o desejo de contato, calor, carinho ou amor. Isso inclui olhar, beijar, autoprazer e produção de orgasmo mútuo. Aspecto central do ser humano, que abrange o ato sexual, as identidades, os papéis sociais, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução, a sexualidade também é percebida através dos pensamentos, fantasias, desejos, opiniões, atitudes, valores, comportamentos, práticas e nos relacionamentos. A sexualidade é, pois, um fenômeno da existência humana, presente na vida de adolescentes, é objeto de estudo e intervenção das políticas públicas, devido ao aumento dos índices de gravidez e incidência de AIDS entre os jovens.

A sexualidade é, portanto, elemento significativo na formação da identidade da adolescente, manifestada por múltiplas identificações, tais como: a imagem corporal, a descoberta do outro como objeto de amor ou desejo e a descoberta de si e das relações com os familiares, grupos e profissionais. Embora o exercício da sexualidade seja considerado uma conduta simples e cotidiana é muito complexa e permeia aspectos cognitivos que vão desde os mais primitivos (sensoriais) até esquemas de representação mais complexos, que envolvem a linguagem corporal, facial e outros sistemas de sinais. Há, ainda, os aspectos culturais, extremamente relevantes, também imbricados na formação e no exercício da sexualidade humana (ROMERO *et al.*, 2007).

Na família, o diálogo sobre sexualidade e sexo, no geral, ainda é tabu. Os adolescentes adquirem essas informações principalmente com amigos, revistas, filmes, televisão e internet, e poucas com professores e profissionais de saúde. Os pais transferem a responsabilidade da educação sexual para a escola, e a escola para os pais (FREITAS; DIAS, 2010).

A respeito do papel da escola na educação sexual dos adolescentes, estes entendem que ela tem grande importância, mas também citam a corresponsabilidade com os pais e a importância da participação familiar, às vezes frisando a fragilidade pela dificuldade ainda vigente em alguns pais de estabelecer comunicação sobre o assunto. Deram também sugestões de como implementar a educação sexual de forma eficiente.

Eu acho que a escola deveria propor campanhas dos riscos da gravidez na adolescência, uso dos preservativos, enfim, distribuição de camisinhas, de preservativos e ajudar dando dicas de como proceder na hora que se descobrir se ta grávida ou não (E01).

Eu acho que deveria ser feito mais palestras, mais informações. Eu sei que televisão, essas coisas, dão informação mas é necessário ta sempre aquela pessoa falando, falando... (E04).

Eu acho que seja essencial (a participação da escola) porque as vezes os pais, a família, não tem coragem de falar sobre esse assunto, que é delicado (E06).

Eu acho que eles deveriam dar palestras [] pros alunos no caso, serem mais informados, porque normalmente [] quando chega no terceiro ano as meninas já começam a engravidar e eu acho que isso é falta de informação e é papel da escola, não só da família mas da escola também, eu acho que eles poderiam dar palestras, chamar as pessoas de fora pra falar pra gente (E15).

Eu acho que os dois, família e escola são responsáveis, porque a gente passa uma parte com a família, mas a gente passa muito tempo também na escola, [] a gente passa mais tempo na escola na verdade, então acho que eles talvez tenham um papel até maior (E17).

Dizem que a escola é uma segunda casa, e como os pais tem que orientar os filhos quanto a isso, acho que a escola tem um papel muito importante, [] porque as vezes mesmo em casa eles não tem muita orientação como deveria (E18).

Os pais são, pela ordem natural, os primeiros educadores, o alicerce da educação dos filhos, mas não são seres completos. Nesse contexto, a escola e o Estado devem caminhar juntos em busca de uma educação que contemple essa temática na sua transversalidade. É importante que os pais não deleguem a outros a tarefa de falar com os filhos sobre sexo, também é fundamental saber qual a forma mais adequada para abordar o assunto (FREITAS; DIAS, 2010).

Ter o pai como fonte de informação sobre sexualidade, prevenção às DSTs/AIDS e contracepção e sentir-se à vontade para conversar sobre a vida sexual com a mãe, possui associação positiva com o uso consistente de contraceptivos. Quanto aos amigos, frequentemente também são procurados, mas as conversas sobre sexualidade entre eles, geralmente, começam interessantes e acabam partindo para vulgarizações, que comprometem a validade do conteúdo e a seriedade do diálogo (MOURA *et al.*, 2011).

De acordo com Romero *et al.* (2007), atualmente, as adolescentes falam mais sobre sexo com os pais. Contudo, as conversas transitam apenas na superficialidade, não há esclarecimento sobre a necessidade de alguns cuidados antes da iniciação sexual e do conhecimento adequado dos métodos contraceptivos. Ou seja, as orientações da família, que é a principal reguladora da sexualidade, são indicadoras de proibição. As informações recebidas limitam-se à explicação de regras de condutas e estão apoiadas em valores que priorizam a manutenção do

sistema familiar. Os pais geralmente não percebem que a família deveria estar disponível para oferecer tais informações; assim, elas passam a ser obtidas por meio de revistas, programas de televisão, amigas, colegas de escola, longe dos olhos dos pais. Quanto à televisão, apesar de ser também fonte de informação, tem pouquíssimos programas educacionais sobre o tema.

A educação sexual é prioritariamente uma função da família, mas muitas vezes os pais têm dificuldades de abordar questões relacionadas ao assunto sexualidade com os filhos adolescentes, justamente por não terem muito claro o que aconteceu com eles próprios. Desta maneira, alguns deles atribuem a tarefa da orientação sexual de seus filhos à escola e esta, por sua vez, apresenta dificuldade em cumprir tal tarefa (BRÊTAS *et al.*, 2009b).

Neste sentido, o ambiente escolar é um espaço institucional privilegiado para a construção de espaços de diálogo entre adolescentes, jovens, professores, profissionais de saúde e comunidade. É, comprovadamente, um importante dispositivo para construir resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade às DSTs, assim como à gravidez não planejada. Para tanto, as ações desenvolvidas devem ir além da dimensão cognitiva, levando em conta aspectos subjetivos, questões relativas às identidades e às práticas afetivas e sexuais no contexto das relações humanas e dos direitos humanos (BRASIL, 2008b).

A escola, por seu papel fundamental na educação da criança e do adolescente, deveria ser o espaço mais propício para os profissionais desenvolverem a sistematização desse conhecimento/aprendizagem. Acredita-se, também, que a enfermagem deva utilizar esse espaço para desenvolver a educação em saúde, ampliando sua atuação nas escolas. Para tanto, é necessário buscar técnicas de abordagem adequadas, que estimulem o interesse dos escolares, em específico o dos adolescentes. Por essas razões, destaca-se a relevância da união de ações e ideias de profissionais de saúde e da escola. Contudo, as atividades de educação em saúde envolvendo adolescentes em seu ambiente escolar devem considerar o meio social, econômico e cultural no qual estão inseridos, assim como precisam ensejar reflexões críticas sobre a temática em discussão (DIAS *et al.*, 2010).

Alguns adolescentes abordados por este estudo demonstraram sua insatisfação com a forma como essa educação ocorre, citando a frequência, a linguagem utilizada e as estratégias adotadas pelas escolas, como relatado:

Geralmente a escola só apresenta expectativas, avisando, falando [] do que a sexualidade pode gerar, mas dificilmente é aplicado projetos nas escolas com essa finalidade, dificilmente o professor passa um horário conversando com você sobre o que pode ser, quais os riscos (E13).

É, eu acho que a escola é muito importante nesse momento [] a gente não deve se prender só a conteúdos, tudo bem escrito e tudo mais, porque é um momento de transformação pra qualquer pessoa e é importante que eles tenham conhecimento sobre essas coisas de relação sexual e tudo mais. É importante que isso seja falado em sala de aula, [] de uma forma meio neutra, e não falando se é errado ou certo esse tipo de comportamento, mas dar informações sobre isso (E08).

Normalmente as palestras em geral, elas não são bem específicas. Principalmente na forma que é falado, na forma que é transmitido. Porque, se tu vai dar uma palestra pra adolescentes tu tem que falar uma linguagem que todos compreendam []. Porque parece que eles tem receio de falar palavras que todo adolescente conhece (E22).

