



IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



AGRADECIMENTOS

A Deus por me proporcionar essa grande conquista. A caminhada não foi fácil, mesmo assim sou grata por Ele ter me dado forças ao longo da jornada. Obstáculos existiram, mas com fé foi possível contornar todos eles e seguir firme para a obtenção do êxito.

Aos meus familiares que sempre me incentivaram e me apoiaram com palavras de conforto e motivação.

À minha orientadora Prof.^a Doutora Manuela Ferreira, por compartilhar seus ensinamentos e ideias.

À Prof.^a Angela Leal pela valiosa contribuição, apoio e atenção em vários momentos da construção deste trabalho.

À Secretária de Saúde Sr.^a Gessyane Paulino e a Gerência de Atenção Básica à Saúde, pela permissão em realizar este estudo e pelo apoio prestado durante a pesquisa.

Aos adolescentes e seus familiares pela colaboração e disponibilidade em me confiarem suas percepções e opiniões para que pudesse caminhar e concluir este estudo.

A toda Equipe da Estratégia Saúde da Família pelo apoio profissional, pessoal e emocional a mim dispensado.

Sou grata a todos que de forma direta ou indiretamente me fizeram acreditar e crescer como pessoa e profissional. A todos, meu muito obrigada.

*“Agradecer é reconhecer que sozinho nada se constrói.”
Autor desconhecido.*

RESUMO

Enquadramento: O uso do preservativo é uma das formas mais eficazes para a prevenção e proteção das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o HIV/AIDS, entretanto, ainda existe por parte da sociedade grande resistência quanto à sua utilização, principalmente na adolescência. Do que se observa, nessa fase, os jovens, tomados por ideais abstratos, têm grande dificuldade em conceber as consequências dos seus atos, tornando-se ainda mais vulneráveis a diversos agravos. O estudo objetivou analisar os principais fatores que influenciam a adesão ao uso do preservativo masculino pelos adolescentes brasileiros. Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 95 (noventa e cinco) adolescentes de ambos os sexos na faixa etária de 13 (treze) a 19 (dezenove) anos. Para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento contendo questões fechadas e mistas, subdivididas em três etapas de variáveis sociodemográficas, comportamentais e de conhecimento sobre o tema em questão. Foram tratados através de estatística descritiva e do teste de Fisher e Pearson. Os sujeitos pertencem a ambos os sexos, (49,5% do sexo masculino e 50,5% do sexo feminino); o ensino médio é prevalente entre as adolescentes (58,9%); a maioria é composta por solteiros, evangélicos, além de morarem com os pais, que tem apenas nível médio e com renda mensal entre 01 (um) e 03 (três) salários mínimos. Quanto aos hábitos, a maioria não ingere bebida alcoólica (80%), não fuma, nem usa drogas ilícitas. 36,8% já namoraram. O início da atividade sexual prevaleceu na faixa etária entre 13 (treze) e 15 (quinze) anos, além de terem em média 02 (dois) parceiros. Quanto aos preservativos, o masculino é conhecido pela maioria, enquanto o feminino é mais conhecido pelas meninas.

Conclusão: Os resultados apontam para o facto das questões de gênero nortear os comportamentos/conhecimentos sobre o uso do preservativo e DST. O uso do preservativos na população adolescente continua inconsistente, expondo-os ao risco.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescentes. Preservativo. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e AIDS.

ABSTRACT

Background: The use of condoms is the most effective means for the prevention and protection of sexually transmitted diseases, especially HIV / AIDS, however, there is still great resistance on the part of society as to their use, especially in adolescence. What is observed at this stage, young people, taken by abstract ideals, have great difficulty in conceiving the consequences of their actions, making it even more vulnerable to various diseases. The study aimed to analyze the main factors influencing adherence to the use of condoms by Brazilian adolescents. It is an exploratory descriptive study with a quantitative approach. The sample consisted of 95 (ninety five) adolescents of both sexes between the ages of thirteen (13) to nineteen (19) years. To collect the data we used an instrument containing closed and mixed questions, divided into three stages of sociodemographic, behavioral and knowledge on the subject in question. They were treated using descriptive statistics and Fisher and Pearson test. The subjects belonging to both sexes (49.5% males and 50.5% of the female sex); high school is prevalent among adolescents (58.9%); the majority are single, evangelicals, and they live with their parents, who have only high school and with monthly income between one (01) and three (03) minimum wages. Regarding habits, most do not drink alcoholic beverages (80%), do not smoke or use illegal drugs. 36.8% have dated. The onset of sexual activity prevailed between the ages of thirteen (13) and fifteen (15) years, and have an average of 02 (two) partners. As for condoms, the male is known by most, while the female is best known for girls.

Conclusion: The results suggest that gender issues guide behavior / knowledge about condom use and DST.O use of condoms to adolescents remains inconsistent, exposing them to risk.

KEYWORDS: Adolescents. Condom. Sexually Transmitted Diseases (STDs) and AIDS.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACO – Anticoncepcionais orais
AIDS – Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
CEP – Comissão Ética e Pesquisa
DIU – Dispositivo Intra-Uterino
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia de Saúde da Família
INPAD - Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente
S. B. D. S. T – Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis
SIAB – Sistema de Informação em Atenção Básica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNAIDS – Programa das Nações Unidas para a AIDS
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos pesquisados segundo os dados sócio-demográficos...	51
Tabela 2 – Distribuição dos pesquisados segundo os dados comportamentais	53
Tabela 3 – Distribuição dos pesquisados segundo os dados sobre conhecimento ..	55
Tabela 4 – Distribuição dos pesquisados segundo os dados sobre práticas	56
Tabela 5 – Distribuição dos pesquisados segundo os dados sobre atitudes	57
Tabela 6 – Avaliação dos dados sócio econômicos segundo o gênero.....	58
Tabela 7 – Avaliação dos dados comportamentais segundo o gênero.....	60

ÍNDICE

1 CAPÍTULO I:INTRODUÇÃO	9
2 CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
2.1 O PROCESSO DE ADOLESCER	12
2.2 CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE DO ADOLESCENTE	14
2.3 PRESERVATIVOS.....	16
2.4 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	19
2.5 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DO ADOLESCENTE	21
3 CAPITULO III: METODOLOGIA	24
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
3.2 DESCRIÇÃO DA ÁREA	24
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	25
3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	26
3.6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS	26
4 CAPITULO IV: RESULTADOS	27
4.1 DADOS ESTATÍSTICOS	27
4.2 CARACTERIZAÇÃO DE ACORDO COM OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	27
4.3 DISTRIBUIÇÃO DE ACORDO COM OS DADOS COMPORTAMENTAIS.....	30
4.4 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O CONHECIMENTO SOBRE O USO DO PRESERVATIVO E IST's.....	33
5 CAPITULO V DISCUSSÕES	36
6 CAPITULO VI CONCLUSÕES/ SUGESTÕES	42
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
8 ANEXOS	48

1 CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

A origem da palavra adolescência vem do latim “*adolescencia*” que significa período da vida humana entre a infância e a fase adulta caracterizada por intensas transformações biológicas e comportamentais, na qual acontece o vivenciar da sexualidade (Taquete; Matos Rodrigues *et al.*, 2011). Nela, a (re) descoberta do corpo, caracterizada pela enorme ansiedade, influencia diretamente nas relações sociais do indivíduo, o qual vivencia ao mesmo tempo a liberdade e a responsabilidade diante das novas descobertas no processo adolecer (Lima, 2008; Cabral; Souza, 2009). Segundo o Ministério da Saúde, entende-se como adolescente o indivíduo cuja faixa etária encontra-se entre 10 (dez) e 19 (dezenove) anos de idade. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescente o indivíduo entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos. Para fins desta pesquisa foi adotada a definição do Ministério da Saúde (MS).

Dados recentes mostram que mais da metade de adolescentes entre 15 (quinze) e 19 (dezenove) anos já tiveram relações sexuais pelo menos uma vez e que a média de idade da primeira relação sexual gira em torno dos 14 (quatorze) anos. Ademais, tem-se que quanto mais cedo ocorre a primeira relação sexual, menores são as chances de jovens utilizarem algum método contraceptivo (Almeida, 2003; Leite; Rodrigues; Fonseca, 2004), o que acarreta o aumento das situações de risco e vulnerabilidade, gerando sérias consequências.

Apesar de várias pesquisas apontarem um aumento significativo do uso do preservativo entre adolescentes, como estratégia de combate às ISTs e à AIDS, verifica-se que 40% (quarenta por cento) se mostram resistentes à utilização deste com parceiros eventuais ou em todas as relações sexuais. Uma a cada quatro adolescentes entre 14 (quatorze) e 19 (dezenove) anos apresenta algum tipo de IST, tais como HPV, Gonococos, Clamídia, Herpes e Tricomoníase (CDC, 2008) sendo as meninas mais vulneráveis a elas devido à maior exposição do epitélio cilíndrico do colo uterino.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) representam uma preocupação na área de saúde pública pelas consequências dessas enfermidades.

A prevalência em adolescentes pode refletir duas situações: o desconhecimento dos meios de prevenção e transmissão e/ou da adoção de

comportamento de risco, ainda que sejam conhecidas as formas de prevenção e transmissão das ISTs (Garbim *et al.*, 2010).

A vulnerabilidade a essas infecções pode ocorrer devido ao início da vida sexual precoce, atividade sexual não planejada e ao uso inconstante do preservativo nas relações sexuais. Com relação a AIDS, a maior faixa etária de incidência da doença se encontra entre 25 (vinte e cinco) e 49 (quarenta e nove) anos (Brasil, 2010).

Considerando que o portador de HIV pode viver em média 10 (dez) anos até que a doença apresente sintomas, subtemde-se que muitos tenham sido contaminados na adolescência.

Segundo a UNAIDS, vivem hoje no mundo cerca de 35.000.000 (trinta e cinco milhões) de pessoas com HIV. Não obstante, 19.000.000 (dezenove milhões) desconhecem serem portadoras do vírus.

O uso do preservativo é uma das formas mais antigas e eficazes de prevenção, sendo intensificado com o surgimento da epidemia da AIDS (Alves; Lopes, 2008).

A adolescência constitui uma fase de grandes potencialidades, na qual os jovens tornam-se sensíveis a ações positivas de saúde sendo um momento, portanto, propício para a criação de hábitos saudáveis dentre eles a inclusão do uso do preservativo nas suas relações sexuais (Taquete, 2008).

A pesquisa tomou como ponto de partida desvendar por que os adolescentes mesmo tendo conhecimento sobre a importância do uso do preservativo no combate às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e AIDS, ainda resistem a ele. Nesse sentido, buscou-se analisar os fatores que influenciam esses jovens a não aderirem ao uso do preservativo, surgindo alguns questionamentos a partir de então:

- a) Que fatores influenciam esses adolescentes a não aderirem ao uso do preservativo?
- b) Qual o nível de adesão desses adolescentes?
- c) Em que medidas as atitudes ou comportamentos favorecem ou influenciam a adesão?
- d) Em que medidas as variáveis sociodemográficas e culturais, estão relacionadas a essa adesão?
- e) Que importância ou relação tem as crenças e o padrão sexual com a adesão?
- f) Será que o conhecimento sobre as formas de prevenção é suficiente para um comportamento preventivo?

Visando responder aos objetivos, desenvolveu-se um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa organizado em duas partes principais.

A primeira apresenta o enquadramento teórico, que tem como finalidade a familiarização com as evidências científicas acerca da temática, procurando sempre recorrer a fontes primárias do conhecimento. Faz-se mister refletir sobre a alta incidência de adolescentes de ambos os sexos que iniciam a sua vida sexual precocemente, demonstravam conhecimento relativo sobre a importância do uso do preservativo nas relações sexuais, entretanto, pouco uso fazem dessa prática.

Na segunda parte, dedicada ao estudo empírico, descrevemos a especificidades e a vulnerabilidade da adolescência, crenças e caracterização dos sujeitos a respeito do uso de preservativos, o conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e dos serviços educativos oferecidos pela unidade onde foi realizado o estudo.

Finalmente são apresentadas as referências bibliográficas consultadas, assim como os anexos, o instrumento de coleta de dados utilizado e a autorização da instituição necessária à sua aplicação.

