



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO EM
ADOLESCENTES ESCOLARES**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Fernanda Altermann Batista

Santa Maria, RS, Brasil.

2014

COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO EM ADOLESCENTES ESCOLARES

Fernanda Altermann Batista

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do
Centro de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Garcia Dias
Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Samara Silva dos Santos

Santa Maria, RS, Brasil.

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Batista, Fernanda Altermann
Comportamento sexual de risco em adolescentes
escolares / Fernanda Altermann Batista.-2014.
99 p.; 30cm

Orientadora: Ana Cristina Garcia Dias
Coorientadora: Samara Silva dos Santos
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2014

1. Comportamento sexual de risco 2. Adolescentes 3.
Fatores de risco e proteção I. Dias, Ana Cristina Garcia
II. Santos, Samara Silva dos III. Título.

© 2014

Todos os direitos autorais reservados a Fernanda Altermann Batista. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: fealtermann@hotmail.com

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO EM ADOLESCENTES
ESCOLARES**

elaborada por
Fernanda Altermann Batista

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

Comissão Examinadora

Ana Cristina Garcia Dias, Dr^a
(Presidente/Orientadora)

Marco Antônio Pereira Teixeira
(Examinador)

Silvio José Lemos Vasconcellos
(Examinador)

Santa Maria, 31 de Março de 2014.

AGRADECIMENTOS

À Professora Ana Cristina Garcia Dias, pelo apoio e consideração nos momentos felizes e difíceis que passei durante esse processo do mestrado.

À Professora Samara Silva Santos, pelo apoio e disposição em co-orientar a dissertação de mestrado.

Ao Professor Marco Antônio Pereira Teixeira, pelas aulas de estatística aplicada à psicologia.

As componentes do grupo de pesquisa Juventude Brasileira, pela colaboração na etapa de coleta e passagem dos dados no programa SPSS.

Aos colegas de mestrado, pelo companheirismo e paciência.

Ao meu filho Mário Ricardo, que veio a esse mundo, durante essa etapa de minha vida, para me ensinar a cada dia a ter paciência.

Ao meu esposo Ricardo da Rosa Nogueira, pela compreensão e apoio sacrificando suas férias e dias de folgas para cuidar do nosso filho enquanto eu me dedicava à pesquisa.

À Deus por proporcionar a experiência de viver dois momentos importantes da minha vida e que contribuíram para um amadurecimento pessoal e profissional.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO EM ADOLESCENTES ESCOLARES

AUTOR: FERNANDA ALTERMANN BATISTA

ORIENTADORA: ANA CRISTINA GARCIA DIAS

CO-ORIENTADORA: SAMARA SILVA DOS SANTOS

Local e Data da Defesa: Santa Maria, 31 de Março de 2014.

A vivência da sexualidade durante a adolescência é considerada um aspecto normativo da adolescência marcado pela influência de aspectos biológicos, familiares e culturais que vão constituir a identidade sexual e o padrão de comportamento sexual do adolescente. Entretanto muitos adolescentes podem não possuir conhecimentos adequados e habilidades para a implementação de um comportamento sexual seguro podendo levá-los a engajar-se em comportamentos sexuais que gerem risco à sua saúde. Esses comportamentos, considerados de risco, podem levar o adolescente a ter uma gravidez indesejada ou a adquirir uma doença sexualmente transmissível. Estudos nacionais e internacionais têm procurado identificar fatores que podem influenciar desenvolvimento desses comportamentos na iniciação sexual e na gestão da contracepção. A idade, a escolaridade e a religião podem atuar como fatores protetivos relacionados ao adiamento da primeira relação sexual. Aspectos relacionados ao gênero podem exercer forte influência, principalmente na gestão da contracepção nos relacionamentos sexuais posteriores a iniciação sexual, juntamente com o apoio parental. Observa-se poucos estudos nacionais com o foco nas relações entre o apoio parental e os comportamentos sexuais de risco em adolescentes. Para contemplar os objetivos propostos, a presente dissertação apresenta-se dividida em dois artigos. No primeiro estudo, foi realizada uma revisão sistemática de literatura sobre comportamento sexual de risco a partir de estudos nacionais. No segundo estudo, procurou-se investigar em adolescentes de escolas públicas, possíveis relações entre o apoio parental e comportamentos sexual de risco e outros fatores que pudesse estar exercendo influencia nesses comportamentos. Participaram dessa pesquisa 508 estudantes do ensino fundamental e médio de escolas públicas de um município da região centro do Rio Grande do Sul. Para a coleta dos dados utilizou-se o Questionário Juventude Brasileira Versão Fase II que investiga fatores de risco e proteção em adolescentes. Os adolescentes têm sua primeira relação sexual por volta dos quatorze anos de idade, com parceiros fixos. Durante a gestão da contracepção constatou-se uma diminuição do uso do preservativo nas relações sexuais, principalmente pelas meninas que passam a utilizar a pílula anticoncepcional como método contraceptivo. Esses dados alertam para o fato de que os adolescentes estão prevenindo-se de uma gravidez e não das doenças sexualmente transmissíveis.

Palavras-chave: Comportamento sexual de risco. Adolescentes. Fatores de risco e proteção.

ABSTRACT

Master's Thesis
Graduate Program in Psychology
Federal University of Santa Maria

RISK SEXUAL BEHAVIOR AMONG SCHOOL ADOLESCENTS

AUTHOR: FERNANDA ALTERMANN BATISTA

ADVISER: ANA CRISTINA GARCIA DIAS

CO-ADVISER: SAMARA SILVA DOS SANTOS

Place and Date of Defense: Santa Maria, March, 31, 2014.

The experience of sexuality during adolescence is considered a normative aspect of adolescence marked by the influence of biological, familial and cultural aspects that will be the pattern of sexual identity and sexual behavior of adolescents. However, many adolescents do not have adequate knowledge and skills to implement safe sexual behavior may lead them to engage in sexual behaviors that create risk to their health. These behaviors are considered risky, and can lead adolescents to have an unwanted pregnancy or getting a sexually transmitted disease. National and international studies identified factors that may influence the development of these behaviors in sexual initiation and management of contraception. The age and education can act as protective factors related to delay of first sexual intercourse. Gender have a strong influence, especially in the management of contraception along with parental support. These factors can influence the choice of contraceptive method used in subsequent sex initiation. Observed few national studies with a focus on relationships between parental support and sexual risk behaviors in adolescents. To address the proposed objectives, this dissertation presents itself divided into two articles. In the first study, a systematic review of literature on sexual risk behavior from national studies were conducted. In the second study, we investigate possible relationships between parental support and sexual risk behaviors and other factors that could be exerting influence these behaviors, in adolescents in public schools. Participated in this study 508 students from elementary and secondary education in public schools in a city in the central region of Rio Grande do Sul. We used to collect data the Brazilian Questionare Phase II which investigating risk and protective factors in adolescents. The adolescents have their first sexual intercourse at about fourteen years old, with a steady partner. During the management of contraception it was found a decrease in the consistent use of condoms during sexual intercourse, particularly by girls who start using the pill as a contraceptive method. These data call attention to the fact that adolescents are preventing themselves from pregnancy and not STDs.

Keywords: Sexual risk behavior. Adolescents. Risk and protective factors.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
ARTIGO 1.....	10
Resumo.....	10
Abstract.....	10
Introdução.....	11
Método.....	14
Resultados	16
Panorama Geral dos estudos realizados no período entre 2000 e 2013.....	16
Iniciação Sexual.....	17
Gestão da contracepção.....	20
Discussão.....	24
Considerações finais.....	29
Referências.....	31
ARTIGO 2.....	37
Resumo.....	37
Abstract.....	37
Introdução.....	38
Método.....	42
Participantes.....	42
Instrumento.....	42
Procedimentos e considerações éticas.....	44
Resultados.....	44
Discussão.....	48
Considerações finais.....	54
Referências.....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS.....	65
ANEXO.....	66
Anexo A – Tabela 1 e Tabela 2.....	66
APÊNDICES.....	74
Apêndice A - Termo de Concordância Institucional.....	74
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Pais.....	76
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Adolescente.....	78
Apêndice D – Questionário Juventude Brasileira Fase II.....	80

INTRODUÇÃO

A vivência da sexualidade durante a adolescência é considerada um aspecto normativo dessa fase. Esse processo é marcado por aspectos biológicos, familiares e culturais que vão constituir a identidade sexual e o padrão de comportamento sexual do adolescente (Tolman & McClelland, 2011). Entretanto, muitos adolescentes não possuem conhecimentos adequados e habilidades para a implementação de um comportamento sexual seguro (Malow, Dévieux, Jennings, Lucenko, & Kalichman, 2001).

Essa situação pode levar os adolescentes a engajar-se em comportamentos sexuais que gerem risco à sua saúde. Entende-se que esses comportamentos podem estar associados ao não uso do preservativo nas relações sexuais possibilitando aquisição de doença sexualmente transmissível ou gravidez não desejada (Kotchick, Shaffer, Forehand, & Miller, 2001).

Vários estudos têm procurado identificar fatores (individuais, culturais e familiares) que influenciam o desenvolvimento de comportamentos sexuais de risco em adolescentes em duas situações relacionadas a vivência da sexualidade: na iniciação sexual e na gestão da contracepção durante os relacionamentos sexuais posteriores (Alves & Brandão, 2009; De Graaf et al., 2010; Tronco & Dell’Aglia, 2012). Com relação aos fatores individuais destaca-se a idade e a escolaridade, sendo que quanto maior a idade da iniciação sexual e a escolaridade do adolescente, maiores são as chances de utilizar o preservativo na relação sexual (Bolzon & Heilborn, 2006; Cerqueira-Santos, 2008). Aspectos relacionados ao gênero constituem os fatores culturais e exercem forte influência, principalmente na gestão da contracepção (Alvez & Brandão, 2009). Estilos parentais de educação, apoio parental e práticas específicas como o monitoramento são apontados como fatores familiares que contribuem para o adiamento da primeira relação sexual e para o uso de métodos contraceptivos nos relacionamentos posteriores, como o uso do preservativo (De Graaf et al., 2010; Tronco, 2011; Xavier, 2005). Observa-se poucos estudos nacionais com o foco nas relações entre o apoio parental e os comportamentos sexuais de risco em adolescentes.

Nesse sentido, com o intuito de colaborar para o desenvolvimento de pesquisas nessa área, o presente trabalho buscou identificar possíveis relações entre comportamentos sexuais de risco em adolescentes escolares e a variável apoio parental. Além disso, procurou identificar outros fatores relacionados ao comportamento sexual de risco nessa população. Essa dissertação apresenta-se dividida em dois artigos. No primeiro estudo, realizou-se uma revisão sistemática da literatura nacional sobre comportamentos sexuais de risco entre

adolescentes. No segundo estudo, procurou-se investigar, a partir de dados empíricos, relações entre o apoio parental e comportamentos sexuais de risco em adolescentes escolares e outros fatores que podem estar exercendo influência sobre esses comportamentos. Para tanto, participaram deste estudo 508 adolescentes entre 13 e 19 anos estudantes de escolas públicas de ensino fundamental e médio de uma cidade da região centro do Rio Grande do Sul. Durante a coleta dos dados, utilizou-se o Questionário Juventude Brasileira Versão Fase II (Dell’Aglío, Koller, Cerqueira-Santos, & Colaço, 2009).

ARTIGO 1- COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO NA ADOLESCENCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS DOS ÚLTIMOS TREZE ANOS

Resumo:

Esse artigo teve como objetivo identificar o que os estudos empíricos brasileiros compreendem por comportamento sexual de risco entre os adolescentes escolares. Foi realizada uma revisão sistemática de artigos científicos brasileiros publicados entre 2000 a 2013, na base de dados interdisciplinar *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram usados os descritores: comportamento de risco e adolescência; comportamento sexual e adolescente; comportamento sexual e adolescentes; sexualidade e adolescência, sexualidade e adolescentes, comportamento sexual de risco e comportamento sexual de adolescentes para identificar os trabalhos publicados sobre o tema. Um total de 276 artigos foram encontrados. Após a exclusão de 233 artigos, foram selecionados 43 para leitura do texto completo dentre os quais foi excluído mais um artigo. A amostra final foi de 42 artigos que foram analisados qualitativamente. Duas categorias foram construídas: iniciação sexual e gestão da contracepção. Na categoria iniciação sexual foram agrupados artigos que destacaram fatores associados ao comportamento sexual de adolescentes como idade, escolaridade e religião. A categoria gestão da contracepção, abrangeu os artigos que destacaram os aspectos associados ao gênero, a própria fase da adolescência e ao uso de substância psicoativas, a internalização da informação sobre DST's/AIDS e prevenção e ao apoio parental. O comportamento sexual de risco é um fenômeno complexo e multicausal. Fatores individuais, familiares e culturais exercem influência sobre o desenvolvimento desse comportamento. Sugere-se ações em políticas públicas que abordem esses aspectos e não só a transmissão da informação.

Palavras-chave: Comportamento Sexual, Comportamento de Risco, Adolescente.

Abstract:

This article aims to identify what empirical studies Brazilians understand for sexual risk behavior among adolescents. A systematic review of published scientific articles in Brazil, between 2000 and 2013, in the database interdisciplinary SciELO - Scientific Electronic Library Online (<http://www.scielo.org>) was performed. We used the descriptors: risk behavior and adolescence, sexual behavior and adolescent, sexual behavior and adolescents, sexuality and adolescence, sexuality and adolescents, sexual risk behavior and sexual behavior of adolescents to identify studies published on the topic. A total of 276 articles were found. After exclusion of 233 articles, 43 were selected for analysis of the full text. One article was

excluded. The final sample of 42 articles that were analyzed qualitatively. Two categories were constructed: sexual initiation and management of contraception. In sexual initiation category, articles that highlighted factors in the development of sexual behavior in adolescents as age, education and religion were grouped. The management contraception category included articles that highlighted the aspects associated with the genre, the very stage of adolescence and the use of psychoactive substances, the internalization of information on STDs / AIDS and prevention and parental support. Sexual risk behavior is a complex and multifactorial phenomenon. Individual, family and cultural factors influence on the development of this behavior. It is suggested actions in public policies to address these issues and not just the transmission of information.

Key words: Sexual Behavior; Behavior Risk; Adolescent

INTRODUÇÃO

A adolescência caracteriza-se como um período de desenvolvimento no qual há um esforço do indivíduo para estabelecer independência e autonomia (Steinberg & Morris, 2001). Diante desse exercício de autonomia, os jovens passam a tomar decisões sobre seu estilo de vida, realizando escolhas e assumindo riscos que poderão impactar a saúde de forma mais imediata ou a longo prazo (Atav & Spencer, 2002). Os comportamentos de risco para a saúde na adolescência têm sido avaliados por meio do uso de tabaco, álcool e outras drogas; da identificação de atividade sexual precoce, da gravidez na adolescência, do não uso de preservativos nas relações sexuais, da prática de atividade física e do comportamento alimentar (Atav, & Spencer, 2002; Brasil, Alves, Amparo, & Frajorge, 2006; Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho, & Gouveia, 2000). O comportamento sexual de risco é um dos comportamentos que podem impactar a saúde e a trajetória desenvolvimental de adolescentes.

A vivência da sexualidade no período da adolescência é considerada um aspecto normativo do desenvolvimento (Tolman & McClelland, 2011). Essa etapa de vida, que abrange o desenvolvimento de uma identidade sexual, envolve a administração de sentimentos sexuais, o desenvolvimento de novas formas de intimidade e o aprendizado das habilidades para regular o comportamento sexual evitando consequências indesejáveis, como uma gravidez precoce ou infecção por doenças sexualmente transmissíveis (Santrock, 2003). Assim, esse processo de vivência da sexualidade na adolescência é marcado por aspectos biológicos, familiares e culturais que vão constituir a identidade sexual e o padrão de comportamento sexual. Nesse sentido, esse processo não deve ser estudado apenas sob um

aspecto, mas pela interrelação desses aspectos que caracterizam a complexidade do fenômeno (Santrock, 2003).

Em relação ao comportamento sexual dos adolescentes brasileiros vários estudos têm destacado que mais da metade dos jovens, entre 15 e 19 anos, já tiveram relações sexuais (Ministério da Saúde, 2012; Paiva, Calazans, Venturini, & Dias, 2008). Esse dado alerta para duas questões. A primeira questão é que o exercício da sexualidade na adolescência *a priori* não deve automaticamente ser associado ao perigo, ao risco. A sexualidade foi lentamente sendo incorporada à compreensão da identidade integral do adolescente (Tolman & McClelland, 2011). Entretanto, aos adolescentes frequentemente faltam conhecimentos adequados, motivações e habilidades para a implementação de um comportamento sexual seguro (Malow, Dévieux, Jennings, Lucenko, & Kalichman, 2001). A segunda questão alerta para a hipótese de que adolescentes podem engajar em comportamentos sexuais, que geram risco à saúde.

De fato, dados do Ministério da Saúde (2012) revelam uma alta incidência da infecção pelo HIV na população jovem nos últimos anos. Essa incidência de casos de HIV/AIDS aumentou progressivamente nos jovens entre 15 a 24 anos até a década de 90, mantendo-se estabilizada nas décadas posteriores. Apesar dessa estabilidade na incidência de casos nos jovens dessa faixa etária, considera-se preocupante a incidência de HIV/AIDS. Alguns estudos destacam uma tendência ao aumento dessa taxa, pois estima-se um número elevado de subnotificações de casos, tendo em vista que a manifestação de sintomas da doença pode levar, em média, 10 anos para aparecer (Ministério da Saúde, 2006, 2012; Santos & Santos, 1999). Em relação às demais DSTs, apenas a sífilis, juntamente com a AIDS, possuem notificação compulsória de acordo com a Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Foi observada também alta prevalência do vírus papiloma humano (HPV) em adolescentes e jovens (Ministério da Saúde, 2008).

O comportamento sexual de risco é considerado um fenômeno complexo e multicausal. Envolve uma diversidade de fatores associados: sociais, culturais, aspectos relacionados ao gênero, vivências individuais e subjetivas da sexualidade, acesso a serviços e a existência de políticas públicas (Barros, 2002). De uma forma geral, comportamentos sexuais de risco são aqueles que expõem os adolescentes à possibilidade de uma gravidez precoce ou de contrair doenças sexualmente transmissíveis, como o HIV/AIDS (Atav, & Spencer, 2002; Kotchick et al., 2001). Nesse sentido, entende-se que os comportamentos sexuais de risco estão relacionados ao não uso do preservativo nas relações sexuais. Outros estudos têm analisado possíveis fatores envolvidos nesse processo de vivência da sexualidade

em adolescentes que podem trazer riscos ao seu desenvolvimento (Currie et al., 2008; Tronco Dell’Aglia 2012). Alguns marcadores de relações sexuais de risco destacados no estudo de Currie et al. (2008) foram: iniciação sexual precoce, múltiplos parceiros, não uso do preservativo e uso de álcool e drogas antes do sexo. Nesse sentido, a idade da iniciação sexual e o uso de preservativos, tanto na primeira relação sexual, quanto nos relacionamentos sexuais posteriores, podem ser considerados fortes indicadores individuais de risco ou proteção quando um adolescente inicia sua vida sexual (Cerqueira-Santos, 2008; Langille, Asbridge, Flowedew, & Allen, 2010; Maluleke, 2010; Paiva et. al., 2008; Stulhofer, Bacak, Ajdukovic, & Graham, 2010; Tremblay & Frigon, 2004). Em relação a indicadores familiares, alguns estudos encontraram correlações entre o comportamento sexual de risco e variáveis como: estrutura familiar, estilos parentais e apoio parental (Tronco, 2011; Xavier, 2005). Os documentos do Ministério da saúde sobre HIV/AIDS apresentam um entendimento semelhante a respeito dos comportamentos sexuais de risco, uma vez que indica a necessidade de avalia-los a partir de vários aspectos. Um elemento central ao entendimento desse conceito é a ideia de vulnerabilidade, que pode ser expressa como: “o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional, diante de uma determinada doença, condição ou dano” (Ministério da Saúde, 2006, p.20). Nesse contexto, há três dimensões de vulnerabilidade que precisam ser analisadas: a individual (relacionada ao comportamento do indivíduo), a social (relacionada à incidência de fatores sociais e econômicos associados à exposição ao risco de infecção pelo HIV de determinados segmentos populacionais) e a institucional (relaciona à ausência de políticas públicas que tenham por objetivo o controle da epidemia em grupos populacionais e/ou localidades). Assim, sugere-se que as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde sejam pautadas por esses aspectos que influenciam o desenvolvimento de comportamentos sexuais de risco sem cair numa visão apenas biomédica, mas sim, considerando o adolescente na construção de sua autonomia em relação a sua saúde sexual e reprodutiva (Ministérios da Saúde, 2009).

Entender o comportamento sexual dos adolescentes se torna importante na formulação e implementação de programas e intervenções eficazes relacionados à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Assim, o objetivo desse estudo foi identificar, a partir de uma revisão sistemática da literatura brasileira, aspectos associados aos comportamentos sexuais de risco na adolescência.

MÉTODO

Este estudo procurou identificar, a partir de estudos brasileiros, aspectos associados aos comportamentos sexuais de risco em adolescentes escolares. Para tanto, foi realizada, em agosto de 2013, uma revisão sistemática de artigos científicos brasileiros publicados, entre 2000 a 2013, na base de dados interdisciplinar *Scientific Eletronic Library Online* – SciELO (<http://www.scielo.org>). Foram utilizados os descritores: comportamento de risco e adolescência; comportamento sexual e adolescente; comportamento sexual e adolescentes; sexualidade e adolescência, sexualidade e adolescentes, comportamento sexual de risco e comportamento sexual de adolescentes para identificar os trabalhos publicados sobre o tema.

Na etapa exploratória foram encontrados para os seguintes descritores: comportamento de risco e adolescência (4 artigos); comportamento sexual e adolescente (23 artigos); comportamento sexual e adolescentes (32 artigos); sexualidade e adolescência (123 artigos); sexualidade e adolescentes (92 artigos); comportamento sexual de risco (1 artigo) e comportamento sexual de adolescentes (1 artigo). No total, foram encontrados duzentos e setenta e seis (276) artigos. Desses, noventa e dois (92) artigos estavam duplicados. Assim, restaram cento e oitenta e quatro (184) artigos a serem analisados. Nessa etapa exploratória, de pré-seleção dos artigos, realizou-se a leitura dos resumos dos trabalhos identificados procurando-se delimitar a amostra de artigos a serem lidos na íntegra, a partir do foco desse estudo: comportamento sexual de risco em adolescentes (Figura 1).

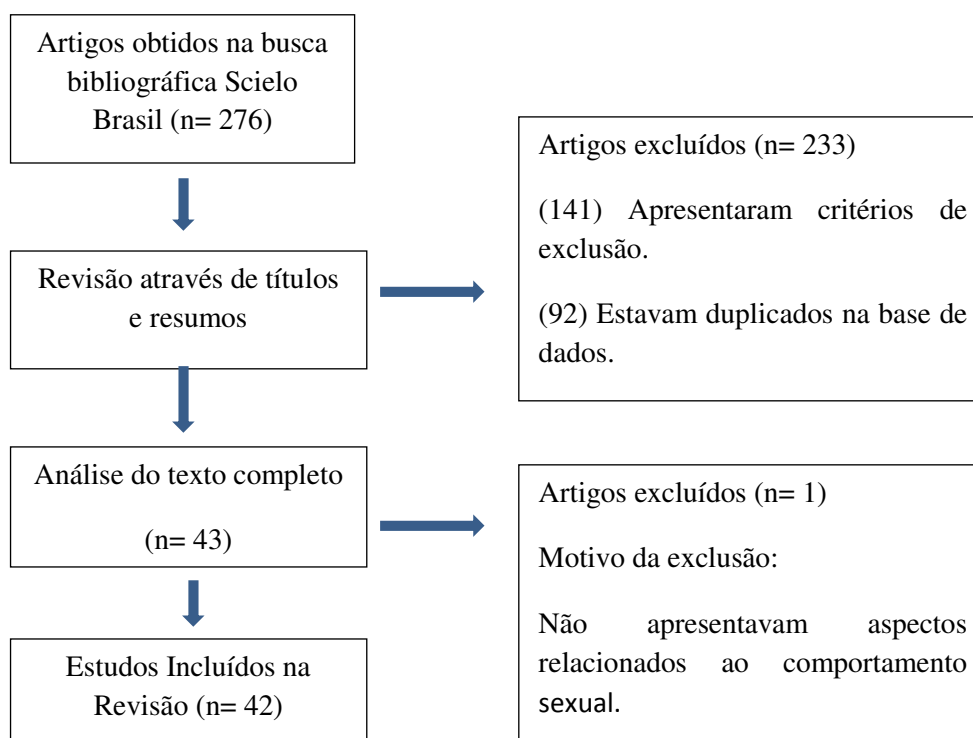


Figura 1 Fluxo da seleção dos artigos

O critério de inclusão dos artigos para participação na amostra final do estudo foi: tratar do tema relacionado ao comportamento sexual de adolescentes escolares. Os critérios de exclusão foram: estudos teóricos, não serem realizados com a população brasileira e artigos que apresentaram e avaliaram processos de intervenções nessa temática. Cabe salientar que a maioria dos artigos excluídos não estava relacionada especificamente ao tema de estudo (Comportamento sexual de risco em adolescentes). Assim, muitos artigos tratavam da vivência da maternidade em adolescentes, outros estavam relacionados especificamente a vivência da sexualidade em adolescentes que haviam contraído doenças sexualmente transmissíveis (DST, HIV/AIDS). A exclusão desses artigos foi considerada em função de não trazerem indicadores de comportamentos sexuais de adolescentes que pudessem oferecer risco e sim de vivências de sua sexualidade após um agravo em sua saúde ou do advento de uma gestação, ou seja, como consequência de um comportamento sexual de risco. Assim, atendendo os critérios de exclusão, foram excluídos cento e quarenta e um (141) artigos.