A educação sexual deve envolver vários aspectos da evolução psíquica do adolescente. É necessário, portanto, que o profissional ou a pessoa que irá abordar essa temática tenha ciência dos processos evolutivos e conflitivos que envolvem a adolescência e seja desprovido de preconceitos e julgamentos, atuando como mediador nas discussões sobre a sexualidade, construindo, em parceria com os adolescentes, alternativas e formação de opiniões coerentes com a realidade de cada um deles. É importante ressaltar que a educação sexual deve ser abordada pela escola, em conjunto com a família e a rede de saúde e educação. Todos devem ter uma mesma linguagem e preocupação com a transversalidade dessa temática (FREITAS; DIAS, 2010)

Estudo realizado por Brêta *et al.* (2009a) demonstrou ainda que, quanto as fontes de informação sobre as DSTs, o professor constitui a primeira opção entre os adolescentes, confirmando a sua importância na função natural de educador sexual no ambiente escolar. Este fato que reforça a tese de que é necessária a atualização contínua do conhecimento desses profissionais sobre sexualidade e DST, para cumprimento eficaz do seu papel. Este resultado confirma a importância da escola no compartilhamento de decisões e responsabilidades com as demais instâncias sociais envolvidas na efetivação das estratégias de redução da vulnerabilidade de adolescentes.

A inclusão da educação sexual nas escolas contribui para postergar a iniciação sexual e não há evidências de que o ensino estimule a adolescente a ter relações sexuais, como temem alguns. As DSTs constituem-se ainda em sério problema de saúde pública, principalmente na adolescência, podendo deixar sequelas, curáveis ou não, como infertilidade, gravidez ectópica, câncer genital, doença hepática crônica, entre outras. Nessa perspectiva, as compreensões de como os jovens percebem e conduzem sua vida sexual é um fator importante para o desenvolvimento de trabalhos preventivos, pois tal desconhecimento tem levado a estratégias de prevenção que, ou trazem uma linguagem metafórica, dificultando sua compreensão, ou, em outros casos, vulgarizam o assunto instigando preconceitos de ordens diversas (CUNHA; SILVA, 2013).

5.3 Compreensão de comportamentos de risco

Notou-se nesse estudo o desconhecimento de alguns adolescentes sobre o que seriam comportamentos de riscos e quais seriam eles. Houve certo estranhamento com essa expressão entre alguns, como se pode perceber nas falas a seguir:

Na verdade, eu nunca ouvi falar sobre isso (E02).
Sinceramente, em relação a isso, não tenho nenhuma opinião formada (E04).

A expressão comportamento de risco pode ser definida como participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente. Muitas dessas condutas se iniciam apenas pelo caráter exploratório do jovem, assim como pela influência do meio, entretanto, caso não sejam precocemente identificadas, podem levar à consolidação dessas atitudes com significativas consequências nos níveis individual, familiar e social. Este conceito deve ser compreendido da forma mais abrangente possível, ultrapassando os critérios biomédicos e atingindo variáveis sociais e de comportamento. Deste modo, a avaliação deve incluir características do próprio indivíduo, de sua família e da sociedade na qual está inserido, através de seus variados grupos de referência (amigos, escola, trabalho, áreas de saúde, justiça, nível socioeconômico, inserção cultural e políticas governamentais) (COUTINHO *et al.*, 2013).

Como fatores protetores, identificam-se os seguintes elementos: forte ligação com os pais, compromisso escolar, envolvimento em atividades religiosas, crença em normas e valores da sociedade. A prevenção é o caminho mais certo, mais fácil, mais econômico e eficaz. A educação, a divulgação do conhecimento, a valorização dos elementos éticos e morais, o papel da família, das escolas e instituições são pilares fundamentais desta tarefa. O tratamento é dispendioso, prolongado e multidisciplinar, e seus resultados dependem de inúmeras variáveis, desde a colaboração do paciente e seus familiares aos métodos à competência da equipe terapêutica (MALTA *et al.*, 2011).

No entanto, outros adolescentes identificaram comportamentos de risco como algo indesejável, destrutivo e os relacionaram a atos que trazem danos, inclusive no âmbito sexual, como ter grande quantidade de parceiros sexuais ou parceiros desconhecidos, ter relações sem o uso do preservativo e de outros métodos anticoncepcionais.

Eu acho que comportamento de risco seja ter algo indesejado em relação à sexualidade, como gravidez ou uma doença, não ser informado muito bem sobre essas coisas (E06).

Eu penso que seja qualquer tipo de comportamento que uma pessoa pratique que possa causar danos à vida dela, causar doenças, qualquer coisa que possa prejudicar a vida dela (E10).

Eu acho que principalmente a quantidade de parceiros sexuais que a pessoa tem e a falta de prevenção (E12).

Fazer sexo sem usar camisinha, é não se prevenir... Essas coisas, transar com qualquer um, que tu não conhece, pode pegar uma doença. Pra gravidez é não se prevenir, não usar camisinha e remédio anticoncepcional, essas coisas (E17).

Entre os comportamentos de risco, é possível citar níveis insuficientes de atividade física, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, consumo abusivo de álcool, consumo de drogas ilícitas, envolvimento em situações de violência e comportamentos sexuais de risco. Diversos problemas de saúde têm sido associados à exposição a esses comportamentos na população jovem: mortes por causas violentas e por acidentes de veículo a motor, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce (FARIAS JÚNIOR *et al.*, 2009).

É lamentável quando o comportamento de risco do adolescente vira rotina. Desse modo, o modelo familiar funciona como fator protetor, principalmente quando estão presentes o amor, o compromisso, o respeito e limites, com autoridade e afeto, nunca com autoritarismo, sendo necessários ensinamentos sobre

o uso da liberdade vinculado à responsabilidade. A comunicação entre pais e filhos sobre o início da vida sexual e sobre sexualidade auxilia na redução do comportamento de risco e aumenta os índices de uso dos métodos preventivos durante as atividades sexuais. Da mesma maneira, escolas que possuem programas de educação sexual também auxiliam nestes aspectos (ROMERO *et al.*, 2007).

Um caminho efetivo talvez seja associar o preservativo ao prazer resultante da segurança que ele proporciona. Não usá-lo significa correr riscos de engravidar sem querer e/ou sem poder e de ficar doente ou até morrer. A tranquilidade e garantia que o preservativo traz pode resultar em um ganho semelhante ao que a pílula anticoncepcional trouxe em seu surgimento. Não abandonando, porém, outras medidas de redução do risco de contaminação por DST/AIDS igualmente importantes: orientações sobre o início da vida sexual, fidelidade mútua, redução do número de parceiros e abandono de práticas sexuais de risco (TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004b).

Em estudo de Farias Júnior *et al.* (2009), entre os adolescentes que tinham vida sexualmente ativa, 38,3% referiram não utilizar preservativos regularmente nas relações sexuais, principalmente adolescentes do sexo feminino. Tal comportamento expõe esses jovens a doenças sexualmente transmissíveis e a episódios de gravidez cada vez mais precoces. Os adolescentes em geral sabem que o preservativo evita doenças e gravidez, mas mesmo assim não o usam. Existe uma enorme lacuna entre o nível de conhecimento e o uso efetivo do preservativo. A juventude aponta numerosas justificativas para não usá-lo: esquecimento, custos e desprazer na relação sexual.

Além disso, em estudo de Dias *et al.* (2010), observou-se que os adolescentes não conhecem o próprio corpo e se mostraram incapazes de reconhecer os sintomas que uma DST pode provocar e as formas de transmissão da AIDS. Eles associam o fato de que uma pessoa com aparência saudável não pode estar infectada, o que eleva as chances de contraírem DST.

Uma das adolescentes entrevistadas atribuiu os comportamentos de risco frequentemente adotados por adolescentes em sua vida sexual ao que se chama de “pensamento mágico”, no qual o indivíduo dessa faixa etária se percebe inatingível.