2 CAPITULO II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para a elaboração do enquadramento teórico, foi realizada uma exaustiva leitura de artigos sobre o tema, possibilitando à autora selecionar e ordenar as suas ideias, sintetizar os conceitos e assim poder delimitar e atingir uma concepção esclarecida do objeto de estudo.

2.1 O PROCESSO DE ADOLESCER

No final do século XX e início do XXI, a adolescência recebeu especial atenção por parte dos governantes brasileiros, considerando as especificidades dessa fase do ciclo vital e a sua importância para o amadurecimento e posterior envelhecimento. Com efeito, essa fase passou a ser tratada de forma integral, sendo conferida especial atenção às mudanças físicas, psíquicas e sociais, considerando a vulnerabilidade a que os adolescentes estão expostos (Torres *et al.*, 2013).

Aduzem Alves e Lopes (2008) que o Ministério da Saúde/MS estabelece a adolescência como sendo o período compreendido entre os 10 (dez) e 19 (dezenove) anos, alinhando-se à classificação etária da *World Health Organization/WHO*, diferindo do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) quando define como limites cronológicos o período compreendido entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos e da Organização das Nações Unidas/ONU que, por sua vez, estabelece o íterim entre os 15 (quinze) e os 24 (vinte e quatro) anos. Acrescentam as autoras que as mudanças vivenciadas neste período são: continuidade de um processo que se inicia ainda na vida fetal e se encerra com o completo fechamento das epífises ósseas, desenvolvimento das características sexuais secundárias, maturação feminina e masculina, bem como a fecundação por meio da ovulação e espermatogênese, perpetuando assim a espécie. Nesse diapasão, a puberdade é considerada um fenômeno que assume variações entre os sexos, grupos étnicos, sociais, estado nutricional, fatores familiares, ambientais e contextuais.

Moura, Souza e Almeida (2009) acrescentam que 1/5 (um quinto) da população do mundo encontra-se na adolescência. Dados da UNICEF revelam que cerca de 60.000.000 (sessenta milhões) de brasileiros tem idade inferior aos 18 (dezoito) anos - mesmo índice de crianças e adolescentes da América do Sul e

Caribe -, todos eles necessitando de condições dignas de vida para se desenvolverem plenamente.

Fazem parte do adolescer as diversas transformações físicas, o intenso desenvolvimento das psicomotricidades, bem como as mudanças hormonais que atuam de modo efetivo no comportamento do adolescente (Pinheiro; Alves; Barroso, 2008).

Para Alves e Brandão (2009), a construção da identidade social do adolescente relaciona-se às relações afetivas e sexuais que ele mantém com o seu grupo de convivência, acrescentando, ainda, que as práticas sexuais têm pouca influência com a religião professada.

Ao longo do tempo, as transformações sociais da família e as inter-relações de gerações e de gêneros possibilitaram aos adolescentes exercer sua sexualidade longe daquele protótipo de relação conjugal anteriormente apregoados.

Justamente em razão da banalização das relações sexuais surge para os profissionais de saúde o dever de intensificar, nessa fase, as ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos, pois os caracteres sexuais estão em formação e o desejo sexual emerge nesse período (Sociedade Brasileira de Pediatria, [s.d]).

As transformações a que os adolescentes estão expostos, os levam à curiosidade das novas experiências, conduzindo-os à vulnerabilidade das mais variadas doenças, seja em razão das relações sexuais desprotegidas ou até mesmo do uso de drogas ilícitas (Brasil, 2010).

Acrescentam Alves e Lopes (2008) que a maturidade sexual apresenta diferenças significativas entre a população urbana e rural do Brasil.

Na mulher, a menarca é caracterizada pela primeira menstruação, que ocorre em torno dos 12 (doze) anos; no homem a semenarca ou espermarca marca o início da maturidade sexual (Vilela, 2013).

Hugo *et al.*, (2011) referem que a *coitarca* é um marco na vida dos adolescentes e inicia-se cada vez mais precocemente, ocorrendo em média aos 14 (quatorze) anos para os meninos e 15 (quinze) anos para as meninas, considerando que estas últimas vinculam o prazer ao amor, sentimentos conflictuosos de se descobrir e de preservar, enquanto os primeiros encaram-na como afirmação da masculinidade.

Lembram Tronco e Dell'Aglio (2012) que a vida sexualmente ativa pode levar a gravidez e contaminação pelas Infecções Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS

e que quanto mais cedo ocorrer a coitarca, menores são as possibilidades da utilização de métodos contraceptivos.

Moura, Souza e Almeida (2009), ao realizarem uma pesquisa multicêntrica em 13 (treze) capitais do Brasil e no Distrito Federal, verificaram que os meninos iniciaram a sua vida sexual entre 10 (dez) e 14 (quatorze) anos, as meninas entre 15 (quinze) e 19 (dezenove) anos.

Comentam Moura, Souza e Almeida (2009) que quando o adolescente inicia sua vida sexual precocemente e desprovida de informações a respeito da prática do sexo seguro, poderá culminar em riscos de gestação não planejada e a contaminação por infecções transmitidas sexualmente ou mesmo pelo Vírus HIV.

A primeira relação sexual não é um evento sistematicamente planejado com antecedência, pois nesta fase o sexo é algo que não precisa ser discutido e tampouco programado.

Considerada uma das necessidades básicas do ser humano, a sexualidade é parte integrante da personalidade e não pode ser vista dicotomicamente aos outros aspectos da vida. Tampouco pode ser entendida como um sinônimo de coito, nem é simplesmente limitado pelo orgasmo.

Ela transcende por se caracterizar por uma energia motivadora na busca do amor, do contato e intimidade, expressando a forma de sentir, tocar e ser tocado. A sexualidade exerce enorme influência nos pensamentos, interações e sentimentos, sobremaneira na saúde física e mental, se caracterizando como um direito básico do ser humano. Tudo que o ser humano sente e vive desde o nascimento até a morte está intimamente relacionada à sexualidade que junto ao corpo se constitui uma unidade.

2.2 CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE DO ADOLESCENTE

Aduzem Alves e Brandão (2009) que o exercício da sexualidade na adolescência ocorre em ambiente familiar e dependente dos pais, considerando que os adolescentes ainda moram com eles. Lembram os autores que, regular a sexualidade nesta fase se constitui em um desafio, pois além de se apropriar dos conteúdos relativos à contracepção, o adolescente precisa ser capaz de negociar com o parceiro o uso dessas técnicas. A adoção de práticas contraceptivas na adolescência é um misto de aprendizado da sexualidade *versus* o aprendizado da

contracepção *versus* a conquista da autonomia individual, pois esses aspectos são parte do processo de amadurecer e, ao mesmo tempo, elaboração da identidade social e de gênero.

Dados sobre a prevalência das ISTs entre adolescentes e jovens ainda são insuficientes, porém presume-se que o início da vida sexual precoce e o uso inconsistente do preservativo, indicam a vulnerabilidade a estas infecções, com destaque para o Papiloma Vírus Humano (HPV) em 25% (vinte e cinco por cento) dos casos e o herpes genital com 17% (dezessete por cento).

A atividade sexual por não ser planejada e frequentemente praticada às escondidas, dificulta o uso de medidas a estes agravos, que são as principais facilitadoras da transmissão sexual do HIV (Brasil, 2010).

Para Brêtas (2010), vulnerabilidade é um conceito adotado recentemente e que implica em diversas asserções. Nesse contexto, cumpre analisar não apenas o adolescente vulnerável individualmente, mas sim a problemática social, transpondo os limites de renda ou dos bens materiais, reportando-se à população como um todo. Segue-se, assim, os ditames da *World Health Organization* quando se inclui no conceito de saúde o bem estar social, não obrigatoriamente no cálculo de prevenção dos riscos particulares.

A ideia de saúde traz implícitas medidas de intervenção, sendo recomendada a adoção de marco referencial diferente dos conceitos adotados pela epidemiologia progressa. Reconhece-se o modelo biológico, entretanto, busca-se superá-lo, conferindo mais importância ao plano coletivo, permeado por conceitos éticos e transpondo a individualidade do homem que deixa de ser o causador dos seus problemas, mas enquanto ser social, autor da sua própria história.

Nesse mesmo sentido, tomando como pressuposto a interação social, ponto de partida para a análise, o conceito de risco transformou-se ao longo dos tempos, deixando de ser interpretado como um problema de relacionamento. Portanto, o conceito de vulnerabilidade adotado é multifacetado, interligando o indivíduo, a sociedade e os programas governamentais, integrando a determinação social da doença, provocando e convidando a população a renovar conceitos e práticas históricas, sociais e de saúde, envolvendo os diversos setores sociais (Brêtas, 2010).

Jardim e Jardim *et al.*, (2013) lembram que os conflitos de ordem social, psicológicos e físicos característicos da adolescência tornam este período marcado

por vulnerabilidade. A mídia por sua vez, aliada à frágil censura adotada, convida cotidianamente à descoberta do prazer e ao sexo precoce.

Os conceitos de risco e vulnerabilidade são falsamente adotados como sinônimos. Preocupados com este tema, os órgãos governamentais brasileiros definiram *di per si* cada um deles, na tentativa de desconstruir e desfazer mitos a respeito da saúde. Enquanto risco está relacionado à situação, ou seja, à exposição de pessoas ou grupo delas ao contexto que podem torná-los passíveis de adoecer ou ser portador de uma infecção (Alves; Brandão, 2009), a vulnerabilidade é bem mais ampla e encontra-se associada a um conjunto de fatores de cunho biológico, epidemiológico, social, cultural, econômico e político.

Parafrazeando Brêtas (2010), vulnerabilidade não pode ser confundida com incapacidade, mas deve induzir a adoção de uma postura adaptativa, de superação dos fatores de risco, que poderão comprometer o bem estar do adolescente.

2.3 PRESERVATIVOS

A camisinha, preservativo ou condon é uma das formas mais antigas de prevenção contra DST/AIDS. O artefato foi criado pelos chineses que fabricaram sua primeira versão a partir da combinação de papel de seda e óleos lubrificantes. Ao longo do século XIV, com a descoberta da borracha e do processo de vulcanização permitiu-se que os preservativos fossem mais resistentes e maleáveis.

Em 1920, o uso da camisinha foi suspenso devido à diminuição da população, acarretada, por sua vez, pela Guerra Mundial e pela Epidemia da Gripe Espanhola. Tal medida visava recuperar a população perdida, porém o número de paciente com sífilis (primeira doença sexualmente transmissível conhecida na época) aumentava assustadoramente.

Já em 1930, foram fabricadas as primeiras camisinhas de látex e o seu uso voltou gradativamente, tendo havido um declínio após a comercialização dos anticoncepcionais, vindo a aumentar na década de 80 com o aparecimento da AIDS.

O uso do preservativo em um relacionamento sexual é um comportamento complexo que ocorre em um contexto pessoal, interpessoal e situacional, permeado por valores, crenças e expectativas (Pishini; Franco, 2010).

Apesar da demonstração dos imensos benefícios do preservativo e do consenso em relação ao seu uso, persistem ainda alguns conceitos em nível moral e científico.

Segundo a Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas - PCAP (2006), a população brasileira possui um elevado índice de conhecimento a respeito das formas de precaução do HIV e mais de 95% (noventa e cinco por cento) da população sabe que o uso do preservativo é a melhor forma de prevenção, entretanto, depois da primeira relação sexual este uso tende a regredir, principalmente quando se estabelece um vínculo de confiança e a relação passa a ser estável (Brasil, 2006).

Segundo Trussel e col., (2007) o uso correto do preservativo oferece uma proteção de 99% (noventa e nove por cento) contra AIDS e 97% (noventa e sete por cento) contra gravidez não planejada.

Pesquisa recente mostra que mesmo com todas as campanhas de orientação do governo com relação às consequências do não uso do preservativo, muitos jovens e adultos ainda banalizam este uso.

Tronco e Dell'Aglio (2012) referem que ter alto conhecimento sobre os métodos contraceptivos não é proporcional ao seu uso no cotidiano dos adolescentes.

Cruzeiro *et al.*, (2010), ao realizarem um estudo com adolescentes, constataram que 53,4% (cinquenta e três vírgula quatro por cento) já haviam tido a sua primeira relação sexual e que 32,7% (trinta e dois vírgula sete por cento) tinham múltiplos parceiros.