A partir da leitura dos resumos dos trabalhos, respeitando os critérios de inclusão citados anteriormente, foram selecionados quarenta e três (43) artigos para serem lidos na íntegra. Esses artigos selecionados foram submetidos à análise do texto completo e foi excluído um (1) artigo que não abordava aspectos relacionados ao Comportamento Sexual de Risco, mas abordavam a vivência e percepções da sexualidade de forma mais ampla. Assim

restaram quarenta e dois (42) artigos os quais foram submetidos a uma análise de conteúdo temática, na qual se buscou identificar grandes temas relacionados ao estudo (Bardin, 2011).

RESULTADOS

Panorama geral dos estudos realizados no período entre 2000 e 2013

Os estudos analisam aspectos associados aos comportamentos sexuais de adolescentes, especificamente ao não uso do preservativo ou ao uso inconsistente desse na relação sexual em dois momentos: iniciação sexual e durante os relacionamentos sexuais posteriores quando o adolescente é responsável pela gestão da contracepção. A Tabela 1 apresenta estudos que analisam os comportamentos sexuais durante a iniciação sexual e a Tabela 2 apresenta estudos relacionados aos relacionamentos sexuais após a iniciação sexual. As tabelas foram construídas com as principais informações sobre os estudos analisados: tipo de amostra, delineamento, região de estudo, objetivo e áreas de publicação. Observa-se que os estudos envolvendo comportamentos sexuais dos adolescentes brasileiros possuem, na sua maioria, um delineamento quantitativo (n=25). Apenas doze estudos apresentaram análises qualitativas e cinco apresentaram análises qualitativas e quantitativas. Com relação à região estudada, observa-se uma concentração dos estudos na região Sudeste do país (n = 21). Nove estudos abrangeram a região Sul e nove a região Nordeste. Cinco estudos eram multicêntricos envolvendo duas ou mais regiões do país. Poucos estudos foram realizados com populações adolescentes nas regiões norte e centro-oeste. Ambas as regiões apresentaram cinco estudos, sendo três estudos multicêntricos e um estudo em cada região. Nesse contexto, destaca-se, também, que a maioria dos estudos envolveu populações residentes em grandes centros urbanos. O maior número de pesquisas nas regiões sul, sudeste e nordeste pode ser decorrente da concentração de universidades nessas regiões. Essa informação reforça a importância de fomentar investigações com populações de adolescentes residentes em municípios do interior do país e cidades de pequeno e médio porte, por exemplo. Existem características sociais, econômicas e culturais dessas populações que podem influenciar no comportamento sexual de adolescentes (Knauth, Heilborn, Bozon, & Aquino, 2006). Destaca-se também a necessidade de estudos em regiões que fazem fronteira com outros países como as regiões norte, centro-oeste e sul, onde geralmente é alto o índice de exploração sexual de adolescentes em cidades de fronteira. Dessa forma, entender o contexto de desenvolvimento do comportamento sexual de adolescentes nessas regiões, como aspectos socioculturais, torna-se importante para se pensar em estratégias mais específicas. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de estudos com populações dessas regiões e possíveis comparações entre os comportamentos sexuais de

adolescentes entre as regiões centro-oeste e norte, regiões que apresentam poucos estudos, e a região sul, por exemplo.

Os artigos analisados foram compreendidos a partir de uma perspectiva da saúde sexual e reprodutiva, que enfatiza a saúde de forma integral. Ou seja, enfatiza aspectos biológicos, sociais e psicológicos dos indivíduos promovendo o bem-estar e o envolvimento de adolescentes e jovens no desenvolvimento de sua sexualidade de forma autônoma. Assim, essa perspectiva atravessa o âmbito dos direitos humanos, na medida em que traz à tona o direito ao exercício pleno da sexualidade e da reprodução na população adolescente (Ministério da Saúde, 2009). Dessa forma, a partir da análise das produções brasileiras nos últimos treze anos foram organizadas algumas categorias temáticas. Como os estudos analisavam os comportamentos sexuais dois momentos da vivência da sexualidade em adolescentes (iniciação sexual e a gestão da contracepção nos relacionamentos posteriores), primeiramente esses estudos foram divididos, conforme disponibilizados nas tabelas 1 e 2. Assim, doze artigos abordaram aspectos associados ao comportamento sexual na primeira relação sexual entre os adolescentes e trinta artigos abordavam aspectos associados ao comportamento sexual de adolescentes após a iniciação sexual onde há a necessidade da escolha do método contraceptivo a ser utilizado nos relacionamentos sexuais e da administração de forma segura. Esse momento foi denominado de gestão da contracepção. As categorias foram agrupadas conforme esses dois momentos pois entende-se que cada situação de vivência da sexualidade pode implicar em aspectos diferenciados associados aos comportamentos sexuais de risco entre adolescentes.

Iniciação sexual

A iniciação sexual representa um momento importante de escolha e de definições de padrões e condutas que orientam a expressão da sexualidade. É um momento relacionado ao processo de construção da autonomia no âmbito da sexualidade e que desperta muitos sentimentos e dúvidas referentes a esse processo. Assim, sentimentos relacionados ao desejo de ter novas experiências e ao medo frente a possibilidade de ocorrência de uma gestação não planejada, DST/AIDS ou da reação dos pais ao descobrirem que estão exercendo sua sexualidade, influenciam a forma como os adolescentes irão vivenciar esse momento da sua vida (Amaral & Fonseca, 2006). Nesse contexto, os estudos demonstraram que a idade e a escolaridade do adolescente podem atuar como fatores de risco ou proteção em relação aos comportamentos sexuais culminando no uso ou não do preservativo.

Idade

Os estudos analisados apontaram que a maioria dos adolescentes tem relações sexuais entre 14 e 17 anos havendo diferenças significativas em relação ao gênero (Paiva et al., 2008; Malta et al., 2011). Os estudos têm constatado que adolescentes do sexo masculino começam a ter relações sexuais mais cedo do que as meninas. Os meninos geralmente têm sua primeira experiência sexual por volta dos 14 anos (Malta et al., 2011; Paiva et al., 2008). O estudo de Gubert e Madureira (2008) sobre a iniciação sexual de adolescentes estudantes do ensino médio de escolas públicas de duas cidades da região sul do Brasil, também constatou que 76,8% dos meninos iniciaram sexualmente com 14 anos ou menos. A iniciação sexual desses adolescentes geralmente ocorre com parceiras eventuais (Gubert & Madureira, 2008). Entre os motivos que levaram a primeira relação sexual foram a vontade/tesão, a curiosidade e a pressão dos grupos de pares (Gubert & Madureira, 2008; Malta et al., 2011). Já, com relação as adolescentes do sexo feminino, a iniciação sexual está relacionada a afetividade. Elas procuram esperar o melhor momento para ter a primeira relação sexual, escolhendo o parceiro mais adequado (Amaral & Fonseca, 2006; Moreira & Santos, 2011). Assim, as adolescentes geralmente têm a iniciação sexual entre 15 e 17 anos e, na maioria das vezes, ocorre com parceiros fixos, como os namorados (Leite, Rodrigues, & Fonseca, 2004).

Escolaridade

Além da idade, a escolaridade também pode exercer influência na iniciação sexual repercutindo na idade da ocorrência da primeira relação sexual, bem como no uso ou não do preservativo (Hugo et al, 2011; Teixeira, Knauth, Fachel, & Leal, 2006). Entre adolescentes do sexo feminino e masculino, verificou-se que quanto maior a escolaridade, mais tarde tende a ocorrer a primeira relação sexual e maiores são as chances de usarem preservativo. Assim, um estudo que procurou analisar fatores de risco aos comportamentos sexuais de adolescentes nas regiões sudeste e norte identificou que adolescentes com cinco anos ou mais de escolaridade tendem a ter a iniciação sexual mais tarde e a usar preservativo (Leite et al., 2004). Outro estudo multicêntrico cujo objetivo era identificar fatores associados ao uso do preservativo na primeira relação sexual e na última constatou que a escolaridade do adolescente do sexo feminino e masculino interferiu no uso do preservativo na primeira relação sexual mas não na última relação sexual (Teixeira et al, 2006). A maioria dos estudos convergem para a análise de que a escolaridade influencia tanto na idade da primeira relação sexual quanto no uso do preservativo. Apenas um estudo não encontrou associações entre a escolaridade e o início da vida sexual para as meninas (Borges, Letorre, & Schor, 2007). Também foi identificado nos estudos que em adolescentes universitários, a primeira relação

sexual tende a ocorrer aos 17 anos ou mais e, geralmente, ocorre com o namorado e com o uso de preservativo, o que ressalta a importância da escolaridade no adiamento da iniciação sexual e no uso do preservativo (Moreira & Santos, 2011).

Observa-se que a idade e a escolaridade exercem influência sobre a iniciação sexual e, conseqüentemente, está relacionada ao uso ou não de método contraceptivo, principalmente ao uso do preservativo, que protege os adolescentes de eventos como uma gravidez e/ou contaminação de DST's. Nesse contexto, torna-se importante destacar que os estudos indicaram que o uso de preservativo na primeira relação sexual dos adolescentes tem aumentado nos últimos anos, o que demonstra uma maior conscientização da importância dos cuidados necessários nesse primeiro evento na vida do adolescente (Gubert & Madureira, 2008; Paiva et al., 2008; Teixeira et al., 2006). Os estudos também apontam que aspectos relacionados à escolaridade e a idade contribuem para o uso ou não de contraceptivos na primeira relação sexual. De fato, quanto maior a idade do adolescente e/ou a escolaridade, maior a chance de usar algum método anticoncepcional na primeira relação sexual (Leite et al., 2004). Porém os estudos mais recentes constataram que adolescentes têm uma iniciação sexual precoce, ou seja, até os 14 anos e tendem a não usá-lo nas outras relações sexuais tornando-os vulneráveis as DST's e/ou gravidez não planejada (Paiva et al., 2008; Teixeira et al., 2006). Esses dados revelam a importância de um aprofundamento em relação a esses aspectos tendo em vista a possibilidade de repetição de padrões não seguros de comportamentos sexuais em adolescentes que tem relações sexuais mais cedo relacionadas possivelmente a falta de informação necessária sobre formas de prevenção.

Gestão da contracepção

A gestão da contracepção está associada ao exercício da sexualidade. É compreendida como um processo de aprendizado e de tomada de decisões que se adquire com o tempo, através dos relacionamentos afetivo-sexuais (Brandão & Heilborn, 2006). Em relação a contracepção na iniciação sexual, os estudos da sessão anterior evidenciaram um aumento no uso de métodos contraceptivos (principalmente o preservativo) na primeira relação sexual dos adolescentes (Gubert & Madureira, 2008; Paiva et al., 2008). Porém, a propensão ao uso de contracepção, principalmente do preservativo, no decurso dos relacionamentos sexuais ainda é baixo (Taquette, Vilhena, & Paula, 2004; Taquette, Andrade, Vilhena, & Paula, 2005). Conforme já destacado, a escolaridade e a idade dos adolescentes exercem grande influência no uso de preservativo na iniciação sexual. Esses aspectos associados ao gênero, ao uso de substâncias psicoativas antes da relação sexual, a internalização da informação sobre DST's/AIDS e prevenção, a configuração familiar, a qualidade dos relacionamentos

familiares e a comunicação entre pais e filhos exercem influência sobre a gestão dos contraceptivos de forma segura ou não pelos adolescentes. Nesse sentido, dificuldades encontradas na gestão da contracepção podem estar associadas ao desenvolvimento de comportamentos sexuais de risco.

Gênero

Em relação à gestão da contracepção, existem algumas especificidades no que diz respeito ao gênero na população adolescente. Estudos têm evidenciado que os rapazes fazem mais uso do preservativo nas suas relações sexuais comparado as meninas, porém, esse uso está associado às relações eventuais ou com mulheres que não conhecem (Alves & Brandão, 2009; Toneli, Mendes, Varassori, Guedes, & Finkler, 2003). Já para as meninas, o uso do preservativo foi identificado numa frequência menor, sendo mais utilizada a pílula anticoncepcional, por exemplo (Teixeira & Taquette, 2010). Esses estudos revelam aspectos associados a esses comportamentos que podem levar ao comportamento sexual de risco. Assim os estudos destacam uma tendência a diminuição do uso do preservativo e aumento do uso da pílula anticoncepcional, quando o relacionamento passa a ser estável. Essa tendência está relacionada a relação de confiança estabelecida nos relacionamentos afetivo-sexuais (Alves & Brandão, 2009; Toneli et al., 2003). Assim, quando os adolescentes estão namorando, acreditam na fidelidade do parceiro e passam a se preocupar com a prevenção da gravidez. Na gestão da contracepção pelos adolescentes, parece não haver uma preocupação com os riscos as DTS/AIDS. Os adolescentes desconsideram que seu parceiro possa ter vivenciado situações de risco antes de conhecê-lo, o que os tornam vulneráveis (Brêtas, Ohara, Jardim, Junior, & Oliveira, 2011; Miranda, Gadelha, & Szwarcwalg, 2005; Taquette et al., 2005; Trajman et al., 2003).

Outro aspecto que pode estar associado ao comportamento sexual de risco em adolescentes está associado a negociação para escolha do método contraceptivo a ser utilizado no relacionamento sexual. Essa negociação está permeada pela hierarquia de gênero nas relações. Nesse contexto, os rapazes manifestam desinteresse no uso do preservativo, alegando, muitas vezes, a diminuição do prazer na relação sexual (Alves & Brandão, 2009). Assim, os meninos acabam delegando a responsabilidade da contracepção para as meninas. Essa assimetria nas relações de gênero dificulta o diálogo para escolha consciente de formas de exercer uma contracepção segura. Nesse sentido, Miranda et al. (2005) observaram que 28% das adolescentes entrevistadas relataram dificuldade em propor ao parceiro o uso do preservativo e 34,7% relataram usar raramente ou nunca o preservativo. Assim, as meninas tornam-se vulneráveis as DST/AIDS, pois a maioria usa somente a pílula (Brêtas et al., 2011).

Uso de substâncias psicoativas

Além das questões de gênero, aspectos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (cigarro, álcool e drogas ilícitas) antes da relação sexual exercem influência sobre o comportamento sexual de risco em adolescentes. Alguns estudos têm investigado possíveis correlações entre uso dessas substâncias e comportamentos sexuais de risco entre adolescentes, como o não uso do preservativo (Bertoni, et al., 2009; Miranda et al., 2005). Assim, adolescentes do sexo masculino parecem estar mais expostos a essas situações e quando sob efeito de tais substâncias acabam não usando preservativo, tanto em relações sexuais com parcerias casuais, quanto com parcerias fixas (Bertoni et al., 2009). Ressalta-se que o não uso do preservativo nas relações sexuais pode expor o adolescente ao risco de DST's. Com relação as meninas, os estudos identificaram associação entre as variáveis uso de drogas e ter uma DST. Assim, dois estudos com adolescentes portadoras de DST identificaram associações estatisticamente significativas entre as variáveis tabaco, bebida alcoólica e drogas ilícitas ter uma DST (Taquette, Vilhena, & Paula, 2004; Taquette, Andrade, Vilhena, & Paula, 2005). Já outro estudo encontrou, em uma amostra de adolescentes do sexo feminino que procuraram um serviço de saúde da região sul do país, associações significativas entre uso de drogas e ser portador de HIV/Aids (Bassols, De Boni, & Pechansky, 2010). Assim, os estudos têm destacado que o uso de drogas pode ser um fator de risco para a saúde sexual tanto de adolescentes do sexo masculino quanto feminino.

Acesso a informações

O acesso a informações sobre DST/AIDS e prevenção entre os adolescentes parece não estar associado ao uso consistente de contracepção nos relacionamentos sexuais (Assinelli-Luz & Júnior, 2008; Brêtas et al., 2011; Cedaro, Boas, & Martins, 2012). De fato, 90% das adolescentes relataram acesso as informações sobre riscos e prevenção de DST's, porém 12,8% apresentaram história de DST, 31,6% já haviam engravidado e apenas 23% delas faziam uso regular de métodos contraceptivos (Miranda et al., 2005). Resultados como esse evidenciam a importância de se trabalhar educação sexual, pois verifica-se uma lacuna entre o acesso a informação e/ou ter conhecimento sobre métodos contraceptivos e formas de prevenção das DSTs e a efetiva aplicação desse conhecimento nas relações sexuais.

Apesar dos adolescentes declararem ter bom conhecimento sobre DST's e formas de prevenção, esse conhecimento parecer ser parcial. Os resultados de alguns estudos revelam que os adolescentes consideram possuir um bom nível de conhecimento em relação ao preservativo e as DST/AIDS, entretanto, expressaram dúvidas, como por exemplo: a) acreditam que não há risco de infecção na prática de sexo oral (Toneli et al., 2003); e b)

acreditam que contatos sexuais sem penetração não oferecem riscos de contaminação e que sexo anal oferece maior chance de contaminação do que sexo entre mulheres (Assinelli-Luz & Júnior, 2008). Assim, a maioria dos adolescentes apresenta conhecimento parcial relacionado a prevenção das DST's.

Configuração familiar

Alguns estudos constataram que morar com o pai e a mãe pode estar associado a um bom relacionamento familiar e bons níveis de informação, o que pode influenciar em uma gestão segura da contracepção entre os adolescentes (Cedaro et al., 2012 Taquette et al., 2005). Assim, Taquette et al. (2005), em um estudo com 356 adolescentes do sexo feminino divididas entre adolescentes com DST's e sem DST's, verificaram que aquelas adolescentes sem DST's moravam com o pai e a mãe e possuíam um bom relacionamento entre eles. Taquette (2010) observou ainda que a participação dos pais, por meio de uma comunicação aberta, influenciava na vivência da sexualidade da adolescente, principalmente na diminuição de comportamento sexual de risco. Nesse contexto, a presença de figuras parentais responsivas, que ofereçam apoio positivo no sentido de possibilitar uma orientação e educação sexual segura podem influenciar o exercício da sexualidade de forma segura.

Qualidade dos relacionamentos familiares

A qualidade dos relacionamentos familiares pode ser observada a partir de aspectos relacionados à presença de conflitos entre os membros (pais e filhos). Nesse contexto, destaca-se a violência intrafamiliar influenciando aspectos relacionados a orientação dos pais despendido ao adolescente em relação ao exercício da sexualidade e da contracepção. Ruzany, Taquette, Oliveira, Meirelles, e Ricardo (2003), em um estudo com 1041 adolescentes entre 14 e 22 anos de duas comunidades do Rio de Janeiro, observou que um elevado percentual da amostra informaram ter presenciado brigas na família. Nesse mesmo estudo foram observadas associações entre violência intrafamiliar, violência na relação afetiva das adolescentes e a prevenção das DST's/AIDS. Entre essas adolescentes vítimas de violência, foi observado uma inconsistência no uso do preservativo. Outro estudo com 100 adolescentes sexualmente ativas verificou que 58% referiram ter sido vítimas da violência intrafamiliar e destas, 44% preocupavam com a prevenção a gravidez e apenas 9% com as DST's (Teixeira & Taquette, 2010). Os resultados desses estudos destacam que variáveis do contexto familiar parecem interferir na vivência de uma sexualidade segura entre adolescentes. A exposição à violência intrafamiliar pode contribuir para a falta de diálogo e parece aumentar o risco de envolvimento com situações violentas futuramente. Isto é, a exposição à violência intrafamiliar pode influenciar a internalização de crenças e comportamentos que reforçam

uma postura de submissão de um gênero em relação ao outro, o que pode contribuir para o engajamento em atos violentos ou a dispensa do uso do preservativo. Assim, evidencia-se a dificuldade de negociação sobre métodos contraceptivos entre as mulheres adolescentes e jovens (Ruzany et al., 2003; Teixeira & Taquette, 2010).

A comunicação entre pais e filhos

O processo de comunicação também torna-se um elemento essencial na relação entre pais e filhos. Esse processo está associado ao estabelecimento de um clima familiar positivo que influencia no processo de educação sexual (Trajman et al., 2003). Porém, os estudos têm constatado algumas barreiras que afetam o estabelecimento de uma comunicação aberta entre pais e filhos em relação a sexualidade (Alves & Brandão, 2009; Brêtas et al, 2011; Freitas & Dias, 2010; Ressel et al., 2011). Assim, os jovens revelam ter dificuldades em conversar com seus pais sobre o exercício de sua sexualidade (Alves & Brandão, 2009). Com relação a esse aspecto, estudos têm indicado que meninos e meninas geralmente não conversam com seus pais sobre sua iniciação sexual por medo da reação deles (Brêtas et al., 2011; Ressel et al, 2011). Outro estudo, por exemplo, destaca a presença de uma postura repressiva permeando o processo de comunicação dos pais em relação as filhas. Essa postura geralmente é vista pelos pais como estratégia de proteção aos riscos que uma relação sexual desprotegida pode expô-las (Ressel et al, 2011). Outro fator destacado nos estudos que pode atuar como barreira a uma comunicação aberta entre pais e filhos está associado a aspectos de gênero como a responsabilidade atribuída, pelos pais, à figura feminina pela contracepção, evitando uma gravidez na adolescência e diferenças na educação entre meninos e meninas (Ressel et al., 2011; Trajman et al., 2003). Nesse sentido, os estudos indicam haver uma concordância para que os filhos homens sejam estimulados a exercerem sua sexualidade mais cedo ao contrário das meninas. Esse contexto repressivo de comunicação pode intimidar os adolescentes a buscar um diálogo com seus pais, buscando outras fontes como os amigos (Ressel et al., 2011; Ruzany et al, 2003; Trajman et al., 2003). Os adolescentes que apresentam um bom nível de comunicação com seus pais relatam a figura da mãe como a principal fonte de busca de informações e troca de experiências (Cedaro et al., 2012; Trajman, et al, 2003). Esses estudos apontam a imagem da mãe como conselheira, parceira e responsável pelo preparo para a vivência da sexualidade dos adolescentes dentro da família. Outros estudos também evidenciam que a escolaridade materna exerce influência significativa no uso consistente de preservativo pelos adolescentes o que evidencia o papel da mãe na educação sexual de seus filhos (Cruzeiro et al., 2010; Ressel et al., 2011). Torres et al. (2007) verificaram que se há troca de informações com as mães, no caso de adolescentes do sexo feminino, o nível de

comunicação com o parceiro tende a ser mais elevado, contribuindo para um exercício da sexualidade mais responsável. Apenas um estudo observou que o uso consistente da contracepção, entre as moças, estava positivamente relacionado a ter o pai como fonte de informação sobre a sexualidade (Almeida, Aquino, Gaffikin, & Magnani, 2003).

Os estudos analisados têm evidenciado alguns aspectos associados aos comportamentos sexuais de risco. Dessa forma, nessa sessão foram destacados: aspectos relacionados ao gênero, ao uso de substâncias psicoativas, ao acesso e internalização da informação, a configuração familiar, a qualidade dos relacionamentos familiares e a comunicação entre pais e filhos. Esses fatores influenciam nos comportamentos sexuais de prevenção que culminam na gestão da contracepção e, conseqüentemente, no uso ou não do preservativo.

DISCUSSÃO

Os estudos têm destacado aspectos associados ao desenvolvimento sexual de risco em adolescentes tanto na primeira relação sexual quanto nos relacionamentos sexuais posteriores. Na iniciação sexual, a idade e a escolaridade dos adolescentes estão fortemente associados ao uso ou não do preservativo e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de comportamentos sexuais de risco. Com relação a idade do intercuro sexual, os estudos destacam diferenças entre adolescentes do sexo masculino e feminino sendo que os meninos têm a primeira relação sexual mais cedo que as meninas. Essas diferenças relacionadas a vivência da primeira relação sexual entre os meninos e as meninas podem revelar a influência das ideologias relacionadas ao gênero (Bolzon & Heilborn, 2006). Enquanto para os meninos observa-se comportamentos associados a ideologia da masculinidade, ou seja, a aquisição de aspectos relacionados a masculinidade e virilidade, as meninas entendem a primeira relação sexual como uma das primeiras etapas da passagem à conjugalidade. Observa-se, dessa forma, que aspectos de gênero exercem forte influência na idade da iniciação sexual, modelando os comportamentos sexuais e influenciando nos significados atribuídos a essas vivências. Assim, podem influenciar na precocidade da iniciação sexual.