Porque ‘ah, não vai acontecer comigo’, as pessoas pensam que nunca vai acontecer com elas de pegar uma DST ou até uma gravidez, então as pessoas elas meio que não se importam, não levam a sério (E15).

Nós adolescente somos as vezes muito irresponsáveis, a gente acha que nunca vai acontecer com a gente, só com as outras pessoas (E20).

São várias as razões destes comportamentos sexuais desprotegidos entre adolescentes. Uma delas é a desinformação, na medida em que os adolescentes parecem desconhecer o seu período fértil ou o uso de anticoncepcionais do modo correto; ou simplesmente não acreditam na existência do risco de gravidez e doenças desde a primeira relação sexual, considerando-se indestrutíveis e inatingíveis em seu pensamento mágico (ROMERO *et al.*, 2007).

Outro aspecto frisado pelos entrevistados foi o compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis e ainda o compartilhamento de itens de uso pessoal como escovas de dentes e objetos perfuro-cortantes como alicates de unha também foram citados, além de transfusões de sangue inadequadas.

Também da questão de utilizar as seringas, não descartar logo, usar repetidas vezes, e transfusão de sangue com formas erradas (E20). Não fazer as restrições com as pessoas que [] são portadoras de DST, tipo não usar a mesma escova de pessoa que tenha alguma DST, escova ou alguma coisa que ela usou, tipo alicate de unha, esse tipo de coisa (E11).

O uso de drogas, principalmente injetáveis, envolve a utilização de materiais perfurocortantes (agulhas, lâminas, alicates de unha), usados comumente de maneira incorreta por parte dos usuários que, muitas vezes, compartilham materiais contaminados entre si (MACHADO *et al.*, 2010).

Dentro desse contexto encontra-se um grupo particularmente exposto à AIDS: os usuários de drogas injetáveis. Há uma preocupação crescente com este grupo em relação à infecção pelo HIV, uma vez que estes indivíduos frequentemente se apresentam expostos a várias situações de risco, habitualmente de forma simultânea. Um exemplo desta condição é a grande intensidade dos sintomas de abstinência dessas substâncias, tornando o usuário um elemento barato e disponível para favores sexuais em troca da manutenção de seu uso de drogas, o que faz dessas circunstâncias focos de grande intensidade para a disseminação da infecção, por associarem sexo sem proteção ao uso compartilhado de drogas. É razoavelmente comum nessa população o uso de seringas potencialmente contaminadas, levando não somente à infecção pelo HIV como também a infecções de vários tipos (GRANGEIRO *et al.*, 2012).

5.4 Conhecimento de DST/AIDS

Quando questionados a respeito do que sabiam a respeito de DST e AIDS, alguns adolescentes entrevistados citaram os próprios conceitos das siglas, formas de transmissão e até mesmo mecanismos de ação do vírus HIV. Além disso, citaram o fato de que apesar de a AIDS oferecer muitos riscos, hoje é uma doença tratável, ressaltando a importância do diagnóstico precoce.

DST como o próprio nome diz são Doenças Sexualmente Transmissíveis []. São doenças adquiridas a partir do ato sexual. E a AIDS seria a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida que no caso, o vírus, ele vai se instalar principalmente nas células de defesa do nosso organismo e quando outro agente invade o nosso corpo, como por exemplo uma gripe, ela pode acabar com a pessoa por causa que ela não vai ter as defesas suficientes pra combater a gripe, por exemplo (E01).

A AIDS, pra mim, é só uma consequência né? [] Ah, é uma doença normal que hoje em dia é tratável, mas que oferece muito risco, muito risco mesmo (E11).

É uma doença sexualmente transmissível que também dá pra pegar com transfusão de sangue, por meio de relação sexual (E14).

DST é doença sexualmente transmissível, [] são as doenças que você adquire no momento que você tá fazendo a relação sexual de alguma maneira. A AIDS é uma das piores e uma das que menos manifesta no começo e só depois que você vai perceber se você não fizer exames sanguíneos com um certo período e já vai ser tarde demais, ela pode já estar num estado bem avançado e os efeitos bastantes sérios (E16).

Doenças sexualmente 'transmitivas', são transmitidas sem o uso de preservativos (E21).

As DSTs são transmitidas, principalmente, por contato sexual sem o uso de preservativo com uma pessoa que está infectada, e geralmente, se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas, embora algumas DSTs possam não apresentar sintomas. Essas doenças, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves, como infertilidades, câncer e até a morte. Usar preservativos em todas as relações sexuais (oral, anal e vaginal) é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão das DSTs, em especial do vírus da AIDS, o HIV. Outra forma de infecção pode ocorrer pela transfusão de sangue contaminado ou pelo compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente no uso de drogas injetáveis. A AIDS e a sífilis também podem ser transmitidas da mãe infectada, sem tratamento, para o bebê durante a gravidez, o parto. E, no caso da AIDS, também na amamentação. O tratamento das DSTs

melhora a qualidade de vida do paciente e interrompe a cadeia de transmissão dessas doenças (BRASIL, 2016).

HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana, um retrovírus classificado na subfamília dos *Lentiviridae*. Algumas de suas propriedades são: período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune. O HIV ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. E é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo, e, depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção (BRASIL, 2012).

Ter o HIV não é a mesma coisa que ter a AIDS. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas, podem transmitir o vírus a outros pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação. A AIDS é o estágio mais avançado da doença, que ataca o sistema imunológico, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, como também é chamada, é causada pelo HIV. Como esse vírus ataca as células de defesa do nosso corpo, o organismo fica mais vulnerável a diversas doenças, de um simples resfriado a infecções mais graves como tuberculose ou câncer. O próprio tratamento dessas doenças fica prejudicado (PORTAL DA SAÚDE, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, há alguns anos, receber o diagnóstico de AIDS era uma sentença de morte. Mas, hoje em dia, é possível ser soropositivo e viver com qualidade de vida. Basta tomar os medicamentos indicados e seguir corretamente as recomendações médicas. Saber precocemente da doença é fundamental para aumentar ainda mais a sobrevida da pessoa e, em relação à taxa de mortalidade, o Boletim Epidemiológico sinaliza queda: em 2002, que era de 6,3 por 100 mil habitantes, e passou para 5,6 em 2011 – queda de aproximadamente 12% (BRASIL, 2012).

As vias de contágio das DSTs mais citadas em estudo de Brêtas *et al.* (2009a) foram as sexuais, sexo vaginal, anal e oral respectivamente, possivelmente por serem estes os meios mais comuns de contágio das doenças, e também os mais difundidos pelos meios de comunicação e em campanhas voltadas para a prevenção. A realidade, porém, mostra que grandes proporções de adolescentes se

engajam em contatos sexuais, como sexo oral e anal, sem reconhecê-los como fonte de contágio de DSTs. O contágio das DSTs por uso do banheiro, pela saliva, roupas, de mãe para filho e via sanguínea também foram apontados no estudo.

Por sua vez, Oliveira *et al.* (2013), concluíram que a DST mais conhecida pelos jovens é a AIDS, referida muitas vezes como HIV, demonstrando uma insuficiente caracterização de doença e agente causador; 20,3% apontaram a gonorreia; e 14% a sífilis. Além disso, 0,8% dos adolescentes citaram a candidíase e até mesmo a “sarna” (escabiose) como DST. Entretanto, enfatiza-se que 21,9% dos participantes não manifestaram conhecimento algum sobre as DSTs, desconhecimento esse preocupante, visto que estudos revelam a fase da adolescência como um período que apresenta a maior incidência de DST.

Benvegnú *et al.* (2001) observaram estudantes do ensino médio da rede pública na cidade de Santa Maria, RS, e se depararam com os seguintes resultados: 99% responderam ser possível evitar a transmissão do vírus HIV com o uso de preservativos durante as relações sexuais; 97% com o uso de seringas descartáveis; 94% em transfusões de sangue testado para o vírus; 89% evitando o compartilhamento de seringas no uso de drogas injetáveis; 86% tomando remédios; 8% diminuindo o número de parceiros sexuais e 68% fazendo teste anti-HIV. Sobre as formas de aquisição da AIDS, 98% referiram relação sexual; 84% de mãe para filho durante a gravidez; 8% relação homossexual; 50% uso de lâminas de barbear; 47% relação sexual sem preservativo e 18% beijos e abraços. Responderam, ainda, não ser possível adquirir a doença através de aperto de mão (98%); talheres (88%); sanitários (80%) e uso de lâminas de barbear (22%).