Aduzem Beserra *et al.*, (2008) que o Ministério da Saúde brasileiro recomenda adotar como estratégia de prevenção das ISTs/AIDS o abastecimento do indivíduo com informações, capacitando-os a perceber os fatores de risco, motivando-os a mudar o seu comportamento sexual e adotando o uso do preservativo. Quatro em cada dez jovens brasileiros acham que não precisam usar camisinha em um relacionamento estável.

Segundo o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), a epidemia de AIDS tem crescido entre os adolescentes e jovens, sendo observado que no período entre 2000 e 2006, 19.793 (dezenove mil setecentos e noventa e três) jovens de 13 (treze) e 24 (vinte e quatro) anos são portadores da doença.

Entretanto, observam Beserra *et al.*, (2008) que adolescentes demonstram pouca preocupação com as ISTs/AIDS, desacreditando que são vulneráveis aos agravos transmitidos pela via sexual e tem a crença de que mesmo praticando sexo, se consideram inatingíveis por estas doenças.

A respeito do uso do preservativo masculino, o mais referido por ambos os sexos, em estudo conduzido por Gubert *et al.* (2009), os adolescentes apontaram dificuldades para usá-lo, referindo o medo de premeditação da cópula, alteração no desempenho sexual e acesso aos métodos contraceptivos, sinalizando ao profissional de saúde a necessidade de oferecer à população mais informações a respeito do planejamento familiar.

Lembram os autores acima mencionados que, a promoção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes precisa ser integrada aos conceitos de cidadania, direitos humanos, utilizando-se o espaço da escola e da Unidade de Saúde da Família, rompendo os grilhões da visão heterossexista, considerando que as políticas públicas brasileiras se reportam aos heterossexuais em relacionamento estável.

Nesse processo, deve ser incluída a família, que exerce papel decisivo na formação da personalidade do cidadão ainda adolescente que adentra à vida sexual. Muitas vezes não apenas os adolescentes se mostram desprovidos de orientação, mas também seus genitores, que por sua vez se mostram despreparados.

Assim, cabe aos profissionais a necessidade de criar espaços e escuta tanto na escola, como nos serviços de saúde, bem como do uso de tecnologias educativas apropriadas e oficinas, objetivando desconstruir o modelo tradicional e instituir a troca de saberes, conferindo autonomia, colaborando para a formação de um adolescente saudável.

Tem-se como imprescindível o papel do enfermeiro na capacitação dos jovens e de seus pais, de modo a serem produzidas novas tecnologias educacionais, transpondo, desse modo, as ações pontuais, sem estabelecer relação com as necessidades, desejos e aspirações dos adolescentes.

2.4 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As infecções sexualmente transmissíveis são contraídas principalmente por contato sexual sem o uso de camisinha com uma pessoa que estiver infectada, manifestando-se em geral por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas.

Antigamente, as ISTs eram chamadas de doenças venéreas em alusão às sacerdotisas dos templos de Vênus que exerciam a prostituição como forma de culto à deusa do amor, Vênus. Nessa época, o temor às doenças venéreas se justificava devido à ineficiência de recursos terapêuticos principalmente em doenças como sífilis, que era praticamente incurável. A sua cura só foi obtida com a descoberta da penicilina na segunda metade do século XX.

Atualmente, a terminologia DST tem sido mencionada por IST, devido ao fato de muitas dessas doenças não apresentarem sinais clínicos de infecção, mas se encontrarem na fase de portador assintomático (doença).

Como forma de reduzir a morbimortalidade por HIV/AIDS, ISTs, Hepatites, sífilis congênita e o HTLV, o Ministério da Saúde brasileiro propõe que seja realizado aconselhamento para a realização de testes diagnósticos e adoção da terapia e suas recomendações, bem como o diagnóstico precoce dos agravos, que precisam ser tratados adequadamente (Brasil, 2006).

O atendimento aos portadores de IST deve ser organizado de forma a não perder a oportunidade do diagnóstico, tratamento e aconselhamento desses usuários, contribuindo para diminuir a vulnerabilidade a esses agravos.

Nessa esteira, verifica-se que os diversos sistemas de informação disponíveis desde os primeiros casos de AIDS no Brasil forneceram um perfil epidemiológico da doença, acerca do padrão de transmissão e dos grupos de maior vulnerabilidade, norteando as ações de vigilância, monitoramento e avaliação de processos concernentes ao combate da doença. Porém, o atraso da notificação dos casos e a subnotificação dos sistemas de informação dificultam o conhecimento do quadro atual da HIV/AIDS para o desenvolvimento de ações de intervenção.

As ISTs quando tratadas corretamente são de rápida resolução, porém, quando não tratadas e diagnosticadas a tempo, podem evoluir para complicações graves (infertilidades feminina e masculina, transmissão vertical e aumento do risco de contaminação pelo HIV).

No que diz respeito à contaminação pelo vírus HIV, estima-se que o portador pode ser assintomático em média por 10 (dez) anos, ocorrendo uma subnotificação da sua ocorrência na adolescência.

Beserra *et al.*, (2008) ao analisar a vulnerabilidade de adolescentes às Infecções Sexualmente Transmissíveis, referem como atribuições do profissional de saúde orientar adolescentes sobre estes agravos e que as informações inadequadas ou desatualizadas, comprometem o seu controle efetivo, distorcendo os dados reais a respeito destas patologias. E referem ainda que, o desconhecimento a respeito destes agravos, associado ao medo de ser descoberto pelos pais por ter vida sexual ativa, os adolescentes podem se contaminar por alguma IST.

Historicamente, os avanços foram alcançados, porém nas últimas décadas as políticas públicas nacionais de combate e prevenção das DSTs, AIDS e hepatites virais tiveram a eficácia diminuída devido à ausência de campanhas de prevenção e de informação direcionadas às populações de risco.

O preconceito ao se tratar publicamente de sexo está entre as principais críticas feitas por pesquisadores.

A deficiência das campanhas de prevenção e orientação está intrinsecamente relacionadas aos costumes morais da sociedade, pois a maioria dos brasileiros evita discutir temas como sexualidade. Essa estagnação coloca em risco a imagem do Brasil como referência mundial no tratamento da AIDS, conquistada principalmente com a inclusão da doença no índice de classificação do SUS em 1992.

Segundo o coordenador da ONG PELA VIDA de São Paulo, Muril Duarte, a falta de informações sobre as DSTs estão diretamente ligados a religiosidade e ao preconceito com relação à população de risco, como gays, travestis, profissionais do sexo e a poligamia, uma vez que as religiões cristãs apresentam posição desfavorável e em alguns casos condenatórios com relação ao relacionamento homossexuais.

A maior parte das pessoas que apresentam resistência são as que estão mais vulneráveis e sujeitas a se contaminarem por falta de uma informação direta e clara.

2.5 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DO ADOLESCENTE

Com vistas a preparar uma *adulterez* saudável, é importante que o indivíduo vivencie a adolescência exercendo sua sexualidade embasado em conceitos científicos, ministrados por profissionais capacitados para transmiti-los, de forma a conseguir a adesão do grupo. O exercício da sexualidade contribui para a construção da autonomia do adolescente em relação à sua família, bem como para o conhecimento do seu corpo. Esse aprendizado é permeado de preceitos culturais, sociais e de um contexto histórico (Marinho *et al.*, 2013).

A educação em saúde é um campo com múltiplas faces, comportando inúmeras asserções, incluindo as áreas da educação e da saúde, que, por sua vez, abarcam diferentes compreensões do mundo, bem como diversos aspectos políticos e filosóficos a respeito do ser humano e da sociedade.

Figueiredo, Rodrigues Neto e Leite (2012), embasados nos construtos de Freire, Morin, Perrenoud e Bordenave, lembram que a educação do ser humano deve estar ancorada nas possibilidades que ela cria para o indivíduo, contribuindo para o seu desenvolvimento, estimulando-o a refletir, desenvolver a sua consciência crítica, exercendo a autonomia e cidadania, estimulando o processo de criação e a transformação da realidade, tornando-o autor e ator da sua própria história.

Beserra *et al.*, (2008) recomendam que a orientação sobre o uso de preservativo e prevenção da gravidez deva ocorrer desde o início da adolescência, através de uma relação amigável, possibilitando aos adolescentes expressar livremente suas dúvidas e temores.

O Ministério da Saúde brasileiro (Brasil, 2010) considera a principal ferramenta do profissional de saúde a escuta, o exercício de silenciar para ouvir o outro, que deve ser largamente utilizada nas atividades educativas da Atenção Básica, objetivando oferecer ao cliente subsídios para nortear suas escolhas, de forma livre e consciente.

Para Brêtas (2010), a superação da vulnerabilidade a que estão expostos os adolescentes e a adoção de comportamentos adaptativos, pode ser promovida pela transmissão de boas informações, função que pode ser exercida pelos profissionais de saúde. Acrescenta o autor que o processo pode ser norteadado pelo componente ou tipo de vulnerabilidade, tornando-se um marco programático para a prevenção de agravos à saúde, possibilitando ampliar as ações e políticas, embasado nas

necessidades da população. Estas posturas permitem a compreensão de que o adolescente não é vulnerável, pois esse estado não é permanente, mas mutável e ligado a alguma situação, tempo ou espaço.

Lembram Beserra *et al.*, (2008) que deve integrar o perfil do profissional a habilidade de saber lidar com adolescentes, o que retrata o seu compromisso com a saúde desta clientela. Acrescentam ainda que a adolescência é um período que requer grande atenção para a construção de ações para a promoção da saúde, pois coincide com a descoberta de si, das transformações do corpo e busca da identidade, bem como a interligação destas com os contextos familiares, cultural e social.

Quanto ao papel de educador do enfermeiro, recomendam Gubert *et al.*, (2009) que se premente transformar o processo de trabalho, criando novos saberes à respeito da educação para a saúde de adolescentes. Em geral, o material produzido sobre o assunto pelo Ministério e Secretarias de Saúde brasileiro enfoca prioritariamente a prevenção das IST/HIV/AIDS, com panfletos, folders, álbuns seriados, cartazes ou cartilhas que não contemplam o linguajar dos adolescentes e as especificidades de populações em vulnerabilidade.

A respeito do desempenho do papel de educador do enfermeiro, é necessário não apenas traçar metas efetivas, mas principalmente possibilitar uma relação confiável, incentivando os adolescentes a se posicionarem e criticarem o contexto onde vivem, pois o profissional deve assumir a defesa dos mais vulneráveis, intensamente influenciados pelo seu *lócus*. Ressalte-se que a escola é o local ideal para as intervenções em educação para a saúde sexual de adolescentes, utilizando-se do próprio ambiente, integrando-os ao seu mundo (Beserra *et al.*, 2008).

Gubert *et al.*, (2009) também consideram a escola como o espaço ideal para promover a educação sexual do adolescente, vista a interface existente entre ela e a comunidade, lembrando que os adolescentes adoecem menos que outras faixas etárias, além do que apresentam baixa taxa de morbimortalidade.

São recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 2009) a implementação de ações educativas para a promoção da saúde e prevenção de agravos deste grupo, bem como propor o fortalecimento, integrando os diversos níveis de atenção do município, e, deste como estado e governo federal, unindo forças para melhorar a qualidade de vida. A Atenção Básica utilizando ações informativas / educativas e desenvolvendo-as na comunidade, poderá promover a conscientização à respeito

das medidas preventivas, ações que poderão estimular a procura da clientela e seus parceiros pelos serviços de saúde tornando as Unidades Básicas de Saúde a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, impedindo, assim, a resolução do problema através da automedicação. Esta abordagem deve ser multidisciplinar, integrando todos os profissionais com o único objetivo de promover a saúde e prevenção, estabelecer diagnósticos e assistir a clientela, seus familiares e a comunidade.

3 CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa foi do tipo descritivo e exploratório, que objetiva descrever a realidade de uma população ou um fenômeno ocorrido, estabelecendo relação com estudos anteriores, visto que se buscam maiores informações sobre determinado assunto.