Cabe salientar que o desenvolvimento da sexualidade na adolescência ocorre juntamente com o de outras habilidades importantes como a capacidade de julgamento, o pensamento crítico, o controle da impulsividade e a tomada de decisão, além do desenvolvimento da identidade sexual e da autonomia (Albert & Steinberg, 2011; Santrock, 2003). Essas aquisições ocorrem ao longo dessa fase, tendo seu desfecho no final da adolescência. Nesse sentido, entende-se que a iniciação sexual precoce, ou seja, antes dos 14

anos, pode expor o adolescente a comportamentos sexuais de risco, pois estes podem não estar maduros e seguros para se engajarem em práticas sexuais e avaliarem o uso ou não de preservativo, por exemplo. Com relação a essa questão, estudos vêm destacando alguns fatores exercendo influência no desenvolvimento de comportamentos sexuais de risco e que podem estar relacionados a essa falta de amadurecimento de habilidades necessárias ao desenvolvimento da sexualidade (Malow et al., 2001; Vinaccia, Quiceno, Gaviria, & Soto, 2007). Dentre os fatores ressaltados nesses estudos destacam-se: dificuldade em controlar a impulsividade e aceitar as normas sociais e o uso incorreto do preservativo (Malow et al., 2001). Também foram observadas algumas crenças em relação ao uso do preservativo como a perda da sensibilidade, vergonha em comprá-los e medo de rompimento durante seu uso, associadas a uma baixa percepção de risco relacionada ao comportamento sexual (Vinaccia et al., 2007).

Com relação a escolaridade, os estudos evidenciam que quanto maior o nível de escolaridade do adolescentes, maior a tendência a desenvolverem um comportamento sexual seguro na primeira relação sexual. Destacam um aumento da idade da iniciação sexual entre adolescentes universitários o que pode estar associado a uma maior responsabilidade em relação aos estudos para alcançar a expectativa de ingresso na universidade, deixando outros comportamentos da adolescência em último plano (Moreira & Santos, 2011).

A idade e a escolaridade são variáveis que aparecem fortemente associadas aos comportamentos sexuais. Na medida em que o adolescente avança em termos de idade e escolaridade tende a ter acesso a informações sobre formas de prevenção e, portanto, podem apresentar um amadurecimento necessário para o exercício da sexualidade.. Os resultados dos estudos contribuem para a reflexão de que o não uso de preservativo nas relações sexuais podem estar associados à falta de informação sobre DST'S/AIDS e de prevenção, além do não amadurecimento de habilidades necessárias ao desenvolvimento da sexualidade . Os estudos revelam que pode haver uma tendência a repetição desse comportamento sexual. Padrões de comportamento sexual adquiridos na adolescência tendem a se manter na fase adulta (Cerqueira-Santos, Paludo, Schiro, & Koller, 2010; Stanton et al., 2002). Assim, adolescentes que iniciam precocemente o relacionamento sexual sem preservativo, por exemplo, tendem a não usá-lo nas outras relações sexuais, tornando-os mais vulneráveis as DSTs ou gravidez não planejada (Paiva et al., 2008; Teixeira et al., 2006). A relação entre idade e escolaridade para o desenvolvimento do comportamento sexual destacam-se as diferenças encontradas entre estudantes do ensino fundamental e médio e estudantes universitários.

Após a iniciação sexual, os estudos têm destacado alguns aspectos que exercem influência na gestão da contracepção pelo adolescente, ou seja, no uso do preservativo nas relações sexuais. Cabe destacar que o uso do preservativo oferece dupla proteção, pois protege não só da gravidez não planejada, mas também, da infecção de DST's. Os estudos identificam aspectos relacionados ao gênero, ao processo de informação sobre prevenção as DST's/Aids, ao uso de drogas e aspectos familiares influenciando os comportamentos sexuais de adolescentes.

Os aspectos relacionados ao gênero exercem forte influência sobre o uso de preservativo nas relações sexuais. Os estudos destacaram uma tendência a substituição do uso do preservativo pelo uso da pílula anticoncepcional quando o relacionamento afetivo-sexual passa a ser estável. Essa situação pode revelar fragilidades em relação às meninas pois pode torna-las mais vulneráveis as DST's/Aids. A escolha da pílula como método contraceptivo entre o casal pode revelar uma concepção de risco associada a gravidez e não as doenças sexualmente transmissíveis pois a pílula só protege a adolescente de uma futura gestação. Essa escolha da pílula como método contraceptivo pode estar permeada por uma dificuldade de negociação do uso do preservativo pelas meninas. Nesse sentido, os estudos indicaram certa responsabilização da menina pela contracepção e uma concepção de que a relação sexual entre parceiros fixos deve ser pautada pela confiança. Assim, solicitar o uso do preservativo nas relações sexuais pode estar associado à desconfiança de que alguém pode ter traído essa relação de confiança.

Nesse contexto, a escola e os serviços de saúde passam a ter um papel importante na educação sexual dos adolescentes. Destaca-se a importância dos profissionais de saúde em abordar aspectos de gênero nas ações em saúde, entendendo o adolescente e sua família, bem como suas experiências, a partir de suas crenças e valores. Essa perspectiva procura romper com práticas profissionais verticais pautadas em uma lógica tradicional e tecnicista, na qual o saber técnico predomina sobre a compreensão integral do indivíduo. Nesse sentido, apesar dos materiais relacionados ao Ministério da Saúde entenderem os comportamentos sexuais de risco através do conceito de vulnerabilidade, observa-se que a maioria das intervenções dos profissionais de saúde estão baseadas na ideia de que adolescentes e jovens estão em fase de desenvolvimento e, portanto, podem apresentar um potencial para comportamentos sexuais de risco. Essa perspectiva de entendimento contrapõem-se ao entendimento de que, na adolescência, a maioria dos comportamentos como o uso de cigarro, álcool, e atividades sexuais devem ser entendidos como expressões da busca de autonomia e da construção da identidade dos adolescentes (De Looze et al., 2012). Entende-se que essas ações em saúde

podem estar pautadas por uma lógica de regulação da sexualidade observada a partir de crenças profissionais relacionadas à idade certa para ter relações sexuais, por exemplo (Knauth et al., 2006). Essas crenças refletidas nas ações desses profissionais podem desconsiderar o entendimento ampliado da saúde sexual e reprodutiva desses jovens, ou seja, podem desconsiderar a dimensão de autonomia presente no exercício da sexualidade refletida na liberdade das escolhas relacionadas a esse tema.

A influência do uso de substâncias psicoativas sobre os comportamentos sexuais dos adolescentes foi destacada em alguns estudos, principalmente quando interferem no não uso do preservativo. Essa situação destaca a necessidade de intervenções com adolescentes sobre as alterações comportamentais relacionadas ao uso de drogas sobre os comportamentos sexuais. Estudos demonstram que o uso de drogas pode alterar a capacidade de julgamento, o controle dos impulsos, podendo ocasionar práticas sexuais desprotegidas (Maslow et al., 2001).

Com relação aos aspectos relacionados à informação sobre DST's/Aids e formas de prevenção é fato, a partir dos estudos, que os adolescentes têm conhecimento. É plausível que esse conhecimento esteja associado as campanhas de prevenção do Ministério da Saúde, que enfocam o uso do preservativo. Porém, a falta de conhecimento dos riscos para a saúde de outras DST's e da importância da prevenção mesmo quando as relações sexuais envolvem parceiros do mesmo sexo, como no caso de mulheres que fazem sexo com mulheres, revelam a necessidade de trabalhar questões relacionadas à educação sexual de forma permanente e atualizada. Esses aspectos salientados indicam a existência de diferenças entre o acesso a informações e a internalização delas, promovendo uma mudança no comportamento. Destaca-se a importância de intervenções em políticas públicas que priorizem escola e família nesse processo de educação sexual. Entende-se que a vivência da sexualidade através do desenvolvimento de comportamentos sexuais maduros é um processo que ocorre na inter-relação com o outro, no diálogo, na troca de experiências e não somente através de uma experiência linear de transposição de informações (Brandão & Heilborn, 2006).

A associação de aspectos familiares ao desenvolvimento de comportamentos sexuais de adolescentes foi destacado nos estudos. Os estudos destacaram associação entre morar com pai e mãe a bons níveis de comunicação e orientação sobre os adolescentes. Essa constatação pode estar relacionada a possibilidade de divisão de tarefas relacionadas ao exercício da parentalidade entre os pais, como os cuidados, monitoramento e a educação dos filhos, minimizando a sobrecarga de papéis em um dos pais. Porém o desempenho da parentalidade também pode ser exercida por outras pessoas que fazem parte da família como o

companheiro(a) do pai/mãe. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que atualmente o país apresenta um número crescente de famílias reconstituídas. Assim, esse grupo representa aproximadamente 84% dos casais que vivem com seus filhos sendo 4,4 milhões de famílias formadas por casais com filhos do marido e da mulher vivendo juntos no momento da entrevista realizada pelo órgão nas residências (IBGE, 2010). Essa realidade alerta para a necessidade dos estudos utilizarem estratégias adequadas para investigarem os papéis desempenhados pelos companheiros (as) dos pais/mães dos adolescentes na educação sexual destes.

Com relação a influência da qualidade dos relacionamentos familiares sobre os comportamentos sexuais dos adolescentes os estudos identificaram o quanto a violência na família interfere sobre aspectos relacionados a orientação dos pais em relação a sexualidade dos adolescentes e, conseqüentemente, sobre os padrões de comportamentos sexuais. Essa situação pode estar sendo influenciada pelas relações assimétricas entre os gêneros apreendidas no contexto familiar, de geração a geração, relacionadas ao uso da violência e na dificuldade na negociação do preservativo (Narvaz & Koller, 2004). Nesse sentido, entende-se que um ambiente familiar conflituoso pode fazer com que os adolescentes sintam-se desassistidos pelos pais, sem o apoio necessário para o seu desenvolvimento e para o engajamento em práticas sexuais seguras. Esse ambiente pode afetar as relações entre pais e filhos interferindo na autoestima e no desenvolvimento da maturidade necessária ao exercício da sexualidade e gestão da contracepção de forma segura.

Já o processo de comunicação entre pais e filhos está relacionado ao clima familiar positivo e, conseqüentemente, ao bom processo de educação sexual dos adolescentes. Porém alguns estudos destacaram barreiras que dificultam esse processo relacionada a dificuldade tanto dos adolescentes em buscar orientação aos pais quanto destes em demonstrar uma postura mais aberta aos esclarecimentos das dúvidas dos filhos. Essa situação pode levar muitos adolescentes a procurarem os amigos para sanar suas dúvidas, o que pode revelar informações incompletas, tendo em vista que os pares estão vivenciando a mesma situação de dúvidas e incertezas (Dias & Gomes, 1999). Já os pais não conseguem estabelecer uma conversa com seus filhos quando eles necessitam o que pode influenciar no processo de amadurecimento de sua sexualidade. Cabe ressaltar que torna-se importante que os pais estimulem a aquisição da autonomia dos seus filhos para a tomada de decisões, mas também precisam dar o apoio quando eles necessitarem, ou seja, estarem presentes para escutá-los e orientá-los quando eles quiserem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve por objetivo identificar aspectos associados aos comportamentos sexuais de risco na adolescência, a partir de estudos empíricos brasileiros, ao longo de treze anos. Dessa forma, os comportamentos sexuais de risco são entendidos a partir da associação de vários aspectos que oferecem risco ao desenvolvimento biopsicossocial do adolescente.

A partir dos estudos analisados, foram encontrados aspectos individuais, familiares e culturais que se associam a esses comportamentos. Dentre os aspectos individuais, a idade e a escolaridade exercem forte influência na iniciação sexual do adolescente, contribuindo para o uso ou não do preservativo. Esses aspectos, quando elevados, podem constituir-se em fatores protetivos que influenciam no adiamento da iniciação sexual.

Em relação à gestão da contracepção, os estudos analisados explicitaram uma desarticulação entre prevenção e contracepção, que pode contribuir para o uso inconsistente de preservativo nas relações sexuais ou, simplesmente, o não uso. Nesse contexto, foram observados aspectos relacionados ao gênero, ao uso de substâncias psicoativas, ao acesso e a internalização de informações sobre prevenção, a configuração familiar, a qualidade dos relacionamentos familiares e ao processo de comunicação entre pais e filhos. Esses aspectos influenciam a negociação quanto ao uso do preservativo, principalmente nos relacionamentos estáveis, no controle do impulso e na tomada de decisões preventivas em relação ao comportamento sexual, no nível de informação recebido e internalizado e na internalização de modelos de comportamentos sexuais através da socialização familiar.

A partir da análise dos estudos, destaca-se como ponto positivo o aumento do uso do preservativo na primeira relação sexual que pode ter sido estimulado através das campanhas de prevenção elaboradas pelo Ministério da Saúde e do amplo acesso a informação, relatado pelos adolescentes referenciados nos estudos. Entretanto, os estudos vêm apontando que os adolescentes continuam fazendo uso inconsistente do preservativo em suas práticas sexuais, principalmente quando estes passam a ser estáveis. Além disso, verificou-se falhas no processo de informação relacionado a prevenção em relações sexuais com pessoas do mesmo sexo. Essa situação pode sinalizar algumas diretrizes de ações em políticas públicas destinadas a essa população. Assim, entende-se que as ações de promoção a saúde devem priorizar a prevenção das DST's, abrangendo a educação sexual. Essa perspectiva de promoção de saúde pode estimular o uso do preservativo em todas as relações sexuais, tendo em vista que os adolescentes estão prevenindo-se contra o risco de uma gravidez precoce e não das DST's, conforme os estudos analisados. Evidencia-se também a necessidade de promoção de espaços de reflexão sobre vários aspectos da sexualidade, sobre questões de

gênero que envolvem a negociação do uso da camisinha, por exemplo, que podem ser proporcionadas pela escola. Entende-se que a escola tem um papel importante na preparação de adolescentes e jovens para o ingresso na vida sexual e reprodutiva, ou seja, podem articular prevenção e contracepção. Assim, espera-se que sejam trabalhados temas relacionados a sexualidade de adolescentes de acordo com os princípios de autonomia, liberdade, igualdade e responsabilidade, além da transmissão da informação. Enfim, entende-se que as ações possam estimular o desenvolvimento da autonomia na tomada de decisões relacionadas a comportamentos sexuais maduros que advém do processo de amadurecimento do adolescente.

Também destaca-se a importância das ações terem como foco, além do adolescente, sua família, através de ações articuladas e intersetoriais entre os serviços de saúde, educação e assistência social, pois é na família que são apreendidos padrões de comportamentos sexuais. Nesse contexto, destaca-se os espaços de reflexões para pais e filhos. Entende-se que a sexualidade deve ser trabalhada ao longo do processo de desenvolvimento do indivíduo na família e em outros espaços sociais como a escola e os serviços de saúde.

Esse estudo apresenta algumas limitações que merecem ser consideradas na análise das informações. Foi utilizada apenas uma base de dados (SciELO Brasil), sendo selecionados estudos em português e com uma amostra composta por adolescentes escolares. Utilizar apenas uma base de dados em uma revisão sistemática pode não contemplar todas produções publicadas sobre o tema como, teses, dissertações, trabalhos apresentados em congressos. Essa situação pode estimular o viés-de-publicação que ocorre quando os estudos publicados não são representativos do total de estudos sobre o tema (Berwanger, Suzumura, Buehler, & Oliveira, 2007). Alguns aspectos observados a partir da análise dos estudos selecionados podem interferir nos resultados alcançados. A maioria dos estudos analisados utilizou instrumentos de auto-relato que podem influenciar as respostas dadas pelos adolescentes tendo em vista a possibilidade de desejabilidade social. Outro aspecto relevante a ser considerado é que os estudos sobre comportamento sexual consideram informações retrospectivas que podem interferir na recuperação da memória relacionada ao evento vivido como a iniciação sexual, por exemplo. Também se evidencia a importância da garantia do anonimato e do sigilo durante a coleta de informações que podem permitir uma maior quantidade e qualidade dos relatos dos adolescentes. Ressalta-se a necessidade de estudos com populações vulneráveis como: indígenas, em conflito com a lei e populações de rua, por exemplo.

REFERENCIAS

- Assinelli-Luz, A., & Júnior, N. F. (2008). Gênero, adolescências e prevenção ao HIV/aids. *Pro-Posições*, 19(2), 81-97.
- Amaral, M. A., & Fonseca, R. M. G. S. (2006). Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. *Revista Escola de Enfermagem*, 40(4), 469-76.
- Amarante, A. G. M., & Soares, C. B. (2007). Adolescência no SUS: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17, 154-159.
- Albert, D., & Steinberg, L. (2011). Judgment and Decision Making in Adolescence. *Journal of research on adolescence*, 21(1), 211-224.
- Almeida, M. C., Aquino, E. M., Gaffikin, L., & Magnani, R. J. (2003). Uso da contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Revista de Saúde Pública*, 37(5), 566-575.
- Alves, C. A., & Brandão, E. R. (2009). Vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 661-670.
- Atav, S., & Spencer, G. A. (2002). Health risk behaviors among adolescents attending rural, suburban, and urban schools: a comparative study. *Family & Community Health*, 26, 53-64.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barros, M. N. S. (2002). Saúde Sexual e Reprodutiva. In M. L. J. Contini, & S. H. Koller (Eds.). *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas* (pp. 46-54). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Bassols, A. M. S., De Boni, R., Pechansky, F. (2010). Alcohol, drugs, and risk sexual behavior are related to HIV infection in female adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(4), 361-8.
- Bertoni, N., Bastos, F., Mello, M. B., Makuch, M. Y., Souza, M. H., Osis, M. J., & Faúndes, A. (2009). Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1350-1360.
- Berwanger, O., Suzumura, E. A., Buehler, A. M., & Oliveira, J. B. (2007). Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(4), 475-480.
- Borges, A. L. V., & Schor, N. (2007). Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 225-234.
- Bozon, M., & Heilborn, M. L. (2006) Iniciação à sexualidade: modos de socialização,

- interações de gênero e trajetórias individuais. In M. L. Heilborn et al. (Eds.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros* (pp. 155-206). Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz.
- Brasil, K. T., Alves, P. B., Amparo, D. M., & Frajorge, K. C. (2006). Fatores de risco na adolescência: discutindo dados do DF. *Paidéia*, 16(35), 377-384.
- Brasil (2011). Portaria nº104/2011 de 25 de janeiro. Diário Oficial da União nº 18. Ministério da Saúde. Brasil.
- Brandão, E. R. (2009). Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1063-1071.
- Brandão, E. R., & Heilborn, M. L. (2006). Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do RJ, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1421-1430.
- Bretas, J. R. S. Ohara, C. V. S., Jardim, D. P., Junior, W. A., & Oliveira, J. R. (2011). Aspectos da sexualidade na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3221-3228.
- Brito, R., & Koller, S. H. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In A. M. Carvalho (Ed.). *O mundo social da criança: Natureza e cultura em ação* (pp.115-129). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carlini-Cotrim, B., Gazal-Carvalho, C., & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista Saúde Pública*, 34(6), 636-45.
- Cedaro, J. J., Boas, L. M. S. V., & Martins, R. M. (2012). Adolescência e sexualidade: um estudo exploratório em uma escola de Porto Velho-RO. *Psicologia Ciência e Profissão*, 32(2), 320-339.
- Cerqueira-Santos, E. (2008). Comportamento sexual e religiosidade: um estudo com jovens brasileiros. *Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, RS.
- Cerqueira-Santos, E., Paludo, S. S., Schiro, E. D. B., & Koller, S. H. (2010). Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 73-85.
- Currie, C. (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC International report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Cruzeiro, A. L. S., Souza, L. D. M., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., Rocha, C. L. A., & Horta, B. L. (2010). Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescente. *Ciências & Saúde Coletiva*, 15 (1 supl.), 1149-1158.
- De Looze, M., Van Den Eijnden R., Vollebergh, W., & Ter Bogt, T. (2012). Parenting

- practices and adolescent risk behavior: rules on smoking and drinking also predict cannabis and early sexual debut. *Prevention Science*, 13(6), 594-604.
- Dias, A. C. G., & Gomes, W. B. (1999). Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. *Estudos de Psicologia*, 4(1), 79-106.
- Dias, A. C. G. & Oliveira, V. Z. (2009). A percepção dos profissionais de saúde acerca do atendimento prestado ao adolescente. In A. C. G. Dias (Ed.). *Psicologia e Saúde: Pesquisas e reflexões* (pp. 63-91). Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria.
- Freitas, K. R., & Dias, S. M. Z. (2010). Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(2), 351-7.
- Gubert, D., & Madureira, V. S. F. (2008). Iniciação sexual de homens adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (supl. 2): 2247-2256.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Censo Demográfico 2010 Famílias e domicílios: Resultados da amostra. Recuperado em 21 de abril de 2014 em: biblioteca.ibge.gov.br/visualização/periódicos/97/cd_2010_familias_domicilio_amostra.pdf.
- Knauth, D., Heilborn, M. L., Bozon, M., & Aquino, E. M. L. (2006) Sexualidade juvenil: aportes para as políticas públicas. In M. L. Heilborn et al. (Eds.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros* (pp. 155-206). Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz.
- Kotchick, B. A., Shaffer, A., Forehand, R., & Miller, K. S. (2001). Adolescent sexual risk-behavior: a multi-system perspective. *Clinical Psychology Review*, 4, 493-519.
- Langille, D. B., Asbridge, M., Flowerdew, G., & Allen, M. (2010). Associations of sexual risk-taking with having intercourse before 15 years in adolescent females in Cape Breton, Nova Scotia, Canada. *Sex Health*, 7, 199-204.
- Leite, I. C., Rodrigues, R. N., & Fonseca, M. C. (2004). Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões sudeste e nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 476-481.
- Lopes, S. B., Moreira, M. C. N. (2013). Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ. *Ciências e Saúde Coletiva*, 18(4), 1179-1186.
- Malow, R. M., Dévieux, J. G., Jennings, T., Lucenko, B. A., & Kalichman, S. C. (2001). Substance-abusing adolescents at varying levels of HIV risk: psychosocial characteristics, drug use, and sexual behavior. *Journal of Substance Abuse*, 13, 103-117.

- Malta, D. C., Silva, M. A. L., Mello, F. C. M., Monteiro, R. A., Porto, D. L., Sardinha, L. M. V., & Freitas, P. C. (2011). Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(1 supl.), 147-56.
- Maluleke, T. X. (2010). Sexual risk behavior among young people in the Vhembe district of the Limpopo province, South Africa. *Journal of interdisciplinary Health Sciences*, 15(1), 1-7.
- Ministério da Educação, Secretaria de Educação Fundamental. (1997). Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). *HIV/Aids, hepatites e outras DST*, Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids (2008) *Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras*, Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola (2009). *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Reprodutiva*, Brasília: Ministério da Saúde, 22.
- Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009). Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social, 1. ed., Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Ministério da Saúde (2012). *Boletim epidemiológico: Aids – DST*. Acedido em 08/02/2013 em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf.
- Miranda, A. E., Gadelha, A. M. J., & Szwarcwald, C. L. (2005). Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas dos adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito santo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 207-216.
- Moreira, M. R., & Santos, J. F. F. Q. (2011). Entre a modernidade e a tradição: a iniciação sexual de adolescentes piauienses universitárias. *Escola de Enfermagem Anna Nery*, 15(3), 558-566.
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2004). Famílias, gêneros e violências: desvelando as tramas da transmissão transgeracional da violência de gênero. In M. N. Strey, M. P. R. Azambuja, & P. Jaeger (Eds.). *Violência, gênero e políticas públicas* (pp.149-176). Porto Alegre: EDIPUCRS.

- Orlandi, R., & Toneli, M. J. F. (2008). Adolescência e paternidade: sobre os direitos de criar projetos e procriar. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 317-326.
- Paiva, V., Calazans, G., Venturi, G., & Dias, R. (2008). Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 42(supl.1), 45-53.
- Ressel, L. B., Junges, C. F., Sehnem, G. D., & Sanfelice, C. (2011). A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes. *Escola de Enfermagem Anna Nery*, 15(2), 245-250.
- Ruzany, M. H., Taquette, S. R., Oliveira, R. G., Meirelles, Z. V., & Ricardo, I. B. (2003). A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS? *Jornal de Pediatria*, 72(4), 349-354.
- Santos, V. L., & Santos, C. E. (1999). Adolescentes, Jovens e AIDS no Brasil. In N. Schor, M. S. Mota, & V. C. Branco (Eds.). *Cadernos juventude, Saúde e Desenvolvimento* (pp. 213-222). Brasil: Ministério da Saúde.
- Santrock, J. W. (2003). *Adolescência*. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editor S. A.
- Stanton, B., Xiaoming, L., Pack, R., Cottrell, L., Harris, C., & Burns, J. M. (2002). Longitudinal influence of perceptions of peer and parental factors on African American adolescent risk involvement. *Journal of Urban Health*, 79, 536–548.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Reviews Psychology*, 52, 83-110.
- Stulhofer, A., Bacak, V., Ajdukovic, D., & Graham, C. (2010). Understanding the association between codon use at first and most recent sexual intercourse: An assessment of normative, calculative, and habitual explanations. *Social Science & Medicine*, 70, 2080-2084.
- Taquette, S. R., Vilhena, M. M., & Paula, M. C. (2004). Doenças Sexualmente Transmissíveis na adolescência: estudo dos fatores de risco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37(3), 210-214.
- Taquette, S. R., Andrade, R. B., Vilhena, M. M., & Paula, M. C. (2005). A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*, 51(3), 148-52.
- Taquette, S. R. (2010). Interseccionalidade de gênero, classe, e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/AIDS. *Saúde e Sociedade*, 19 (supl.2), 51-62.
- Teixeira, A. M. F. B., Knauth, D. P., Fechel, J. M. G., & Leal, A. F. (2006). Adolescente e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cadernos Saúde Pública*, 22(7), 1385-1396.