As duas principais fontes de informação dos estudantes sobre AIDS são a escola e a televisão (44,8% e 41,5%, respectivamente) e em segundo lugar os folhetos e a família (respectivamente, 36,6% e 34,1%), de acordo com estudos de Camargo e Botelho (2007). Esses dados mostram, mais uma vez, a relevância da família diante de um assunto que envolve a sexualidade.

Notou-se, através deste estudo, que embora não sejam totalmente desconhecidas, também há fragilidade do conhecimento de alguns adolescentes a respeito das DSTs, AIDS e de suas formas de contágio, além de algumas informações equivocadas.

São doenças que a gente pega a partir da relação sexual sem prevenção e a AIDS é um vírus, né? Que mata e que também se

pega a partir da não prevenção do sexo...Eu não conheço muito sobre a AIDS mas, eu conheço o básico (E02).

AIDS é a doença né? Que é transmitida pela relação sexual e as doenças 'transmitivas' não tenho muito conhecimento assim não (E03).

São doenças que são adquiridas através da relação sexual. A AIDS até onde eu sei é uma doença que acaba prejudicando o tipo sanguíneo da pessoa por conta de alguma coisa que aconteceu durante a relação sexual (E07).

O conhecimento sobre a AIDS é um fator importante para a prevenção desta doença. A maioria dos respondentes mostrou conhecimento acerca dos principais modos de transmissão do HIV, pelas vias sexual e sanguínea. Porém, embora os modos de transmissão do HIV sejam enfatizados pelas campanhas da mídia, ainda há adolescentes escolares que apresentam desconhecimento sobre as formas de transmissão. Segundo Camargo e Botelho (2007), os estudantes que apresentam problemas de conhecimento sobre a transmissão do HIV são menos favoráveis a utilização do preservativo.

O nível de conhecimento varia conforme o nível socioeconômico, e, estas falhas de conhecimento, poderiam contribuir para gerar nos adolescentes crenças de que os fizessem pensar que a AIDS não os atingiria. Assim, é fundamental ressaltar a importância da prevenção nas relações sexuais e compartilhamento de objetos perfurocortantes para combater a infecção por DST e pelo HIV. Infelizmente ainda não existem cura, nem tratamento que inative o HIV por completo do organismo da pessoa. O que se pode fazer é usar a terapia antirretroviral para que se consiga manter a imunidade mais alta, tentando evitar as doenças oportunistas (CUNHA; SILVA, 2013).

Deve-se considerar, ainda, que afirmar "conhecer uma doença" pode significar simplesmente ter ouvido falar dela e, muitas vezes, vagamente. As escolas, campanhas, serviços de saúde, enfim, todas as entidades ou pessoas envolvidas na orientação do adolescente, incluindo-se a sexual, devem preocupar-se não só em transmitir o conhecimento, mas em fazer reforços periódicos dos ensinamentos, pois muitas vezes os adolescentes não estão com sua atenção voltada para a questão da prevenção (ROMERO *et al.*, 2007).

5.5 Conhecimento e práticas de prevenção adotados pelos adolescentes

O método de prevenção da gravidez e das DSTs mais conhecido e citado espontaneamente pela grande maioria dos adolescentes foi o preservativo e, especificamente para a gravidez, os contraceptivos orais. Além destes, para prevenção da gravidez foram citados a vasectomia, o diafragma, anticoncepcionais injetáveis, a pílula do dia seguinte, o DIU e a tabelinha. Ainda foram citados, para DST, o não compartilhamento de seringas, além dos cuidados em transfusões sanguíneas.

Tem várias formas de prevenir, como o uso de preservativos, [] uso de anticoncepcionais no caso da gravidez, no caso das DSTs também seria uso de preservativos e [], orientação dos pais, orientação da família principalmente, e ter a cabeça no lugar (E01).

A gravidez a gente tem várias formas de prevenir né? Tem vários anticoncepcionais e métodos contraceptivos, mas as DSTs principalmente usando camisinha porque precisa ter uma espécie de barreira entre os órgãos genitais (E08).

A camisinha, os métodos contraceptivos como a pílula do dia seguinte, o DIU, e os outros métodos mais invasivos né? (E11).

Conheço a tabelinha [] Esse negócio dessa tabelinha, principalmente com as meninas adolescentes, que ainda tá naquele começo aí a menstruação ainda é um pouco desregulada e tal, aí não dá certo, mas todo mundo indica mesmo a camisinha, e é só sobre isso que a gente ouve, eu acho também que devia [] De falarem mais sobre os outros, porque os outros também são importantes, até porque se não fosse não teriam eles (E19).

Não utilizar seringa que outra pessoa utilizou, descartar logo ela e ter cuidado na hora da transfusão de sangue, essas coisas assim (E20).

O preservativo masculino é o método de prevenção de gravidez e DST mais conhecido e mais usado entre os adolescentes e os principais motivos alegados para a sua não utilização de modo consistente são: não gostar de usá-los, confiar no parceiro e a imprevisibilidade das relações sexuais. Com o namoro, aumenta a confiança no parceiro, fazendo com que as práticas sexuais desprotegidas se tornem frequentes em decorrência do envolvimento afetivo e da intimidade do casal. O significativo aumento do conhecimento do preservativo poderia ser, em parte, justificado pelas campanhas de combate e prevenção às DSTs/AIDS, muito veiculadas nos últimos anos em todos os meios de comunicação (MARTINS *et al.*, 2006).

Estudo de Brêtas *et al.* (2009a), no entanto, aponta que uma grande porcentagem dos adolescentes não conhecia nenhuma forma de contágio das

DSTs, mostrando que, apesar da difusão pelos veículos sociais de informação, esta não tem alcançado a população de forma efetiva. As porcentagens de adolescentes que desconheciam os sinais e sintomas das DSTs foram ainda maiores em relação ao desconhecimento das formas de contágio.

A utilização de métodos preventivos e contraceptivos não tem, segundo Dias *et al.* (2010) necessariamente, uma relação direta com o conhecimento dos adolescentes, aconselhando-se também a análise dos fatores que influenciam o comportamento sexual desses indivíduos, porquanto seus pensamentos e atitudes são determinados pelas percepções, valores, crenças, sentimentos e conhecimentos que apresentam, os quais condicionam o uso do preservativo de modo correto e regular.

No que concerne aos métodos hormonais, em estudo de Guimarães, Vieira e Palmeira (2003), foi verificado que a pílula é o método que apresentou a maior concentração de informações, sendo um dos mais popularmente conhecidos, talvez pelo desconhecimento dos outros métodos anticoncepcionais existentes. Relativo ao dispositivo intrauterino (DIU) e à esterilização, foi evidenciado alto percentual para nenhuma informação em ambos os sexos. Em relação ao conhecimento da família sobre o uso de métodos anticoncepcionais pelos adolescentes, este mesmo estudo encontrou que 61,7% dos adolescentes afirmaram que a família não têm conhecimento, assim, apenas 11,4% do sexo feminino e 26,6% do masculino referiram que seus pais tinham conhecimento sobre o uso de anticoncepcionais. O percentual de adolescentes do sexo masculino é significativamente maior que o feminino, provavelmente, pelo fato de a sociedade ainda aceitar mais a vida sexual ativa dos homens.