Nesta pesquisa foi utilizada a abordagem quantitativa, podendo ser usado métodos estatísticos, comparativos e experimentais, para se obter, organizar e analisar dados numéricos de fato, fenômenos ou problemas que ocorram na sociedade, no comportamento político, individual, de um mundo físico e biológico de um modo geral.

3.2 DESCRIÇÃO DA ÁREA

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Curado II, localizada na 3ª Regional de Saúde, do município de Jaboatão dos Guararapes, estado de Pernambuco, Brasil, no período de outubro de 2014 a janeiro de 2015.

A cidade mencionada é conhecida como Berço da Pátria por ter sido palco das batalhas em 1648 e 1649, na qual os pernambucanos expulsaram os holandeses de seu território, município brasileiro do Estado de Pernambuco, situado no nordeste do país, localizado ao sul da capital do Estado. Sua população é de 680.943 (seiscentos e oitenta mil novecentos e quarenta e três) habitantes, dentre os quais 127.623 (cento e vinte e sete mil seiscentos e vinte e três) são adolescentes. É o segundo município mais populoso do Estado. Tem um IDH de 0,717 (zero vírgula setecentos e dezessete) sendo considerado médio, mas ainda assim acima da média estadual.

Em relação à rede municipal de saúde, Jaboatão dos Guararapes conta com 97 (noventa e sete) equipes de Saúde da Família com uma cobertura de 54% (cinquenta e quatro por cento) da população. Possui 05 (cinco) policlínicas, 08 (oito) centros de referências e 01 (um) centro de referência em saúde da criança e do adolescente. Foi adotado um modelo de regionalização pela atual gestão, que consiste na divisão do município em 07 (sete) regiões de saúde.

A 3ª Regional, onde o estudo foi desenvolvido, possui uma população de 55.123 (cinquenta e cinco mil cento e vinte e três) habitantes, sendo a menor área territorial do município. Possui também 07 (sete) equipes de Saúde da Família cobrindo 32% (trinta e dois por cento) da população com esta estratégia.

O referido município possui um centro de referência em saúde da criança e do adolescente, onde realiza atendimento desta clientela na faixa etária de 0 (zero) a 19 (dezenove) anos. Conta com uma equipe multiprofissional e um Centro de Testagem e Aconselhamento à população, realizando teste de HIV, sífilis e Hepatite B. É referência das ISTs do município.

A USF Curado II é responsável por uma população adscrita de 3.700 (três mil e setecentos) pessoas, e destas 480 (quatrocentos e oitenta) correspondem ao número de adolescentes, na faixa etária de 10 (dez) a 19 (dezenove) anos, todas atendidas em nível da Atenção Básica.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da presente pesquisa foi constituída por 235 (duzentos e trinta e cinco) adolescentes de ambos os sexos, estando aí incluídos apenas aqueles na faixa etária entre 13 (treze) a 19 (dezenove) anos, residentes e cadastrados na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família, perfazendo um total de 60% (sessenta por cento) da população de adolescentes.

A escolha se deu pela ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Unidade de Saúde da Família, entre os sujeitos selecionados, observado ainda a disponibilidade dos entrevistados em responderem as questões, atendendo aos critérios de inclusão e aceitação de participação na pesquisa.

Dessarte, a amostra se constituiu de 95 (noventa e cinco) adolescentes de ambos os sexos na faixa etária de idade mencionada totalizando 40% (quarenta por cento) dos adolescentes cadastrados na Unidade de Saúde da Família.

3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado (ANEXO A) foi um formulário semi-estruturado, contendo questões com variáveis dependentes e independentes, voltadas para o objeto do estudo composto de três partes: a primeira parte referia-se aos dados

sociodemográficos; a segunda aos dados comportamentais; e a terceira que versava sobre o conhecimento do tema em questão. Ele foi testado, corrigido e então aplicado à amostra.

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro a novembro/2014, com auxílio de um questionário para a realização da entrevista. Os adolescentes foram entrevistados em local que propiciou a confidencialidade e o sigilo das informações.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo atendeu aos critérios éticos contidos na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde que contempla as diretrizes e as normas regulamentares para a pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi previamente apreciado e aprovado pela Secretaria de Saúde do Município de Jaboatão dos Guararapes/PE, onde foi desenvolvido o estudo, que concedeu a Carta de Anuência (ANEXO A), concordando com a sua realização. Incorre em risco mínimo, pois poderá gerar um leve constrangimento, entretanto, trará inúmeros benefícios. Ele contribuirá para a construção do conhecimento na área de saúde do adolescente, considerada extremamente carente de artigos científicos, principalmente na região do nordeste brasileiro.

3.6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados coletados foram tratados estatisticamente, utilizando o teste Exato de Fisher e o Qui-quadrado de Pearson, cujos resultados foram inseridos em planilha eletrônica *Word* da *Microsoft Windows* e dispostos em gráficos. As informações foram dispostas em tabelas e analisadas a luz da literatura pertinente.

4 CAPÍTULO IV: RESULTADOS

A seguir estão apresentados os dados do estudo, analisados e discutidos a partir da literatura encontrada sobre o assunto.

A discussão dos resultados, mais aprofundada no capítulo seguinte, permite refletir sobre o tema em questão, enfatizando os aspectos mais significativos que servem de suporte para responder aos objetivos formulados.

4.1 DADOS ESTATÍSTICOS

A seguir estão apresentados os resultados do estudo, através de uma análise integrada estabelecendo relação com a questão norteadora: Que fatores influenciam estes jovens a não utilizarem o preservativo nas relações sexuais?.

Na análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariada, Técnica de Estatística Descritiva, bem como foram utilizadas Técnicas de Estatística Inferencial, através do Teste Qui-Quadrado de Pearson ou o Teste Exato de Fisher quando a condição para a utilização do Teste Qui-Quadrado não foi verificada.

A margem de ocorrência de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%, ou p significativo.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM OS DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

A primeira parte do questionário utilizado para a investigação, diz respeito aos dados sócio demográficos dos entrevistados tais como gênero, faixa etária, escolaridade, estado civil, religião, com quem mora e renda familiar. A seguir, os dados são apresentados em forma de tabelas recorrendo a frequências relativas e absolutas.

Observa-se que 47 (quarenta e sete) sujeitos são do sexo masculino e 48 (quarenta e oito) do sexo feminino, não havendo diferença significativa com relação a composição da amostra quanto ao gênero.

No que tange aos dados sociodemográficos, observou-se que o grau de escolaridade prevalente foi o ensino médio nas meninas 72% (setenta e dois por cento), seguido de 46% (quarenta e seis por cento) nos meninos.

No tocante à prática religiosa, os dados mostraram predominância dos evangélicos, que totalizaram 58,9% (cinquenta e oito vírgula nove por cento) dos adolescentes. Classificaram-se como católicos 24,2% (vinte e quatro vírgula dois por cento) da amostra, enquanto outras religiões foram apontadas por 16,8% (dezesseis vírgula oito por cento).

No que se refere a com quem os adolescentes residem, grau de instrução dos pais e renda familiar, verificou-se que de todos os entrevistados, 60% (sessenta por cento) moram com os pais, ou seja, em família nuclear, 22,1% (vinte e dois por cento) mora apenas com a mãe, 6,3% (seis vírgula três por cento) mora somente com o pai e 11,6% (onze vírgula seis por cento) residem com outras pessoas.

No tocante ao grau de instrução dos pais, foi detectado que 29,5% (vinte e nove vírgula cinco por cento) possuem apenas o ensino fundamental concluído; 61,1% (sessenta e um vírgula um por cento) cursaram o ensino médio e 9,5% (nove vírgula cinco por cento) concluíram o ensino superior.

A renda familiar foi apontada como de até um salário mínimo por 44,2% (quarenta e quatro vírgula dois por cento) adolescentes, entre 02 (dois) e 03 (três) salários mínimos para 44,2% (quarenta e quatro vírgula dois por cento) e de 3 (três) a 4 (quatro) para 13,7% (treze vírgula sete por cento).

Tabela 01 – Distribuição dos pesquisados segundo os dados sócio-demográficos.

Variável	N	%
SEXO	N	%
Masculino	47	49,5
Feminino	48	50,5
Total	95	100
IDADE	N	%
13 a 16	55	57,9
17 a 19	40	42,1
Total	95	100

ESCOLARIDADE	N	%
Fundamental	38	40,0
Médio	56	58,9
Superior Incompleto	1	1,1
Total	95	100

TRABALHA	N	%
Sim	9	9,5
Não	86	90,5
Total	95	100

ESTADO CIVIL	N	%
Solteiro	85	89,5
Casado	5	5,3
Relação Estável	5	5,3
Total	95	100

RELIGIÃO	N	%
Católico	23	24,2
Evangélico	56	58,9
Outros	16	16,8
Total	95	100

COM QUEM MORA	N	%
Pais	57	60,0
Mãe	21	22,1
Pai	6	6,3
Outros	11	11,6
Total	95	100

GRAU DE INSTRUÇÃO DOS PAIS	N	%
Fundamental	28	29,5
Médio	56	61,1
Superior Incompleto	9	9,5
Total	95	100

RENDA FAMILIAR	N	%
Até 1 salário mínimo	40	42,1
Entre 2 a 3 salários mínimos	42	44,2
De 3 a 4 salários mínimos	13	13,7
Total	95	100

4.3 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM OS DADOS COMPORTAMENTAIS

Observa-se que a maioria, ou 87% (oitenta e sete por cento), dos adolescentes de ambos os sexos não bebem e 95% (noventa e cinco por cento) não fumam, enquanto 100% (cem por cento) afirmam não fazer uso de drogas ilícitas.

Sobre namoro, 45% (quarenta e cinco por cento) dos meninos já namoraram, seguindo de 29% (vinte e nove por cento) das meninas.

No estudo em questão, os adolescentes masculinos falam mais sobre sexo com os amigos - 63% (sessenta e três por cento) -, enquanto que as meninas falam mais sobre sexo com a mãe - 52% (cinquenta e dois por cento) -.

Com relação ao início da atividade sexual foi visto que 52% (cinquenta e dois por cento) dos meninos e 54% (cinquenta e quatro por cento) das meninas nunca tiveram relação sexual. Dos que já praticaram, a maior parte se encontra na faixa etária dos 13 (treze) a 15 (quinze) anos, compreendendo 29% (vinte e nove por cento) para ambos os sexos da totalidade da população entrevistada, ao passo que 18% (dezoito por cento) se encaixam na faixa etária de 15 (quinze) a 17 (dezessete) anos.

Quanto ao número de parceiros, prevaleceu mais de 2 (duas) parceiras para o sexo masculino, 25,5% (vinte e cinco vírgula cinco por cento) e até 2 (dois) parceiros

para o sexo feminino, 19% (dezenove por cento). Quanto ao uso de drogas ilícitas, antes ou durante a relação sexual, 36% (trinta e seis por cento) das meninas e 33% (trinta e três por cento) dos meninos informam nunca terem utilizado. No que se refere ao uso do preservativo nas relações sexuais, observou-se que a maioria faz uso desta prática porém de maneira inconsistente, informando que às vezes ou raramente utilizam.

Tabela 2 – Avaliação dos dados comportamentais segundo o sexo.