- Teixeira, S. A. M., & Taquette, S. R. (2010). Violência e atividades sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. *Revista da Associação de Medicina Brasileira* 56(4), 440-6.
- Tolman, D. L., & McClelland, S. I. (2011). Normative sexuality development in adolescence: a decade in review 2000-2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242-255.
- Toneli, M. J. F., Mendes, D., Varassori, M. B., Guedes, T., & Finkler, I. (2003). Concepções e práticas de adolescentes do sexo masculino sobre sexualidade. *PsicoUSF*, 2(8), 203-211.
- Torres, C. A., Beserra, E. P., & Barroso, M. G. T. (2007). Relações de gênero e vulnerabilidade as doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. *Escola de Enfermagem Anna Nery*, 11(2), 296-302.
- Trajman, A., Belo, M. T., Teixeira, E., Dantas, V. C. S., Salomão, F. M., & Cunha, A. J. L. (2003). Knowledge about STD/AIDS and sexual behavior among high school students in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 127-133.
- Tremblay, L., & Frigon, J. Y. (2010). Biobehavioral and cognitive determinants of adolescent girl's involvement in sexual risk behaviors: a test of three theoretical models. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 13(1), 29-43.
- Tronco, C. B. (2011) Comportamentos sexuais na adolescência: aspectos individuais, familiares e contextuais. *Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, RS.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gaviria, A. M., & Soto, A. M. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por vih/SIDA em adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica*, 25(1), 39-50.
- Xavier, A. C. M. (2005) Comportamento Sexual de Risco na Adolescência: Aspectos Familiares Associados. *Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, RS.

ARTIGO 2- COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES: APOIO PARENTAL E OUTROS FATORES ASSOCIADOS

Resumo

Os fatores associados ao desenvolvimento de comportamentos sexuais de risco em adolescentes têm sido estudado e torna-se de fundamental importância para a elaboração de ações e programas no âmbito das políticas públicas. Este estudo buscou investigar possíveis relações entre o comportamento sexual de risco entre adolescentes escolares e o apoio parental. Além disso, procurou-se investigar outros fatores que podem estar associados ao desenvolvimento desses comportamentos. Participaram dessa pesquisa 508 adolescentes (sendo 229 do sexo masculino e 279 do sexo feminino) matriculados em escolas públicas estaduais e municipais de uma cidade da região central do estado do Rio Grande do Sul. A média de idade dos participantes foi de 16,44 (DP=1,33) e a escolaridade variou do sétimo ano do ensino fundamental ao terceiro ano do ensino médio. Através da aplicação de um questionário buscou-se conhecer os aspectos sociodemográficos e investigar fatores relacionados ao comportamento sexual dos estudantes e possíveis relações entre as variáveis apoio parental e comportamento sexual de risco. Foram realizadas análises descritivas e inferenciais e foi constatado uma fraca correlação negativa entre essas variáveis. Em relação a caracterização dos comportamentos sexuais da amostra constatou-se que os adolescentes iniciaram sexualmente em idade precoce, com parceiros fixos. A maioria dos adolescentes relatou obter informações relacionadas à prevenção, fazer uso do preservativo, porém seu uso não parece ser consistente. Constataram-se aspectos relacionados ao gênero exercendo influência significativa na gestão da contracepção. Sugerem-se ações intersetoriais em políticas públicas com o foco na família e no adolescente promovendo, assim, ações em educação sexual condizentes com a realidade social, econômica e cultural nas quais adolescentes e seus pais estão inseridos.

Palavras-chave: adolescentes, relações familiares, comportamento sexual

Abstract

The factors associated with the development of sexual risk behavior in adolescents have been studied and it is of fundamental importance for the development of activities and programs within public policies. This study investigate possible relationships between sexual risk behavior of adolescent and parental support. Furthermore, we investigated other factors that may be associated with the development of these behaviors. 508 adolescents participated in

this study (229 male and 279 female) enrolled in public schools in a city in the central region of Rio Grande do Sul. The mean age of participants was 16.44 (SD = 1.33) and education ranged from elementary seventh year to the third year of high school. It was applied a questionnaire aimed to investigate the sociodemographic data and investigate possible correlations between parental variables and sexual risk behavior support and others factors that may be influencing this behaviors. Descriptive and inferential analyzes were performed and it was found a weak negative correlation between these variables. Regarding the characterization of sexual behavior of the sample it was found that adolescents sexually active at an early age, with steady partners. Most information related by adolescents to the prevention, making condom use, but it was not consistent use. Were found aspects related to gender exerting significant influence over the management of contraception. It is suggested intersectoral actions in public policy with a focus on family and adolescent. These aspects may promoting actions in sex education consistent with the social, economic and cultural in which teens and their parents are inserted.

Key words: adolescents, family relationships, sexual behavior

INTRODUÇÃO

A adolescência é marcada por transformações físicas, psíquicas, sociais e cognitivas que influenciam no amadurecimento da identidade. Quando essas novas habilidades (física, psíquica, sociais e cognitivas) são combinadas com as experiências de vida, observa-se o desenvolvimento do julgamento sobre comportamentos seguros e de risco, que auxiliam no processo de tomada de decisão em relação a esses comportamentos (Albert & Steinberg, 2011; Crosby, Santelli, & Diclemente, 2009). Entretanto, alguns adolescentes podem desenvolver nessa fase de vida comportamentos de risco como o envolvimento em comportamentos sexuais que podem trazer consequências negativas para o seu desenvolvimento.

Com relação ao comportamento sexual dos adolescentes brasileiros, alguns estudos destacam que mais da metade dos jovens, entre 15 e 19 anos, já tiveram relações sexuais (Ministério da Saúde, 2012; Paiva, Calazans, Venturini, & Dias, 2008). Outros estudos têm destacado que quanto menor a idade de iniciação sexual, maior a probabilidade de engajamento em comportamentos sexuais de risco, por exemplo (Leite, Rodrigues, & Fonseca, 2004; Teixeira, Kanuth, Fachel, & Leal, 2006).

Nesse sentido, os estudos nacionais e internacionais entendem que o comportamento sexual de risco está associado a vários fatores como: familiares (apoio e estilo parental,

monitoramento), sociais (aspectos relacionados ao gênero e acesso aos serviços públicos) e individuais (idade, escolaridade e vivências da sexualidade) (Alves & Brandão, 2009; Barros, 2002; De Graaf et al., 2010; Langille, Asbridge, Flowedew, & Allen, 2010; Stulhofer, Bacak, Ajdukovic, & Graham, 2010; Tronco & Dell’Aglío, 2012; Xavier, 2005). Esses estudos têm trabalhado o conceito de comportamento sexual de risco como aquele que expõe o adolescente a contrair uma doença sexualmente transmissível (DSTs) e/ou de ter uma gravidez indesejada (Atav & Spencer, 2002; Kotchick, Shaffer, Forehand, & Miller, 2001). Dessa forma, entende-se que o comportamento sexual de risco pode estar associado ao não uso de preservativo durante a relação sexual.

Com relação aos estudos nacionais, alguns fatores associados ao comportamento sexual de risco foram encontrados em duas situações em que os adolescentes vivenciam sua sexualidade: no momento da iniciação sexual e durante os relacionamentos sexuais, nos quais o adolescente precisa gerenciar o uso de métodos contraceptivos. Entende-se que esses fatores podem interferir no uso ou não do preservativo na relação sexual e, conseqüentemente, expor o adolescente ao risco de contrair uma DSTs.

Os estudos constataram que a idade, a religião e a escolaridade estão associados ao desenvolvimento ou não de comportamentos sexuais seguros, pois interferem no uso ou não do preservativo nesse primeiro momento e nos futuros relacionamentos sexuais. Com relação à iniciação sexual, os estudos têm verificado que os adolescentes brasileiros têm relações sexuais em média aos 14 anos, sendo que os meninos iniciam sexualmente mais cedo em comparação com as meninas (Amaral & Fonseca, 2006; Malta et al., 2011; Paiva et al., 2008). Alguns estudos têm verificado uma associação entre a idade da iniciação sexual e a informação sobre DSTs e formas de prevenção, sendo que a baixa idade na primeira relação sexual associa-se com falta de informações suficientes em relação à prevenção (Teixeira et al., 2006). A escolaridade e a religião podem ser consideradas fatores protetivos em relação à iniciação sexual de adolescentes. Estudos indicam que quanto maior a escolaridade, maior a chance do adolescente ou jovem usar algum método anticoncepcional, como o preservativo (Bolzon & Heilborn, 2006; Moreira & Santos, 2011). A religião exerce influência positiva no adiamento da idade da iniciação sexual.

Com relação à gestão da contracepção, os adolescentes tendem a diminuir o uso do preservativo ou usá-lo de forma inconsistente. Os estudos nacionais identificam a influência de fatores que envolvem aspectos individuais, sociais e familiares. Dentre os aspectos individuais a idade, a escolaridade e religião exercem influência não só na iniciação sexual, mas também na gestão da contracepção. Assim, quanto maior a idade e a escolaridade,

maiores as chances de utilizar preservativo nas relações sexuais (Almeida, Aquino, Gaffikin, & Magnani, 2003; Alves & Lopes, 2008; Pirota, & Schor, 2004). Já a religião pode atuar como fator de risco em relação ao uso do preservativo devido às regras religiosas relacionadas ao exercício da sexualidade. Adolescentes, com convicções religiosas expressivas, podem apresentar uma tendência a não usar o preservativo em suas relações sexuais, justamente por respeito as normas religiosas (Cerqueira-santos, 2008; Moreira & Santos, 2011). Dentre os fatores sociais, os aspectos relacionados ao gênero e ao acesso e internalização das informações relacionadas a prevenção exercem influência na escolha dos métodos contraceptivos nos relacionamentos sexuais. Assim, em relação ao gênero, as meninas usam menos preservativo masculino e fazem uso mais frequente de anticoncepcional (Alves, & Brandão, 2009, Brêtas, Ohara, Jardim, Junior, & Oliveira, 2011). Já os meninos usam mais o preservativo, principalmente em relações eventuais (Teixeira, & Taquette, 2010). Esses aspectos de gênero evidenciam comportamentos que privilegiam a prevenção da gravidez e não das DSTs, principalmente entre as meninas, uma vez que fazem uso da pílula, em vez do preservativo. As adolescentes também evidenciam dificuldades na negociação do uso da camisinha (Alves & Brandão, 2009; Miranda, Gadelha, & Szwarcwalg, 2005). O nível de informação internalizada sobre DSTs e prevenção influencia os comportamentos sexuais. Assim, estudos têm verificado que apesar dos adolescentes terem relatado bom conhecimento sobre as DST e forma de prevenção, esse conhecimento é parcial. Muitos expressam dúvidas que podem influenciar no não uso do preservativo ou uso incorreto durante a relação sexual (Assinelli-Luz, & Júnior, 2008; Brêtas et al., 2011).

Com relação aos fatores familiares que podem exercer influência sobre os comportamento sexuais de adolescentes destaca-se o apoio parental. Essa associação entre o apoio parental e os comportamentos sexuais de risco na adolescência tem sido pesquisada nacional e internacionalmente (De Graaf et al., 2010; Fingerson, 2005). De Looze et al. (2012b) discutem a ideia de que os estudos sobre apoio parental e comportamentos sexuais na adolescência abordam duas perspectivas teóricas. Uma dessas perspectivas entende que comportamentos relacionados a atividade sexual, por exemplo, fazem parte do desenvolvimento do adolescente, sendo entendidos no contexto de transição para a idade adulta, no qual há a busca de autonomia e da construção da identidade dos adolescentes. Essa perspectiva procura não associar os comportamentos da adolescência aos riscos potenciais decorrentes dessa fase, ao contrário da segunda perspectiva que enfatiza a necessidade de considerar que alguns riscos potenciais podem estar envolvidos nos comportamentos na adolescência. Essa perspectiva considera a importância de conhecer a inter-relação entre o

controle dos pais (supervisão adequada, regras parentais e monitoramento) e o apoio parental (Baumrind, 1966; De Looze et al., 2012b; De Graaf et al., 2010; Roche, Ahmed, & Blum, 2008).

O apoio parental é entendido através da percepção que o adolescente tem do apoio social recebido pelas figuras dos pais. O apoio social e afetivo é uma das mais importantes dimensões do desenvolvimento humano e do bem-estar do indivíduo (Brito & Koller, 1999). Relaciona-se com a percepção que a pessoa tem de seu mundo social, como se orienta nele, como escolhe estratégias e desenvolve competências para formar vínculos e como reage frente às situações de risco (Brito & Koller, 1999; Siqueira, Betts, & Dell’Aglío, 2006). Alguns estudos entendem que o conceito de apoio social e afetivo está relacionado aos aspectos positivos das relações sociais, do processo de comunicação e do auxílio em momentos de crise, exercendo influência no desenvolvimento da autoestima, na construção de vínculos sociais saudáveis, bem como nos comportamentos sexuais desses jovens (Andrade et al., 2005; Andrade & Vaitsman, 2002). Esses comportamentos, praticados sem apoio e orientação por parte dos pais e cuidadores, podem pôr em risco o desenvolvimento dos adolescentes quando, por exemplo, ocorre uma iniciação sexual precoce combinada com a ausência de proteção durante as relações sexuais posteriores (Benetti, Valentini, Fonini, & Pelizzoni, 2005; Kotchick et al., 2001; Reppold, Pacheco, Bardagi, & Hutz, 2002; Teodoro, Cardoso, Pereira, 2011; Tronco, 2011).

Para Garnezy e Masten (1994) a coesão, amor parental, consistência disciplinar, supervisão parental, relação conjugal positiva e estável também caracterizam o apoio parental. Já para Wills, Blechman e McNamara (1996), o apoio parental também se caracteriza por uma comunicação efetiva e por uma configuração familiar que pode auxiliar no gerenciamento de comportamentos em situações de risco. Outros estudos ainda acrescentam a qualidade dos relacionamentos familiares no entendimento do apoio familiar (Brito & Koller, 1999; Costa & Dell’Aglío, 2009; De Antoni, Hoppe, Medeiros, & Koller, 1999; Siqueira et al., 2006). O apoio parental tem sido avaliado por alguns instrumentos como: Escala de Percepção da Relação com a Família (Peixotto, 1999) que avalia o apoio familiar, e a *Social Support Appraisals* (Antunes & Fontaine, 2005) que amplia a avaliação para grupos sociais.

Entendendo a importância do apoio parental nessa fase da adolescência em relação ao desenvolvimento de comportamentos sexuais de risco, o objetivo desse estudo foi investigar possíveis relações entre o comportamento sexual de adolescentes e a variável apoio parental. Também foram investigados outros fatores que poderiam estar associados aos

comportamentos sexuais de adolescentes no contexto escolar de uma cidade da região central do Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta de forma aleatória, por conglomerados, a partir do sorteio entre todas as escolas públicas de Santa Maria. A partir das listas das escolas disponibilizadas pelas Secretarias Estadual e Municipal de Educação, foram excluídas na composição da amostra aquelas escolas que possuíam apenas Educação Infantil e aquelas escolas que tinham turmas até o sexto (6º) ano do Ensino Fundamental. Foram selecionadas escolas com turmas a partir do sétimo (7º) ano do Ensino Fundamental em função da idade mínima necessária para responder o questionário, ou seja, entre 13 e 14 anos (Dell’Aglío, Koller, Cerqueira-Santos, & Colaço, 2009). Assim foram sorteadas 47 escolas. Para cada escola foram sorteadas duas (2) turmas para participar do estudo. O número de participantes foi obtido através de um cálculo amostral, considerando o total de alunos matriculados no Ensino Fundamental e Ensino Médio de escolas públicas de Santa Maria, no ano de 2012, com margem de erro de 4% (Barbetta, 2001). Cabe destacar que foram aplicados os questionários em quinze (15) escolas. Estas escolas estavam localizadas em todas as regiões da cidade, contribuindo para uma amostra significativa da população de Santa Maria, considerando as diferenças sociais e econômicas. Assim, 535 adolescentes e jovens participaram da pesquisa (com idades entre 10 a 24 anos). No entanto, para as análises deste estudo, foram incluídos os dados de 508 adolescentes matriculados em escolas públicas estaduais e municipais de Santa Maria com idade entre 13 e 19 anos.

Instrumento

Os participantes do estudo responderam o Questionário da Juventude Brasileira – Versão Fase II (Dell’Aglío et al., 2009). Para a construção desta versão do instrumento foram realizadas análises de consistência interna e análises fatoriais dos itens das escalas que compuseram a versão I do instrumento (Koller, Cerqueira-Santos, Moraes, & Ribeiro, 2005). O instrumento é composto por 77 questões, sendo algumas de múltipla escolha e outras em formato *Likert* de cinco pontos sobre a intensidade da frequência.

O objetivo do questionário foi investigar fatores de risco e proteção em adolescentes, abordando aspectos relacionados à educação, saúde, trabalho, comportamentos de risco

(drogas, sexualidade, violência), fatores de risco (violência intra e extrafamiliar, exposição às doenças/drogas, discriminação, conflito com a lei, empobrecimento/pobreza) e fatores protetivos sociais (lazer, rede de apoio) e pessoais (espiritualidade, autoestima, autoeficácia).

No presente estudo, foram utilizadas, além das informações sócio-demográficas, questões referente ao exercício da sexualidade (questões 42 a 61), por meio do Índice de Comportamento sexual de Risco (Tronco, 2011), e a Escala de Apoio Parental (Costa & Dell’Aglia, 2009), presente na questão 30 do questionário. A Escala Apoio Familiar foi avaliada pela soma dos 15 itens da questão 30, tais como: “Costumo conversar sobre problemas da nossa família”, “Meus pais dão atenção ao que penso e ao que sinto”, e “Eu me sinto aceito pelos meus pais”. Para cada afirmação o participante deveria pontuar, conforme sua opinião, em uma escala tipo *Likert* de um (01 – Discordo Totalmente) a cinco (05 – Concordo Totalmente). Esta escala apresentou uma consistência interna, avaliada pelo *Alpha de Cronbach*, de 0,88. Esta escala avalia a percepção de apoio parental pelo adolescente.

O Comportamento Sexual de Risco foi analisado através de um índice de Comportamento Sexual de Risco (ICRS) composto por seis (06) itens que foram construídos a partir das questões 42c, 42d, 45, 55, 57 e 52 do questionário (Tronco, 2011), conforme Tabela 1. A pontuação poderia variar de zero a 13. Quanto maior a pontuação maior o risco.

Tabela 1. Itens e Pontuação do Índice de Comportamentos Sexuais de Risco (Tronco, 2011)

Item	Questão	Pontuação
01	Idade na primeira relação sexual (42c)	18-18 anos
		16-17 anos
		14-15 anos
		Até 13 anos
02	Diferença de idade do parceiro (42d-42c)	Até 2 anos
		3-5 anos
		6 ou mais
03	Frequência do uso da camisinha (45)	Sempre
		Muitas Vezes
		Poucas vezes
		Nunca
04	Uso de métodos contraceptivos (55)	Eficaz
		Eficaz e Ineficaz
		Ineficaz
		Nenhum
05	Ocorrência de Gravidez (57)	Não
		Sim
06	Ocorrência de DSTs (52)	Não
		Sim

Procedimentos e considerações éticas

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas e procedimentos éticos que constam nas Resoluções n. 196 de 10 de outubro de 1996 e n. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi realizado contato com as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação para apresentação e solicitação de autorização da proposta de pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob protocolo CAAE número 306.036. Foi realizada a apresentação do projeto nas escolas e solicitada a concordância dessas instituições em participar do estudo. Posteriormente foi realizada a seleção das escolas e das turmas. Os alunos das turmas selecionadas foram convidados, em sala de aula, a participarem da pesquisa. Nesse momento foram explicados os objetivos do estudo, as questões relacionadas ao sigilo das informações e a importância do Termo de Consentimento Parental para aqueles adolescentes menores de 18 anos. Os alunos foram informados que a qualquer momento poderiam interromper sua participação na pesquisa. Além da solicitação aos adolescentes para que levassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os responsáveis assinarem, autorizando a sua participação, foi solicitado que os próprios adolescentes também assinassem o termo, assentindo com sua participação na pesquisa.

O instrumento foi aplicado de forma coletiva, na própria escola e em sala de aula, naqueles alunos maiores de 18 anos e naqueles que tinham autorização dos pais e consentiram participar da pesquisa. A aplicação dos questionários durou aproximadamente 70 minutos. Membros da equipe de pesquisa foram treinados para esclarecer dúvidas dos jovens. A psicóloga responsável pela organização da coleta nas escolas também ficou responsável em dar assistência e encaminhamento aos jovens que necessitassem de apoio. Os dados foram digitados em planilha do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) que foi utilizado para realizar as análises.

RESULTADOS

Foram realizadas análises descritivas (média, desvio padrão, frequências) e inferenciais (o teste qui-quadrado, o teste Z de Mann-Whitney, o teste t de *Student* e correlação de *Person*). As análises estatísticas tomaram como padrão para significância estatística o critério de probabilidade de cinco por cento (5%).

A amostra foi composta por 508 adolescentes sendo 54,9% (n= 279) do sexo feminino e 45,1% (n= 229) do sexo masculino. As idades variaram entre 13 e 19 anos (M=15,91; DP= 1,45). Com relação a escolaridade, 12,2% (n= 61) dos adolescentes frequentavam o terceiro

ano do ensino médio, 22,2% (n= 111) o ensino fundamental, 25,9% (n= 130) o segundo ano do ensino médio e 39,7% (n= 206) o primeiro ano do ensino médio.

Entre os adolescentes da amostra, 52,9% (n= 268) moravam com o pai e a mãe e 37,7% (n= 191) moravam com um dos pais. Apenas 9,3% (n= 47) dos adolescentes moravam com outros parentes como: irmãos, tios, avós e companheiros. Entre os pais dos adolescentes, 47,4% (n= 184) tinham escolaridade até o Ensino Fundamental completo, 38,7% (n= 150) até o Ensino Médio completo e 13,9% (n= 54) até a Pós-Graduação. Entre as mães, 45,1% (n= 190) tinham escolaridade até o Ensino Fundamental completo, 38,2% (n= 161) até o Ensino Médio completo e 16,6% (n= 70) até a Pós-Graduação.

Com relação ao nível socioeconômico dos adolescentes, 70% (n=356) informaram não saber a renda total da família. Dessa forma, o nível socioeconômico foi analisado a partir de alguns indicadores informados no questionário como nível de escolaridade do chefe de família e posse de alguns itens como: televisão a cores, rádio, banheiro, empregada doméstica, máquina de lavar, videocassete/DVD e geladeira. Esses indicadores foram escolhidos conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil realizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2012). Assim, 9% da amostra (n= 48) possui renda familiar até um salário mínimo nacional (R\$ 724,00), 75,3% (n= 403) possui renda familiar de até dois salários mínimos (R\$ 1541,00) e 15,7% (n= 84) possui renda familiar acima de dois salários mínimos.

Análises sobre os comportamentos sexuais dos participantes revelaram que entre os adolescentes que relataram já ter tido sua experiência de intercurso sexual (n= 258), a média de idade foi de 16,44 anos (DP=1,33). A média de idade na qual ocorreu a primeira relação sexual foi 14,10 anos (DP=1,81) para os meninos e 14,54 anos (DP=1,23) para as meninas. Com o objetivo de mapear o comportamento sexual dos adolescentes, foram selecionados para análises os adolescentes que tiveram relações sexuais no último ano, conforme as respostas a questão 44 do questionário, totalizando 242 adolescentes. Assim, 45,5% (n=110) adolescentes do sexo masculino e 54,5% (n= 132) adolescentes do sexo feminino responderam essa questão. A média de idade desses adolescentes foi de 16,44 (DP=1,33). Com relação a gestação e ocorrência de alguma doença sexualmente transmissível, 4% (n=9) das meninas relataram ter engravidado e 3,4% (n=8) dos adolescente de ambos o sexo relataram ter tido alguma DST's.

Foram realizadas análises em relação as variáveis apoio parental e o ICSR. As médias dessas variáveis foram de 57,38 (DP= 11,58) para o apoio parental e 3,45 (DP= 1,65) para o ICSR. Quando realizadas análise de correlação de *Person* entre essas variáveis, foi constatada

uma correlação negativa fraca ($r = -0,170$; $p = 0,013$) (Bisquera, Sarriera, & Martínez, 2004). Também foram feitas análises de relações entre essas duas variáveis, idade e sexo.

Sobre a associação entre apoio parental e sexo foi verificada diferença significativa, sendo que os meninos ($M = 59,56$; $DP = 10,34$) apresentaram uma média de apoio parental maior do que as meninas ($M = 55,58$; $DP = 12,27$; $t = 2,53$; $gl = 212$, $p = 0,012$). Os adolescentes indicaram em suas respostas uma maior percepção de apoio parental. Foi observada diferença significativa entre as variáveis ICSR e sexo, sendo que as meninas apresentam uma média maior ($M = 3,74$; $DP = 1,61$) do que os meninos ($M = 3,03$; $DP = 1,64$; $Z = -3,23$; $p = 0,001$). Ou seja, as adolescentes parecem se expor mais a comportamentos sexuais de risco conforme o ICSR.