Em estudo investigativo de Oliveira *et al.* (2013), que avaliou o conhecimento de adolescentes sobre a contaminação/transmissão das DSTs, a AIDS foi a mais reconhecida pelos jovens e o ato sexual sem preservativo a forma de transmissão mais conhecida, seguida de uso de aparelhos perfurocortantes como tesoura, barbeador e seringa compartilhada, e ainda outros entendimentos equivocados como beijo em pessoas com feridas na boca e uso comum de objetos contaminados, como colheres e toalhas. Respostas essas que nos apontam um conhecimento errôneo e superficial dos jovens, pois as formas reais de transmissão não foram devidamente identificadas, mesmo sendo essa a patologia mais

reconhecida e também por ser frequentemente alvo de campanhas publicitárias do governo.

Estudo de Romero *et al.* (2007) evidenciou que 34% das jovens da zona rural e 33% da urbana conhecem métodos preventivos para DST e, respectivamente, 44% e 45% para gestação. Assim, grande número de adolescentes continua tendo problemas com a sua saúde reprodutiva. Esses dados demonstram que os adolescentes necessitam de mais informações sobre métodos anticoncepcionais, sendo importante que não só conheçam suas opções, como características de cada método, mas que possam também refletir sobre as questões biopsicossociais ligadas diretamente ao tema. A falta de informações sobre métodos anticoncepcionais é particularmente importante, pois o número de gravidez na adolescência tem se elevado, trazendo muitas complicações que recairão não somente sobre os adolescentes, especialmente a mulher, bem como para a criança, a família e toda a sociedade.

Neste estudo, quando se investigou sobre a gravidez na adolescência, os discursos foram indicativos de que não é algo desejável, pelo contrário, é percebida como difícil, porque causa interrupção nos estudos e nas atividades características da adolescência para o início de uma nova vida e família. Essa gravidez foi atribuída à não prevenção, e a não prevenção à vergonha em comprar os métodos anticoncepcionais e ao fato de que os adolescentes comumente seguem os impulsos antes de pensarem em seus atos. Ressaltaram ainda a importância do apoio familiar como algo decisivo e fundamental para o andamento da vida da mãe adolescente. Além disso, o aborto foi citado como um dos caminhos por vezes percorrido.

Muitas vezes, por exemplo, as pessoas tem relações sexuais e elas não pretendem ter filhos mas elas não se previnem, então consequentemente elas vão ter um filho ou podem pegar uma doença sexualmente transmissível, então acho que isso é muito importante até pra evitar um aborto futuramente. [] Por ter vergonha de comprar a camisinha, os anticoncepcionais, eu conheço muita gente que tem vergonha de ir na farmácia, ou em qualquer posto de venda pra poder comprar (E18).

A gravidez é muito difícil, na adolescência é uma coisa muito difícil, mas depende também muito de família pra família [] Porque tem casos da minha antiga escola, que a mãe apoia, a menina continua estudando, tem meninas que já tão na faculdade já, que ficaram grávidas na adolescência. [] Porque quando a pessoa é adolescente ela tem muito daquilo de fazer as coisas no calor da emoção e tal, aí não pensa mesmo, na hora, pensa depois! (E19).

Eu acho que atrapalha até porque a adolescente ela tá pra estudar, fazer outras coisas [] Porque vai criar uma vida, uma família, acho que fica difícil (E21).

Pra mim uma gravidez indesejada afeta um adolescente só se ele não tiver... Lógico que sempre afeta, mas afeta mais ainda se ele não tiver total apoio da família. Uma gravidez na adolescência, pra mim, na maioria das vezes é indesejada porque nenhum adolescente quer engravidar mas isso não é uma barreira que vai impedir dele prosseguir a vida dele, pode muito bem ter o filho dele e continuar. Eu tenho exemplo disso em casa (E22).

Embora a vida sexual se inicie cada vez mais precocemente, e os adolescentes recebam muitas informações sobre sexo, nem sempre são informações consistentes, daí por que não assimilam sobre o desenvolvimento e a saúde sexual, de forma que não sabem tanto quanto aparentam saber. O “saber” muitas vezes provém de amigos que também não tiveram acesso à educação em sexualidade, sendo assim conceitos equivocados, carregados de tabus. Além disso, eles têm pouco acesso à orientação e a serviços de planejamento familiar, tornando a desinformação um círculo vicioso, difícil de romper.

É importante ressaltar a situação de pais de adolescentes que não sabem como lidar com a sexualidade emergente de seus filhos. Para exacerbar a gravidade da situação, escolas e serviços de saúde, instituições que deveriam ser o apoio da família e complementar a educação sexual e o autocuidado mostram-se limitados na qualificação de seus profissionais no ofício de lidar com as questões de sexualidade na adolescência e ter diálogo com os adolescentes (MOURA *et al.*, 2011).

Em estudo de Belo e Silva (2004), a principal razão alegada pelas jovens para ocorrência de gravidez indesejada foi o não uso de métodos anticoncepcionais. Entre os motivos citados para essa atitude estão a falta de conhecimento sobre os métodos, a objeção de seu uso pelo parceiro, “o pensar que não engravidaria” (pensamento característico do período adolescente), ou por “não esperar ter relações naquele momento”.

O temor de uma gravidez precoce esteve presente em todos os grupos de adolescentes participantes de um estudo de Benincasa, Rezende e Coniaric (2008). A gravidez precoce foi vista como positiva, embora temida, apenas entre os adolescentes residentes em Santa Catarina, onde a oportunidade de virar adulta mudar-se da casa dos pais e ter independência foram vistas como consequências positivas entre esses adolescentes. Os adolescentes pesquisados demonstraram certa preocupação com a mudança da rotina: ter de lidar com a família, parar de

estudar etc. A gravidez pode significar uma reformulação dos planos de vida da adolescente e a necessidade de assumir o papel de mãe para o qual ainda não está preparada. Para os pais precoces, essa experiência é marcada por vários sentimentos, como surpresa, decepção, raiva, indiferença. Neste mesmo estudo, os adolescentes consideraram que o aborto pode ser uma prática acessível. Relataram que se sentiam incapazes de ser mãe ou pai nessa idade e que, por esse motivo, poderiam recorrer ao aborto. As adolescentes do gênero feminino ficaram mais receosas em dar essa opinião. A adolescente grávida demonstra medo do estigma social.

A adequada educação em saúde poderia repercutir favoravelmente nos índices de morbidade e mortalidade materna, relacionados à prática do aborto nessa faixa etária. No Brasil, o aborto induzido ou provocado é um ato ilegal, mesmo assim é um problema de saúde pública, pela frequência com que ocorre. E, ainda, representa, no país, a terceira causa de morte materna, por causa de complicações. Além de ocasionar a morte da mãe, o aborto também pode provocar esterilidade, hemorragias, infecções e problemas de ordem social, como a rejeição pela família, pelo pai do embrião e /sociedade de forma geral. Uma vez ocorrido o aborto, medidas preventivas devem ser tomadas, a fim de evitar a repetição da prática abortiva e postergar uma próxima gravidez (SOUZA *et al.*, 2001; NUNES; MADEIRO; DINIZ, 2013).

Quanto às formas de prevenção adotadas para evitar DST e a gravidez na adolescência, no estudo que realizou-se, os entrevistados que declararam ter vida sexual ativa, apontaram o uso do preservativo em todas as relações sexuais, como sendo a primeira escolha de prevenção, o que demonstra um bom nível de conhecimento preventivo por parte dos adolescentes. Porém, além deste método, foram citados somente os anticoncepcionais orais, a pílula do dia seguinte e a importância de conhecer o parceiro, o que nos remete à limitação do conhecimento desses jovens a respeito da anticoncepção.

É, eu procuro me prevenir também. É, tem a pílula do dia seguinte e tem aquele que toma todo mês né? Eu só conheço esses dois (E05).
É, usar camisinha né? Usar anticoncepcional, é, é isso (E15).
Eu ando sempre com camisinha e busco saber também sobre a parceria (E16).

O uso do preservativo é uma forma de prevenção eficaz tanto para as DSTs quanto para a gravidez não planejada. O preservativo masculino é o método

mais conhecido contra DST e gravidez entre os jovens, mas, apesar do aumento da frequência do uso de preservativo entre os jovens, o uso consistente ainda é infrequente, principalmente nas relações eventuais e não programadas, denotando aí um comportamento de risco. Apenas um terço dos adolescentes ou menos usa preservativo sempre, sendo que a maior preocupação é com uma gravidez não planejada (CUNHA; SILVA, 2013).