VARIÁVEL	Sexo				GRUPO TOTAL		VALOR DE P
	MASCULINO		FEMININO		N	%	
Você Bebe?	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Sim	10	21,3	9	18,8	19	20,0	$p^{(1)} = 0,758$
Não	37	78,7	39	81,3	78	80,0	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	
Fuma?	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Sim	5	10,6	-	-	5	5,3	$p^{(2)} = 0,026^*$
Não	42	89,4	48	100,0	90	94,7	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	
Sobre namoro	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Nunca namorou	14	29,8	18	37,5	32	33,7	$p^{(1)} = 0,292$
Já namorou	21	44,7	14	29,2	35	36,8	
Namora atualmente	12	25,5	16	33,3	28	29,5	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	
Com quem você fala sobre sexo?	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Mãe	14	29,8	24	50,0	38	40,0	$p^{(2)} = 0,091$
Pai	3	6,4	4	8,3	7	7,4	
Outros	30	63,8	20	41,7	50	52,6	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Início da atividade sexual	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Nunca teve	24	51,1	26	54,2	50	52,6	$p^{(1)} = 0,938$
Entre 13 e 15 anos	14	29,8	14	29,2	28	29,5	
Entre 15 a 17 anos	9	19,1	8	16,7	17	17,9	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Sobre atividade sexual?	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Já teve	16	34,0	6	12,5	22	23,2	$p^{(1)} = 0,017^*$
Nunca teve	24	51,1	26	54,2	50	52,6	
Tem atualmente	7	14,9	16	33,3	23	24,2	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Quantos parceiros você teve com relações sexuais até o momento?	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Nunca teve relação sexual	24	51,1	26	50,6	50	52,6	$p^{(1)} = 0,565$
Um	4	8,5	6	9,1	10	10,5	
Dois ou mais de dois.	19	40,4	16	40,3	35	36,8	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Você ou seu parceiro usa algum tipo de droga ilícita antes ou durante as relações sexuais	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Nunca teve relação sexual	24	51,1	26	54,2	50	52,6	$p^{(1)} = 0,951$
Sim	6	12,8	6	12,5	12	12,6	
Não	17	36,2	16	33,3	33	34,7	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Você usa preservativo nas relações sexuais	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Sim	14	60,9	8	36,4	22	48,9	$p^{(1)} = 0,074$
Às vezes	4	17,4	11	50,0	15	33,3	
Não	5	21,7	3	13,6	8	17,8	
Total	23	100,0	22	100,0	45	100,0	

Com que frequência você usa preservativo nas relações sexuais	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Sempre	4	17,4	2	9,1	6	13,3	$p^{(1)} = 0,707$
Às vezes	13	56,5	12	54,5	25	55,6	
Raramente/ nunca	6	26,1	8	36,4	14	31,1	
Total	23	100,0	22	100,0	45	100,0	

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

(3): Com base nos que já conheciam os preservativos (45 no sexo masculino, 46 no sexo feminino e 91 no grupo total).

4.4 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O CONHECIMENTO SOBRE O USO DO PRESERVATIVO E IST's

Com relação ao conhecimento do preservativo masculino, 46% (quarenta e seis por cento) da amostra de ambos os sexos responderam afirmativamente. Já quanto ao preservativo feminino, 52% (cinquenta e dois por cento) das meninas e 31% (trinta e um por cento) dos meninos afirmam não conhecê-lo.

Especificamente quanto ao preservativo masculino, 95% (noventa e cinco por cento) da amostra relatam ter esse conhecimento.

Da análise, vê-se que 23,2% (vinte e três vírgula dois por cento) usa o preservativo ao manter relações; 8,4% (oito vírgula quatro por cento) não costuma usar a camisinha e 15,8% (quinze vírgula oito por cento) usa, porém de maneira esporádica. No tocante ao uso do preservativo masculino nas relações sexuais, observa-se que 14 (quatorze) meninos, ou 61% (sessenta e um por cento), fazem uso do método e 8 (oito) meninas, ou 36% (trinta e seis por cento), seguem a mesma conduta.

Entretanto, este uso é inconsistente em ambos os sexos, como se verifica a seguir com relação à frequência do uso, na qual 17% (dezessete por cento) dos meninos referiu usar sempre, 56% (cinquenta e seis por cento) às vezes, 21% (vinte e um por cento) raramente, enquanto as meninas, 9% (nove por cento) sempre, 54% (cinquenta e quatro por cento) às vezes e 36% (trinta e seis por cento) raramente.

Indagados com relação ao motivo de não usar o preservativo em todas as relações sexuais, 53% (cinquenta e três por cento) dos meninos responderam que confiam na parceira, 40% (quarenta por cento) que o seu uso diminui o prazer e 7% (sete por cento) que a relação sexual foi inesperada. Com relação às meninas, 45%

(quarenta e cinco por cento) confiam no parceiro, 20% (vinte por cento) diminuí o prazer e 5% (cinco por cento) usam contraceptivo oral.

A respeito do conhecimento das ISTs, os meninos informaram que 83% (oitenta e três por cento) conhecem a AIDS, 55% (cinquenta e cinco por cento) o HPV, 32% (trinta e dois por cento) a gonorreia e 27% (vinte e sete por cento) a Herpes. Quanto ao sexo feminino, 93% (noventa e três por cento) conhecem a AIDS, 81% (oitenta e um por cento) o HPV, 57% (cinquenta e sete por cento) a gonorreia e 33% (trinta e três por cento) a Herpes.

Quando indagados se já contraíram alguma das IST's mencionadas, 91% (noventa e um por cento) dos meninos e 82% (oitenta e dois por cento) das meninas referiram nunca terem sido acometidos por elas. Dos poucos sujeitos que contraíram infecções sexualmente transmissíveis, 25% (vinte e cinco por cento) ou 1 (um) menino e 50% (cinquenta por cento) ou 3 (três) meninas referiram herpes genital, 75% (setenta e cinco por cento) ou 3 (três) meninos, referiram gonorreia, 33,3% (trinta e três vírgula três) ou 2 (duas) meninas disseram ter sido acometidas por tricomoníase e 16,7% (dezesseis vírgula sete por cento) ou 1 (uma) menina, informou ter tido HPV. Com relação a fonte de informação sobre as IST's, 51% (cinquenta e um por cento) da amostra citaram a escola, 51% (cinquenta e um por cento) a Unidade Básica de Saúde e 55% (cinquenta e cinco por cento) referiram a rede ou *web*.

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo os dados sobre conhecimento: Preservativos e DST's.

Variável	N	%
Conhece o Preservativo Masculino:		
Sim	91	95,8
Não	4	4,2
Total	95	100
Conhece o preservativo feminino:		
Sim	56	58,9
Não	39	41,1
Total	95	100

Informação sobre o uso correto do preservativo:	N	%
Sim	59	62,1
Não	36	37,9
Total	95	100

Quais as DST's que você conhece:	N	%
AIDS	78	82,1
HPV	60	63,2
Outras	79	83,1

Já teve alguma DST?	N	%
Sim	10	10,5
Não	35	89,5
Total	45	100

Se teve qual foi?	N	%
HPV	1	1,1
Gonorreia	3	3,2
Outras	6	6,3
Total	10	10,6

5. DISCUSSÕES

Ao analisar no capítulo anterior os dados coletados, observou-se que a discussão dos resultados permite refletir sobre o tema em questão, enfatizando os aspectos mais significativos que servem de suporte para responder aos objetivos formulados.

Para maior facilidade de exposição e leitura, esta discussão está organizada seguindo as seções enfatizadas no capítulo anterior.

No que tange aos dados sociodemográficos, como visto acima, observou-se que o ensino médio foi o prevalente. Segundo dados do IBGE (2014) no ano de 2013, em Jaboatão dos Guararapes 18.039 (dezoito mil trinta e nove) adolescentes foram matriculados no nível médio, dentre estes, 11.131 (onze mil cento e trinta e um) pertencem ao sexo feminino, compreendendo 61,71% (sessenta vírgula setenta e um por cento) da população adolescente do município, corroborando os dados colhidos.

Em relação ao trabalho, observa-se que quase a totalidade não trabalha, da mesma forma que não exercem estágio remunerado. Esse achado se aproxima do resultado encontrado no estudo de Cruzeiro *et al.*, (2010), onde a maioria, leia-s, mais de 70% (setenta por cento) da amostra, também não exercia atividade laboral.

No tocante à prática religiosa, os dados apontaram que mais da metade são evangélicos, seguidos dos católicos. Em estudo comparativo de Paiva *et al.*, (2008), percebeu-se uma queda no uso de preservativo entre católicos e pentecostais, estes últimos com redução mais significativa quando houve primeira relação sexual com menos de 14 (quatorze) anos e em relação eventual, contexto de maior vulnerabilidade à transmissão de DSTs. Observou-se ainda que apesar do número de católicos ser maior, diferentemente do presente estudo, o número de relações sexuais desprotegidas era maior entre pentecostais do que entre católicos, considerando que ambos cresceram em número na perspectiva da comparação, sem que, no entanto, houvesse o crescimento do uso do códon.

No que atine a quem os adolescentes residem, grau de instrução dos pais e renda familiar, verificou-se que de todos os entrevistados, que a maioria reside em núcleo familiar composto por ambos os genitores, seguidos dos que moram apenas com as mães. Na pesquisa de Brum e Carrara (2012), constatou-se que 43% (quarenta e três por cento) da amostra vivem com famílias nucleares e quando se

trata de receber informações dos pais ou responsáveis sobre o uso de preservativo, a maior parte relatou que as têm dos seus familiares, porém quando se trata de dúvidas sobre sexualidade, a mãe é a pessoa mais procurada, de acordo com o estudo.

Quanto grau de instrução dos pais vê-se que a maioria possui apenas o ensino médio, seguido do fundamental para só então ser observado o grupo daqueles que detém o ensino superior. Na literatura, o uso de preservativo na relação sexual é mais elevada na população mais instruída e nos status socioeconômico mais elevados.

No que concerne à renda familiar, verificou-se que mais de 80% (oitenta por cento) dos entrevistados apontou como estando entre até 01 (um) e 03 (três) salários mínimos. Segundo dados do IBGE (2014), a renda familiar do município foi de R\$ 546,68 (quinhentos e quarenta e seis reais e sessenta e oito centavos) em 2010.

Já quanto aos dados comportamentais, pesquisas apontam que o consumo de álcool e outras drogas se inicia na adolescência, divergindo dos dados encontrados no estudo ora apresentado, no qual se verificou que a maior parte da amostra dos entrevistados não bebem, não fumam e nem usam drogas ilícitas. Pode-se associar os valores encontrados à crença professada pela maioria dos adolescentes, os quais, como supra apontado, são em grande parte evangélicos.

Segundo o Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas (INPAD) 64% (sessenta e quatro por cento) dos adolescentes do sexo masculino e 39% (trinta e nove por cento) do feminino relatam consumir álcool regularmente uma vez por semana. Referem Gouveia *et al.*, (2007) que o fácil acesso e a maior aceitação do uso, aliados à insegurança e curiosidade natural de experimentar novas sensações, faz com que os adolescentes se tornem alvo fácil deste crescente mercado.

No que se refere ao namoro na adolescência, Gonçalves (2010), lembra que esta atividade inicia-se cada vez mais cedo. Os jovens mergulham de cabeça nos relacionamentos, apaixonando-se com muita intensidade e vivendo como se no mundo só existisse a pessoa amada. São capazes de mudar seus planos, suas rotinas e suas opiniões, em prol do bem estar do outro.

Em estudo realizado por Paiva *et al.*, (2008), os autores compararam o comportamento relacionado com a iniciação sexual em anos distintos, sendo visto

que a idade média do início da atividade sexual entre meninos se enquadra na faixa da atual pesquisa, sendo de 14,7 (quatorze vírgula sete) anos.

Com relação ao início da vida sexual no estudo em questão não se observa divergências maiores com relação à faixa etária da iniciação sexual, sendo a prevalente, como visto, entre 13 (treze) e 15 (quinze) anos, tanto nas meninas como nos meninos, contrariando o que cita alguns estudos, que mostra que a iniciação sexual tem acontecido cada vez mais cedo entre os jovens, contribuindo para maior ocorrência de gravidez indesejada e DST/Aids (Bozom, 2006, PNDS, 2006, INE 2007).

O fato de grande parte das meninas iniciarem sua vida sexual um pouco mais tardiamente que com relação aos meninos, remete a questões culturais e de gênero que permeia todo o processo da sexualidade humana, na qual cabe ao homem o papel culturalmente imposto de não resistir aos apelos sexuais enquanto que nas mulheres cabe o papel de controlar seus impulsos ou ao menos cedê-los apenas às pessoas com as quais tem vínculo afetivo/amoroso ratificando as relações de gênero no cenário da iniciação sexual. (Leite e Col, 2004; Borges, 2004).

Embora em 2007 Hoyos e Sierra não tenham encontrado associação entre o sexo e aumento no número de parceiros sexuais no presente estudo, as meninas mostraram menos chances de ter tido dois ou mais parceiros sexuais.