A partir da observação de correlações fracas entre a variável apoio parental e ICSR procurou-se verificar que outras variáveis poderiam estar relacionadas ao desenvolvimento do comportamento sexual desses adolescentes que pudessem caracterizar risco ao seu desenvolvimento. Dessa forma foram identificadas algumas relações entre variáveis que podem ser pensadas como fatores de risco ao comportamento sexual de risco.

Na amostra selecionada, a média de idade da primeira relação foi de 14,30 ($DP = 1,56$), sendo que 51,7% ($n = 123$) desses adolescentes tiveram sua iniciação sexual com 14 anos ou menos. Quando comparada a idade de iniciação sexual por sexo, os meninos apresentaram médias significativamente menores ($M = 14,04$; $DP = 1,85$) do que as meninas ($M = 14,51$; $DP = 1,24$; $t = -2,25$; $gl = 178,219$; $p = 0,025$). Essa diferença, apesar de significativa estatisticamente, representa uma diferença em relação a meses entre meninas e meninos podendo ser igualada em torno dos 14 anos para ambos os sexos. Houve diferenças entre os sexos com relação a escolha do parceiro na primeira relação sexual. A maioria dos adolescentes respondeu a categoria namorado(a) sendo 60,7% ($n = 65$) dos meninos e 90% ($n = 117$) das meninas ($\chi^2 = 28,18$; $gl = 1$; $p \leq 0,001$). A maioria das relações foram exclusivamente heterossexuais em 90,1% ($n = 118$) dos casos para as meninas e em 94% ($n = 104$) para os meninos. As relações sexuais estabelecidas no último ano foram com parceiros fixos em 82,2% ($n = 199$) dos casos. Quando comparados por sexo, 62,3% das meninas relataram ter relações sexuais com parceiros fixos no último ano, enquanto 37,7% dos meninos relataram o mesmo ($\chi^2 = 29,12$; $gl = 1$; $p \leq 0,001$).

Com relação a frequência do uso do preservativo nas relações sexuais (questão 45), 51,2% ($n = 124$) dos adolescentes relataram utilizar preservativo em todas as relações sexuais, 27,3% ($n = 66$) relataram usar na maioria das vezes, 15,3% ($n = 37$) poucas vezes e 6,2% ($n = 15$) referiram nunca utilizar o preservativo. Observa-se diferenças significativas entre

adolescentes que sempre usam preservativo e aqueles que não usam frequentemente em relação ao sexo, sendo que 62,7% das meninas relataram não fazer uso frequente de preservativo em comparação com 37,3% dos meninos que relataram o mesmo ($\alpha^2= 6,19$; $gl=1$; $p\leq 0,013$). A partir desse dado verifica-se que as meninas não estão fazendo uso da camisinha em seus relacionamentos sexuais.

Os adolescentes que responderam não utilizar o preservativo em todas as relações sexuais (questão 46) deveriam identificar os motivos para o não uso, sendo possível identificar mais de um motivo. Dessa forma, 48,8% (n=62) responderam que usam anticoncepcional, 35,4% (n= 45) confiam no parceiro, 33,9% (n= 43) não gostam de usar, 26,8% (n= 34) não tinham camisinha e 21,3% (n= 27) acreditam que a camisinha machuca/incomoda. Foram realizadas análises de relações entre cada item da questão (46) e a variável sexo utilizando o teste qui-quadrado. Foram observadas diferenças significativas para as categorias “não tinha camisinha” e “porque uso anticoncepcional (pílula)” e “não tinha dinheiro para comprar” (Tabela 1).

Tabela 1. Teste qui-quadrado para as respostas dos participantes, separadas por sexo, indicando os motivos para o não uso do preservativo em todas as relações sexuais

Itens da questão 46	Masculino n (%)	Feminino n (%)	α^2	Gl	P
Não tinha camisinha	18 (56,3%)	14 (43,8%)	6,98	1	0,01
Não tinha dinheiro para comprar	3 (100%)	0 (0%)	5,26	1	0,04
Não gosto	17 (40,7%)	25 (59,5%)	0,35	1	0,5
Camisinha machuca/incomoda	11 (40,7%)	16 (59,3%)	0,22	1	0,6
Não acho que seja importante	2 (50%)	2 (50%)	0,30	1	0,6
Não lembrei de colocar	6 (33,3%)	12 (66,2%)	0,11	1	0,7
Estava sob o efeito do álcool	4 (30,8%)	9 (69,2%)	0,23	1	0,6
Estava sob efeito de drogas	2 (100%)	0 (0%)	3,47	1	0,13
Meu parceiro(a) não aceita	0 (0%)	4 (100%)	2,41	1	0,29
Porque confio no meu parceiro(a)	17 (37,8)	28 (62,2%)	0,24	1	0,8
Porque uso anticoncepcional (Pílula)	13 (21,3%)	48 (78,7%)	12,7	1	$\leq 0,001$
Outro motivo	2 (40%)	3 (60%)	0,22	1	1

Entre os motivos mais frequentes assinalados pelos adolescentes que responderam terem utilizado a camisinha nas relações sexuais (questão 47), independentemente da frequência do uso, foram: “evitar gravidez” (79,7%; n=188), “evitar doenças” (73,3%;

n=173), “é importante usar” (61,9%; n= 146), “evitar Aids” (44,9%; n=106). Cabe ressaltar que mais de uma alternativa poderia ser marcada. Foram realizadas comparações entre esses itens e a variável sexo. Houve diferenças significativas em relação ao sexo para as categorias “para evitar doenças” ($\alpha^2= 4,07$; gl=1; $p \leq 0,04$) e “porque é mais limpo (higiene)” ($\alpha^2= 6,29$; gl=1; $p \leq 0,01$). Assim, as meninas, em comparação com os meninos, relataram que usam o preservativo para evitar doenças e porque é mais limpo. As meninas indicaram saber que o uso do preservativo evita doenças, porém utilizam com mais frequência o anticoncepcional conforme a tabela anterior.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, foram selecionadas para constituir a amostra, adolescentes escolares com idade entre 13 e 19 anos. A maioria dos adolescentes estudava no ensino médio e mais da metade moravam com pai e mãe. A escolaridade do pai e da mãe aproximou-se sendo que quase a metade dos pais e das mães tinha o ensino fundamental completo e mais de dez (10) por cento deles cursavam ou já tinha concluído o nível superior de ensino. Essa caracterização da amostra assemelha-se a outros estudos. Borges, Latorre e Schor (2007) também encontraram índices semelhantes relacionados à configuração familiar e escolaridade dos pais e das mães dos adolescentes, porém a amostra desse estudo continha 22,2% dos adolescentes fora do sistema de ensino.

Em relação a idade de iniciação sexual, a média de idade foi de 14 anos para ambos os sexos. Paiva et al. (2008) e Tronco & Dell’Aglia (2012), por exemplo, também encontraram em suas amostra a mesma média de idade encontrada na presente pesquisa. Miranda, Gadelha e Szwarcwald (2005), encontraram percentuais relacionados a escolaridade semelhantes a amostra sendo que a maioria dos adolescentes estava estudando no ensino médio.

Com o objetivo de mapear o comportamento sexual de adolescentes foram analisados os questionários de adolescentes que responderam ter tido relações sexuais no último ano. Nessa subamostra, totalizaram 45,5% adolescentes do sexo masculino e 54,5% do sexo feminino e a média de idade foi 16,44 anos (DP= 1,33).

A variável apoio parental apresentou uma correlação fraca com o ICSR. Os adolescentes apresentaram valores elevados na escala Apoio Parental (Média=57,38; DP= 11,58). Essa escala avalia a percepção dos adolescentes em relação ao apoio recebido pelos pais. Nesse estudo, verifica-se que a maioria dos adolescentes possui uma percepção positiva do apoio parental. Ou seja, percebem de forma positiva o monitoramento exercido por seus pais, o processo de comunicação e a disposição para dar atenção a eles. Também não

percebem a interferência de conflitos familiares no relacionamento pais-filhos. Porém o apoio parental apresenta uma correlação fraca com o desenvolvimento de comportamentos sexuais de risco. Algumas explicações para a correlação fraca entre essas variáveis podem estar associadas ao próprio ICSR, a multidimensionalidade do constructo apoio parental e à adolescência.

O ICSR utilizado nesse estudo é calculado por questões que exploram um histórico de fatores que podem predispor a um comportamento sexual de risco, como por exemplo: idade na primeira relação sexual, diferença de idade em relação ao parceiro na primeira relação sexual, frequência do uso de camisinha, uso de métodos contraceptivos, ocorrência de gravidez e ocorrência de DST's (Tronco, 2011). Os adolescentes apresentaram média de 3,45 (DP=1,65) pontos no ICSR. Ou seja, uma média relativamente baixa de exposição a comportamento sexual de risco, já que a pontuação máxima no ICSR poderia ser 13 pontos. A maioria dos itens do ICSR avaliam experiências passadas e não especificamente o comportamento sexual atual. As questões que compõem o ICSR não avaliam a situação atual de vida dos participantes, já que enfatizam vivências anteriores. Também ressalta-se uma questão que pode ter afetado o resultado desse estudo. Ao tentar acessar a memória para encontrar a informação solicitada na questão, os participantes podem ter encontrado alguma dificuldade, que conduzem a falhas nesse processo, principalmente quando existe um longo tempo entre o evento e a recuperação dessa lembrança, (Brener, Billy, & Grady, 2003). Além disso, outros fatores cognitivos também podem interferir na lembrança de comportamentos sexuais passado como por exemplo, a carga emocional evocada pelas questões, a frequência desses comportamentos e a terminologia adotada nos instrumentos de auto-relato. Esses aspectos devem ser considerados na análise dos dados, uma vez que dizem respeito à validade das informações prestadas pelo participante.

Estudos mais recentes têm constatado que o apoio parental é considerado uma prática parental mais geral, partindo da percepção dos relacionamentos familiares. Esses estudos têm verificado que essas práticas parentais gerais quando associadas a práticas parentais concretas (práticas que visam mudanças específicas no comportamento como as regras parentais) exercem maior influência sobre os comportamentos sexuais em adolescentes (De Looze et al., 2012a; Van der Vorst, Engels, De Kovic, Meeus, & Vermulst, 2007). Os participantes da pesquisa possuem uma percepção positiva do apoio recebido dos seus pais, mas seria interessante poder observar possíveis relações entre práticas específicas como: monitoramento parental, conhecimento dos pais em relação à localização dos filhos, ou de quem são seus amigos. Estudos internacionais encontraram associações significativas entre essas práticas

específicas e o comportamento sexual de risco, principalmente no tange a idade de iniciação sexual (De Looze et al., 2012a).

Outra explicação para essa correlação baixa entre o apoio parental e o comportamento sexual de risco pode estar em aspectos relacionados a própria fase da adolescência. Os adolescentes, nessa fase de transição para a vida adulta, aproximam-se mais dos pares em comparação aos pais (Steinberg, 2001). Alguns estudos constataram que fatores parentais são importantes no início da adolescência pois modelam as relações entre seus filhos e os pares. Rai et al. (2003) constataram que o monitoramento parental associava-se a diminuição da influência dos pares nas relações com seus filhos. Outros estudos também constataram a influência do apoio parental sobre os comportamentos sexuais de adolescentes no início dessa fase, especificamente nos comportamentos relacionados a iniciação sexual (Elkington, Bauermerster, & Zimmermann, 2011; Hampton, McWatters, Jeffery, & Smith, 2005; Hair, Moore, Garret, Lig, & Cleveland, 2008). Já no transcorrer da adolescência, há uma tendência de aproximação dos pares (Stanton et al., 2002) e, conseqüentemente, uma valorização de suas opiniões. Nesse estudo, a média dos adolescentes que tiveram relações sexuais no último ano foi de 16 anos, ou seja, não estavam no início da adolescência. Também a maioria desses adolescentes responderam que procuravam mais os amigos para obter informações relacionada a sexualidade. Esses dados podem explicar a fraca correlação entre apoio parental e comportamentos sexuais de risco.

Em relação aos dados relacionados ao comportamento sexual dos adolescentes que tiveram relações sexuais no último ano, alguns fatores de risco foram observados no que tange a iniciação sexual e a gestão da contracepção. Esses resultados podem refletir em ações de políticas públicas intersetoriais envolvendo saúde, assistência e educação.

Dessa forma, observa-se que a média da idade de iniciação sexual manteve-se a mesma em relação a amostra geral, sendo que mais da metade desses adolescentes tiveram a primeira relação sexual com 14 anos ou menos. Malta et al. (2010) realizou um estudo relacionado à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes brasileiros, através dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), e constatou que a maioria dos adolescentes tem sua primeira relação sexual nessa faixa etária. Porém, essa idade é considerada precoce. Com relação a esse aspecto, Bolzon e Heilborn (2006), classificaram a idade de iniciação sexual dos adolescentes em três grupos: precoce (com iniciação sexual com 15 anos ou menos), intermediário (iniciação se dá entre 16 e 17 anos) e tardios (iniciação ocorre com 18 anos ou mais). Nesse sentido, 51,7% dos adolescentes participantes da pesquisa enquadra-se na classificação de iniciação sexual precoce. Os estudos verificaram que a iniciação sexual

precoce pode ser considerada um fator de risco ao envolvimento em comportamentos sexuais de risco, como o não uso do preservativo (Atav & Spencer, 2002; Kotchick et al., 2001; Leite, Rodrigues, & Fonseca, 2004). Teixeira et al. (2006) entendem que quanto menor a idade do adolescente, menos informação terá sobre formas de prevenção a DST's. Assim, a falta de informação pode levar ao não uso do preservativo na primeira relação sexual. Paiva et al. (2008) constatou que o adolescente pode repetir esse comportamento de risco no curso de seus relacionamentos sexuais. Em relação a variável sexo e idade de iniciação sexual, os meninos, nesse estudo, iniciam sexualmente em idade menor em comparação as meninas sendo esses resultados corroborados por outros estudos (Borges, & Schor, 2007; Gulbert, & Madureira, 2008). A maioria dos meninos e das meninas desse estudo tiveram sua primeira relação sexual com parceiros fixos. Esses dados diferem de outros estudos em relação aos meninos. Assim, Teixeira et al. (2006) constatou que 53% dos meninos iniciaram sexualmente com parceiras eventuais e 91,1% das meninas com parceiro fixo.

No último ano, mais da metade das meninas, que relataram ter relações sexuais, indicaram que essas ocorreram com parceiros fixos. Já a maioria dos meninos que relataram ter pelo menos uma relação sexual no último ano, essas ocorreram com parceiras eventuais. Nesse contexto, em relação a gestão da contracepção através da administração de métodos contraceptivos, a maioria dos adolescentes relataram usar camisinha e pílula como métodos contraceptivos. Porém foram encontradas diferenças entre os gêneros, pois 82,3% das meninas relataram usar pílula como método contraceptivo e apenas 17,7% dos meninos relataram o mesmo. Em relação a escolha do preservativo masculino, os meninos usam mais do que as meninas. No entanto, mais da metade das meninas relataram não usar a camisinha em todas relações sexuais. Esses resultados são semelhantes em outros estudos que alertam para o fato de as meninas estarem em situação de maior vulnerabilidade em relação aos meninos (Almeida et al., 2003; Gulbert, & Madureira, 2008; Miranda et al., 2005). Esse contexto pode revelar a dificuldade das meninas em negociar o uso do preservativo nos seus relacionamentos estáveis levando a uma flexibilização do seu uso. Dessa forma, entende-se que os adolescentes estão valorizando a prevenção da gravidez e não das DST's. Essa prioridade é muito destacada nas ações em saúde pública destinadas aos adolescentes. Apesar de estar claro nos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde que o risco está relacionado a saúde sexual e reprodutiva, na prática, evidencia-se que os adolescentes preocupam-se mais com o risco de uma gravidez não desejada e não tanto com uma DST. E os profissionais de saúde preocupam-se em prestar informações técnicas sendo que muitas

acabam não sendo internalizadas e transformadas em comportamentos sexuais preventivos de DSTs (Knauth, Heilborn, Bolzon, & Aquino, 2006).

Ainda com relação ao não uso do preservativo, os meninos relataram que não tinham camisinha na hora da relação sexual e que não tinham dinheiro e as meninas relataram que usavam anticoncepcional. Os dados, com relação aos meninos, também foram verificados no estudo de Gulbert e Madureira (2008) o que pode evidenciar o não planejamento e o caráter de improviso que caracterizam as relações sexuais. Também constata-se, nesse estudo, que os adolescentes possuem bom nível de informação sobre a importância do uso do preservativo. A maioria dos adolescentes sabem que o uso da camisinha está associado a evitar o risco de uma gravidez na adolescência e a contaminação por DST's. Esses resultados foram encontrados nos estudos de Miranda et al. (2005), Taquette, Vilhena e Paula (2004) e Taquette, Andrade, Vilhena e Paula (2005). Porém a maioria dos adolescentes não faz uso consistente da camisinha nos seus relacionamentos sexuais. Parece não haver uma internalização das informações quanto a prevenção das DST's. Nesse sentido, pode-se inferir que questões relacionadas ao gênero podem estar exercendo grande influência nos comportamentos sexuais dos adolescentes desse estudo.

Nesse estudo observa-se que os aspectos de gênero perpassam dois momentos de vivência da sexualidade dos adolescentes mencionados nesse estudo: a iniciação sexual e a gestão da contracepção. A família, nesse contexto é importante, principalmente no início da adolescência em modelar os relacionamentos dos adolescentes, exercer orientação e prestar informações. Os pais têm a tarefa de reconhecer o estado de amadurecimento de seus filhos e, gradualmente, ir permitindo-lhes maior autonomia, mas, também, devem protegê-los dos riscos potencialmente envolvidos nesses comportamentos. Assim, as ações em políticas públicas devem estar ligadas também a família, no sentido de proporcionar um espaço de escuta e acolhimento das dúvidas e incertezas em relação as práticas parentais exercidas. Dessa forma, destacam-se programas de intervenções cujo o objetivo é a redução de comportamentos de risco em adolescentes focando na atuação dos pais (Koning, Van den Eijnden, Engels, Verdurmen, & Vollebergh, 2011). Outro exemplo que pode ser adaptado a essa temática é o Programa de atenção às famílias em situação de vulnerabilidade socioambientais desenvolvido através da Universidade Federal do Rio Grande (Garcia et al., 2012). Esse programa busca o atendimento psicossocial e educativo de crianças, adolescentes e famílias. A metodologia utilizada tem o suporte da teoria bioecológica do desenvolvimento humano e é composta por diagnósticos socioambientais das famílias e promoção de espaços dialógicos e reflexivos onde são realizadas discussões de práticas parentais.

Com relação as questões de gênero e informações relacionadas à prevenção das DST's, destaca-se a importância do papel da escola através de ações em educação sexual. Brêtas et al. (2011) entendem que a escola pode ter um papel complementar ao dos pais nesse processo de educação em relação a sexualidade pois ela pode suprir as lacunas relacionadas a aspectos de gênero, combater preconceitos e promover o respeito pelo corpo e pelos sentimentos. Esse processo de educação sexual pode ser desenvolvido no próprio ambiente de aula através de disciplinas que promovam a discussão e a reflexão de questões relacionadas a saúde dos adolescentes. Com relação as escolas da rede estadual de ensino do Rio grande do Sul, por exemplo, destaca-se a importância dos seminário integrados. Esses seminários passaram a ser incluídos nos currículos escolares estaduais a partir da reforma curricular do ensino médio proposta pela Secretaria Estadual de Educação (2011). Os seminários integrados têm como objetivo a articulação das áreas do conhecimento, a partir de experiências e vivências com o mundo do trabalho de forma que apresente opções e possibilidades para posterior formação profissional nos diversos setores da economia e do mundo do trabalho. Constituem-se, também, em espaços onde são trabalhados temas transversais como: meio ambiente, esporte e lazer, direitos humanos, prevenção e promoção de saúde, dentre outros. É fato a importância do papel do professor nesse processo de educação sexual e destaca-se, conseqüentemente, a necessidade de seleção de professores com perfil para essa função, ou seja, capazes de acolher as demandas dos adolescentes e oferecer espaços de escuta e reflexão. Aliado a isso, é necessária a renovação contínua de seus próprios conhecimentos sobre sexualidade além dos conhecimentos necessários relacionados a prevenção (Brêtas et al., 2011).

Os adolescentes precisam de espaços onde sintam-se seguros a expor suas dúvidas e incertezas em relação ao desenvolvimento de sua sexualidade. De fato, a vivência da sexualidade está associada à aquisição, gradual, da autonomia do adolescente nesse campo. O desafio em relação a educação sexual de adolescentes pode estar relacionado ao aprendizado e interiorização de aspectos relacionados ao gênero. Assim, destaca-se a negociação com o(a) parceiro(a) em relação ao uso da camisinha, além da internalização de informações relacionadas a prevenção (Alves, & Brandão, 2009). Com relação a esse último aspecto, cabe ressaltar que as ações em saúde, nos diferentes âmbitos da políticas públicas (saúde, assistência social e educação), acabam visando a saúde reprodutiva, ou seja, a prevenção a gravidez precoce. Assim, as ações podem ficar precárias em relação a prevenção as DST's e, conseqüentemente, reflete no relato dos adolescentes de diversos estudos de terem acesso a informações em relação a prevenção em saúde. Porém não há a internalização dessas

informações em relação a prevenção das DST's (Assinelli-Luz, & Júnior, 2008; Brêtas et al., 2011; Eisenberg et al., 2006; Miranda et al., 2005).

COSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou identificar possíveis relações entre a variável apoio parental e comportamentos sexuais de risco entre adolescentes escolares que tiveram relações sexuais no último ano. Também procurou investigar outros fatores que estivessem influenciando esses comportamentos. Em relação aos resultados desse estudo, pode-se identificar uma correlação negativa fraca entre apoio parental e comportamento sexual de risco. Os adolescentes apresentaram idade de iniciação sexual precoce, com 14 anos ou menos, e a maioria dos adolescentes tiveram essa experiência com parceiros fixos. Quanto a gestão da contracepção observou-se diferenças quanto ao gênero perpassando esse processo. Assim, os meninos utilizavam o preservativo masculino nas relações eventuais e as meninas utilizavam a pílula nos seus relacionamentos fixos. Constatou-se o uso inconsistente do preservativo nas relações sexuais. Esse resultado pode sugerir que as meninas parecem se expor mais à situação de risco em relação aos meninos, talvez pela dificuldade na negociação quanto ao uso desse preservativo. O uso do preservativo masculino é considerado um método mais eficaz na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, além da gravidez. Nesse estudo, constatou-se que existe uma visão de risco associada a prevenção da gravidez na adolescência e não das DST's. Assim, o risco parece ser entendido, pelos adolescentes, a partir de uma gravidez indesejada nessa fase da vida e não para a prevenção de doenças que também podem gerar consequências desagradáveis para o adolescente. Esses resultados apontam a necessidade de se trabalhar as ações de promoção em saúde com o foco na prevenção as DSTs além de investir em ações que proporcionem uma reflexão maior sobre questões de gênero que atravessam o amadurecimento da sexualidade e proporcionam uma exercício da sexualidade de forma plena e segura.

Algumas limitações merecem consideração na interpretação dos resultados. A amostra dos adolescentes estudantes de escolas públicas foi representativa, pois abrangeu-se escolas de todas as regiões da cidade. Nesse sentido, considera-se importante comparar essa amostra com adolescentes que estejam matriculados em escolas particulares. Entende-se que aspectos relacionados ao nível socioeconômico podem interferir na percepção de apoio parental e nos comportamentos sexuais dos adolescentes. Outra limitação no estudo pode ser pensada em relação ao instrumento utilizado. O instrumento é composto por 77 questões, levando em média 70 minutos para respondê-lo. Essa situação pode despertar cansaço e desmotivação,

levando os adolescentes a não responderem com atenção necessária, principalmente as questões sobre sexualidade (questões 42 a 61). Considera-se também que o instrumento avalia aspectos que podem ser considerados fator de risco e/ou proteção ao comportamento sexual, como uso ou não do preservativo. Assim, pode não contemplar dimensões que dizem respeito ao processo de negociação que seria interessante aprofundar em estudos futuros. Além disso, as questões do instrumento são retrospectivas, ou seja, exigem a recuperação da informação na memória. Nesse sentido, dependendo do tempo entre a ocorrência do evento a ser lembrado e o momento atual do participante, pode ocorrer falhas nesse processo de recuperação da informação, como a lembrança da primeira relação sexual, por exemplo (Brenner, Billy, & Grady, 2003). Essa situação sugere uma definição mais rígida das faixas etárias de adolescentes de acordo com o evento que se quer estudar. Dessa forma, ao estudar fatores relacionados a iniciação sexual, talvez seja interessante coletar dados de uma determinada faixa etária (13 a 16 anos) por exemplo. Destaca-se também a necessidade de estudos com populações de adolescentes em situação de vulnerabilidade social e pessoal como: populações indígenas, em conflito com a lei e em situação de rua.