Em estudo de Oliveira *et al.* (2013), realizado com estudantes de escolas públicas sobre sexualidade, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis, 36,2% afirmam usar o preservativo, principalmente o masculino, já que a maioria das mulheres não conhecia ou não tinha acesso ao preservativo feminino; 3,7% usavam a pílula anticoncepcional oral; 1,3% recorriam ao método da tabelinha e 1,3% utilizavam a pílula de emergência como método de rotina. Enquanto que em sua maioria (57,5%), os jovens afirmaram não usar nenhum método contraceptivo, apontando como motivo, em menor parcela, o fato de ainda não ter iniciado a prática sexual; acesso dificultado pela ausência de orientação sexual em casa; ou mesmo, pela desvalorização de seu uso.

É importante ressaltar que foi percebido, um uso mais frequente da pílula hormonal oral em mulheres com idade superior a 19 anos, acredita-se que seja pelo fato de haver melhor aceitação da prática sexual na família e maior estabilidade nos relacionamentos pessoais. Ademais, somente 1,3% dos estudantes utilizavam, em combinação, o preservativo masculino, a tabelinha e/ou a anticoncepção oral, evidenciando, assim, uma preocupação ainda incipiente, por parte de alguns jovens da pesquisa, não só com a concepção precoce mas também com as DSTs.

Para Paiva, Peres e Blessa (2002), o uso do preservativo está frequentemente associado à “seleção de parceiros”, sendo este imprescindível apenas no início da relação, podendo ser eliminado assim que aumentar a intimidade entre o casal, ou seja, envolver-se afetivamente é um indicativo para deixar de usar. Os adolescentes afirmam que a contaminação é difícil por conhecerem seus parceiros e confiarem neles, pois estes não fazem uso de drogas injetáveis e não mantêm relações sexuais sem prévia seleção de parceiros. Quando o parceiro ainda é desconhecido, tendem a lembrar-se de usar mais o preservativo. Mesmo conhecendo os benefícios do uso de métodos contraceptivos, deixam de usá-lo, expondo-se ao risco de uma DST ou gravidez precoce.

Certificar-se de que o parceiro não possua nenhuma doença revela o fato de pensar que conhecer o parceiro elimina todos os riscos de adquirir uma DST/AIDS, o que coloca em risco o adolescente, pois as DSTs têm um período de latência para o aparecimento de sintomas, além de formas subclínicas, não perceptíveis ao contato sexual. A adoção da prática de lavar os órgãos genitais, após a relação sexual como medida preventiva, revela a imaturidade do pensamento adolescente e seu comportamento de onipotência, pois acredita que nunca contrairá nenhum tipo de DST, expressando mais uma vez o senso de invulnerabilidade próprio da adolescência. Este sentimento de onipotência, o faz sentir-se imune aos perigos, desafiar regras, crer que esteja isento das consequências dos perigos a que se expõem. Ainda como forma de prevenção, grande porcentagem de adolescentes apontou que consultar o médico regularmente pode prevenir as DSTs (BRÊTAS *et al.*, 2009b).

Notou-se nesta pesquisa grande número de adolescentes que declaram ainda não ter vida sexual ativa, dentre estes, alguns afirmam não ter intenção de iniciar no momento, mas demonstraram disposição de conhecer melhor o parceiro quando for o momento, usar preservativo, anticoncepcional e ressaltaram a importância do conhecimento a respeito das DSTs e suas formas de contágio, por existirem outras vias, citando, por exemplo, o compartilhamento de seringas.

Então, eu ainda não tenho relações, vida sexual ativa, mas eu pretendo quando eu tiver tomar cuidado com o meu parceiro, conhecer melhor, usar prevenção também (E02).

Não sei, eu não penso assim, não penso em fazer... tem gente né? Que fala 'ah, besteira', mas eu não penso. De vez em quando a gente conversa sobre isso, mas eu não penso, nesse momento, não (E03).

Eu sinceramente não preciso de muita coisa porque sou virgem [], mas é importante ter certos cuidados com algumas doenças, como por exemplo a AIDS, a gente não pega só através de relação sexual né? Tem outras formas [] O uso de seringas, essas coisas. Então a gente tem que ter esses cuidados, ter conhecimento sobre essas doenças pra saber o que realmente pode pegar só através do sexo e o que não pode (E08).

No caso, eu sou virgem, mas eu acho que o que deve ser feito é se prevenir, usar camisinha pra todos os casos e tomar remédio anticoncepcional (E17).

Em estudo de Benincasa, Rezende e Coniaric (2008), os fatores de proteção eleitos pelos grupos pesquisados foram: evitar o sexo, seleção de parceiros, alguém confiável para conversar sobre o assunto e usar preservativo.

Quanto a evitar o sexo, os adolescentes apresentaram como alternativa a escolha por relacionamentos estáveis em detrimento de relacionamentos ocasionais. A prevenção da infecção pelo HIV e de outras DSTs, quando baseada no desenvolvimento de estratégias de redução de parceiros e no incentivo a relacionamentos estáveis, tem se mostrado eficaz para os adolescentes.

A iniciação sexual precoce dos adolescentes pode refletir maior vulnerabilidade, pois quanto mais cedo ocorre, menos condições o adolescente possui de se proteger e buscar orientações adequadas, ficando mais exposto ao risco de contrair DST/AIDS e de viver gravidez não planejada. Esta iniciação mais precoce torna-se assim um problema de saúde pública, por estar acompanhada do uso inconstante de preservativo, principalmente na primeira relação sexual, de forma que protelar o início da atividade sexual pode, sim, ser considerado um fator protetor (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

6 CONCLUSÃO

O estudo mostrou que os jovens têm facilidade de acesso à informação e ao conhecimento, por meio da internet, livros, revistas; porém, continua sendo indispensável o diálogo e a discussão para melhor esclarecê-los e ajudá-los na compreensão da sexualidade. Os resultados mostraram também que a sexualidade é entendida de maneira diferenciada, entretanto foi frequente a compreensão de sexualidade como comportamento sexual e forma de sentir prazer.

O conhecimento sobre a prevenção de DSTs e gravidez foi principalmente relacionado ao uso de preservativos, anticoncepcionais orais e adiamento do início da atividade sexual. Em relação à AIDS mostraram algum desconhecimento quanto às formas de transmissão. O comportamento de risco foi associado ao número de parceiros e a outros comportamentos que possam causar riscos à saúde.

Os adolescentes reconhecem que a participação da escola é importante, enfatizando que as palestras são fundamentais para as orientações. Esta, assim como a família, pode contribuir significativamente para a proteção contra DSTs e gravidez indesejada. Porém, o sexo sem uso do preservativo, o desconhecimento dos riscos, a desinformação e a falta de programas de prevenção na maioria das escolas brasileiras são fatores que ajudam a promover o aumento do número de adolescentes portadores de HIV e de gravidez indesejada. Os resultados do presente estudo mostram a necessidade de ações educativas de prevenção para os adolescentes, como um compromisso da escola, considerando seu importante papel na educação.

A escola é um ambiente favorável para a promoção da saúde dos adolescentes, pois contribui na tomada de decisões e na conduta destes. Faz-se necessário, no entanto, que o debate sobre sexualidade, gravidez e DST/AIDS na adolescência seja uma ação coletiva, não apenas uma responsabilidade individual, abrangendo a união dos pais, educadores, profissionais da saúde, comunidade e mídia em um objetivo comum: a atenção integral à saúde do adolescente, pois a falta de informações sobre a sexualidade contribui para a vulnerabilidade dos adolescentes. Para isso, deve-se buscar estratégias que favoreçam a interação do educador com o educando como as dinâmicas de

grupo, objetivando a aprendizagem compartilhada e a formulação coletiva do conhecimento, além da aquisição da autonomia pelos adolescentes no cuidado de sua saúde. Pois é na educação que se identifica um caminho para a prevenção.