No estudo em questão, verificou-se que a maior parte dos adolescentes masculinos costumam falar sobre sexo com os amigos, enquanto que mais da metade das meninas contam com o apoio da figura materna. Não obstante a escola, família e igreja, exercerem um importante papel no processo de socialização dos adolescentes é nos grupos de amigos que os jovens buscam conhecimento sobre a sua sexualidade. (Borges, A. L. V. Schor. N. Brasil, 2007)

Contrariando as informações acima, os resultados encontrados por Miranda-Ribeiro (1997) mostram que a família e a escola não oferecem informações satisfatórias sobre sexo para os adolescentes, pois eles não se sentem à vontade em abordar temas de cunho sexual com os membros da sua família e professores, preferindo conversar com os companheiros ou utilizarem a mídia como fonte de informação, concordando com os achados deste estudo.

Quanto ao conhecimento sobre o preservativo masculino, tem-se que quase que a totalidade relata ter conhecimento e fazer uso deste método, porém com uma frequência relativamente baixa. A diminuição do uso do preservativo é

maior em jovens que iniciaram sua vida sexual antes dos 14 (quatorze) anos e quando ocorre uma relação casual (Alves, A. S.; Lopes, 2008). Segundo Tronco e Dell Aglio (2012) ter alto conhecimento sobre método contraceptivos não é proporcional ao seu uso no cotidiano nos adolescentes, o que se confirma com o estudo em questão.

Referem Beserra *et al*, (2008) que o Ministério da Saúde Brasileiro recomenda adotar como estratégia de prevenção das ISTs/AIDS o municiamento de informações, capacitando os indivíduos à perceber os fatores de risco, motivando-os a mudar o seu comportamento sexual e adotando o uso do preservativo. Quatro em cada 10 (dez) jovens brasileiros acham que não precisam usar camisinha em relacionamento.

A amostra, no que atine ao uso de preservativo nas relações sexuais, evidenciou-se um ínfimo número de adolescentes faz uso dessa prática.

Indo de encontro às informações colhidas, Brum e Carrara (2012), em um estudo semelhante, constataram que a maior parte dos entrevistados relatou usar sempre o preservativo, enquanto o restante se dividiu entre usar quase sempre, às vezes, nunca e raramente. A maioria deles afirmou ter usado preservativo durante a primeira e a última relação realizada.

Com relação à importância do uso do preservativo, como visto, metade da amostra de ambos os sexos citaram: proteção contra a gravidez e contra as ISTs/AIDS. Cruzeiro *et al*. (2010), constataram que 95% (noventa e cinco por cento) dos adolescentes sabe da importância do uso do preservativo e que é a melhor forma de prevenção sobre as ISTs/AIDS e gravidez indesejada, entretanto, depois da primeira relação sexual este uso tende a regredir, principalmente quando se estabelece um vínculo de confiança e a relação passa a ser estável.

Quanto à adesão ao uso de preservativos, a literatura refere que os adolescentes tendem a usá-lo em relações casuais por não as associarem a intimidade a uma relação monógama, confirmando o que diz Camargo e Bonsfield (2009). O uso do preservativo depende mais de variáveis situacionais e temporais do que o uso de outros métodos.

A respeito do uso do preservativo masculino, o mais referido por ambos os sexos, em estudo conduzido por Gubert *et al*, (2009), os adolescentes apontaram dificuldades para usá-lo, referindo o medo de premeditação da cópula, alteração do desempenho sexual e acesso aos métodos contraceptivos.

A adesão ao uso do preservativo no Brasil nunca foi muito grande, o fato está pautado nas reduções de políticas públicas, e das campanhas de conscientização do seu uso, permitindo que diversas doenças crescessem entre os jovens inclusive a AIDS. (Presidente da S. B. D. S. T, Mário Romero Leal de Passos). Essa falta de adesão também pode estar associada ao fato desses adolescentes estarem passando por uma fase de indefinição de identidade sexual, variação de parceiros, fazendo com que se sintam invulneráveis, expondo-se a riscos sem prever as consequências (Gubert *et al*, 2009).

Beserra *et al.*, (2008), ao analisarem a vulnerabilidade de adolescentes às Infecções Sexualmente Transmissíveis, referem como atribuições do profissional de saúde orientar adolescentes sobre estes agravos, considerando que as informações inadequadas ou desatualizadas comprometem o seu controle efetivo, distorcendo os dados reais a respeito dessas patologias. Eles acrescentam, ainda, que o desconhecimento a respeito desses agravos, associado ao medo de ser descoberto pelos pais por ter vida sexual ativa, os levam a serem contaminados por alguma IST.

Conforme já explanado, no que atine ao conhecimento sobre as ISTs, observou-se que as informações são colhidas em revistas, jornais, livros e internet. Segundo os estudos de Matos e Col. (2009), apontam que os adolescentes tendem a procurar a internet, os folhetos e a televisão como fontes primárias de informação seguidas de parceiros/amigos e só depois os pais.

A despeito dos conhecimentos sobre saúde sexual e ISTs estarem cada vez mais acessíveis, parece subsistir grupos ainda não alcançados por essas informações.

Na entrevista realizada, as meninas mostraram maior conhecimento com relação aos meninos, sendo as patologias mais mencionadas a AIDS, HPV e a Herpes Genital. Embora na população estudada se considere elevado o nível de conhecimento sobre as ISTs, é de suma importância a implementação de ações educativas para a promoção da saúde e prevenção de agravos desse grupo, bem como propor fortalecimento, integrando os diversos níveis de atenção do município, e, deste como Estado e Governo Federal, unindo forças para melhorar a qualidade de vida.

A Atenção Básica utilizando ações informativas / educativas e desenvolvendo-as na comunidade, poderá promover a conscientização a respeito das medidas preventivas. As ações poderão estimular a procura da clientela e seus

parceiros pelo serviço de saúde, tornando as Unidades Básicas de Saúde, a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, impedindo a resolução do problema através da automedicação. Essa abordagem deve ser multidisciplinar, integrando todos os profissionais com um único objetivo de promover a saúde e prevenção de doenças, estabelecer diagnóstico, e assistir a clientela, seus familiares e a comunidade.

O atendimento aos portadores de ISTs deve ser organizado de forma a não perder a oportunidade de diagnóstico, tratamento e aconselhamento desses usuários, contribuindo para diminuir a vulnerabilidade a esses agravos (Ministério da Saúde, 2006).

6 CAPÍTULO VI CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Apesar do preservativo ser uma das formas mais antigas de prevenção às ISTs e à AIDS, o seu uso por parte dos adolescentes constitui um desafio para os profissionais de saúde que observam cotidianamente a descontinuidade na adoção dessa prática. Estudamos um grupo de 95 (noventa e cinco) adolescentes com idades compreendidas entre 13 e 19 anos, onde a maioria frequenta o ensino médio, são evangélicos, moram com os pais, não bebem, não fumam e não usam drogas ilícitas. Tem conhecimento sobre o preservativo masculino, porém não o utilizam com frequência, revelando a existência de um comportamento de risco entre os mesmos no que se refere à sexualidade, o que confirma a hipótese da pesquisa.

Quanto às limitações do estudo, talvez a principal dela se prenda à população em estudo, ou seja, à escolha aleatória e voluntária dos adolescentes que se propuseram a responder às questões, fazendo com que o total da amostra que relataram ter tido experiência sexual e, conseqüentemente, que utilizaram o preservativo, não fosse a desejada.

Os fatores influenciáveis à não adesão ao uso do preservativo parecem não estar diretamente ligados à falta de conhecimento, encontram-se sim permeados por uma fantasia mística com relação ao amor e ao namoro comum na população estudada.

Os problemas dos adolescentes não se produzem isoladamente, mas são reflexos da existência de fatores de risco na família e na sociedade em que se encontram inseridos que é justamente o que acarreta a adoção de práticas arriscadas que, por sua vez, torna esses jovens vulneráveis aos agravos sexualmente transmissíveis.

Este estudo demonstrou que a questão de gênero norteia os comportamentos dos dois sexos, sendo determinantes no processo de promover e cuidar da saúde, prevenir agravos, como é o caso das infecções sexualmente transmissíveis. Porém, mesmo conhecendo as vantagens do uso dos preservativos, sua utilização é inconsistente, sendo determinada por crenças infundadas, característica bastante presente nessa fase da vida.

Evidenciou-se a pertinência deste estudo cuja finalidade consiste em sensibilizar estes jovens a utilizarem o preservativo através de ações de promoção à saúde sexual. Referidas práticas no âmbito das Unidades Básicas de Saúde

necessitam integrar o desenvolvimento da cidadania e dos direitos humanos, ampliando os temas de sexualidade, gênero e divergências sexuais, visando à desconstrução dos paradigmas sociais a respeito do heterossexismo e normativismo, que se estruturam com base unicamente no modelo biologicista. Nesse sentido, observa-se que os programas e as campanhas de prevenção voltadas ao tema contemplam apenas o público heterossexual e que mantêm relações estáveis.

A saúde sexual do adolescente necessita da adoção de tecnologias apropriadas para o desenvolvimento de uma cultura saudável, na perspectiva da articulação de novos saberes, visto que o material utilizado na Atenção Básica não contempla a linguagem e especificidade da população em situação de vulnerabilidade.

A par das ações governamentais, não se pode olvidar também, o trabalho conjunto com a família, visto que ela exerce um papel decisivo na formação de seres saudáveis.

Mais do que serem informados, é preciso educá-los para que saibam como se proteger e como se mobilizar diante das situações estruturais que os tornam vulneráveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. A.; BRANDÃO, E. R. **Vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: intersecções entre políticas públicas e atenção à saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 14, n. 2, p. 661-670, Rio de Janeiro, mar./apr., 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-81232009000200035&pid=S1413-81232009000200035&pdf_path=csc/v14n2/a35v14n2.pdf&lang=pt. Acesso em: dez., 2015.

ALVES, A. S.; LOPES, M. H. B. de M. **Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários.** *Rev. bras. enferm.* [online], vol. 61, n. 1, pp. 11-17, Brasília, jan./fev., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/02.pdf>. Acesso em: nov., 2014.

BERQUÓ, E.; LOYOLA, M. A. R.; PINHO, M. C. G. *et al.* **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids.** Brasília. Ministério da Saúde. *CEBRAP*, vol. 4, [s.n.], 2000. 248p. (Série Avaliação).

BORGES, A. L. **Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes.** *Revista da Escola de Enfermagem USP*, vol. 41, n. 4, p. 597-604, Ribeirão Preto, dec., 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0080-62342007000400009&pid=S0080-62342007000400009&pdf_path=reeusp/v41n4/08.pdf&lang=pt. Acesso em: out., 2014.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. **Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002.** *Cad Saúde Pública*, vol. 21, n. 2, 499-507, Rio de Janeiro, mar./apr., 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-311X2005000200016&pid=S0102-311X2005000200016&pdf_path=csp/v21n2/16.pdf&lang=pt. Acesso em: nov., 2014.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. **Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 22, n. 7, p. 1421-1430, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-311X2006000700007&pid=S0102-311X2006000700007&pdf_path=csp/v22n7/07.pdf&lang=pt. Acesso em: nov., 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids.** Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 24 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_prevencao_escolas.pdf. Acesso em: out., 2014.

BRUM, M. M.; CARRARA, K. **História individual e práticas culturais: efeitos no uso de preservativos por adolescentes.** *Estud. psicol. (Campinas)* [online], vol. 29, suppl.1, pp. 689-697, Campinas, out./dez., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29s1/05.pdf>. Acesso em: jan., 2015.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; WILCOX, B. **Condom use, contraceptive methods, and religiosity among youths of low socioeconomic level.** *The Spanish Journal of Psychology*, vol. 11, n. 1, p. 94-102, Madrid, [s.n.], 2008. Disponível em: <http://revistas.ucm.es/index.php/SJOP/article/viewFile/SJOP0808120094A/28783>. Acesso em: nov., 2014.

CRISTOVAM, M. A. da S. *et al.* **Comportamento sexual e contracepção entre adolescentes.** *Revista Brasileira de Medicina*, vol. 49, n. 5, p. 1-5, São Paulo, mai., 2013. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5379&fase=imprime. Acesso em: jan., 2015.

CRUZEIRO, A. L. *et al.* **Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativos em adolescentes.** *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15 (Supl.1), p. 1149-1158, Rio de Janeiro, jun., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-81232010000700023&pid=S1413-81232010000700023&pdf_path=csc/v15s1/023.pdf&lang=pt. Acesso em: dez., 2014.

CRUZ, T. J. **Adolescente, família e o profissional de saúde.** *Adolescência e Saúde*, vol. 4, n. 3, p. 45-50, Rio de Janeiro, jul./set., 2007. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=100. Acesso em: jan., 2015.

DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H.; CERQUEIRA-SANTOS, E.; COLAÇO, V. F. **Revisando o Questionário da Juventude Brasileira: Uma nova proposta.** In D. D. Dell'Aglio & S. H. Koller (Orgs.), *Adolescência e juventude: Vulnerabilidade e contextos de proteção* (pp. 259-270). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

DUARTE, C. de F.; HOLANDA, L. B.; MEDEIROS, M. L. de. **Avaliação do conhecimento contraceptivo entre adolescentes grávidas de uma unidade básica de saúde do Distrito Federal.** *J. Health Sci Inst.*, vol. 30, n. 2, p. 140-3, Brasília/DF, abr./jun., 2012. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/02_abr-jun/V30_n2_2012_p140-143.pdf. Acesso em: out., 2014.

EISENSTEIN, E. **Adolescência: definições, conceitos e critérios.** *Adolesc. Saúde*, vol. 2, n. 2, p. 6-7, Rio de Janeiro, abr./jun., 2005. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167. Acesso em: nov., 2014.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. de Souza. **Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário.** *Interface (Botucatu)* [online], vol. 16, n. 41, pp. 315-329, Botucatu, [s.n.], 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/a03v16n41.pdf>. Acesso em: dez., 2014.

GARCÍA, P. J.; COTRINA, A.; SURAL SHAH, S.; CÁRCAMO, C. **Sex, information and condom use among peruvian adolescents sexo, información y uso de condón en adolescentes.** *DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, vol. 21, n. 1, p. 3-8, Lima, [s.n.], 2009. Disponível em: [http://www.dst.uff.br/revista21-1-2009/1-Sex%20information-JBDST%2021\(1\)%202009.pdf](http://www.dst.uff.br/revista21-1-2009/1-Sex%20information-JBDST%2021(1)%202009.pdf) Acesso em: out., 2014.

GUBERT, D.; MADUREIRA, V. S. F. *et al.* **Iniciação sexual de homens adolescentes.** *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol. 13, suppl. 2, pp. 2247-2256, Rio de Janeiro, [s.n.], 2009. Disponível em: [http://www.dst.uff.br/revista21-1-2009/1-Sex%20information-JBDST%2021\(1\)%202009.pdf](http://www.dst.uff.br/revista21-1-2009/1-Sex%20information-JBDST%2021(1)%202009.pdf). Acesso em: out., 2014.

GUBERT, F. A. *et al.* **Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE.** *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], vol. 11, n. 1, p. 165-72, Fortaleza, [s.n.], 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/v11n1a21.htm. Acesso em: jan., 2015.

HORA, S. A. E. da; CORREA, A. K. F. C. C.; CORDEIRO, A. B. N. da F.; PONTES, A. C. A. de. **Revista Adolescência & Saúde**, vol. 5, n. 2, p. 31-5, Rio de Janeiro, abr./jun., 2008. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=58. Acesso em: dez., 2014.

HUGO, T. D. de O. *et al.* **Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional.** *Cad. Saúde Pública* [online], vol. 27, n.11, pp. 2207-2214, Rio de Janeiro, [s.n.], 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/14.pdf>. Acesso em: nov., 2014.

JARDIM, D. P.; SANTOS, E. F. dos. **Uso do preservativo masculino por adolescentes no início da vida sexual.** *Adolesc. Saude*, vol. 9, n. 2, p. 37-44, Rio de Janeiro, abr./jun., 2012. Disponível em: [file: v9n2a06%20\(1\).pdf](file:v9n2a06%20(1).pdf) Acesso em: dez., 2014.

MOURA, E. R. F.; SOUZA, C. B. J de; ALMEIDA, P. C. de. **Adesão de adolescentes de um serviço de saúde de Fortaleza ao uso de condom e fatores associados.** *Cienc Cuid Saude*, vol. 8, n. 1, p. 11-18, Cidade, jan./mar., 2009. Disponível em: <DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v8i1.7765> Acesso em: jan., 2015.

OLIVEIRA, S. H. dos S. *et al.* **Crenças de adolescentes portuguesas sobre o uso do preservativo.** *Rev. Eletr. Enf.*, [Internet], vol. 11, n. 4, p. 912-22, Goiânia, [s.n.], 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a16.htm>. Acesso em: jan., 2015.

PAIVA, V. *et al.* **Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros.** *Rev. Saúde Pública [online]*, vol. 42, suppl.1, pp. 45-53, São Paulo, jun., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v42s1/07.pdf>. Acesso em: dez., 2014.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. **Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos.** *Texto e Contexto em Enfermagem*, vol. 19, n. 3, p. 554-62, Florianópolis, jul./set., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a18v19n3.pdf>. Acesso em: jan., 2015.

ANEXOS



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE VISEU
INSTITUTO PERNAMBUCANO DE ESTUDOS
AVANÇADOS - IPEA
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO



As respostas são confidenciais e anônimas, servindo apenas para tratamento estatístico. O mesmo é constituído por questões fechadas e abertas. Não existem respostas certas ou erradas, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre a realidade vivenciada por cada adolescente. As afirmações devem ser assinalar com um X na alínea que estiver de acordo com a sua resposta.

OBS.: Este formulário foi baseado no estudo em questão.

A Equipe de investigação.

PARTE – I: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Sexo:** () Masculino () Feminino
2. **Idade (em anos):** _____
3. **Escolaridade:** () Fundamental () Médio () Superior Incompleto
4. **Trabalha?** () Sim () Não
5. **Participa de algum estágio remunerado?** () Sim () Não
6. **Estado Civil:** () Solteiro () Casado () Relação estável
7. **Religião:** () Católico () Evangélico () Outros:

8. **Com quem mora:** () Pais () Mãe () Pai () Outros
9. **Grau de instrução dos pais** () Fundamental () Médio () Superior
10. **Renda Familiar:** () até 1sal. mínimo () entre 2 e 3 sal. mínimos
() de 3 a 4 sal. mínimos

PARTE – II: DADOS COMPORTAMENTAIS

11. **Você bebe?** () Sim () Não
12. **Você fuma?** () Sim () Não
13. **Usa droga?** () Sim () Não
14. **Se sim, qual tipo de droga?** () Maconha () Crack () Outros

15. **Sobre namoro, você:** () Nunca namorou () Já namorou () Namora atualmente
16. **Com quem você fala sobre sexo?** () Mãe () Pai () Outros
17. **Início da atividade sexual?**
() entre 13 e 15 anos () entre 15 e 17 anos () entre 17 a 19 anos
18. **Sobre atividade sexual:** () Já tive () Nunca tive () Tenho atualmente

19. **Quantos parceiros você teve relações sexuais até o momento?**
() 1 () 2 () Mais de 2
20. **Você ou seu parceiro usa algum tipo de droga ilícita antes ou durante as relações sexuais?** () Sim () Não
21. **Conhece o preservativo masculino?** () Sim () Não
22. **Conhece o preservativo feminino?** () Sim () Não
23. **Quais foram os meios de informação sobre este conhecimento?**
() Escola () Unidades de saúde () Outros
24. **Você usa preservativo nas relações sexuais?** () Sim () Não
() As vezes
25. **Com que frequência você usa preservativo nas relações sexuais?**
() Sempre () As Vezes () raramente () Nunca usei
26. **Qual a importância do uso de preservativo nas relações sexuais?**
() Não sabe () Protege contra gravidez
() Protege contra gravidez e doenças sexualmente transmissíveis e AIDS
27. **Porque você não usa preservativo em todas as relações sexuais?**
() Confia no parceiro () O parceiro não gosta () Diminui o prazer
() Usa contraceptivos () Relação sexual inesperada () Outros
28. **Já teve alguma informação sobre o uso correto do preservativo?**
() Sim () Não
29. **Como adquire o preservativo?** () Unidade Saúde () Compra () Outros
30. **Quais as doenças sexualmente transmissíveis que você conhece?**
() AIDS () HPV () Herpes () Gonorreia
() *Trichomonas vaginalis* () Outros
31. **Você já teve algumas doenças sexualmente transmissíveis?**
() Sim () Não
32. **Se teve sabe qual foi ?** () Sim , Qual? _____
() Não
33. **Qual foi o meio de informação que você teve sobre as doenças sexualmente transmissíveis?**
() Escola () Unidades de saúde () Outros
34. **Você procura a Unidade de Saúde com que frequência?**
() Nunca () Sempre () As vezes () Raramente
35. **Você participa do grupo de adolescentes da unidade de saúde?**
() Sim () Não

Obrigada pela sua colaboração!

Tabela 01 – Distribuição dos pesquisados segundo os dados sócio-demográficos

Variável	N	%
SEXO	N	%
Masculino	47	49,5
Feminino	48	50,5
Total	95	100

IDADE	N	%
13 a 16	55	57,9
17 a 19	40	42,1
Total	95	100

ESCOLARIDADE	N	%
Fundamental	38	40,0
Médio	56	58,9
Superior Incompleto	1	1,1
Total	95	100

TRABALHA	N	%
Sim	9	9,5
Não	86	90,5
Total	95	100

ESTADO CIVIL	N	%
Solteiro	85	89,5
Casado	5	5,3
Relação Estável	5	5,3
Total	95	100

RELIGIÃO	N	%
Católico	23	24,2
Evangélico	56	58,9
Outros	16	16,8
Total	95	100

COM QUEM MORA	N	%
Pais	57	60,0
Mãe	21	22,1
Pai	6	6,3
Outros	11	11,6
Total	95	100

GRAU DE INSTRUÇÃO DOS PAIS	N	%
Fundamental	28	29,5
Médio	56	61,1
Superior Incompleto	9	9,5
Total	95	100

RENDA FAMILIAR	N	%
Até 1 salário mínimo	40	42,1
Entre 2 a 3 salários mínimos	42	44,2
De 3 a 4 salários mínimos	13	13,7
Total	95	100

Tabela 02 – Distribuição dos pesquisados segundo os dados comportamentais

Variável	N	%
VOCÊ BEBE?	N	%
Sim	19	20,0
Não	76	80,0
Total	95	100

VOCÊ FUMA?	N	%
Sim	05	5,3
Não	90	94,7
Total	95	100

USA DROGAS?	N	%
Sim	-	-
Não	95	100,0
Total	95	100

SOBRE NAMORO, VOCÊ:	N	%
Nunca namorou	32	33,7
Já namorou	35	36,8
Namora atualmente	28	29,5
Total	95	100

COM QUEM FALA SOBRE SEXO:	N	%
Mãe	38	40,0
Pai	7	7,4
Outros	50	52,6
Total	95	100

SOBRE ATIVIDADE SEXUAL:	N	%
Já teve	22	23,2
Nunca teve	50	52,6
Tem atualmente	23	24,2
Total	95	100

INICIO DA ATIVIDADE SEXUAL	N	%
Entre 13 e 15 anos	28	29,5
Entre 15 e 17 anos	17	17,9
Total	40	47,4

QUANTOS PARCEIROS TEVE		
RELAÇÃO SEXUAL	N	%
De um a dois parceiros (as)	26	27,3
Mais de dois	19	20,0
Total	45	47,4

Tabela 03 – Distribuição dos pesquisados segundo os dados sobre conhecimento: Preservativos e DST's

Variável	N	%
Conhece o preservativo masculino:	N	%
Sim	91	95,8
Não	4	4,2
Total	95	100
Conhece o preservativo feminino:	N	%
Sim	56	58,9
Não	39	41,1
Total	95	100
Informação sobre o uso correto do preservativo:	N	%
Sim	59	62,1
Não	36	37,9
Total	95	100
Quais as DST's que você conhece:	N	%
AIDS	78	82,1
HPV	60	63,2
Outras	79	83,1
Já teve alguma DST?	N	%
Sim	10	10,5
Não	35	89,5
Total	45	100
SE TEVE QUAL FOI?	N	%
HPV	1	1,1
GONORREIA	3	3,2
OUTRAS	6	6,3
Total	10	10,6

Tabela 04 – Distribuição dos pesquisados segundo os dados sobre práticas

Variável	N	%
Você usa preservativo nas relações sexuais?	N	%
Nunca teve relações sexuais	50	52,6
Sim	22	23,2
Não	8	8,4
As vezes	15	15,8
Total	95	100

Com que frequência você usa preservativos nas relações sexuais?	N	%
Nunca teve relações sexuais	50	52,6
Sempre	6	6,3
As vezes	25	26,3
Raramente	13	13,7
Nunca usei	1	1,1
Total	95	100

Porque você não usa preservativos em todas relações sexuais?	N	%
Nunca teve relações sexuais	50	52,6
Confia no parceiro	18	18,9
O parceiro não gosta	6	6,3
Diminui o prazer	12	12,6
Usa contraceptivos	1	1,1
Relação sexual inesperada	3	3,2
Não Respondeu	5	5,3
Total	95	100

Tabela 05 – Distribuição dos pesquisados segundo os dados sobre atitudes

Variável	N	%
Qual a importância do uso do preservativo nas relações sexuais?	N	%
Não sabe	9	9,5
Protege contra a gravidez	36	37,9
Protege contra a gravidez e DST's e AIDS	50	52,6
Total	95	100
COMO ADQUIRE O PRESERVATIVO?	N	%
Nunca teve relações sexuais	50	52,6
Unidade de saúde	17	17,9
Compra	11	11,6
Outros	16	16,8
Não respondeu	1	1,1
Total	95	100

Tabela 06 – Avaliação dos dados socioeconômicos segundo o gênero

Variável	Sexo						Valor de p
	Masculino		Feminino		Grupo Total		
	n	%	n	%	n	%	
TOTAL	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Faixa etária (anos)	N	%	N	%	N	%	Valor de P
13 a 16	29	61,7	26	54,2	55	57,9	p ⁽¹⁾ = 0,457
17 a 19	18	38,3	22	45,8	40	42,1	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Escolaridade	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Fundamental	25	53,2	13	27,1	38	40,0	p ⁽¹⁾ = 0,009*
Médio/superior	22	46,8	35	72,9	57	60,0	
TOTAL	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Trabalha	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Sim	6	12,8	3	6,3	9	9,5	p ⁽²⁾ = 0,317
Não	41	87,2	45	93,7	86	90,5	
TOTAL	47	100,0	48	100	95	100,0	

Participa de algum estágio	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Sim	2	4,3	5	10,4	7	7,4	p ⁽²⁾ = 0,435
Não	45	95,7	43	89,6	88	92,6	
TOTAL	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Estado civil	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Solteiro(a)	46	97,9	39	81,2	85	89,5	p ⁽²⁾ = 0,015*
Casado(a)/Relação estável	1	2,1	9	18,8	10	10,5	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Religião	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Católica	7	14,9	16	33,3	23	24,2	p ⁽¹⁾ = 0,023*
Evangélica	28	59,6	28	58,3	56	58,9	
Outros	12	25,5	4	8,3	16	16,8	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

COM QUEM MORA	N	%	N	%	N	%	Valor De P
Pais	30	63,8	27	56,3	57	60,0	p ⁽²⁾ = 0,805
Mãe	10	21,3	11	22,9	21	22,1	
Pai	3	6,4	3	6,3	6	6,3	
Outros	4	8,5	7	14,6	11	11,6	
TOTAL	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Grau de instrução dos pais	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Fundamental	15	31,9	13	27,1	28	29,5	p ⁽²⁾ = 0,056
Médio	31	66,0	27	56,3	58	61,1	
Superior	1	2,1	8	16,7	9	9,5	
TOTAL	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

RENDA FAMILIAR	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Até um salário	24	51,1	16	33,3	40	42,1	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Entre 2 e 3 salários mínimos	23	48,9	19	39,6	42	44,2	
De 3 a 5 salários mínimos	-	-	13	27,1	13	13,7	
TOTAL	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Tabela 07 – Avaliação dos dados comportamentais segundo o gênero

VARIÁVEL	Sexo						VALOR DE P
	MASCULINO		FEMININO		GRUPO TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
TOTAL	47	100,0	48	100,0	95	100,0	
Você Bebe?	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Sim	10	21,3	9	18,8	19	20,0	$p^{(1)} = 0,758$
Não	37	78,7	39	81,3	78	80,0	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	
Fuma	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Sim	5	10,6	-	-	5	5,3	$p^{(2)} = 0,026^*$
Não	42	89,4	48	100,0	90	94,7	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	
Sobre namoro	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Nunca namorou	14	29,8	18	37,5	32	33,7	$p^{(1)} = 0,292$
Já namorou	21	44,7	14	29,2	35	36,8	
Namora atualmente	12	25,5	16	33,3	28	29,5	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Com quem você fala sobre sexo?	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Mãe	14	29,8	24	50,0	38	40,0	p ⁽²⁾ = 0,091
Pai	3	6,4	4	8,3	7	7,4	
Outros	30	63,8	20	41,7	50	52,6	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Início da atividade sexual	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Nunca teve	24	51,1	26	54,2	50	52,6	p ⁽¹⁾ = 0,938
Entre 13 e 15 anos	14	29,8	14	29,2	28	29,5	
Entre 15 a 17 anos	9	19,1	8	16,7	17	17,9	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Sobre atividade sexual?	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Já teve	16	34,0	6	12,5	22	23,2	p ⁽¹⁾ = 0,017*
Nunca teve	24	51,1	26	54,2	50	52,6	
Tem atualmente	7	14,9	16	33,3	23	24,2	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Quantos parceiros você teve com relações sexuais até o momento?	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Nunca teve relação sexual	24	51,1	26	50,6	50	52,6	p ⁽¹⁾ = 0,565
Um	4	8,5	6	9,1	10	10,5	
Dois ou mais de dois.	19	40,4	16	40,3	35	36,8	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Você ou seu parceiro usa algum tipo de droga ilícita antes ou durante as relações sexuais	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Nunca teve relação sexual	24	51,1	26	54,2	50	52,6	p ⁽¹⁾ = 0,951
Sim	6	12,8	6	12,5	12	12,6	
Não	17	36,2	16	33,3	33	34,7	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Conhece o preservativo masculino	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Sim	45	95,7	46	95,8	91	95,8	$p^{(2)} = 1,000$
Não	2	4,3	2	4,2	4	4,2	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Conhece o preservativo feminino	N	%	N	%	N	%	Valor em P
Sim	23	48,9	33	68,8	56	58,9	$p^{(1)} = 0,050$
Não	24	51,1	15	31,3	39	41,1	
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Os meios de informação sobre este conhecimento ⁽³⁾	N	%	N	%	N	%	Valor em P
Escola	25	55,6	24	52,2	49	53,8	$p^{(1)} = 0,924$
Unidade de saúde	15	33,3	17	37,0	32	35,3	$p^{(1)} = 0,602$
Outros	21	46,7	15	32,6	36	39,6	$p^{(1)} = 0,227$

Você usa preservativo nas relações sexuais	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Sim	14	60,9	8	36,4	22	48,9	$p^{(1)} = 0,074$
Às vezes	4	17,4	11	50,0	15	33,3	
Não	5	21,7	3	13,6	8	17,8	
Total	23	100,0	22	100,0	45	100,0	

Com que frequência você usa preservativo nas relações sexuais	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Sempre	4	17,4	2	9,1	6	13,3	$p^{(1)} = 0,531$
Às vezes	13	56,5	12	54,5	25	55,6	
Raramente	5	21,7	8	36,4	13	28,9	
Nunca usei	1	4,3	-	-	1	2,2	
Total	23	100,0	22	100,0	45	100,0	

Com que frequência você usa preservativo nas relações sexuais	N	%	N	%	N	%	Valor de P
Sempre	4	17,4	2	9,1	6	13,3	p ⁽¹⁾ = 0,707
Às vezes	13	56,5	12	54,5	25	55,6	
Raramente/ nunca	6	26,1	8	36,4	14	31,1	
Total	23	100,0	22	100,0	45	100,0	

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

(3): Com base nos que já conheciam os preservativos (45 no sexo masculino, 46 no sexo feminino e 91 no grupo total).



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
INSTITUTO PERNAMBUCANO DE ESTUDOS AVANÇADOS
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



Recife-PE, 22 de setembro de 2014

Direção do IPEA
Ilma. Sra. Dra. Geciane Paulino
Secretária Municipal de Saúde

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLETA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Viseu, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna: **Maria de Fátima Almeida**, mat. 3726 do Curso de Mestrado de Educação para a Saúde da ESCOLA SUPERIOR DE VISEU / PORTUGAL, a desenvolver um estudo subordinado ao tema “**Fatores que influenciam na adesão ao uso de preservativos por adolescentes cadastrados na Unidade de Saúde da Família do Curado II – 2 da 3ª Regional de Saúde do Município de Jaboatão dos Guararapes-PE**”.

Neste contexto, vimos a solicitar a VSA que se digne autorizar a realização de coleta de dados/informação, durante o período de 01 a 30 do mês de outubro do ano 2014.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Coleta de Dados.

Este estudo tem como objetivo identificar os fatores que influenciam na adesão ao uso de preservativos por parte dos adolescentes da Unidade de Saúde da Família – Curado II, Equipe 2. Iremos utilizar na metodologia questionários com perguntas abertas e fechadas para os referidos adolescentes e pretendemos na análise dos dados apresentarmos os principais fatores que influenciam na adesão ao uso de preservativos. Como também destacar dentre as variáveis sócio demográficas quais podem influenciar o grupo em questão.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de VSA, caso seja de interesse deste Órgão. Informamos que o Professor Dr. PhD Amauri Aluisio da Silva, é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone do IPEA: (81) 9952.9895 / 9538.5995.

Aguardamos resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos Acadêmicos da Estudante.

Sem outro assunto de momento e muito grato pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Diretor do IPEA

Recebido em 15/10
Suzana Fontaine



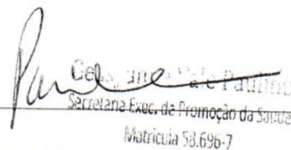
PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES
SECRETARIA DE POLÍTICAS SOCIAIS INTEGRADAS
SECRETARIA EXECUTIVA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
GABINETE

Jaboatão dos Guararapes, 23 de Outubro de 2014

CARTA DE ANUÊNCIA

A pesquisa “**FATORES QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO AO USO DE PRESERVATIVOS POR ADOLESCENTES**”, da aluna Maria de Fátima Almeida, estudante do Curso de Mestrado de Educação para a Saúde da Escola Superior de Saúde de Viseu/Portugal, está autorizada a ser realizada nesta instituição, mediante autorização prévia do Comitê de Ética e Pesquisa, sob acompanhamento da Orientadora Prof^ª Manuela Ferreira e Co-orientação do Prof^º Dr. PhD Amauri Aluisio da Silva, conforme projeto de pesquisa apresentado.

A aceitação está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.


Gessyanne Vale Paulino
Secretária Exec. de Promoção da Saúde
Matrícula 58.696-7

Gessyanne Vale Paulino
Secretária Executiva de Promoção da Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE CIENTÍFICA

(nome) MARIA DE FÁTIMA ALMEIDA

n.º 3726 do Curso de MESTRADO EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

declara sob compromisso de honra, que a dissertação/trabalho de projecto/relatório final de estágio é inédito e foi especialmente escrito para este efeito.

Viseu, 06, de JANEIRO de 2015

O aluno(a),

Maria de Fátima Almeida



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

PARECER SOBRE ACEITAÇÃO DE DISSERTAÇÃO/TRABALHO
PROJETO/RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

(nome do Orientador) MD PhD MANUELA FERREIRA e PROF. Dr. PhD AMAURI ALUISIO DA SILVA _____
orientador do(a) aluno(a) MARIA DE FÁTIMA ALMEIDA _____
número (n.º) ³⁷²⁶ _____ da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu considera que o
seu trabalho (nome) FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESAO AO USO DO PRESERVATIVO POR ADOLESCENTES DE UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES/PE. BRASIL. _____

reúne os requisitos para ser sujeito à apreciação do júri.

Viseu, ⁰⁶ de JANEIRO de 20¹⁵

O Orientador,

O Coorientador,