REFERÊNCIAS

- Albert, D., & Steinberg, L. (2011). Judgment and Decision Making in Adolescence. *Journal of research on adolescence*, 21(1), 211-224.
- Almeida, M. C., Aquino, E. M., Gaffikin, L., & Magnani, R. J. (2003). Uso da contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Revista de Saúde Pública*, 37(5), 566-575.
- Alves, C. A., & Brandão, E. R. (2009). Vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 661-670.
- Alves, A. S., & Lopes, M. H. B. M. (2008). Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 170-7.
- Amaral, M. A., & Fonseca, R. M. G. S. (2006). Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 40(4): 469-76.
- Andrade, C. R., Chor, D., Faerstein, E., Griep, R. H., Lopes, C. S., & Fonseca, M. J. M. (2005). Apoio social e autoexame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 379-386.
- Andrade, C. R., & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: Conectando solidariedade e saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934.

- Antunes, C., & Fontaine, A. M. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: Análise fatorial combinatória da escala Social Support Appraisals. *Paidéia*, 15(32), 355-366.
- Assinelli-Luz, A., & Júnior, N. F. (2008). Gênero, adolescências e prevenção ao HIV/aids. *Pro-Posições*, 19(2), 81-97.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2012). Critério de Classificação Econômica Brasil. Acedido em 28 de fevereiro de 2014 em: www.abep.org/new/Servicos/Download.aspx?id=02.
- Atav, S., & Spencer, G. A. (2002). Health risk behaviors among adolescents attending rural, suburban, and urban schools: a comparative study. *Family & Community Health*, 26, 53-64.
- Barbetta, P. A. (2001). *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis: UFSC.
- Barros, M. N. S. (2002). Saúde Sexual e Reprodutiva. In M. L. J. Contini, & S. H. Koller (Org.), *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas* (46-54). Conselho Federal de Psicologia.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907.
- Benetti, S. P., Valentini, F., Fonini, R. I., & Pelizzoni, V. G. (2005). A violência familiar na perspectiva do desenvolvimento de crianças e adolescentes. In C. S. Hutz (Ed.), *Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção* (pp. 71-100). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bisquera, R., Sarriera, J. C., & Martínez, F. (2004). *Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Bolzon, M., & Heilborn, M. L. (2006) Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In M. L. Heilborn et al. (Eds.), *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros* (pp. 155-206). Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz.
- Borges, A. L. V., & Schor, N. (2007). Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 225-234.
- Borges, A. L. V., Latorre, M. R. D. O., Schor, N. (2007). Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7), 1583-1594.
- Brener, N. D., Billy, J. O., & Grady, W. R. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *Journal of adolescent health*, 33, 436-457.

- Bretas, J. R. S. Ohara, C. V. S., Jardim, D. P., Junior, W. A., & Oliveira, J. R (2011). Aspectos da Sexualidade na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3221-3228.
- Brito, R., & Koller, S. H. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In A. M. Carvalho (Ed.). *O mundo social da criança: Natureza e cultura em ação* (pp.115-129). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cerqueira-Santos, E. (2008). Comportamento sexual e religiosidade: Um estudo com jovens brasileiros. *Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, RS.
- Costa, L. G., & Dell’Aglío, D. D. (2009). A rede de apoio social de jovens em situação de vulnerabilidade social. In R. M. Libório & S. H. Koller (Eds.), *Adolescência e juventude: risco e proteção na realidade brasileira* (pp.219- 263). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Crosby, R. A., Santelli, J. S., & Diclemente, R. J. (2009). Adolescents at Risk: a generation in jeopardy. In Ralph J. DiClemente, John S. Santelli, Richard A. Crosby, John Wiley & Sons. *Adolescents Health: Understanding and preventing risk behavior* (pp.3-5), Editors. Acedido em; 19 de fevereiro de 2014 em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=zW4-mmPkDEC&oi=fnd&pg=PR17&dq=crosby+santelli+e+diclemente+adolescents+at+risk&ots=6dQmSRG6Se&sig=oewJs2nAnhPF3D0DfTKUV2UkM3A#v=onepage&q=crosby%20santelli%20e%20diclemente%20adolescents%20at%20risk&f=false>
- De Graaf, H., Vanwesenbeeck, I., Woertman, L., Keijsers, L., Meijer, S., & Meeus, W. (2010). Parental support and knowledge and adolescents’ sexual health: Testing two mediational models in a national Dutch sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 189-198.
- De Antoni, C., Hoppe, M. W., Medeiros, F., & Koller, S. H. (1999). Uma família em situação de risco: Resiliência e vulnerabilidade. *Interfaces: Revista de Psicologia*, 2(1), 81-85.
- De Looze, M., Van Den Eijnden R., Vollebergh, W., & Ter Bogt, T. (2012a). Parenting practices and adolescent risk behavior: Rules on smoking and drinking also predict cannabis and early sexual debut. *Prevention Science*, 13(6), 594-604.
- De Looze, M., Harakeh, Z., Van Dorsselaer, S. A. F. M., Raaijmakers, Q. A. W., Vollebergh, W. A. M., & ter Bogt, T. F. M. (2012b). Explaining educational differences in substance use and early sexual debut: The role of parents and peers. *Journal of Adolescence*, 35, 1035-1044.

- Dell’Aglío, D. D., Koller, S. H., Cerqueira-Santos, E., & Colaço, V. F. (2009). *Fatores de risco e proteção na juventude brasileira*. Projeto de Pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ.
- Eisenberg, M. E., Sieving, R. E., Bearinger, L. H., Swain, C., & Resnick, M. D. (2006). Parents’ communication with adolescents about sexual behavior: A missed opportunity for prevention? *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 893-902.
- Elkington, K. S., Bauermeister, J. A., Zimmerman, M. A. (2011). Do parents and peers matter? A prospective socio-ecological examination of substance use and sexual risk among African american youth. *Journal of Adolescence*, 34, 1035-1047.
- Fingerson, L. (2005). Do mother’s opinions matter in teen’s sexual activity?. *Journal of Family Issues*, 26(7), 947-974.
- Garcia, et al. (2012). Program of support and attention to families who live sócio environmental vulnerabilities in South of Brazil. *Global Journal of Community Psychology Prattice*, 3(4), 215-223.
- Garnezy, N., & Masten, A. (1994). Chronic adversities. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Herson (Eds), *Child and adolescent psychiatry* (191-207). Oxford: Blackwell.
- Gulbert, D., & Madureira, V. S. F. (2008). Iniciação sexual de homens adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 13 (supl. 2): 2247-2256.
- Hair, E. C., Moore, K. A., Garrett, S. B., Ling, T., Cleveland, K. (2008). The continued importance of quality parent-adolescent relationships during late adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18(1), 187–200.
- Hampton, M. R., McWatters, B., Jeffery, B., Smith, P. (2005). Influence of teens' perceptions of parentacolcl disapproval and peer behavior on their initiation of sexual intercourse. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, 105–121.
- Knauth, D., Heilborn, M. L., Bozon, M., & Aquino, E. M. L. (2006) Sexualidade Juvenil: Aportes para as Políticas Públicas. In M. L. Heilborn et al. (Eds.), *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros* (pp. 155-206). Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz.
- Koller, S. H., Cerqueira-Santos, E., Morais, N. A., & Ribeiro, J. (2005). *Juventude Brasileira: Relatório Técnico*. Washington DC: World Bank.
- Koning, I. M., Van den Eijnden, R.J. J. M., Engels, R. C. M. E., Verdurmen, J. E. E., & Vollebergh, W. A. M. (2011). Why target early adolescents and parents in alcohol prevention? The mediating effects of self-control, rules and attitudes about alcohol use. *Addiction*, 106, 538-546.

- Kotchick, B. A., Shaffer, A., Forehand, R., & Miller, K. S. (2001). Adolescent sexual risk-behavior: A multi-system perspective. *Clinical Psychology Review*, 4, 493-519.
- Langille, D. B., Asbridge, M., Flowerdew, G., & Allen, M. (2010). Associations of sexual risk-taking with having intercourse before 15 years in adolescent females in Cape Breton, Nova Scotia, Canada. *Sex Health*, 7, 199-204.
- Leite, I. C., Rodrigues, R. N., & Fonseca, M. C. (2004). Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões sudeste e nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 476-481.
- Malta, D. C., Silva, M. A. L., Mello, F. C. M., Monteiro, R. A., Porto, D. L., Sardinha, L. M. V., & Freitas, P. C. (2011). Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(1 supl.), 147-56.
- Ministério da Saúde (2012). *Boletim epidemiológico: Aids – DST*. Acedido em 08/02/2013 em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf.
- Miranda, A. E., Gadelha, A. M. J., & Szwarcwald, C. L. (2005). Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas dos adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 207-216.
- Moreira, M. R., & Santos, J. F. F. Q. (2011). Entre a modernidade e a tradição: a iniciação sexual de adolescentes piauienses universitárias. *Escola de Enfermagem Anna Nery*, 15(3), 558-566.
- Paiva, V., Calazans, G., Venturi, G., & Dias, R. (2008). Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 42(supl.1), 45-53.
- Peixoto, F. J. (1999). Escala de percepção da relação com a família. In: A. P. Soares, S. Araújo & S. Caíres (Eds), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (pp. 468-474). Braga: APPORT.
- Pirotta, K. C. M., & Schor, N. (2004). Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Revista de Saúde Pública*, 38(4), 495-502.
- Rai, A. A., Stanton, B., Wu, Y., Li, X., Galbraith, J., Cottrell, L., Bruns, J. (2003). Relative Influences of Perceived Parental Monitoring and Perceived Peer Involvement on Adolescent Risk Behaviors: An Analysis of Six Cross-sectional Data Sets. *Journal of Adolescent Health*, 33, 108–118.

- Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996.* (1996, 10 de outubro). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.
- Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.* (2012, 12 de dezembro). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.
- Reppold, C. T., Pacheco, J., Bardagi, M., & Hutz, C. S. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In C. S. Hutz (Ed.). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 7-51), São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Roche, K. M., Ahmed, S., & Blum, R. W. (2008). Enduring consequences of parenting for risk behaviors from adolescence into early adulthood. *Social Science & Medicine*, 66, 2023-2034.
- Secretaria Estadual de Educação (2011). *Proposta Pedagógica para o Ensino Médio Politécnico e Educação Profissional Integrada ao Ensino Médio- 2011-2014*, acessado em 21 de novembro de 2013 em http://www.educacao.rs.gov.br/dados/ens_med_proposta.pdf.
- Siqueira, A. C., Betts, M. K., & Dell’Aglia, D. D. (2006). A Rede de apoio social e afetiva de adolescentes institucionalizados no sul do Brasil. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40(2), 149-158.
- Stanton, B., Xiaoming, L., Pack, R., Cottrell, L., Harris, C., Burns, J. M. (2002). Longitudinal influence of perceptions of peer and parental factors on African American adolescent risk involvement. *Journal of Urban Health*, 79, 536–548.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Reviews Psychology*, 52, 83-110.
- Stulhofer, A., Bacak, V., Ajdukovic, D., & Graham, C. (2010). Understanding the association between condom use at first and most recent sexual intercourse: An assessment of normative, calculative, and habitual explanations. *Social Science & Medicine*, 70, 2080-4.
- Taquette, S. R., Vilhena, M. M., & Paula, M. C. (2004). Doenças Sexualmente Transmissíveis na adolescência: estudo dos fatores de risco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37(3), 210-214.
- Taquette, S. R., Andrade, R. B., Vilhena, M. M., & Paula, M. C. (2005). A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*, 51(3), 148-52.

- Teixeira, A. M. F. B., Knauth, D. P., Fachel, J. M. G., & Leal, A. F. (2006). Adolescente e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cadernos Saúde Pública*, 22(7), 1385-1396.
- Teixeira, S. A. M., & Taquette, S. R. (2010). Violência e atividades sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. *Rev. Assoc. Med. Brasil*. 56(4), 440-6.
- Teodoro, M. L. M., Cardoso, B. M., & Pereira, T. F. P. (2011). As relações familiares e os problemas emocionais e de comportamento em adolescentes. In A. Wagner et. al. (Ed.). *Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões* (pp. 140-149). Porto Alegre, Artmed.
- Tronco, C. B. (2011). Comportamentos sexuais na adolescência: aspectos individuais, familiares e contextuais. *Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, RS.
- Tronco, C. B., & Dell’Aglia, D. D. (2012). Caracterização do comportamento sexual de adolescentes; iniciação sexual e gênero, *Revista Interinstitucional Psicologia* (online), 5(2), 254-269.
- Van der Vorst, H., Engels, R. C. M. E., Deković, M., Meeus, W., & Vermulst, A. A. (2007). Alcohol-specific rules, personality and adolescents’ alcohol use: A longitudinal person–environment study. *Addiction*, 102, 1064-1075.
- Wills, T. A., Blechman. E. A., & McNamara, G. (1996). Family support, coping, and competence. In: M. Hetherington & E. A. Blechman (Eds), *Stress, coping, and resiliency in children and families*. (107-133). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Xavier, A. C. M. (2005) Comportamento Sexual de Risco na Adolescência: Aspectos Familiares Associados. *Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, RS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dessa dissertação foi realizada uma revisão sistemática de estudos nacionais sobre comportamentos sexuais de risco em adolescentes escolares. Também foi realizado estudo com adolescentes estudantes de escolas públicas identificando relações entre comportamento sexual de risco e apoio parental e outros fatores que também pudessem exercer influência nesses comportamentos.

O primeiro estudo constou de uma revisão sistemática da literatura nacional procurando identificar o que os estudos brasileiros têm explorado sobre comportamento sexual de risco na adolescência. Nessa revisão foram encontrados estudos que identificaram fatores individuais, familiares e culturais podem associar-se a comportamentos sexuais de risco. Também foi observado que os estudos empíricos nacionais investigaram a influência desses fatores em dois momentos da vivência da sexualidade nessa fase: na iniciação sexual e na gestão da contracepção. Na iniciação sexual os estudos analisados identificaram fatores individuais como: a idade, a escolaridade e a religião. Esses fatores exerceram influência no adiamento da idade da primeira relação sexual do adolescente. Com relação a gestão da contracepção, além desses fatores citados anteriormente, os estudos destacaram outros como: aspectos relacionados ao período da adolescência, ao gênero, uso de substâncias psicoativas, apoio parental, nível de informação sobre DST/Aids e formas de prevenção. Esses fatores podem estar exercendo influência sobre a escolha e o uso de métodos anticoncepcionais nos relacionamentos sexuais, principalmente sobre a negociação com o parceiro do uso de preservativo. Observou-se que esses estudos explicitaram uma desarticulação entre prevenção e contracepção, destacando a prioridade em prevenir uma gravidez na adolescência e pouca ênfase na prevenção das DSTs. Foi destacado nesse estudo aspectos relacionados ao nível de informação sobre prevenção das DSTs entre os adolescentes. Os estudos analisados identificaram uma lacuna entre o conhecimento e o comportamento de prevenção. Ou seja, os adolescentes relataram ter conhecimento sobre formas de prevenção, porém continuam não fazendo uso do preservativo de forma consistente nos relacionamentos sexuais. Os estudos analisados também destacaram que essa informação, sobre formas de prevenção de gravidez e DST's, pode ser parcial o que colocaria em risco esses adolescentes.

O segundo estudo explorou a partir de um delineamento quantitativo com dados empíricos possíveis associações entre comportamento sexual de risco e apoio parental em adolescentes escolares. Os dados desse estudo permitiram, através de uma amostra

representativa e aleatória da população de adolescentes matriculados em escolas públicas, identificar uma correlação fraca entre comportamentos sexuais de risco e apoio parental. Esse resultado pode estar associado ao próprio instrumento utilizado para medir o comportamento sexual de risco na amostra (ICSR), a multidimensionalidade do constructo apoio parental e à adolescência. A amostra desse estudo apresentou um padrão de comportamento sexual semelhante a maioria dos estudos nacionais. Assim, constatou-se que a iniciação sexual ocorreu por volta dos 14 anos de idade e com parceiros fixos. Durante os relacionamentos sexuais, foram encontrados alguns fatores que podem estar exercendo influência sobre comportamentos sexuais considerados de risco. Assim, foi identificado o uso inconsistente do preservativo em todas as relações sexuais e aspectos de gênero associados a esse comportamento. Foi identificado que as meninas relatam não fazer uso de camisinha nas relações sexuais por fazer uso do anticoncepcional. Esses dados podem revelar a valorização da prevenção da gravidez e não das DSTs.

As limitações desses estudos foram relatadas ao longo dos artigos que integram essa dissertação. Destaca-se, no primeiro estudo, a utilização de apenas uma base de informações o que pode acarretar na não inclusão de estudos importantes na revisão sistemática. No segundo estudo, destaca-se o tamanho do instrumento utilizado que pode despertar cansaço e desmotivação dos adolescentes. O instrumento utilizado não contempla dimensões relacionadas a negociação do uso da camisinha nas relações sexuais e apresenta aspectos retrospectivos que podem dificultar o acesso a lembranças da informações de eventos ocorridos a muito tempo pelo adolescente, como a iniciação sexual, por exemplo.

Algumas sugestões para o desenvolvimento de novos estudos nessa área podem ser observadas. Considera-se importante comparar essa amostra com adolescentes matriculados em escolas privadas e adolescentes que não se encontram no sistema educacional. Além disso, considera-se importante comparar essa amostra com populações de adolescentes vulneráveis como adolescentes em conflito com a lei, em situação de rua e populações indígenas. Sugere-se, também, a importância de pesquisas qualitativas em relação a essa temática. Esse estudo teve um delineamento quantitativo investigando possíveis associações entre variáveis e o comportamento sexual de adolescentes. Pesquisas qualitativas permitem um maior aprofundamento de aspectos relacionados ao gênero e como esses aspectos interagem nos comportamentos sexuais. Assim, destaca-se a importância de estudos qualitativos que aprofundem a temática da negociação do uso da camisinha nos relacionamentos sexuais, por exemplo.

Entender os comportamentos sexuais dos adolescentes e os fatores que podem se constituir em risco e proteção a sua saúde nesse processo é fundamental para ações mais eficazes. Espera-se, assim, que os resultados apresentados, apesar das limitações, contribuam no planejamento e execução de ações em políticas públicas mais eficazes a essa população.

REFERÊNCIAS

- Alves, C. A., & Brandão, E. R. (2009). Vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 661-670.
- Bozon, M., & Heilborn, M. L. (2006) Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In M. L. Heilborn et al. (Eds.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros* (pp. 155-206). Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz.
- Cerqueira-Santos, E. (2008). Comportamento sexual e religiosidade: um estudo com jovens brasileiros. *Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, RS.
- De Graaf, H., Vanwesenbeeck, I., Woertman, L., Keijsers, L., Meijer, S., & Meeus, W. (2010). Parental support and knowledge and adolescents' sexual health: Testing two mediational models in a national Dutch sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 189-198.
- Dell'Aglia, D. D., Koller, S. H., Cerqueira-Santos, E., & Colaço, V. F. (2009). *Fatores de risco e proteção na juventude brasileira*. Projeto de Pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ.
- Kotchick, B. A., Shaffer, A., Forehand, R., & Miller, K. S. (2001). Adolescent sexual risk-behavior: A multi-system perspective. *Clinical Psychology Review*, 4, 493-519.
- Malow, R. M., Dévieux, J. G., Jennings, T., Lucenko, B. A., & Kalichman, S. C. (2001). Substance-abusing adolescents at varying levels of HIV risk: psychosocial characteristics, drug use, and sexual behavior. *Journal of Substance Abuse*, 13, 103-117.
- Tolman, D. L., & McClelland, S. I. (2011). Normative sexuality development in adolescence: a decade in review 2000-2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242-255.
- Tronco, C. B., & Dell'Aglia, D. D. (2012). Caracterização do comportamento sexual de adolescentes; iniciação sexual e gênero, *Revista Interinstitucional Psicologia* (online), 5(2), 254-269.
- Xavier, A. C. M. (2005) Comportamento Sexual de Risco na Adolescência: Aspectos Familiares Associados. *Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, RS.

ANEXO A – Tabelas 1 e 2

Tabela 1 Classificação dos estudos empíricos conforme a categoria Iniciação Sexual analisados de acordo com amostra, delineamento, região de estudo, objetivo e áreas de publicação (n = 12 artigos).

Estudo	Amostra	Delineamento	Região de estudo	Objetivo	Áreas de Publicação
Leite, Rodrigues, & Fonseca (2004)	3035 adolescentes e jovens entre 15 e 24 anos.	Quanti	NE e SE	Analisar fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo de adolescentes do sexo feminino.	Programa de computação científica da Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Desenvolvimento e planejamento Regional da UFMG.
Amaral, & Fonseca (2006)	16 adolescentes do sexo feminino entre 11 e 16 anos.	Quali	SE	Compreender as representações sociais das adolescentes em relação à iniciação sexual sob o recorte de gênero.	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).
Teixeira, Knauth, Fachel, & Leal (2006)	Moças e rapazes entre 18 e 24 anos.	Quanti	SUL, SE, NE	Estudar a prevalência e fatores associados no uso de preservativo na iniciação sexual e na última relação sexual.	Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas; Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS; Núcleo de Pesquisa em Antropologia do corpo e da Saúde de Porto Alegre.
Borges (2007)	363 adolescentes entre 15 e 19 anos cadastrados em uma Unidade do programa Saúde da Família.	Quanti	SE	Identificar a presença da pressão social na iniciação sexual de adolescentes, com base nos relacionamentos de grupos de grupos de iguais.	Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (EEUSP).
Borges, Latorre,	383 adolescentes,	Quanti	SE	Analisar aspectos individuais e familiares	Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde

&Schor (2007)	entre 15 e 19 anos.			associados ao início da vida sexual.	Pública da Universidade de São Paulo.
Borges, &Schor (2007)	184 homens, entre 15 a 19 anos.	Quanti	SE	Descrever a trajetória afetivo-amorosa e razões para o início ou adiamento da vida sexual de adolescentes do sexo masculino.	Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Gubert, & Madureira (2008)	340 adolescentes do ensino médio do sexo masculino entre 14 e 19 anos.	Quanti	SUL	Investigar a iniciação sexual de adolescentes do sexo masculino.	Grupo de Estudos e Pesquisa de Gênero Fogueira – Universidade Comunitária Regional de Chapecó (SC).
Taquette& Vilhena (2008)	15 adolescentes do sexo feminino entre 14 e 19 anos.	Quali	SE	Entender alguns aspectos da iniciação sexual feminina entre adolescentes de baixa renda.	Núcleo de Estudos de Saúde do adolescente, (NESSA), Faculdade de Ciências da UERJ.
Paiva, Calazans, Venturi, & Dias (2008)	670 jovens entre 16 e 19 anos, sexualmente ativos.	Quanti	SUL, SE, CO, NO, NE	Analisar a idade e o uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros em dois períodos: 1998 e 2005.	Núcleo de Estudos para prevenção da AIDS. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.
Malta, et al (2011)	60973 adolescentes escolares	Quanti	SUL, SE, CO, NO, NE	Descrever as situações relacionadas à saúde sexual dos adolescentes, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)	Trabalho realizado na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
Moreira, & Santos (2011)	12 adolescentes do sexo feminino entre 18 e 19 anos.	Quali	NE	Desvelar comportamentos sexuais de acadêmicas de enfermagem	Curso de Enfermagem da universidade Federal do Piauí
Hugo, et al (2011)	1621 jovens, entre 18 e 24 anos.	Quanti	SUL	Descrever os fatores associados à idade precoce da primeira relação sexual.	Universidade Católica de Pelotas.

Tabela 2 Classificação dos estudos empíricos conforme a categoria Gestão da Contracepção analisados de acordo com amostra, delineamento, região de estudo, objetivo e áreas de publicação (n = 30 artigos).