REFERÊNCIAS

ALTMANN, H. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. **Educação em Revista**, v. 46, 287-310, dez. 2007.

AQUINO, E. M. *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S377-S388, 2003. Suplemento 2.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de atenção integral à saúde do adolescente**. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/ped/arquivos/2014/PBH%20protocolo_saude_adolescente_14082014.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

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

BENINCASA, M.; REZENDE, M. M.; CONIARIC, J. Sexo desprotegido e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Psicologia, Teoria e Prática**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 121-134, dez. 2008.

BENVEGNÚ, L. A. *et al.* HIV, adolescentes e sexualidade. **Jornal Brasileiro de Medicina**, São Paulo, v. 80, n. 1, p. 25-27, 2001.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos Estudos - CEBRAP**, São Paulo, n. 74, p. 11-15, 2006.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Cartão do Adolescente (documento preliminar)**: Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. AIDS e DST. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 1-56, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_aids_dst_v7_n1.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **O que são DST**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-sao-dst>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar**: manual para o gestor. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens**: proposta preliminar. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional DST/AIDS no mundo**: dados epidemiológicos 2008. Brasília, DF, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, DF, 2008. 2008b.

BRÊTAS, J. R. S. *et al.* Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 551-557, 2009b.

BRÊTAS, J. R. S. *et al.* Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 786-792, 2009a.

CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B. Comparação da vulnerabilidade em relação ao HIV de estudantes da escola pública e particular. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 23, n. 4, p. 369-379, 2006.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. AIDS, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 1-8, 2007.

CARLETO, A. P. *et al.* Conhecimentos e práticas dos adolescentes da capital de Mato Grosso quanto às DST/AIDS. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 206-211, 2010.

CARNEIRO, R. F. *et al.* Educação sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 14, n. 1, p. 104-108, 2015.

CERQUEIRA-SANTOS, E. *et al.* Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 73-85, 2010.

COSTA, A. C. P. J. *et al.* Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz – Maranhão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 179-186, 2013.

COUTINHO, R. X. *et al.* Prevalência de comportamentos de risco em adolescentes. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 441-449, 2013.

CUNHA, M.; SILVA, M. A. O comportamento dos adolescentes frente ao risco de contaminação com HIV/AIDS. **Estudos**, Goiânia, v. 40, n. 4, p. 395-418, 2013.

CUNHA, S. M.; BRUNO, Z. V. Efeito da gravidez na adolescência sobre os resultados perinatais em maternidades de nível terciário no ano de 2003 no estado do Ceará - Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 431, 2006.

DIAS, F. L. A. *et al.* Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 456-461, 2010.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 959-966, 2010. Suplemento 1.

DORETO, D. T.; VIEIRA, E. M. O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2511-2516, out. 2007.

DRUMMOND, M.; DRUMMOND FILHO, H. **Drogas: a busca de respostas**. São Paulo: Loyola, 1998.

FARIAS JÚNIOR, J. C. D. *et al.* Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 25, n. 4, p. 344-352, 2009.

FIEDLER, M. W.; ARAÚJO, A.; SOUZA, M. C. C. A prevenção da gravidez na adolescência na visão de adolescentes. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 30-37, 2015.

FREITAS, K. R.; DIAS, S. M. Z. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 351-357, 2010.

GERHARDT, C. R.; NADER, S. S.; PEREIRA, D. N. Doenças Sexualmente Transmissíveis: conhecimento, atitudes e comportamento entre os adolescentes de uma escola pública. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 12, p. 257-270, 2008.

GRANGEIRO, A. *et al.* Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 674-84, 2012.

GUIMARÃES, A. M. D. N.; VIEIRA, M. J.; PALMEIRA, J. A. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 293-298, maio/jun. 2003.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV-AIDS. **Together we will end AIDS**. 2012. Disponível em:

<http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/JC2296_UNAIDS_TogetherReport_2012_en.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 89, n. 2, p. 70-75, 2010.

MACHADO, N. G. *et al.* Uso de drogas e a saúde sexual de adolescentes. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 284-290, 2010.

MALTA, D. C. *et al.* Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 166-177, 2011.

MARTINS, L. B. M. *et al.* 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n 2, p. 315-323, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

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

MONTEIRO, M.; ADESSE, L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões, 1992-2005. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambu. **Anais...** Caxambu, 2006. p. 1-10.

MORAES, M. L. Q. Usos e limites da categoria gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 11, p. 99-105, 2013.

MOREIRA, T. M. M. *et al.* Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 312-20, 2008.

MOURA, J. R. A. *et al.* Conversas de adolescentes sobre drogas e sexualidade: um relato de experiência. **Revista Intertox-EcoAdvisor de Toxicologia Risco Ambiental e Sociedade**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 117-130, jun. 2015.

MOURA, L. N. B. *et al.* Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 320-326, 2011.

NADAL, L. R. M.; NADAL, S. R. Indicações da vacina contra o papilomavírus humano. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 124-126, 2008.

NUNES, C. B. de L.; ARRUDA, K. M.; PEREIRA, T. N. Apresentação da eficácia da vacina HPV distribuída pelo SUS a partir de 2014 com base nos estudos Future I, Future II, e Villa *et al.* **Acta Biomédica Brasiliensia**, Nova Iguaçu, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2015.

NUNES, M. das D. S.; MADEIRO, A.; DINIZ, D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2311-2318, 2013.

OLIVEIRA, K. N. S. *et al.* Educação sexual na adolescência e juventude: abordando as implicações da sexualidade no contexto escolar. **Revista de Políticas Públicas**, v. 12, n. 2, p. 7-13, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **La Salud de los Jóvenes**: um reto y uma esperanza. Geneva, 1995.

PAIVA, V.; PERES, C.; BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de AIDS: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 55-78, 2002.

PONTE JÚNIOR, G. M.; XIMENES NETO, F. R. G. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise das causas e riscos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 1, p. 25-37, 2007.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PORTAL DA SAÚDE. **AIDS**. 2014. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/286-aids/9053-o-que-e-hiv>>. Acesso em: 5 jan. 2016.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. D. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, 2007.

RODRIGUES, I. C. *et al.* Vacinação de escolares: estimulando o autocuidado e a responsabilização. **Arquivos de Ciências da Saúde**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 170-175, out./dez. 2011.

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

SABROZA, A. R. *et al.* Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 112-120, 2004.

SIGULEM, D. M.; DEVINCENZI, M. U.; LESSA, A. C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 275-284, 2000.

SILVA, V.; MATTOS, H. Os jovens são mais vulneráveis às drogas? In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Orgs.). **Adolescência e drogas**. São Paulo: Contexto, 2004. p. 31-44.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos: métodos, análise de entrevistas, textos e interações**. Tradução Magda França Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOUZA, V. L. C. *et al.* O aborto entre adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 42-47, 2001.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Knowledge, practices and behaviors related to HIV transmission among the Brazilian population in the 14 – 54 years age group, 2004. **AIDS**, London, v. 19, p. 42-50, 2005. Supplement 4.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 37, n. 3, p. 210-214, 2004a.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 282-290, 2004b.

TRAJMAN, A. *et al.* Knowledge about STD/ AIDS and sexual behavior among high school students in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 127-133, 2003.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. D. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 133-147, 2002.

UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON AIDS; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Latin America**: AIDS epidemic update: regional summary. Geneva, 2008.

YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 443-445, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM****Formulário****PARTE I- DADOS PESSOAIS**

1. Sexo: () Masculino () Feminino
2. Idade: _____ anos
3. Religião: () Católica () Evangélica () Não Tem () Outra
4. Quem é o chefe da família: () Pai () Mãe () Outros
5. Renda familiar/Salário mínimo: () < salário () 1 a 3 salários () > 3 salários

PARTE II - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que você entende por sexualidade?
2. Qual sua concepção sobre comportamento de risco para DSTs e Gravidez?
3. Para você o que é DST/AIDS?
4. Qual seu conhecimento sobre prevenção da gravidez e DSTs?
5. Qual o seu comportamento em relação à prevenção das DSTs e gravidez?
6. Qual a sua concepção sobre o papel das escolas na educação sexual?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos solicitando sua autorização para o(a) menor sob a sua responsabilidade para participar da pesquisa intitulada "Sexualidade na adolescência: conhecimento e práticas de escolares relacionados às DSTs/AIDS e gravidez.