Estudo	Amostra	Delineamento	Região de estudo	Objetivo	Áreas de Publicação
Brasil, Mitsui, Pereira, & Alves (2000)	127 adolescentes entre 13 e 20 anos.	Quanti	SUL	Obter maior conhecimento sobre a relação entre adolescência e Aids.	Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá-PR.
Taquette, Ruzany, Meirelles, & Ricardo (2003)	12 grupos com 12 adolescentes entre 14 e 22 anos.	Quali	SE	Verificar se o relacionamento afetivo com violência está associado a um maior risco de DST/Aids.	Núcleo de Estudos de Saúde do adolescente, (NESSA), Faculdade de Ciências da UERJ.
Toneli, Mendes, Varassori, Guedes, & Finkler (2003)	12 adolescentes do sexo masculino entre 16 e 19 anos.	Quali	SUL	Investigar significações atribuídas por adolescentes do sexo masculino à vida sexual e reprodutiva.	Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade federal de Santa Catarina.
Trajman, et al (2003)	945 adolescentes estudantes entre 13 e 21 anos.	Quanti	SE	Conhecer o comportamento sexual de risco entre estudantes do ensino médio.	Departamento de Clínica Médica, Fundação Técnico-Educacional Souza Marques.
Ruzany, Taquette, Oliveira, Meirelles, & Ricardo (2003)	1041 adolescentes e jovens entre 14 e 22 anos.	Quanti	SE	Identificar a ocorrência de situações de violência no cotidiano de adolescentes e jovens de camadas de baixa renda e verificar se a violência nas relações afetivas entre adolescentes e jovens dificulta a prevenção de DST/AIDS.	Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/UERJ).
Almeida, Aquino, Gaffikin, & Magnani(2003)	4774 alunos de ambos os sexo, entre 11 e 19 anos.	Quanti	NE	Investigar fatores associados ao uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes escolares.	Programa de Estudos em Gênero e Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da universidade Federal da Bahia

					(MUSA).
Pirotta, & Schor (2004)	Fase Quanti: 952 estudantes de graduação entre 17 e 24 anos. Fase Quali: 33 estudantes voluntários.	Quali/Quanti	SE	Identificar as intenções reprodutivas e caracterizar as práticas de regulação da fecundidade, abarcando a contracepção e o aborto.	Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde de São Paulo e Universidade de São Paulo.
Taquette, Vilhena, & Paula (2004) A	356 adolescentes atendidos no NESA/UERJ	Quali-quanti	SE	Identificar possíveis fatores de risco às DST na adolescência.	Núcleo de Estudos de Saúde do adolescente, (NESSA), Faculdade de Ciências da UERJ.
Taquette, Vilhena, & Paula (2004) B	356 adolescentes atendidos no NESA/UERJ	Quali-quanti	SE	Identificar fatores de risco às doenças sexualmente transmissíveis.	Núcleo de Estudos de Saúde do adolescente, (NESSA), Faculdade de Ciências da UERJ.
Taquette, Andrade, Vilhena, & Paula (2005)	251 adolescentes do sexo feminino, entre 12 e 19 anos, atendidas no NESA/UERJ.	Quanti	SE	Conhecer algumas características sociais e comportamentais de adolescentes do sexo feminino com DST e compará-las com as adolescentes sem DST atendida no NESSA-UFRJ.	Núcleo de Estudos de Saúde do adolescente, (NESSA), Faculdade de Ciências da UERJ.
Taquette, Vilhena, Santos, & Barros (2005)	105 adolescentes do sexo masculino entre 12 e 19 anos.	Quanti	SE	Investigar as características desses rapazes que se relacionam sexualmente com outros homens.	Núcleo de Estudos de Saúde do adolescente, (NESSA), Faculdade de Ciências da UERJ.
Miranda, Gadelha, & Szwarcwald (2005)	464 adolescentes do sexo feminino entre 15 e 19 anos.	Quanti	SE	Descrever o padrão de comportamento de adolescentes do sexo feminino, relacionando as práticas sexuais e uso de drogas.	Núcleo de Doenças Infecciosas, Universidade Federal do Espírito Santo.
Torres, Beserra, & Barroso	17 adolescentes, entre 14 e 17	Quali	NE	Analisar a influência das relações de gênero no contexto dos	Universidade Federal do Ceará,

(2007)	anos.			adolescentes e as diferentes percepções dos gêneros quanto á vulnerabilidade às DST's.	Fortaleza.
Faisal-Cury, & Menezes (2008)	117 adolescentes do sexo feminino entre 14 e 20 anos.	Quanti	SE	Investigar padrões de atividade sexual em adolescentes.	Setor de epidemiologia do Hospital universitário de São Paulo e Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo.
Alves, & Lopes (2008)	295 adolescentes universitários	Quanti	SE	Identificar o uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários e descrever o perfil quanto a algumas características sócio demográficas.	Departamento de Enfermagem, Faculdade de médicas, Universidade Estadual de Campinas.
Asinelli-Luz, & Júnior (2008)	10 adolescentes do sexo feminino e 10 adolescentes do sexo masculino entre 17 e 19 anos estudantes do ensino médio e universitários.	Quali	SUL	Analisar a fala de adolescentes sobre suas representações e sobre seus comportamentos relativos à prevenção da infecção pelo HIV e da Aids.	Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná (UFPR).
Bertoni, et al (2009)	5891 adolescentes escolares entre 10 e 19 anos.	Quanti	SE	Avaliar a influência do uso de drogas sobre as práticas sexuais.	Instituto de Comunicação e informação Científica e Tecnológica da fundação Oswaldo Cruz.
Alves, & Brandão (2009)	17 jovens, entre 18 e 24 anos entrevistadas	Quali	SE	Discutir situações de vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos nas	Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz; Instituto de Estudos em Saúde

	no domicílio.			relações afetivo-sexuais na adolescência e juventude.	Coletiva, Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina da UFRJ.
Brandão (2009)	73 jovens entre 18 e 24 anos.	Quali	NE, SE, Sul	Abordar os desafios postos aos jovens na gestão da vida afetivo-sexual, no que tange a prevenção de gravidez imprevista.	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, UFRJ.
Cruzeiro, et al (2010)	960 adolescentes, entre 15 e 18 anos.	Quanti	SUL	Avaliar os fatores associados ao número de parceiros sexuais, no último ano, e ao uso de preservativo nas últimas três relações sexuais entre jovens.	Universidade Católica de Pelotas.
Freitas & Dias (2010)	12 adolescentes entre 11 e 19 anos.	Quali	SUL	Conhecer percepções de adolescentes sobre o desenvolvimento da sua sexualidade.	Escola de Enfermagem, Universidade federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Fundação Universitária de cardiologiado Rio Grande do Sul.
Sampaio Filho, et al (2010)	10 adolescentes estudantes, entre 14 e 19 anos.	Quali	NE	Analisar a percepção de risco de adolescentes acerca da relação consumo de álcool/comportamento sexual.	Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC.
Taquette (2010)	816 adolescentes do sexo feminino, entre 10 e 24 anos.	Quali/quanti	SE	Verificar a vulnerabilidade ao HIV/aids de adolescentes femininas moradoras das favelas da cidade do Rio de Janeiro.	Núcleo de estudos de Saúde do Adolescente, Faculdade de Ciências médicas (NESSA/UERJ).
Teixeira, &Taquette (2010)	100 adolescentes do sexo feminino, entre 11 e 14	Quanti	SE	Identificar fatores associados à atividade sexual desprotegida em adolescentes femininas	Núcleo de estudos de Saúde do Adolescente, Faculdade de Ciências médicas

	anos, atendidas em um ambulatório público de ginecologia.			menores de 15 anos.	(NESSA/UERJ).
Silva, et al (2010)	611 adolescentes universitários entre 16 e 19 anos.	Quanti	SUL, SE, CO, NO	Avaliar as diferenças regionais de conhecimento, opiniões e uso de anticoncepção de emergência entre universitários brasileiros.	Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Goiás, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Bassols, Boni, &Pechansky (2010)	258 adolescentes do sexo feminino, entre 13 e 20 anos.	Quanti	SUL	Descrever fatores de risco para infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino.	Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Center for drugandalcohol, UFRGS.
Mendes, Moreira, Martins, Souza, & Matos (2011)	499 adolescentes estudantes	Quanti	CO	Descrever e analisar os saberes e atitudes dos adolescentes sobre a contracepção.	Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).
Brêtas, Ohara, Jardim, Junior, & Oliveira (2011)	920 adolescentes estudantes do ensino fundamental e médio entre 12 e 19 anos.	Quanti	SE	Identificar aspectos da sexualidade de adolescentes de ambos os sexos.	Grupo de Estudos sobre Corporalidade e Promoção da Saúde (GECOPROS), Universidade Federal de São Paulo
Ressel, Junges, Sehnem, &Sanfelice (2011)	18 adolescentes entre 12 e 15 anos.	Quali	SUL	Identificar a influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes.	Departamento de Enfermagem e do programa de Pós-Graduação em Enfermagem daUniversidade Federal de Santa Maria (UFSM).
Cedaro, Boas, & Martins (2012)	52 adolescentes do ensino	Quali-quant	NO	Investigar a concepção que os adolescentes possuem a respeito do	Departamento de Psicologia da Universidade

fundamental e ensino médio entre 12 e 17 anos.	próprio comportamento sexual assim como verificar como buscam orientação sobre assunto, qual avaliação fazem dos seus primeiros contatos sexuais.	Federal de Rondônia
--	---	---------------------

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Concordância Institucional



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL

A Direção da Instituição

Através de um projeto de Pesquisa desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), estamos investigando fatores de risco e proteção entre estudantes da cidade de Santa Maria, abordando aspectos relacionados à educação, trabalho, saúde, comportamentos de risco, fatores de risco e protetores sociais e pessoais. Para isso, o adolescente preencherá um questionário que abordará questões relacionadas à família, educação, saúde (incluindo sexualidade e drogas), humor trabalho, lazer, violência, rede de apoio social, religiosidade, autoestima e autoeficácia.

A aplicação do questionário será realizada nas dependências físicas da instituição, com duração de aproximadamente de 60 minutos e será solicitada a concordância dos adolescentes e seus responsáveis na participação da pesquisa, sendo tomados todos os cuidados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações. Os participantes serão informados de que sua participação no estudo é voluntária e poderá ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo ou punição.

A qualquer momento, tanto os participantes, quanto a instituição, poderão solicitar informações sobre procedimentos ou outros assuntos relacionados a esse estudo. Os dados obtidos através do questionário serão guardados no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde e destruídos após o período de cinco anos.

Na eventualidade de detectarmos sinais de risco físico ou psicológico nos participantes do estudo, será feito contato com a instituição ou profissional responsável para o encaminhamento das observações. Haverá devolução dos resultados finais do estudo, de forma coletiva. A pesquisadora responsável pelo estudo é a Profa. Ana Cristina Garcia Dias. Desde já agradecemos sua contribuição para o desenvolvimento desta atividade de pesquisa e colocamo-nos a disposição para esclarecimentos através dos telefones (55) 32209305. Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino Superior (UFSM).

Obs.: Os direitos autorais oriundos da execução da pesquisa pertencem ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde/UFSM.

Concordamos que os adolescentes inseridos nessa instituição participem dessa pesquisa.
Santa Maria, ____de _____de 2013.

Coordenador da Instituição

DATA:/...../.....

Ana Cristina Garcia Dias

DATA:/...../.....

Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde/UFSM

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pais ou Responsáveis



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PAIS OU RESPONSÁVEIS

Aos Senhores Pais ou Responsáveis

Estamos realizando uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que tem o objetivo de investigar fatores de risco e proteção entre estudantes da cidade de Santa Maria, abordando aspectos relacionados à educação, trabalho, saúde, comportamentos de risco, fatores de risco e protetores sociais e pessoais. Para isso, o adolescente preencherá um questionário que abordará questões relacionadas à família, educação, saúde (incluindo sexualidade e drogas), humor trabalho, lazer, violência, rede de apoio social, religiosidade, autoestima e autoeficácia.

A aplicação do questionário será realizada nas dependências físicas da instituição, com duração de aproximadamente de 60 minutos e será solicitada a concordância dos adolescentes e seus responsáveis na participação da pesquisa, sendo tomados todos os cuidados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações. Os participantes serão informados de que sua participação no estudo é voluntária e poderá ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo ou punição.

A qualquer momento, tanto os participantes, quanto a instituição, poderão solicitar informações sobre procedimentos ou outros assuntos relacionados a esse estudo. Os dados obtidos através do questionário serão guardados no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde e destruídos após o período de cinco anos.

Na eventualidade de detectarmos sinais de risco físico ou psicológico nos participantes do estudo, será feito contato com a instituição ou profissional responsável para o encaminhamento das observações. Haverá devolução dos resultados finais do estudo, de forma coletiva. A pesquisadora responsável pelo estudo é a Profa. Ana Cristina Garcia Dias.

Desde já agradecemos sua contribuição para o desenvolvimento desta atividade de pesquisa e colocamo-nos a disposição para esclarecimentos através dos telefones (55) 32209305. Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino Superior (UFSM).

Autorização: Eu _____ (nome do responsável pelo participante) fui informado dos objetivos e da justificativa dessa pesquisa, sobre fatores de risco e proteção em adolescentes, de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre cada procedimento, dos riscos previstos e benefícios esperados. Terei liberdade de retirar o consentimento de participação na pesquisa, em qualquer momento do processo. Ao assinar esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os meus direitos legais serão garantidos e não renuncio a quaisquer direitos legais. Ao assinar esse termo, dou meu consentimento livre e esclarecido, concordando que meu filho participe desse estudo.

Autorizo a participação de meu(minha) filho(a) nesse estudo () sim () não

Assinatura do responsável

DATA:/...../.....

Ana Cristina Garcia Dias

DATA:/...../.....

Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde/UFSM¹

¹ Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009. Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Adolescente



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ADOLESCENTE

Aos Adolescentes

Estamos realizando uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que tem o objetivo de investigar fatores de risco e proteção entre estudantes da cidade de Santa Maria, abordando aspectos relacionados à educação, trabalho, saúde, comportamentos de risco, fatores de risco e protetores sociais e pessoais. Sua participação constituirá em preencher um questionário que abordará questões relacionadas à família, educação, saúde (incluindo sexualidade e drogas), humor trabalho, lazer, violência, rede de apoio social, religiosidade, autoestima e autoeficácia.

A aplicação do questionário será realizada nas dependências físicas da instituição, com duração de aproximadamente de 60 minutos. Serão tomados todos os cuidados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações. Sua participação no estudo é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento.

Os dados obtidos através do questionário serão guardados no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde e destruídos após o período de cinco anos.

Na eventualidade de você se sentir desconfortável ao responder o questionário, você poderá solicitar um intervalo ou interromper a aplicação. Caso seja necessário, você poderá ser encaminhado para algum serviço que ofereça atendimento psicológico. Haverá devolução dos resultados finais do estudo, de forma coletiva. A pesquisadora responsável pelo estudo é a Profa. Ana Cristina Garcia Dias.

Desde já agradecemos sua contribuição para o desenvolvimento desta atividade de pesquisa e colocamo-nos a disposição para esclarecimentos através dos telefones (55)

32209305. Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino Superior (UFSM).

Autorização: Eu _____ (nome do participante) fui informado dos objetivos e da justificativa dessa pesquisa, sobre fatores de risco e proteção em adolescentes, de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre cada procedimento, dos riscos previstos e benefícios esperados. Terei liberdade de retirar o consentimento de participação na pesquisa, em qualquer momento do processo. Ao assinar esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os meus direitos legais serão garantidos e não renuncio a quaisquer direitos legais. Ao assinar esse termo, dou meu consentimento livre e esclarecido, concordando em participar desse estudo.

Assinatura do participante

DATA:/...../.....

Ana Cristina Garcia Dias

DATA:/...../.....

Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde/UFSM²

² Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009. Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep.

APÊNDICE D – Questionário Juventude Brasileira Fase II.

Código: _____

Data: ____/____/____ Escola: _____ Turma: _____

Bairro onde mora: _____ Cidade: _____ Estado: _____

1. Sexo: a. () Masculino b. () Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Data de nascimento: ____/____/____

4. Cor:

a. () Branca

b. () Negra

c. () Parda

d. () Amarela

e. () Indígena

5. Estado civil:

a. () Solteiro

b. () Casado

c. () Mora junto

d. () Separado/divorciado

e. () Viúvo

f. () Outros: _____

6. Com quem você mora? (Marque mais de uma resposta se for o caso)

a. () Pai

g. () Avó

b. () Mãe

h. () Tios

c. () Padrasto

i. () Pais adotivos

d. () Madrasta

j. () Filho(s)

e. () Irmãos

k. () Companheiro(a)

f. () Avô

l. () Outros: _____

entre

acima

7. Quantas pessoas

6 e 14 anos

de 25 anos

moram na sua casa

incluindo você?

entre

8. Quem são as pessoas que

15 e 24 anos

mais contribuem para o

Quantos têm:

sustento na sua casa?

até 5 anos _____

- a. () Você mesmo
b. () Outros: Quem?

9. Qual o total da renda mensal familiar do seu domicílio? Em média R\$ _____ () não sabe

10. Marque na tabela quais os itens que você possui na sua casa e quantos:

		Si m	Nã o	Quanto s?
a	Banheiro			
b	Quartos			
c	Aparelho de vídeo cassete ou dvd			
d	TV a cores			
e	Rádio/aparelho de som			
f	Máquina de lavar roupa			
g	Geladeira			
h	Computador			
i	Aspirador de pó			
j	Empregada (doméstica/mensalista)			

11. Você ou sua família recebe algum tipo de bolsa ou auxílio (bolsa escola, bolsa alimentação, etc.)?

- a. () Não b. () Sim. c. Que tipo? (Marque mais de uma resposta se for o caso)
a.() Bolsa família
b.() Bolsa de estudo
c.() Pró-Jovem
d.() PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
e.() Outra _____

12. Qual é o grau de instrução de seu pai e da sua mãe? Marque com X:

		Pai	Mãe
a	Analfabeto		
b	Sabe ler, mas não foi à escola		
c	Fundamental incompleto (1º grau)		
d	Fundamental completo (1º grau)		
e	Médio incompleto (2º grau)		
f	Médio completo (2º grau)		
g	Superior incompleto (universitário)		
h	Superior completo (universitário)		
i	Pós-Graduação		
j	Não sei		

13. Sua escola é...?

- a. ☐ Pública
b. ☐ Particular

14. Em qual série/etapa/ano escolar você está? _____

15. Qual o turno em que você frequenta a escola?

- a. ☐ Manhã
b. ☐ Tarde
c. ☐ Integral
d. ☐ Noite

16. Você já foi reprovado?

- a. ☐ Não
b. ☐ Sim c. Quantas vezes? _____

17. Você já foi expulso de alguma escola?

- a. ☐ Não
b. ☐ Sim c. Quantas vezes? _____
d. Por quê? ☐ Brigas ☐ Faltas ☐ Outro: _____

18. Por favor, marque com X no número que corresponde a sua opinião sobre as seguintes afirmativas:

- ① Discordo totalmente
② Discordo um pouco
③ Não concordo nem discordo
④ Concordo um pouco
⑤ Concordo totalmente

a	Eu me sinto bem quando estou na escola	① ② ③ ④ ⑤
b	Gosto de ir para a escola	① ② ③ ④ ⑤
c	Gosto da maioria dos meus professores	① ② ③ ④ ⑤
d	Quero continuar meus estudos nessa escola	① ② ③ ④ ⑤
e	Posso contar com meus professores	① ② ③ ④ ⑤
f	Posso contar com técnicos da escola (orientador, coordenador)	① ② ③ ④ ⑤
g	Confio nos colegas da escola	① ② ③ ④ ⑤

19. Marque com um X TODAS as opções a seguir que estão relacionadas com a sua situação de trabalho remunerado:

a	☐ Nunca trabalhei
b	☐ Já trabalhei mas não trabalho atualmente
c	☐ Estou trabalhando
d	☐ Estou procurando trabalho
e	☐ Não estou procurando trabalho
f	☐ Trabalho em comércio (em loja, mercados, etc.)
g	☐ Trabalho na rua (vendendo coisas, reciclagem, catação, engraxate, vigiando ou limpando carros)
h	☐ Trabalho em casa (cuidado de crianças, limpando, passando, etc)
i	☐ Trabalho na agricultura, pecuária ou pesca
j	☐ Trabalho na área administrativa (<i>office-boy</i> , secretária, informática, etc.)
k	☐ Trabalho em indústria/fábrica
l	☐ Trabalho em outros lugares: _____
m	☐ Trabalho com carteira assinada
n	☐ Não trabalho com carteira assinada

20. Você alguma vez já teve que parar de estudar para trabalhar?

- a. ☐ Não
b. ☐ Sim.

21. Se você trabalha atualmente:

- a. Qual a sua renda mensal média proveniente de seu trabalho atualmente? _____ reais
b. Quantas horas por dia você dedica ao trabalho? _____ horas

22. Você tem alguma doença crônica (diabetes, AIDS, câncer, insuficiência renal, outra)?

- a. ☐ Não
b. ☐ Sim Qual? _____

23. Você tem algum problema mental/psicológico ou dos nervos?

- a. ☐ Não
b. ☐ Sim c. Qual? _____
d. Você já procurou algum tipo de auxílio/tratamento? ☐ sim ☐ não

24. Você tem algum tipo de deficiência:

- a. ☐ Não
b. ☐ Sim ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Física ☐ Outra Qual? _____

25. Qual o serviço de assistência à saúde você recorre? (pode marcar mais de um)

- a. ☐ SUS – Sistema Único de Saúde
b. ☐ Plano de Saúde
c. ☐ Atendimento Particular
d. ☐ Outros

26. Com que frequência acessa o serviço de saúde?

- a. ☐ Não tenho acesso aos serviços de saúde
- b. ☐ De uma a três vezes por mês
- c. ☐ Uma vez por mês
- d. ☐ De 2 a 4 vezes a cada seis meses
- e. ☐ Uma vez a cada seis meses
- f. ☐ Uma vez ao ano

27. Você participa de alguma das atividades abaixo? (Marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. ☐ Grêmio estudantil ou diretório acadêmico
- b. ☐ Grupo de escoteiros ou bandeirantes
- c. ☐ Grupo ou movimentos religiosos
- d. ☐ Grupos musicais (coral, bandas, etc.)
- e. ☐ Grupo de dança, teatro ou arte
- f. ☐ Grupos ou movimentos políticos
- g. ☐ Grupo de trabalho voluntário
- h. ☐ Equipe esportiva

28. Com relação à sua religião/doutrina/crença, você se considera: (Marque mais de uma se for o caso)

- a. ☐ Não acredito em Deus (ateu)
- b. ☐ Sem religião (mas acredito em Deus)
- c. ☐ Católico
- d. ☐ Protestante
- e. ☐ Evangélica
- f. ☐ Espírita
- g. ☐ Umbandista
- h. ☐ Candomblé
- i. ☐ Outro _____

29. Por favor, marque com X no número que mais corresponde a sua opinião sobre as seguintes afirmativas:

- ① Nunca
- ② Quase nunca
- ③ Às vezes
- ④ Quase sempre
- ⑤ Sempre

a	A religião/espiritualidade tem sido importante para a minha vida	① ② ③ ④ ⑤
b	Costumo freqüentar encontros, cultos ou rituais religiosos	① ② ③ ④ ⑤
c	Costumo fazer orações no dia-a-dia	① ② ③ ④ ⑤
d	Costumo ler livros sagrados no dia-a-dia (Bíblia, Alcorão, etc.)	① ② ③ ④ ⑤
e	Costumo agradecer a Deus pelo que acontece comigo	① ② ③ ④ ⑤
f	Peço ajuda a Deus para resolver meus problemas	① ② ③ ④ ⑤
g	Costumo fazer orações quando estou em momentos difíceis	① ② ③ ④ ⑤
h	Busco ajuda da minha instituição religiosa (igreja, templo, etc.) quando estou em dificuldades	① ② ③ ④ ⑤
i	Sigo recomendações religiosas na minha vida diária	① ② ③ ④ ⑤

30. Agora vamos falar um pouco das suas relações com a família, especialmente entre você e seus pais (mãe, madrasta, pai, padrasto, ou outras pessoas que cuidam ou cuidaram de você). Ao responder estas questões, pense em diferentes momentos que a sua família passou e nas diferentes pessoas com quem você mora/morou.