Para participar deste estudo, ele(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Ele(a) será esclarecido(a) em qualquer aspecto da pesquisa que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Você, como responsável pelo (a) menor, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação dele a qualquer momento. A participação dele (a) é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. Este estudo não apresenta riscos físicos, mas em caso de constrangimento em virtude de algumas perguntas, poderá desistir da continuidade. Como benefício seu filho poderá ser esclarecido sobre suas dúvidas e receber orientações sobre prevenção da gravidez e DSTs.

As entrevistas serão gravadas e transcritas para serem analisadas. Asseguro que as informações são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. O seu nome e do seu filho ou filha ou o (a) menor sob sua responsabilidade não aparecerão nos resultados da pesquisa.

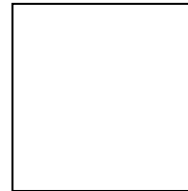
Caso você concorde com a participação do seu filho ou filha ou o (a) menor sob sua responsabilidade, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor e rubriche todas as folhas. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada sob a responsabilidade da pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa, pelos telefones 3301.9700 ou 91285885. Havendo questões éticas relativas a esta pesquisa pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, no 4º andar do Hospital Universitário Presidente Dutra ou pelo telefone 21091250.

Li ou alguém leu para mim este Termo de Consentimento e fui informada(o) sobre a pesquisa “Sexualidade na adolescência: conhecimento e práticas de escolares relacionados às DSTS/AIDS e gravidez”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Concordo que meu filho/filha ou o (a) menor sob minha responsabilidade participe da pesquisa.

São Luís, ____ de _____ de _____

Nome completo do responsável



Assinatura do(a) Responsável

ou Impressão dactiloscópica do responsável
(Para os sem escolaridade)

Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Correa
Pesquisadora responsável

APÊNDICE C - Termo de Assentimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Termo de Assentimento

Estamos convidando você para participar da pesquisa intitulada “Sexualidade na adolescência: conhecimento e práticas de escolares relacionados às DSTs/AIDS e gravidez“. Tal convite se deve ao fato de ser um adolescente escolar e nós queremos saber o que você entende sobre DST/AIDS e gravidez.

Conversamos com seus pais / responsável sobre esta pesquisa e eles sabem que também estamos conversando com você sobre sua participação. Mas se você não desejar fazer parte na pesquisa, não é obrigado, até mesmo se seus pais concordarem. Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você queira que eu explique mais detalhadamente e, nesse caso, por favor, peça que pare a qualquer momento e eu explicarei. Nós iremos conversar com você e faremos algumas perguntas. Essa entrevista será gravada para ser transcrita e analisada.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você pode perguntar qualquer coisa sobre a pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Se você não quiser mais participar, poderá em qualquer momento retirar seu consentimento ou interromper a sua participação. Você só participa se quiser e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade.

Este estudo não apresenta riscos físicos, mas em caso de alguma pergunta lhe trazer constrangimento, poderá desistir da continuidade. Como benefício, você poderá ser esclarecido sobre suas dúvidas e receber orientações sobre prevenção da gravidez e DSTs.

Asseguramos que as informações dadas por você são segredos e serão utilizadas somente para esta pesquisa, sendo os resultados da mesma divulgada posteriormente em eventos científicos. O seu nome não aparecerá nos resultados da pesquisa.

Caso você concorde em participar, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor e rubrique em todas as páginas, juntamente com o pesquisador. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em um local seguro pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entre em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão, pelos telefones 3301.9700 ou 91285885. Havendo questões éticas relativas a esta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone 21091250.

Li ou alguém leu para mim este Termo de Assentimento e fui informada (o) sobre a pesquisa “Sexualidade na adolescência: conhecimento e práticas de escolares relacionados às DSTs/AIDS e gravidez”; de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Concordo em participar da pesquisa.

São Luís, ____ de _____ de _____

Nome completo do adolescente

Assinatura do (a) adolescente

Nome do responsável legal:

Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Pesquisador responsável

ANEXO

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/HU/UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE ESCOLARES RELACIONADOS ÀS DSTs/AIDS

Pesquisador: Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 20862313.9.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.104.341

Data da Relatoria: 12/06/2015

Apresentação do Projeto:

Na adolescência, a vivência da sexualidade torna-se mais evidente e muitas vezes manifesta-se através de práticas sexuais desprotegidas, podendo se tornar um problema devido à falta de informação, de comunicação entre familiares, dos mitos e tabus, ou mesmo pelo fato de do medo em assumir. Desta forma, a falta de orientações sobre as mudanças pelas quais estão passando e a curiosidade por novas experiências, associados com a pouca percepção de risco e limitada informação que têm sobre sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis (DST), coloca-os na condição de presa fácil das mais diferentes situações de risco como, o uso de drogas, gravidez precoce e indesejada e DST/AIDS. Estudo com abordagem quantitativa e qualitativa com o objetivo de Investigar o conhecimento e práticas dos adolescentes escolares relacionados à DST/AIDS e a gravidez. O estudo será realizado com 400 adolescentes que estudam em escola pública no 2º e 3º ano do nível médio do Colégio Universitário da Universidade Federal do Maranhão, cidade de São Luís- MA. Para a coleta de dados relacionada a abordagem quantitativa será utilizado um questionário estruturado de múltipla escolha composto por questões, relacionadas à caracterização sociodemográfica e questões relacionadas ao conhecimento, prática e prevenção sobre a DSTs e gravidez e como os adolescentes classificam o risco pessoal de contrair uma DST ou da gravidez. Para a abordagem qualitativa será utilizado um roteiro de entrevista com

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/HU/UFMA



Continuação do Parecer: 1.104.341

perguntas norteadoras voltadas para a percepção que o próprio adolescente tem sobre as DST/AIDS e gravidez, bem como o comportamento que adota em relação à prevenção. Coleta de dados nos meses de agosto a outubro de 2015. Os dados serão analisados no programa EPI-INFO, versão 7 e no STATA statistic software version 8.0. Para as variáveis demográficas, socioeconômicas e as questões relacionadas ao conhecimento e prática será utilizado a frequência absoluta e percentual. A análise relacionada à percepção do risco em adquirir DSTs será realizada pela técnica de análise de conteúdo. Os resultados serão apresentados em tabelas, gráficos e categorias temáticas reveladas pelos núcleos de sentidos, de acordo com as abordagens metodológicas propostas. Financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar o conhecimento e práticas dos adolescentes escolares relacionados à DST/AIDS e gravidez.

Objetivos Secundários: Caracterizar o perfil sociodemográfico dos adolescentes; Identificar como os adolescentes se classificam quanto ao risco de adquirirem DSTs e exposição à gravidez; Analisar os fatores de risco frente a exposição para as DSTs/AIDS; Identificar o conhecimento e as práticas relacionadas a prevenção da DSTs/AIDS e gravidez; Conhecer a percepção dos adolescentes a cerca da sexualidade e gravidez.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão associados a constrangimento em virtude de alguma questão relacionada ao comportamento e práticas sexuais; entretanto o participante pode desistir a qualquer momento.

Os Benefícios estão associadas à oportunidade de esclarecimentos de dúvidas e orientações referentes à sexualidade, contribuindo com a prevenção e o conhecimento sobre as adolescente. Além de possibilitar estratégias de oficinas voltadas à temática entre os escolares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de temática relevante com contribuição para a prevenção e conhecimento das DSTs/Aids na população de adolescentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências em relação aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/HU/UFMA



Continuação do Parecer: 1.104.341

garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); Termo de Assentimento Livre e esclarecido (TALE), Autorização do Gestor para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra. Atende, portanto às exigências da Norma Operacional nº 001/2013(item 3/ 3.3).

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROJETO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 12 de Junho de 2015

Assinado por:
Dorlene Maria Cardoso de Aquino
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br