- ① Discordo totalmente
 ② Discordo um pouco
 ③ Não concordo nem discordo
 ④ Concordo um pouco
 ⑤ Concordo totalmente

a	Costumamos conversar sobre problemas da nossa família	① ② ③ ④ ⑤
b	Meus pais raramente me criticam	① ② ③ ④ ⑤
c	Raramente ocorrem brigas na minha família	① ② ③ ④ ⑤
d	Quando estou com problemas, posso contar com a ajuda dos meus pais	① ② ③ ④ ⑤
e	Sinto que sou amado e tratado de forma especial pelos meus pais	① ② ③ ④ ⑤
f	Meus pais em geral sabem onde eu estou	① ② ③ ④ ⑤
g	Nunca sou humilhado por meus pais	① ② ③ ④ ⑤
h	Meus pais raramente brigam entre eles	① ② ③ ④ ⑤
i	Meus pais dão atenção ao que eu penso e ao que eu sinto	① ② ③ ④ ⑤
j	Meus pais conhecem meus amigos	① ② ③ ④ ⑤
k	Eu me sinto aceito pelos meus pais	① ② ③ ④ ⑤
l	Meus pais me ajudam quando eu preciso de dinheiro, comida ou roupa	① ② ③ ④ ⑤
m	Costumo conversar com meus pais sobre decisões que preciso tomar	① ② ③ ④ ⑤
n	Meus pais sabem com quem eu ando	① ② ③ ④ ⑤
o	Eu me sinto seguro com meus pais	① ② ③ ④ ⑤

31. Identifique situações que VOCÊ já viveu COM SUA FAMÍLIA, relacionadas aos eventos na coluna 1 e a seguir responda às questões:

Tipo de situação	A. Já aconteceu?	B. Em geral, com que frequência esta situação acontecia?	C. Em geral, o quão ruim foi para você esta situação?	D. Indique quem fez isto com mais frequência?
a) Ameaça ou humilhação	A ☐ não B ☐ sim	① nunca	① nada ruim ② um pouco ruim	A ☐ mãe B ☐ madrasta

		② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre ⑤ sempre	③ mais/menos ruim ④ muito ruim ⑤ horrível	C ❷ pai D ❷ padrasto E ❷ irmãos F ❷ avós G ❷ outros: _____
b) Soco ou surra	A ☐ não B ☐ sim	① nunca ② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre ⑤ sempre	① nada ruim ② um pouco ruim ③ mais/menos ruim ④ muito ruim ⑤ horrível	A ❷ mãe B ❷ madrasta C ❷ pai D ❷ padrasto E ❷ irmãos F ❷ avós G ❷ outros: _____
c) Agressão com objeto (madeira, cinto, fio, cigarro, etc.)	A ☐ não B ☐ sim	① nunca ② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre ⑤ sempre	① nada ruim ② um pouco ruim ③ mais/menos ruim ④ muito ruim ⑤ horrível	A ❷ mãe B ❷ madrasta C ❷ pai D ❷ padrasto E ❷ irmãos F ❷ avós G ❷ outros: _____
d) Mexeu no meu corpo contra a minha vontade	A ☐ não B ☐ sim	① nunca ② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre ⑤ sempre	① nada ruim ② um pouco ruim ③ mais/menos ruim ④ muito ruim ⑤ horrível	A ❷ mãe B ❷ madrasta C ❷ pai D ❷ padrasto E ❷ irmãos F ❷ avós G ❷ outros: _____
e) Relação sexual forçada	A ☐ não B ☐ sim	① nunca ② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre ⑤ sempre	① nada ruim ② um pouco ruim ③ mais/menos ruim ④ muito ruim ⑤ horrível	A ❷ mãe B ❷ madrasta C ❷ pai D ❷ padrasto E ❷ irmãos F ❷ avós G ❷ outros: _____

32. Você tem algum amigo próximo que usa drogas?

a. () Não b. () Sim. () drogas lícitas (bebida alcoólica, cigarro)
 () drogas ilícitas (*crack*, cocaína, cola, etc)

33. Você tem algum familiar que usa drogas?

a. () Não b. () Sim. () drogas lícitas (bebida alcoólica, cigarro)
 () drogas ilícitas (*crack*, cocaína, cola, etc)

34. Quanto a você, responda às questões abaixo:

	Tipo	Já experimentou ao	Que idade você tinha
--	------	--------------------	----------------------

		menos uma vez na vida?	quando usou pela 1ª vez?
a	Bebida alcoólica	a. () Não b. () Sim	
b	Cigarro comum	a. () Não b. () Sim	
c	Maconha	a. () Não b. () Sim	
d	Cola, solventes, <i>thinner</i> , lança-perfume, acetona	a. () Não b. () Sim	
e	Cocaína	a. () Não b. () Sim	
f	<i>Crack</i>	a. () Não b. () Sim	
g	<i>Ecstasy</i>	a. () Não b. () Sim	
h	Remédio para emagrecer sem receita médica	a. () Não b. () Sim	
i	Anabolizante	a. () Não b. () Sim	
j	Remédio para “ficar doidão”	a. () Não b. () Sim	
k	Chá para “ficar doidão”	a. () Não b. () Sim	
l	Outra _____	a. () Não b. () Sim	

35. Se você nunca experimentou drogas pule para a questão 41. Se você já experimentou, responda qual foi a primeira droga que você usou? _____

36. Caso você já tenha experimentado alguma droga, responda às questões abaixo:

	Tipo	Usou no ÚLTIMO ANO?	Usou no ÚLTIMO MÊS? Marque com um X			
			Não usou no último mês	Usou menos de 1 vez por semana	Usou de 1 a 4 vezes/semana	Usou 5 ou mais vezes/semana
A	Bebida alcoólica	a. () Não b. () Sim				
B	Cigarro comum	a. () Não b. () Sim				
C	Maconha	a. () Não b. () Sim				
d	Cola, solventes, lança-perfume, <i>thinner</i> , acetona	a. () Não b. () Sim				
E	Cocaína	a. () Não b. () Sim				
F	<i>Crack</i>	a. () Não b. () Sim				
G	<i>Ecstasy</i>	a. () Não b. () Sim				
H	Remédio para emagrecer	a. () Não b. () Sim				

	sem receita médica	Sim				
I	Anabolizante	a. () Não b. () Sim				
J	Remédio para “ficar doidão”	a. () Não b. () Sim				
K	Chá para “ficar doidão”	a. () Não b. () Sim				
L	Outra: _____	a. () Não b. () Sim				

37. Se você consome drogas, você o faz quando: (Marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Está sozinho
- b. () Está com amigos
- c. () Está com algum familiar
- d. () Está com o(a) namorado(a)
- e. () Outros. Quem? _____

38. Você já **pensou** em parar de usar alguma droga?

- a. () Não (pule para a questão 41)
- b. () Sim

39. Já **tentou** (de fato) parar de usar alguma substância?

- a. () Nunca tentei parar, pois nunca usei nenhuma substância regularmente
- b. () Nunca tentei parar, apesar de usar ou já ter usado regularmente alguma substância
- c. () Sim, já tentei parar (então preencha a tabela abaixo)

	A – Tentou parar	B – Conseguiu parar de usar
1. Álcool	A () Não B () Sim	A () Não B () Sim C () Parou por um tempo e depois voltou
2. Tabaco	A () Não B () Sim	A () Não B () Sim C () Parou por um tempo e depois voltou
3. Solventes	A () Não B () Sim	A () Não B () Sim C () Parou por um tempo e depois voltou
4. Maconha	A () Não B () Sim	A () Não B () Sim C () Parou por um tempo e depois voltou
5. Cocaína	A () Não B () Sim	A () Não B () Sim C () Parou por um tempo e depois voltou
6. Crack	A () Não	A () Não

	B () Sim	B () Sim C () Parou por um tempo e depois voltou
7.Outra: _____	A () Não B () Sim	A () Não B () Sim C () Parou por um tempo e depois voltou

40. Se você já tentou parar de usar drogas, alguém ajudou você nesta tentativa? (Marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Tentei sozinho
- b. () Tentei com um amigo/grupo de amigos
- c. () Alguém da igreja
- d. () Alguém de escola
- e. () Alguém do hospital, posto de saúde ou comunidade terapêutica
- f. () Alguém da família
- g. () Outros _____

41. Onde você obtém informações sobre sexo? Marque com um X no número que correspondente a frequência:

- ① Nunca
- ② Quase nunca
- ③ Às vezes
- ④ Quase sempre
- ⑤ Sempre

a	Família	① ② ③ ④ ⑤
b	Amigos	① ② ③ ④ ⑤
c	Escola (professores, funcionários, coordenadores diretores, etc.)	① ② ③ ④ ⑤
d	Líderes religiosos (padre, pastor, pai de santo, etc.)	① ② ③ ④ ⑤
e	Organização não governamental (ONG)	① ② ③ ④ ⑤
f	Televisão	① ② ③ ④ ⑤
g	Internet	① ② ③ ④ ⑤
h	Rádio	① ② ③ ④ ⑤
i	Jornal, revista ou livro	① ② ③ ④ ⑤

42. Você já teve relações sexuais (transou) alguma vez?

- a. () Não (pule para a questão 62)
- b. () Sim
 - c. Quantos anos você tinha “na primeira vez”? _____ anos
 - d. Quantos anos o(a) parceiro(a) tinha ? _____ anos () Não sei
 - e. Com quem foi? () Namorado(a) () Vizinho(a) () Parente. Qual? _____ ()
- Outro _____
- f. A primeira relação sexual () foi desejada () foi forçada

43. Você já transou com:

- a. () Meninas/mulheres
- b. () Meninos/homens

c. () Ambos sexos

44. NO ÚLTIMO ANO, nas suas transas, você teve: (Marque mais de uma resposta se for o caso)

a. () Parceiro(a) FIXO(a) [namorado(a), companheiro(a), esposa/marido]

Quantos ____namorado(a) ____companheiro(a) ____esposa/marido

b. () Parceiro(a) NÃO-FIXO(a) Quantos(as): ____

45. NO ÚLTIMO ANO, com que frequência você ou seu parceiro usou camisinha?

a. () Nunca

b. () Poucas vezes

c. () Muitas vezes, mas não em todas

d. () Sempre (pule para a questão 47)

46. NO ÚLTIMO ANO, nas vezes em que você NÃO USOU camisinha, por que motivo você não usou? (Marque mais de uma resposta se for o caso)

a. () Não tinha camisinha

b. () Não tinha dinheiro para comprar

c. () Não gosto

d. () Camisinha machuca/incomoda

e. () Não acho que seja importante

f. () Não lembrei de colocar

g. () Estava sob efeito de álcool

h. () Estava sob efeito de drogas

i. () Meu parceiro(a) não aceita

j. () Porque confio no meu parceiro(a)

k. () Porque usa anticoncepcional (pílula)

l. () Outro motivo: _____

47. NO ÚLTIMO ANO, nas vezes em que você USOU camisinha, por que motivo você usou? (Marque mais de 1 se for o caso)

a. () Para evitar doenças

b. () Para evitar AIDS

c. () Para evitar gravidez

d. () Porque o (a) parceiro (a) exigiu

e. () Porque é importante usar

f. () Porque dizem que é bom usar

g. () Porque é mais limpo (higiene)

h. () Não sei

i. () Outros: _____

48. Atualmente, você possui algum parceiro FIXO [namorado(a), companheiro(a), esposa/marido]:

a. () Não

b. () Sim

49. Na última vez que você transou, você ou seu parceiro(a) usou camisinha?

Com parceiro FIXO (namorado(a), companheiro(a), esposa/marido)
FIXOS

- a. () Não
- b. () Sim
- c. () Não lembra

Com parceiros NÃO-

- a. () Não
- b. () Sim
- c. () Não lembra

50. No ÚLTIMO MÊS, você carregou camisinha com você alguma vez?

- a. () Não
- b. () Sim Quantos dias você carregou camisinha com você? _____

51. Onde você costuma pegar camisinha? (Marque mais de 1 se for o caso)

- a. () Não costumo pegar camisinha
- b. () Busco/recebo na Rede/SUS
- c. () Compro na farmácia/supermercado
- d. () Compro de vendedores ambulantes
- e. () Busco/recebo em instituições ou ONGs
- g. () Ganho de conhecidos ou amigos
- h. () Troco por objetos/favores

52. Você já teve alguma Doença Sexualmente Transmissível/DST (doença que se pega através de sexo e pode gerar corrimento, coceira, ardência ou feridas nos órgãos sexuais)?

- a. () Não
- b. () Sim Quantas vezes? _____ Quais doenças?

- c. () Não sabe

53. Alguma vez você já fez sexo em troca de dinheiro, favores ou vantagens?

- a. () Não (pule para questão 54)
- b. () Sim

Em geral, com que frequência você faz/fazia sexo em troca de dinheiro, favor ou vantagem?(Resposta única)

- ____ vezes por semana
- ____ vezes por mês
- ____ vezes por ano
- ____ vezes na vida

54. Nas vezes em que você fez sexo por dinheiro, favor ou vantagem, com que frequência você usou camisinha?

- a. () Nunca
- b. () Poucas vezes
- c. () Muitas vezes, mas não em todas
- d. () Sempre

55. Você usa algum método para evitar gravidez?

- a. () Não
- b. () Sim Quais? Marque mais de uma resposta se precisar.

- a. () Camisinha
- b. () Coito interrompido (interromper a transa antes do orgasmo masculino)
- c. () Pílula anticoncepcional
- d. () Injeção/implante/adesivo
- e. () Tabela / ritmo / calendário
- f. () DIU
- g. () Outro: _____

56. Onde você/sua parceira costuma obter anticoncepcionais? (Marque mais de 1 se for o caso)

- a. () Não costumo obter anticoncepcionais
- b. () Busca/recebe na Rede/SUS
- c. () Compra na farmácia
- d. () Compra de vendedores ambulantes
- e. () Busca/recebe em instituições para meninos(as) em situação de rua
- f. () Busca/recebe em ONG
- g. () Ganha de conhecidos
- h. () Troca por objetos/favores
- i. () Outros: _____
- j. () Não sabe

57. Você já engravidou alguém/esteve grávida?

- a. () Não (pule para a questão 61)
- b. () Sim c. Quantas vezes? _____
- d. Que idade tinha quando engravidou/ficou grávida na primeira vez? _____
- e. A sua gravidez foi desejada? a. () Não b. () Sim
- f. Quantos filhos(as) vivos(as) você tem? _____
- g. Com quantas pessoas você já teve filho? _____

58. Alguma das situações abaixo ocorreu com você em consequência da PRIMEIRA gravidez? (+ de 1 resposta)

- | | |
|--|--|
| a. () Interrompeu os estudos | g. () Parou de fumar |
| b. () Casou ou foi morar junto com o pai/mãe da criança | h. () Parou de usar drogas |
| c. () Precisou começar a trabalhar | i. () Não precisou mais ter que cuidar dos irmãos menores |
| d. () Precisou parar de trabalhar | j. () Passou a ser mais respeitada(o) dentro de casa |
| e. () Família não aceitou a gravidez | l. () Terminou o namoro/relação |
| f. () Família ou parceiro(a) sugeriu fazer aborto | |

59. Durante a ÚLTIMA gravidez, você/sua parceira fizeram algum exame médico para acompanhar a gravidez?

- a. () Não
- b. () Sim Quantas vezes? _____
- c. () Não sabe

60. Com quem moram seus filhos hoje? (Marque mais de uma resposta se for o caso) (Escreva o número de filhos)

- a. () Com ambos os pais _____
- b. () Apenas comigo _____
- c. () Apenas com o pai/mãe _____
- d. () Avós paternos _____
- e. () Avós maternos _____
- f. () Outro parente _____
- g. () Abrigos _____
- h. () Família adotiva _____
- i. () Na rua _____
- j. () Não sei _____

61. Você/sua parceira já teve algum aborto?

- a. () Não sabe
- b. () Não
- c. () Sim Quantas vezes? _____ Natural
 _____ Provocado

62. Identifique situações que você já viveu FORA DE CASA, na coluna 1 e a seguir responda às questões:

Tipo de situação	A. Já aconteceu?	B. Em geral, com que frequência esta situação acontecia?	C. Em geral, o quanto ruim foi para você esta situação?	D. Indique quem fez isto com mais frequência?
a) Ameaça ou humilhação	A ☐ não B ☐ sim	① nunca ② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre ⑤ sempre	① nada ruim ② um pouco ruim ③ mais/menos ruim ④ muito ruim ⑤ horrível	A ☐ amigos B ☐ colegas de escola C ☐ vizinhos D ☐ professores/monitores E ☐ policiais F ☐ desconhecidos G ☐ outros: _____
b) Soco ou surra	A ☐ não B ☐ sim	① nunca ② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre ⑤ sempre	① nada ruim ② um pouco ruim ③ mais/menos ruim ④ muito ruim ⑤ horrível	A ☐ amigos B ☐ colegas de escola C ☐ vizinhos D ☐ professores/monitores E ☐ policiais F ☐ desconhecidos G ☐ outros:
c) Agressão com objeto (madeira, cinto, fio, cigarro, etc.)	A ☐ não B ☐ sim	① nunca ② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre	① nada ruim ② um pouco ruim ③ mais/menos ruim ④ muito ruim	A ☐ amigos B ☐ colegas de escola C ☐ vizinhos D ☐ professores/monitores E ☐ policiais

		⑤ sempre	⑤ horrível	F ☐ desconhecidos G ☐ outros:
d) Mexeu no meu corpo contra a minha vontade	A ☐ não B ☐ sim	① nunca ② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre ⑤ sempre	① nada ruim ② um pouco ruim ③ mais/menos ruim ④ muito ruim ⑤ horrível	A ☐ amigos B ☐ colegas de escola C ☐ vizinhos D ☐ professores/monitores E ☐ policiais F ☐ desconhecidos G ☐ outros:
e) Relação sexual forçada	A ☐ não B ☐ sim	① nunca ② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre ⑤ sempre	① nada ruim ② um pouco ruim ③ mais/menos ruim ④ muito ruim ⑤ horrível	A ☐ amigos B ☐ colegas de escola C ☐ vizinhos D ☐ professores/monitores E ☐ policiais F ☐ desconhecidos G ☐ outros:

63. Dentre os eventos abaixo, indique quais os que já aconteceram em sua vida, e escolha o número que mais representa o quão ruim foi esta situação para você:

- ① Nada Ruim
② Um Pouco Ruim
③ Mais ou Menos
④ Muito Ruim
⑤ Horrível

	A - Já aconteceu?	B – O quão ruim foi?
a) O nível econômico da minha família baixou de uma hora para outra	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
b) Alguém em minha casa está desempregado	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
c) Meus pais se separaram	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
d) Já estive internado em instituição (abrigo, orfanato)	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
e) Já fugi de casa	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
f) Já morei na rua	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
g) Já dormi na rua	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
h) Já trabalhei na rua	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
i.) Alguém da minha família está ou esteve preso	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
j) Sofri algum acidente grave	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
l) Alguém muito importante pra mim faleceu	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
m) Já passei fome	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
n) Meu pai/mãe casou de novo	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
o) Meu pai/minha mãe teve filho com outros parceiros	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
p) Já fui assaltado(a)	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
q) Já cumpri medida socio-educativa sem privação de liberdade	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤

r) Já estive privado de liberdade (Instituição fechada)	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
s) Já fui levado para o Conselho Tutelar	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
t) Já tive problemas com a justiça	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤
u) Já tive problemas com a polícia	A ☐ não B ☐ sim	① ② ③ ④ ⑤

64. Em algum momento da sua vida você já se envolveu em situações ilegais como as citadas abaixo?

Marque todas que já aconteceram:

- a. () Envolvimento em brigas com agressão física/violência contra pessoas
- b. () Destruição de propriedade
- c. () Envolvimento em pichação
- d. () Assaltou alguém
- e. () Roubou algo
- e. () Vendeu drogas
- f. () Outra. Qual? _____

65. Ao longo da vida, sofro ou sofri preconceito:

- ① Nunca
- ② Quase nunca
- ③ Às vezes
- ④ Quase sempre
- ⑤ Sempre

a) Por morar onde moro (bairro, favela)	① ② ③ ④ ⑤
b) Pelo fato de ser homem ou ser mulher	① ② ③ ④ ⑤
c) Pela cor da minha pele	① ② ③ ④ ⑤
d) Por estudar em uma determinada escola	① ② ③ ④ ⑤
e) Por causa do trabalho dos meus pais	① ② ③ ④ ⑤
f) Por causa do meu nível socioeconômico	① ② ③ ④ ⑤
g) Por causa da minha religião	① ② ③ ④ ⑤
h) Por causa da minha aparência física	① ② ③ ④ ⑤
i) Por ser deficiente	① ② ③ ④ ⑤
j) Pelas minhas escolhas sexuais	① ② ③ ④ ⑤
l) Por ter a idade que eu tenho	① ② ③ ④ ⑤
m) Por causa do meu trabalho	① ② ③ ④ ⑤

66. Você já pensou em se matar?

- a. () Não (pule para a questão 69)
- b. () Sim Quantas vezes: _____

67. Você já tentou se matar?

- a. () Não
- b. () Sim Quantas vezes: _____
- c. Quantos anos você tinha quando tentou se matar pela primeira vez? _____
- d. Quando você tentou se matar, como foi que você fez? (Marque mais de uma resposta se for o caso)
 - a. () Com faca, tesoura, canivete a1. Quantas vezes: _____
 - b. () Com revólver b1. Quantas vezes: _____

- c. () Enforcado c1. Quantas vezes: _____
- d. () Com remédios, venenos d1 Quantas vezes: _____
- e. () Atropelamento e1 Quantas vezes: _____
- f. () Queda provocada (viadutos, edifícios,...) f1. Quantas vezes: _____
- g. () Com fogo g1. Quantas vezes: _____
- h. () Outro: _____ h1. Quantas vezes: _____

68. Marque com um X no número correspondente à sua opinião sobre as seguintes afirmações:

- ① Nunca
 ② Quase nunca
 ③ Às vezes
 ④ Quase sempre
 ⑤ Sempre

a	Eu sinto que pertenço a minha comunidade/bairro	① ② ③ ④ ⑤
b	Eu posso confiar nas pessoas da minha comunidade/bairro	① ② ③ ④ ⑤
c	Eu me sinto seguro na minha comunidade/bairro	① ② ③ ④ ⑤
d	Eu posso contar com meus vizinhos quando preciso deles	① ② ③ ④ ⑤
e	Eu posso contar com alguma organização/instituição comunitária quando preciso	① ② ③ ④ ⑤
f	Minha comunidade tem melhorado nos últimos cinco anos	① ② ③ ④ ⑤

69. O que você costuma fazer quando não está estudando ou trabalhando? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Praticar esportes
 b. () Jogar/brincar
 c. () Passear
 d. () Assistir TV
 e. () Ouvir ou tocar música
 f. () Desenhar/pintar/artesanato
 g. () Namorar
 i. () Descansar
 j. () Navegar na Internet
 k. () Ir a festas
 l. () Cinema ou teatro
 m. () Ler livros, revistas ou quadrinhos
 n. () Outros _____

70. Você tem (marque todos que se referem a sua situação):

- a. () Celular pré-pago
 b. () Celular de conta (pós-pago)

- c. () Acesso a televisão com canais abertos
 - d. () Acesso à televisão por assinatura
 - e. () Acesso à internet. f. Se você tem internet, você acessa a partir de:
 - a. () Casa
 - b. () Escola
 - c. () *Lan House, Cybercafé*
 - d. () Trabalho
 - e. () Outro local. Qual ?
-

71. Com que frequência você utiliza a Internet:

- a. () não utilizo
- b. () uma ou duas vezes por mês
- c. () apenas aos finais de semana
- d. () de um a dois dias por semana
- e. () entre três e cinco dias por semana
- f. () todos os dias

72. Em média, quando você se conecta, quanto tempo fica conectado:

- () Não me conecto a Internet
- () Menos de meia hora
- () De meia a uma hora
- () De uma a três horas
- () De três horas a cinco horas
- () Mais de cinco horas

73. Se você usa a Internet, você a utiliza para: (Marque mais de uma resposta se necessário).

- () Me comunicar com as pessoas (e-mail, orkut, msn, etc.)
- () Baixar músicas, jogos, filmes
- () Fazer trabalhos da escola
- () Navegar em sites de meu interesse
- () Fazer/escrever blogs
- () Jogar
- () Comprar coisas
- () Outra atividade. Qual? _____

74. Marque com um X no número que corresponde à sua opinião sobre as seguintes afirmações:
(questão constituída pelos itens da escala de auto-estima de Rosenberg, 1989, adaptada por Hutz, 2000)

- ① Nunca
- ② Quase nunca
- ③ Às vezes
- ④ Quase sempre
- ⑤ Sempre

A	Sinto que sou uma pessoa de valor como as outras pessoas	① ② ③ ④ ⑤
B	Eu sinto vergonha de ser do jeito que sou	① ② ③ ④ ⑤
C	Às vezes, eu penso que não presto para nada	① ② ③ ④ ⑤
D	Sou capaz de fazer tudo tão bem como as outras pessoas	① ② ③ ④ ⑤
E	Levando tudo em conta, eu me sinto um fracasso	① ② ③ ④ ⑤
F	Às vezes, eu me sinto inútil	① ② ③ ④ ⑤
G	Eu acho que tenho muitas boas qualidades	① ② ③ ④ ⑤
H	Eu tenho motivos para me orgulhar na vida	① ② ③ ④ ⑤
I	De modo geral, eu estou satisfeito(a) comigo mesmo(a)	① ② ③ ④ ⑤
J	Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo (a)	① ② ③ ④ ⑤

75. Marque com um X no número que corresponde à sua opinião sobre as seguintes afirmações:
(questão constituída pelos itens do instrumento de Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995); adaptada por Teixeira, M. A. P. & Dias, A. C. G. (2005)

- ① Não é verdade a meu respeito
- ② É dificilmente verdade a meu respeito
- ③ É moderadamente verdade a meu respeito
- ④ É totalmente verdade a meu respeito

a	Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída	① ② ③ ④ ⑤
b	Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero	① ② ③ ④ ⑤
c	Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas	① ② ③ ④ ⑤
d	Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário	① ② ③ ④ ⑤
e	Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções	① ② ③ ④ ⑤
f	Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante	① ② ③ ④ ⑤
g	Eu acho que sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas	① ② ③ ④ ⑤
h	Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos	① ② ③ ④ ⑤
i	Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas	① ② ③ ④ ⑤
j	Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas	① ② ③ ④ ⑤

I	Eu geralmente consigo enfrentar qualquer adversidade.	① ② ③ ④ ⑤
---	---	-----------

76. Use a seguinte escala para indicar suas chances de:

- ① Muito Baixas
- ② Baixas
- ③ Cerca de 50%
- ④ Altas
- ⑤ Muito Altas

A	Concluir o ensino médio (segundo grau)	① ② ③ ④ ⑤
B	Entrar na Universidade	① ② ③ ④ ⑤
C	Ter um emprego que me garanta boa qualidade de vida	① ② ③ ④ ⑤
D	Ter minha casa própria	① ② ③ ④ ⑤
E	Ter um trabalho que me dará satisfação	① ② ③ ④ ⑤
F	Ter uma família	① ② ③ ④ ⑤
G	Ser saudável a maior parte do tempo	① ② ③ ④ ⑤
H	Ser respeitado na minha comunidade	① ② ③ ④ ⑤
I	Ter amigos que me darão apoio	① ② ③ ④ ⑤

77. Neste espaço você pode colocar o que achou deste questionário e/ou mencionar algo que considera importante e/ou que não foi perguntado:
