

LAURA BERNARDI MOTTA MARTINS

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA SOBRE MÉTODOS
ANTICONCEPCIONAIS, PREVENÇÃO DE DST/AIDS EM ADOLESCENTES
DE ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação de Mestrado

**ORIENTADOR: PROF^a. DR^a. LÚCIA HELENA S. DA COSTA PAIVA
CO-ORIENTADOR: PROF. DR. VALDIR TADINI**

**UNICAMP
2005**

LAURA BERNARDI MOTTA MARTINS

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA SOBRE MÉTODOS
ANTICONCEPCIONAIS, PREVENÇÃO DE DST/AIDS EM ADOLESCENTES
DE ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Tocoginecologia

**ORIENTADOR: PROF^a. DR^a. LÚCIA HELENA S. DA COSTA PAIVA
CO-ORIENTADOR: PROF. DR. VALDIR TADINI**

**UNICAMP
2005**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

M366c	Martins, Laura Bernardi Motta Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais, prevenção de DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do município de São Paulo. / Laura Bernardi Motta Martins. Campinas, SP: [s.n.], 2005. Orientadores : Lúcia Helena Simões da Costa Paiva; Valdir Tadini Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 1. Anticoncepção. 2. Sexo seguro para prevenção da AIDS. I. Lúcia Helena Simões da Costa Paiva. II. Valdir Tadini. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.
-------	---

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno: LAURA BERNARDI MOTTA MARTINS

Orientador: Prof.^A Dr.^a LÚCIA HELENA SIMÕES DA COSTA PAIVA

Co-Orientador: Prof. Dr. PROF. DR VALDIR TADINI

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 28/02/2005

Dedico este trabalho...

... à Maria de Lourdes, minha mãe (in memoriam)

*Foste na vida o orgulho da tua família. Aqueles
que conviveram contigo só receberam
carinho, compreensão e generosidade. Deixaste
no coração dos teus filhos a lembrança viva de
um amor que jamais será esquecido.*

*Dedico este trabalho a ti, minha mãe querida,
com sentimentos de eterna saudade.*

*... Ao Maurício, meu marido, que sempre me
incentivou, soube compreender minhas dúvidas
e me ajudou a encontrar soluções nos momentos
de grande aflição*

*Aos meus filhos, Fernando e Marina, inspiração
dos meus dias, que iluminam com alegria e
otimismo o meu cotidiano, encorajando-me a
enfrentar todos os desafios e por quem eu tenho
a certeza de que todo o sacrifício vale a pena.*

Agradecimentos

Agradecer é refazer o percurso realizado e concluir que sozinho não se constrói nada. Em meu caminho muitas pessoas colaboraram voluntariamente ou mesmo sem saber. Foram tantas, que não será possível escapar de algum esquecimento, do qual desde já, quero me desculpar.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Lucia Helena Simões da Costa Paiva, pela incansável ajuda, dedicação e exemplo de competência na execução de trabalhos científicos

Ao meu co-orientador e amigo, Prof. Dr. Valdir Tadini, pelas exemplares aulas ministradas no Primeiro Curso de Metodologia da Pesquisa do Hospital Leonor Mendes de Barros, que me inspiraram e encorajaram a ingressar na pós-graduação, além do apoio e incentivo durante esses últimos anos.

Aos Edson Z. Martinez, Gislaine Carvasan e Maria Helena de Sousa pela valiosa ajuda no cálculo do tamanho amostral, bem como na minuciosa e exaustiva análise estatística deste estudo

Ao Prof. Dr. João Luis Carvalho Pinto e Silva, Professor Titular do Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP, pela oportunidade concedida

À Prof.^a Dr.^a Sophie F .M. .Derchain, pela receptividade para comigo, pelo incentivo e apoio durante o curso de pós-graduação.

Ao Prof. Dr José Guilherme Ceccatti, pelos ensinamentos durante o curso de epidemiologia, os quais serão sempre lembrados com admiração profissional e pessoal.

Ao Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto Neto, pelo incentivo, apoio e carinhosa preocupação com minhas idas e vindas a São Paulo

À Prof.^a Dr.^a Maria José Osis, pela valiosa ajuda nas várias etapas da elaboração do projeto de pesquisa e pelas brilhantes sugestões feitas durante a aula de qualificação

Ao Prof. Dr. Paulo César Giraldo, pelas precisas observações e indicações bibliográficas sugeridas durante a aula de qualificação

À Marcia Bussiol Manfredi, pela carinhosa ajuda durante a realização do pré-teste em Campinas.

À Maeve Brito de Mello, por todos os conselhos e recomendações feitos durante a elaboração do questionário e a coleta de dados.

À Assessoria Técnica e Científica do CAISM; Sueli Chaves, Maria do Rosário Zullo, William Alexandre de Oliveira, Néder Piagentini do Prado e Cylene Camargo pela ajuda e carinho que me dispensaram.

À funcionária da Pós-Graduação, Margarete Donadon, pela carinhosa ajuda em todos os momentos desses últimos anos.

Às Prof.^{as} Dr.^{as} Sylvia Brenna e Márcia Auxiliadora de Aquino, pela amizade e incentivo constantes, desde a época da residência. médica

À Prof.^a Dr.^a Cecília Maria Rotelli Martins, que sempre me incentivou, demonstrando entusiasmo e otimismo quando conversávamos sobre o meu trabalho, obrigada pelo apoio e amizade.

Ao amigo Bruno Nerice, que há anos vem socorrendo a família em momentos de total desentendimento com o mundo da informática.

Ao professor e amigo Dr. Jeferson Drezet, pelas valiosas sugestões e conselhos oferecidos durante os plantões de Quarta-feira, no Hospital Leonor Mendes de Barros.

Aos amigos Maria Cristina Lazar e Felipe Lazar Júnior, pelo apoio e amizade sempre.

Aos diretores do Hospital Leonor Mendes de Barros, Prof. Dr. Coríntio Mariano Neto e Dr. Temístocles Pio de Lima, pela compreensão, incentivo e oportunidade de atender às adolescentes da pesquisa no ambulatório desse hospital.

Ao meu pai pelo exemplo de determinação, por ser entusiasta do meu trabalho e dele se orgulhar e também pela valiosa revisão literária de última hora.

Às minhas irmãs Maria Lúcia e Ana Luiza e ao meu irmão Ricardo, que sempre torceram pelo êxito deste trabalho, obrigada pelo apoio, pela hospitalidade, pelo carinho e principalmente por serem irmãos de todas as horas.

Aos meus cunhados, Calucho e Víctor, pela paciência em me hospedar durante os dois anos da Pós-Graduação, pela ajuda durante a elaboração do Banco de Dados e pelos ensinamentos estatísticos.

Aos meus queridos sobrinhos Luiza, Flavia, Pedro e André, por me emprestarem o quarto e por me receberem sempre sorrindo.

A todos os professores e colegas do Curso de Pós-Graduação do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, que contribuíram intensamente na minha formação, objetivando o êxito deste trabalho.

E em especial a todos os adolescentes que com entusiasmo participaram desta pesquisa, o meu profundo respeito e gratidão

Sumário

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	XIII
RESUMO	XV
SUMMARY	XIX
1. INTRODUÇÃO	23
2. OBJETIVOS	33
2.1. Objetivo Geral.....	33
2.2. Objetivos Específicos	33
3. PUBLICAÇÕES	35
3.1. Publicação 1	36
3.2. Publicação 2	57
3.3. Publicação 3	84
4. DISCUSSÃO	111
5. CONCLUSÕES	115
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
7. BIBLIOGRAFIA DE NORMATIZAÇÕES	125
8. ANEXOS	127
8.1. Anexo 1: Questionário	127
8.2. Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	127

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
DST	Doença Sexualmente Transmissível
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RP	Razão de prevalência
IC	Intervalo de confiança
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura
INEP/MEC	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais/ Ministério da Educação e Cultura.
DTG	Departamento de Tocoginecologia
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
MAC	Método anticoncepcional

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar e comparar o conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais e prevenção de DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo. **Sujeitos e métodos:** Realizou-se um estudo de corte transversal, do tipo conhecimento, atitude e prática, com seleção aleatória da amostra, que incluiu 13 escolas públicas e cinco privadas de Ensino Fundamental e Médio do Município de São Paulo. Foram selecionados 1594 adolescentes entre 12 e 19 anos, que responderam um questionário autopreenchido anonimamente contendo cinco seções que contemplavam aspectos sociodemográficos e reprodutivos, conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais, adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, conhecimento e adequação do conhecimento sobre métodos de prevenção de DST/AIDS e uso consistente de preservativo masculino. Os questionários foram aplicados em sala de aula sob supervisão da pesquisadora. A análise estatística foi realizada utilizando-se a técnica de conglomerados para avaliar o nível socioeconômico categorizado em alto e baixo. Os testes estatísticos utilizados para comparação das escolas públicas e privadas foram o teste qui-quadrado de Pearson, teste

qui-quadrado de Yates ou o qui-quadrado de Fisher, e Wilcoxon-Gehan. A análise por tabela de vida foi utilizada para avaliar as taxas acumuladas de idade de início da atividade sexual. Calcularam-se as razões de prevalência para as variáveis uso de métodos anticoncepcionais, uso consistente de preservativo masculino, conhecimento e adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, conhecimento e adequação do conhecimento sobre métodos de prevenção de DST/AIDS, com a variável tipo de escola. Para verificar os fatores associados ao uso de métodos anticoncepcionais, uso consistente de preservativo masculino, conhecimento adequado sobre métodos anticoncepcionais e conhecimento adequado sobre prevenção de DST/AIDS, utilizou-se a análise de regressão múltipla de Poisson. **Resultados:** Foram incluídos 1325 adolescentes de escolas públicas e 269 de escolas privadas. A média de idade foi de 15,1 anos nas escolas públicas e 14,7 nas escolas privadas ($p < 0,002$). Cerca de 61% dos adolescentes das escolas privadas e 61,2% das escolas públicas eram do sexo feminino ($p > 0,05$). Houve predomínio de adolescentes do nível socioeconômico alto nas escolas privadas e baixo nas escolas públicas ($p < 0,001$). Cerca de 18,6% dos adolescentes nas escolas privadas e 28,6 % dos adolescentes das escolas públicas tinham atividade sexual ($p < 0,002$). A mediana de idade à primeira relação sexual foi de 17,5 anos em ambos os tipos de escolas. A prevalência de uso de método anticoncepcional foi de 84% nas escolas privadas e 78,8% nas escolas públicas $RP=1,07$ IC (0,93-1,22). As principais razões para o não uso de métodos anticoncepcionais foram imprevisibilidade das relações e objeção pessoal ou do parceiro em ambos os tipos de escolas. A religião católica foi o único fator associado ao uso de métodos anticoncepcionais. Os adolescentes das escolas

privadas relataram conhecer mais métodos anticoncepcionais que os das escolas públicas. Apenas 25,7% dos adolescentes das escolas públicas e 40,8% das escolas privadas apresentaram escore superior ou igual a cinco $RP=1,59$ [1,34-1,88], considerado satisfatório. Os fatores associados ao maior nível de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais foram sexo feminino, pertencer à escola privada, estar no ensino médio, nível socioeconômico alto, ter relação sexual e maior idade. O uso consistente de preservativo masculino foi de 60% nas escolas privadas e 57,1% nas escolas públicas ($p>0,05$) e associou-se negativamente ao sexo feminino e ao nível socioeconômico alto. As variáveis associadas ao conhecimento adequado sobre prevenção de DST/AIDS foram sexo feminino, maior escolaridade, escola privada, cor branca e estado marital solteiro.

Conclusão: A prevalência de uso de métodos anticoncepcionais foi alta em ambos os tipos de escolas e concentrada basicamente no preservativo masculino e na pílula. O conhecimento foi inadequado em ambas as escolas e associado a variáveis socioeconômicas, questões de gênero, maior idade e início da atividade sexual. O conhecimento sobre prevenção de DST foi adequado, entretanto esse conhecimento não determinou o uso consistente de preservativo masculino. Os resultados encontrados apontam a necessidade de programas nas áreas da saúde, educação e comunicação visando minimizar a vulnerabilidade dos adolescentes tanto de escolas públicas quanto de escolas privadas.

Summary

The aim of this study was to assess and compare knowledge, attitudes and practices relating to contraceptive methods and STD/AIDS prevention among adolescents from public and private schools in São Paulo City, Brazil. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study of knowledge, attitudes and practices was conducted using a randomly selected sample. Thirteen public and 5 private elementary, junior high and high schools in São Paulo City were included. One thousand five hundred and ninety-four adolescents aged between 12 and 19 years were selected to complete an anonymous self-administered questionnaire containing 5 sections. Questions concerned sociodemographic and reproductive characteristics, knowledge and use of contraceptive methods, adequacy of contraceptive knowledge, knowledge/suitability of knowledge about STD/AIDS prevention, and consistent condom use. Questionnaires were distributed in a classroom supervised by the researcher. Cluster analysis was the statistical technique used to evaluate the socioeconomic status of respondents, categorized as high and low. For comparison of public and private schools, the statistical tests performed were Pearson's chi-square test, Yates chi-square test

or Fisher's chi-square test and Wilcoxon-Gehan test. Life table analysis was used to assess the cumulative rates of age at first sexual intercourse. Prevalence ratios were calculated for the following variables: contraceptive use, consistent use of a male condom, knowledge and adequacy of knowledge about contraceptive methods, knowledge and adequacy of knowledge about STD/AIDS prevention, and school system. To confirm factors associated with contraceptive use, consistent use of a male condom, adequate contraceptive knowledge and adequate knowledge about STD/AIDS prevention, Poisson's multiple regression analysis was employed. **Results:** One thousand three hundred and twenty-five adolescents of public schools and 269 adolescents from private schools were included. The mean age was 15.1 years in public schools and 14.7 years in private schools ($p < 0.002$). About 61% of adolescents in private schools and 61.2% of adolescents in public schools were females ($p > 0.05$). Adolescents of high socioeconomic status predominated in private schools, whereas adolescents of low socioeconomic status predominated in public schools ($p < 0.001$). About 18.6% of adolescents in private schools and 28.6% of adolescents in public schools were sexually active ($p < 0.002$). The median age at first sexual intercourse was 17.5 years in both school systems. The prevalence of contraceptive use was 84% in private schools and 78.8% in public schools (PR=1.07 CI [0.93-1.22]). In both school systems, the main reasons for not using contraceptives were unexpected intercourse and refusal of the respondent or the partner. The Catholic religion was the sole factor associated with contraceptive use. Adolescents in private schools reported having more contraceptive knowledge than their counterparts in public schools.

Only 25.7% of public school adolescents and 40.8% of private school adolescents scored 5 or more, PR=1.59 [1.34-1.88], which was considered a satisfactory score. Factors associated with greater contraceptive knowledge were: being female, attending a private school, being in junior high and high school, having a high socioeconomic status, being sexually active and being older. Consistent use of a male condom was reported to be 60% in private schools, 57.1% in public schools ($p>0.05$), and was negatively associated with the female sex and high socioeconomic status. Variables associated with greater STD/AIDS knowledge were female sex, higher education, private school, white race and unmarried status. **Conclusion:** The prevalence of contraceptive use was high in both school systems and focused primarily on the condom and the pill. Contraceptive knowledge was inadequate in both school systems and was associated with socioeconomic status, gender issues, older age and onset of sexual activity. Knowledge of STD/AIDS prevention was adequate, however it did not determine consistent condom use. Our findings indicate the need to implement health, educational and communications programs to minimize the vulnerability of adolescents in both public and private school systems.

1.Introdução

A adolescência é o período de vida situado entre a infância e a idade adulta, no qual o indivíduo experimenta profundas alterações do desenvolvimento biológico, psicológico e social (COLLI, 1989).

As alterações biológicas constituem a parte da adolescência denominada puberdade, que se caracteriza principalmente pelo crescimento físico, mudanças na composição corporal, eclosão dos hormônios sexuais e evolução da maturação sexual, que favorecem o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários masculinos e femininos (LEAL e SILVA, 2001).

Paralelamente às alterações físicas, surgem profundas modificações psíquicas, fortemente influenciadas pelas relações sociais. As diversas manifestações culturais que são transferidas de uma geração a outra moldam o comportamento dos jovens, visto que é na adolescência que eles desenvolvem condutas pessoais, influenciados por padrões culturais vigentes (ROJAS, 1995).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como adolescentes as pessoas com idade entre dez e 19 anos, definição adotada no Brasil pelo Programa de Saúde do Adolescente, do Ministério da Saúde (WHO,2001).

Segundo estimativas do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2002), existem no mundo 1 bilhão e 200 milhões de jovens entre dez e 19 anos, representando a maior geração de adolescentes da história, sendo que a grande maioria vive em países em desenvolvimento, especialmente em áreas urbanas. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao Censo Demográfico de 2000, a população brasileira de adolescentes é de 37 milhões de indivíduos, correspondendo a 21% dos habitantes do país.

Diante desse imenso contingente numérico não cabem dúvidas de que a saúde reprodutiva dos adolescentes é motivo de constante preocupação, uma vez que questões relacionadas à sexualidade criam situações de forte impacto social, tais como gravidezes precoces e indesejadas, abortos provocados e doenças sexualmente transmissíveis (PINTO e SILVA, 1998).

A sexualidade, que está presente em toda a trajetória de vida do ser humano, busca sua afirmação na adolescência. Durante esta etapa da vida, aflui uma verdadeira erotização da personalidade, de modo que o pensamento do adolescente passa a ser dominado por assuntos dessa natureza (NERICI, 1967). O desenvolvimento da sexualidade, no entanto, nem sempre é acompanhado de um amadurecimento afetivo e cognitivo, de tal forma que o longo intervalo de

tempo entre uma maturidade sexual antecipada e vivenciada através do início das relações sexuais e uma situação social adulta mais tardia tem transformado a adolescência em uma etapa de extrema vulnerabilidade a riscos (GOLDEBERG et al., 1994).

A população adolescente constitui um grupo muito heterogêneo sob o ponto de vista sociocultural (BLANC e WAY, 1998) e, portanto, quando se discute o comportamento sexual dos jovens nessa faixa etária é preciso considerar os fatores sociais, culturais, religiosos e econômicos do país em que vivem (RAMOS, 1994). Assim, a idade em que os adolescentes tornam-se sexualmente ativos é variável de um país para outro, e dentro de um mesmo país varia de uma região para outra, porém freqüentemente é mais precoce nos adolescentes do sexo masculino (BRAVERMAN e STRASBURGER, 1993). Nos Estados Unidos, por exemplo, houve um decréscimo na taxa de iniciação sexual entre adolescentes escolares de ambos os sexos, com idades entre 15 e 17 anos, de 51% para 43%, no período compreendido entre 1991 e 2001 (SONENSTEIN, 2004).

No Brasil, entretanto, houve um aumento da experiência sexual entre adolescentes solteiros em cerca de 15%, sendo que, entre os jovens com menor nível educacional maior foi a proporção daqueles que iniciaram a vida sexual (BEMFAM, 1997). Mais recentemente, um inquérito realizado com 5.280 adolescentes de todas as regiões brasileiras com idades entre 12 e 17 anos, que responderam questões sobre política, pobreza, lazer, violência, trabalho escola, sonhos, família e sexualidade, revelou que 33% dos entrevistados já haviam tido relações sexuais, sendo que pouco mais da metade (61%) eram meninos (UNICEF, 2002).

Além da escolaridade, outras variáveis podem influenciar a idade de iniciação da vida sexual, como a menarca precoce, religião, contexto familiar e orientação sexual (BERQUÓ, 1998).

Sabe-se que iniciar a vida sexual precocemente, sem conhecimento adequado sobre métodos anticoncepcionais pode comprometer a vida futura dos adolescentes, com gestações não planejadas e abortos provocados (PINTO e SILVA, 1998).

O conhecimento que os jovens têm sobre métodos contraceptivos está relacionado às condições de vida da população e portanto é influenciado por vários fatores, dentre os quais a escolaridade, o nível socioeconômico e a idade são os mais importantes (DUARTE et al., 2003).

O uso de métodos contraceptivos não tem necessariamente uma relação direta com o conhecimento que os adolescentes têm sobre eles. Vários autores demonstraram que a idade na primeira relação sexual, idade do parceiro, as circunstâncias em que se desenvolvem as relações sexuais, o acesso a métodos contraceptivos, além de outras razões como a objeção feita pelo parceiro ao uso de método anticoncepcional, desejo de engravidar e a descrença da possibilidade de engravidar são condições que interferem no uso de métodos contraceptivos (BEMFAM 1997; SANTOS JUNIOR, 1999; DADDORIAN, 2000; DI CLEMENTI et al., 2001, ALMEIDA et al., 2003; DUARTE et al., 2003).

Estudos nacionais demonstraram que apesar da maioria dos adolescentes conhecer pelo menos um método anticoncepcional, uma pequena proporção os

utiliza regularmente (SCHOR et al., 2000; PINTO e SILVA, 1994). Um estudo realizado em várias capitais brasileiras revelou que, dos 16.000 adolescentes entrevistados, 90% referiam conhecer métodos anticoncepcionais, porém, entre 40% e 50% usavam efetivamente algum método contraceptivo (UNESCO, 2004).

A camisinha masculina, seguida da pílula, são os métodos anticoncepcionais mais conhecidos e usados pelos adolescentes brasileiros e, dentre aqueles que não usaram método anticoncepcional nos últimos seis meses, a imprevisibilidade das relações sexuais foi o motivo mais citado tanto pelos meninos quanto pelas meninas (BELO, 2001; ALMEIDA et al., 2003). Segundo outros autores, a atitude do parceiro é o fator mais significativo no comportamento contraceptivo das adolescentes, visto que uma atitude positiva do companheiro frente à anticoncepção aumenta a prevalência de uso de método anticoncepcional (ALMEIDA et al., 2003; VIEIRA et al., 2001).

Diante de tudo que foi exposto verifica-se a fragilidade da associação entre conhecimento e prática desse conhecimento, dado que explica, de certa maneira a grande prevalência de gravidez na adolescência. Observa-se mundialmente um quadro de aumento específico da taxa de fecundidade entre adolescentes de 15 a 19 anos, combinado com a diminuição geral de índices de fecundidade na população (BERQUÓ e CAVENAGHI, 2003). No Brasil, em torno de um milhão de meninas dão à luz anualmente, antes dos 20 anos de idade, sendo que 70% dos partos acontecem dentro do sistema público de saúde (BRASIL, 1997).

O aumento da taxa de fecundidade está diretamente relacionado ao estado de pobreza da população. Entre as adolescentes com renda *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo houve aumento de 42% na taxa de fecundidade, e entre aquelas com renda mensal superior a cinco salários mínimos o aumento da referida taxa foi de 15% (BERQUÓ e CAVENAGHI, 2003).

Um estudo recente, que avaliou os índices de fecundidade de meninas entre 10 e 19 anos, nas diversas capitais brasileiras revelou que Recife tem taxa de fecundidade três vezes maior que Florianópolis e que em Fortaleza $\frac{1}{3}$ das adolescentes entre dez e 14 anos já tinham ficado grávidas (UNESCO, 2004). Apesar da estreita relação da taxa de fecundidade com o nível socioeconômico das populações, a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública não apenas para países em desenvolvimento. Estima-se que aproximadamente 13 milhões de adolescentes dão à luz anualmente, no mundo (UNICEF, 2002). Os Estados Unidos possuem a maior taxa de gravidez na adolescência, sendo duas vezes maior que a do Canadá e nove vezes maior que a do Japão (AGI, 1991).

Na maior parte das vezes, a gravidez na adolescência é um evento não planejado e constitui uma desvantagem social, sendo responsável pelo abandono dos estudos, pela entrada no mercado de trabalho e por crises familiares (PINTO e SILVA, 1998). O impacto social da gravidez na adolescência foi avaliado em puérperas no Município de Campinas, onde se observou que mais da metade das meninas pediram demissão do emprego, $\frac{1}{3}$ foi demitida e o restante, ou faltaram muito, ou reduziram a jornada de trabalho (BATISTA, 2001).

Em 1980, 46% das gestantes adolescentes atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) informaram não ter planejado a gravidez (PINTO E SILVA et al., 1980). Mais recentemente, no mesmo centro, a referência de não ter planejado a gestação foi de 72% (BELO, 2001). Entretanto, outros autores verificaram que nem sempre a gravidez nesta etapa da vida é um fato indesejável e inesperado, podendo ser consequência de um planejamento prévio consciente em decorrência de uma relação afetiva estável, de tal forma que uma gestação na adolescência poderá ter vários significados como um projeto de vida, afirmação de identidade, mudança de condição social e conquista de novos valores sociais (CAVASIN, 1993; BRUNO e BAILEY, 1998).

Além do risco de gravidez não planejada, o início da atividade sexual pode determinar outros agravos que podem afetar a saúde dos adolescentes, dentre os quais as DST estão, sem dúvida, entre as mais importantes, pois muitas formas são subclínicas, têm alta prevalência e morbidade, elevado índice de automedicação, são extremamente estigmatizantes, responsáveis por perdas de natureza econômica, algumas podem levar à transmissão materno-fetal e são facilitadoras da transmissão do HIV (UNAIDS, 2003).

Estima-se que um em cada quatro adolescentes contamina-se com doença sexualmente transmissível (DST) até a idade adulta, e que ocorram, por dia, 356 mil novas infecções genitais, das quais 16% acontecem em jovens abaixo de 15 anos (ONU, 2000).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é a segunda principal causa de morte na população jovem entre dez e 49 anos de idade (UNAIDS, 2003), notando-se que o aumento do número de casos de AIDS entre mulheres jovens é atribuído à contaminação de mulheres infectadas quando adolescentes. Dados da UNAIDS (2003) salientam que 6.000 novos casos são diagnosticados por dia em adolescentes e que , aproximadamente 11,8 milhões de jovens de 15 a 24 anos e 3,2 milhões de crianças com menos de 15 anos estão vivendo com o vírus da AIDS.

Diante destes dados observa-se que os adolescentes enfrentam uma situação de extrema vulnerabilidade, agravada, sobretudo, pelo escasso conhecimento de como se propaga o vírus do HIV e de como se pode evitar a infecção. Muitos milhões nem sequer ouviram falar de AIDS e HIV, e muitos mais têm conceitos errados sobre a doença. Além disso, as mulheres têm menor conhecimento que os homens, menor controle sobre o desenrolar das relações sexuais, nenhum poder de persuasão sobre o uso de preservativos, de tal forma que se infectam três vezes mais que os homens (UNAIDS, 2003)

Frente a todos esses aspectos, a gravidez, a AIDS e outras DST, devem ser consideradas problemas passíveis de prevenção, mediante trabalhos de educação sexual e reprodutiva nas escolas, comunidade e família (ARRILHA e CALAZANS, 1998), além de abordagem mais efetiva no acompanhamento médico (BELO, 2001).

Na última década dos anos 90, o crescente interesse pela adolescência verificou-se através das publicações feitas pelos órgãos oficiais, organizações

não governamentais e em âmbito acadêmico (CALAZANS, 2000). Embora muitos estudos sobre saúde reprodutiva na adolescência tenham sido feitos, poucos enfatizam a associação entre as diferenças no conhecimento, atitude e prática de adolescentes de diferentes níveis socioeconômicos. Além disso, a avaliação do nível de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais é feita, na maioria dos estudos, de maneira muito subjetiva, considerando apenas a referência espontânea de conhecer algum método, o que não permite uma análise mais apurada do impacto do conhecimento sobre o comportamento do adolescente.

No Brasil, os estudos com adolescentes escolares provêm, na maior parte das vezes, de dados obtidos entre estudantes da rede pública de ensino, devido à natural tendência das autoridades públicas de ceder espaços para a pesquisa. Além disso, a oposição feita pelos estabelecimentos particulares de ensino à realização de atividades de pesquisas com seus alunos, acaba por implicar uma visão parcial do conhecimento que os jovens têm sobre métodos de prevenção de DST e gravidez, porque as classes mais favorecidas da população brasileira não se encontram representadas .

Assim, houve a motivação de avaliar o conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais e prevenção de DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, porque compreender o que eles conhecem, e descobrir que dúvidas têm sobre métodos de anticoncepção e prevenção de DST/AIDS permitirão uma orientação mais correta, adequada e voltada ao perfil de conhecimento desses jovens.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Avaliar o conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais, prevenção de DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo.

2.2. Objetivos Específicos

- Comparar as prevalências de atividade sexual, uso de métodos anticoncepcionais, identificar os fatores associados ao uso e razões para o não uso, em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo.
- Comparar o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e identificar os fatores associados ao conhecimento adequado, em adolescentes de escolas públicas e privados do Município de São Paulo.
- Comparar o conhecimento sobre DST/AIDS e avaliar os fatores associados ao conhecimento adequado e ao uso consistente do preservativo masculino, em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo.

3. Publicações

- Publicação 1

PREVALÊNCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS E RAZÕES PARA O NÃO USO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

- Publicação 2

FATORES ASSOCIADOS AO CONHECIMENTO ADEQUADO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

- Publicação 3

FATORES ASSOCIADOS AO USO CONSISTENTE DE PRESERVATIVO MASCULINO E AO CONHECIMENTO SOBRE DST/AIDS EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

3.1. Publicação 1

Campinas, 26 de janeiro de 2005

À
Editora Científica da **Revista Adolescência Latinoamericana**
DRA. SUSANA BRUNO ESTEFENON

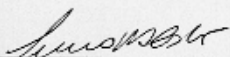
Prezada Editora,

Estamos submetendo o trabalho intitulado *“Prevalência de uso de métodos anticoncepcionais e razões para não uso em adolescentes de escolas Públicas e Privadas do Município de São Paulo”* para avaliação e possível publicação nesta revista.

Vimos, por meio desta, informá-lo que o artigo que estamos enviando trata-se de um artigo original, que não foi submetido à outra revista, que nunca foi publicado e que a versão final foi lida e aprovada por todos os autores.

Estamos de acordo com as normas editoriais, e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,


Profª Drª Lúcia Costa Paiva


Dra. Laura Motta

Observação: A versão final do Abstract está sendo corrigida por tradutor juramentado da UNICAMP e será enviada oportunamente, se aceite.

**PREVALÊNCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS E RAZÕES
PARA O NÃO USO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS E
PRIVADAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

PREVALENCE OF CONTRACEPTIVE METHODS USE AND REASONS FOR
ABSTAINING AMONG TEENAGERS OF PUBLIC AND PRIVATE SCHOOLS IN
SÃO PAULO CITY.

Laura Motta¹, Lúcia Costa-Paiva², Valdir Tadini ³ Maria José D.Osis⁴, M. Helena de
Sousa⁵ Aarão M.Pinto Neto⁶,

¹Mestranda em Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade
Estadual de Campinas, SP, médica ginecologista do Hospital Leonor Mendes de
Barros, SP, Brasil

²Profa. Dra. do Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas,
Universidade Estadual de Campinas.Campinas, SP, Brasil.

³Prof. Dr. Hospital Leonor Mendes de Barros, SP, Brasil

⁴Socióloga do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas Campinas, SP, Brasil.

⁵Estatística do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas Campinas, SP, Brasil.

⁶Prof. Dr. Associado do Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências
Médicas, Universidade Estadual de Campinas.Campinas, SP, Brasil.

Endereço p/ correspondência:

Dra. Laura.B.Motta Martins

Av. Angélica, 1968,cj 33, Bairro Consolação. São Paulo-SP. Cep-01228-200

E-mail: laurabernardi@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: Comparar as prevalências de atividade sexual, uso de métodos anticoncepcionais, identificar os fatores associados ao uso e razões para não uso, em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo. **Sujeitos e métodos:** Participaram 1594 adolescentes com idades entre 12 e 19 anos, de 13 escolas públicas e 5 privadas, sorteadas aleatoriamente, que responderam um questionário sobre características sócio-demográficas, reprodutivas e uso de métodos anticoncepcionais. Calcularam-se as razões de prevalência com intervalo de confiança de 95%. entre as variáveis uso de métodos, razões para não uso e o tipo de escola. Realizou-se a regressão múltipla de Poisson. Os testes estatísticos foram Qui-quadrado e Wilcoxon-Gehan. **Resultados:** Cerca de 61% dos adolescentes de ambos os tipos de escolas eram do sexo feminino ($p > 0,05$). Predominou nível socioeconômico baixo nas escolas públicas e alto nas privadas ($p < 0,001$). Cerca de 18,6% nas escolas privadas e 28,6 % nas públicas tinham atividade sexual ($p < 0,002$). A prevalência de uso de anticoncepcional foi 84% nas escolas privadas e 78,8% nas públicas RP 1,07 IC (0,93-1,22). As razões para o não uso de métodos foram a imprevisibilidade das relações e objeção ao uso ($p > 0,05$). Apenas a religião católica associou-se ao uso de métodos. **Conclusão:** Os resultados evidenciam que tanto os adolescentes de escolas públicas como os das privadas necessitam de atividades de planejamento familiar que contemplem aspectos educacionais, médicos e assistenciais, objetivando comportamentos sexuais mais adequados.

SUMMARY:

Objective: To Compare the prevalence of sexual activity , use of contraceptive methods ,identify the factors associated to use of contraceptive methods and the reasons of abstaining among teenagers of public and private schools in São Paulo city, Brazil.

Methods : Were selected 1.594 adolescents aged between 12 and 19 years of 13 public schools and 5 private schools which were meted out randomly, and the participants filled out a questionnaire about social demographic, reproductive and use of contraceptive methods. The prevalence ratio were computed with a 95% confidence interval between the variables use of contraceptive methods, reasons of abstaining and type of school.

Statistical tests were Chi-square and Wilcoxon-Gehan. A multiple regression model was utilized .**Results:** About 61% of the teenagers were of the female sex in the two groups ($p>0.05$). A low social economic level in public schools and a high level in private schools predominated ($p<0.001$). Nearly 18.6% in private schools and 28.6% in public schools maintained sexual activity($p<0.002$) The prevalence of use of contraceptive method was 84% in private schools and 78.8% in public schools. PR=1.07 CI (0.93-1.22). The main reasons for not resorting to contraceptive methods were unexpectation of intercourse and personal objection or the partner's in both types of schools. The catholic religion was the sole factor associated with the use of contraceptive methods.**Conclusion** Results disclose that the more under privileged, as well as the adolescents with higher social economic status, need activity of family planning, aiming at changing their behavior in this specific area.

INTRODUÇÃO

O interesse sobre o comportamento contraceptivo dos adolescentes tem crescido em decorrência do aumento, nos últimos dez anos, da experiência sexual pré-marital entre adolescentes brasileiros, em cerca de 15%, com o conseqüente aumento da taxa de fecundidade¹.

O conhecimento que os jovens têm sobre métodos contraceptivos varia de acordo com as condições de vida da população, visto que, a escolaridade, o nível socioeconômico e a idade influenciam diretamente esse conhecimento². Contudo, o uso de métodos contraceptivos não tem necessariamente uma relação direta com o conhecimento sobre eles, envolvendo outros fatores como idade na primeira relação sexual, tempo de vida sexual, acesso a métodos anticoncepcionais, parceiro sexual estável, oposição feita pelo parceiro ao uso de MAC, desejo de engravidar e comunicação com os pais sobre assuntos relacionados a sexo^{3,2}. Vários trabalhos revelam que os adolescentes conhecem no mínimo um método anticoncepcional, porém o uso é muito inconstante, uma vez que menos de 50% os utiliza regularmente^{1,3}.

Os métodos mais usados pelos adolescentes são a camisinha masculina e a pílula¹ e os principais motivos alegados para não utilizá-los são a imprevisibilidade das relações sexuais e não gostar de usá-los^{3,2}.

No Brasil, as pesquisas com adolescentes escolares são limitadas em relação a amostra da população, uma vez que, a maioria dos dados brasileiros provêm de jovens das escolas públicas, devido à flexibilidade dessas instituições públicas em ceder espaços para

pesquisa, enquanto que as instituições particulares resistem em consentir atividades de investigação entre seus alunos⁴.

Frente à heterogeneidade socioeconômica do nosso país e a influência que esses fatores sociais exercem sobre o conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais³, motivamo-nos a realizar este estudo, que visa comparar as prevalências de atividade sexual, uso de métodos anticoncepcionais, bem como identificar os fatores associados ao uso e razões para o não uso, em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo.

MÉTODO

Realizou-se um estudo de corte transversal do tipo inquérito CAP Conhecimento, Atitude e Prática⁵, com seleção aleatória da amostra, que incluiu as escolas públicas e privadas, de Ensino Fundamental (EF) e Ensino Médio (EM) da área urbana da cidade de São Paulo.

Amostras

O tamanho da amostra foi calculado a partir da população de 1.362.587 de adolescentes matriculados desde a quinta série até o terceiro ano do Ensino Médio, dos quais, 83,1% estudavam na rede pública e 16,9% na rede privada de ensino⁶. Considerando-se que a proporção de adolescentes sexualmente ativos nas escolas públicas e privadas é de 33,8% e 28,0 %, respectivamente⁴ e fixando-se a probabilidade de erro tipo I em 5% e a probabilidade de erro tipo II em 20%, calculou-se que seriam necessários no mínimo 347 adolescentes sexualmente ativos. Baseado na estimativa de prevalência de

uso de anticoncepcional na última relação sexual, calculada em 77% na rede pública e 93,5% na rede privada⁴ definiu-se como tamanho amostral 1586 adolescentes, sendo necessários 1316 provenientes do ensino público e 270 do ensino privado.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Educação de São Paulo⁶, havia em média, 35 alunos por sala de aula, nas escolas públicas e 30 alunos por sala de aula nas escolas privadas. Com respaldo em experiências anteriores, admitiu-se que a proporção de alunos que aceitariam participar da pesquisa seria 60% nas instituições públicas e 40% nas instituições privadas⁷. De acordo com esta proporcionalidade, seriam necessárias 13 escolas públicas e 5 escolas privadas participando da pesquisa.

Observados todos estes critérios, foram sorteadas, a partir de uma lista com 1900 escolas, obtida da Secretaria Estadual de Educação, as escolas que participariam da pesquisa. A todas as instituições convidadas apresentavam-se o projeto de pesquisa, com as aprovações da Comissão de Pesquisa do DTG/FCM/UNICAMP e do Comitê de Ética em Pesquisa-FCM/UNICAMP, além das autorizações das Delegacias de Ensino de cada escola. Uma vez autorizada a pesquisa pela diretoria da escola, realizava-se o sorteio das classes, entre sétimas séries e terceiros anos do Ensino Médio. Os alunos das quintas e sextas séries não foram incluídos nesse estudo porque pertenciam a faixa de idade entre dez e 11 anos, o que possivelmente implicaria em maior dificuldade quanto à autorização dos pais e das próprias escolas. A próxima etapa constituiu-se na apresentação da pesquisa aos alunos, em sala de aula. Nesse primeiro contato, explicavam-se os objetivos do estudo, enfatizava-se o anonimato dos questionários e o caráter voluntário dos participantes. A pesquisadora lia em voz alta o termo de consentimento esclarecido, os distribuía juntamente com as autorizações dos pais ou responsáveis para aqueles que manifestassem

interesse em participar do estudo e agendava uma data próxima, para recolhimento das autorizações. Quando o número de autorizações por sala atingia o número mínimo de alunos por escola (11 adesões por sala, na escola privada e 21 adesões por sala na escola pública), marcava-se a data da aplicação do questionário. Duas escolas privadas se recusaram a participar da pesquisa e neste caso, foram substituídas pelas escolas subsequentes segundo a ordem do sorteio.

Instrumento e coleta de dados

Os questionários foram aplicados em sala de aula durante o período de uma hora/aula, sob supervisão da pesquisadora. Ao final do preenchimento, os alunos depositavam o questionário em uma urna identificada apenas com a série escolar. O instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa foi um questionário auto-respondido, pré-codificado, anônimo, desenvolvido pelos autores a partir de um modelo utilizado em experiências anteriores⁷. Realizou-se um pré-teste desse questionário, em uma escola pública de Campinas, abrangendo 160 alunos, com o objetivo de corrigir imperfeições.

O questionário era composto por cinco seções com perguntas sobre aspectos sócio-demográficos e reprodutivos; conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais; adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais; conhecimento, atitude e prática sobre transmissão e prevenção de DST/AIDS e adequação do conhecimento sobre DST/AIDS. Neste artigo são apresentados resultados referentes aos aspectos sociodemográficos, reprodutivos e uso de métodos anticoncepcionais.

Análise Estatística

Após revisão dos questionários, os dados foram inseridos em um banco de dados utilizando-se software EPI-INFO 6.04b, com dupla digitação. A análise bivariada inicial consistiu na comparação das variáveis sociodemográficas dos alunos das escolas privadas e públicas. Os testes estatísticos utilizados foram o teste Qui-quadrado de Pearson, teste Qui-quadrado de Yates ou o Qui-quadrado de Fisher, quando não foi possível realizar o teste de Yates. A variável indicadora do nível socioeconômico foi definida utilizando-se a técnica multivariada de análise por conglomerado⁸ sendo identificados categorias socio-econômicas alta e baixa, baseadas nos itens utilizados nos questionários da Associação Brasileira de anunciantes (ABA) e Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME)⁹. A análise por tabela de vida foi utilizada para obter as taxas acumuladas de adolescentes que iniciaram relação sexual em cada idade, e a comparação por tipo de escola foi obtida através do teste de Wilcoxon-Gehan¹⁰. Para a associação da variável uso de métodos contraceptivos com a variável tipo de escola, calculou-se a Razão de Prevalência com Intervalo de Confiança de 95%¹¹.

Ao final, realizou-se a análise de regressão múltipla de Poisson, incluindo apenas os adolescentes sexualmente ativos, cujo modelo incluiu as variáveis preditoras (tipo de escola, idade, sexo, cor, escolaridade, religião principal, frequência que vai à igreja, trabalho remunerado, estado marital, conhecimento sobre MAC e nível socioeconômico) e a variável uso de método anticoncepcional, com o cálculo da Razão de Prevalência e IC de 95%¹².

O programa SPSS versão 11.5 foi utilizado para obter as análises bivariadas, bem como a análise multivariada por conglomerado. Utilizou-se o programa Stata 7.0 para as análises múltiplas por regressão.

RESULTADOS

Foram entrevistados 1594 alunos com idades entre 12 e 19 anos, dos quais 1325 se encontravam nas escolas públicas e 269 nas instituições privadas.

Houve predomínio de adolescentes do sexo feminino (61,2% vs 61,0%) tanto nas escolas públicas quanto nas privadas ($p>0,05$). Quanto à religião, houve predomínio da religião católica em ambas as escolas (57,3% privada vs 61% pública) seguida da evangélica (17,2% vs 22,8%) e maior frequência de adolescentes adeptos a outras religiões (budismo, judaísmo, espiritismo) nas escolas privadas ($p<0,001$). Em relação a escolaridade dos pais, mais de 80% dos pais e das mães dos alunos das escolas privadas tinham escolaridade média ou superior comparados a aproximadamente 40% dos pais e mães das escolas públicas ($p<0,001$).

A média de idade foi de $15,1 \pm 1,5$ anos, nas escolas públicas e $14,7 \pm 1,6$ anos nas escolas privadas ($p<0,002$). Observou-se que nas escolas privadas houve proporção significativamente maior de estudantes com idades entre 12 e 14 anos, brancos, pertencentes ao nível socioeconômico alto, cursando o terceiro ano do Ensino Médio. Em relação aos aspectos reprodutivos, a idade mediana da menarca foi aproximadamente 12,5 anos e da primeira relação sexual foi em torno de 17,5 anos para ambos os tipos de escolas. Observou-se que nas escolas privadas houve menor percentual de adolescentes sexualmente ativos ($p<0,002$) e nessas escolas a proporção de adolescentes que iniciaram as relações sexuais até os 16 anos de idade foi menor do que nas escolas públicas ($p<0,001$) (Tabela 1).

A prevalência de uso de método anticoncepcional dentre os adolescentes sexualmente ativos foi 84,0% nas escolas privadas e 78,8% nas escolas públicas $RP=1,07$ [0,93-1,22]. O método mais usado nos últimos três meses em ambas as instituições foi o preservativo masculino. Em relação aos outros métodos mencionados, verificou-se que os adolescentes das instituições privadas usavam mais pílula $RP=1,86$ [1,12 –3,08], coito interrompido $RP=2,41$ [1,08-5,34] e tabelinha $RP=4,32$ [1,31-14,24] do que os adolescentes das escolas públicas. Aproximadamente 5% dos adolescentes em ambas as escolas relataram o uso de pílula do dia seguinte e 8% relataram uso da camisinha feminina (Tabela 2).

Dentre os adolescentes que não usaram métodos para evitar gravidez em uma ou mais relações nos últimos três meses, as principais razões alegadas foram as mesmas nos dois grupos de escolas, sendo que, não pensar sobre o assunto no momento da relação sexual, não gostar de usar método contraceptivo e o parceiro não gostar de usá-los foram as mais frequentes (Tabela 3).

Quanto a atitude frente à anticoncepção, a maioria dos alunos de ambos os tipos de escolas foram favoráveis ao uso de métodos anticoncepcionais pelos adolescentes solteiros, concordam que os métodos anticoncepcionais não fazem mal à saúde e que o médico deve escolher o método para o adolescente. Um maior percentual de alunos das escolas públicas atribuíram a responsabilidade pelo controle da fecundidade, exclusivamente à mulher (Tabela 4).

A análise de regressão múltipla de Poisson mostrou que pertencer à religião católica, foi o único fator associado ao uso atual de método anticoncepcional $RP=1,22$ (1,05-1,42) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados constatarem maior adesão do sexo feminino à pesquisa e predomínio nas escolas privadas de estudantes brancos, pertencentes a nível socioeconômico alto, refletindo desta maneira a distribuição étnico-socioeconômica da população brasileira que, em geral, concentra maior número de pessoas não brancas nas classes sociais mais baixas¹³.

Verificou-se nessa casuística que a grande maioria dos alunos nesta faixa etária, 81% nas escolas privadas e 71% nas públicas, não teve relação sexual, achados semelhantes aos de outras pesquisas brasileiras, que revelaram que mais da metade dos adolescentes entrevistados ainda não iniciaram atividade sexual^{3, 4, 14, 15}.

Constatou-se também que os adolescentes das escolas privadas iniciaram atividade sexual em faixas etárias maiores que os adolescentes das escolas públicas. Considerando-se que 80% dos adolescentes das escolas privadas pertencem ao nível socioeconômico alto, possivelmente este tenha influenciado a idade de iniciação sexual, como demonstraram alguns autores^{16,17}.

Observou-se alta prevalência de uso de métodos anticoncepcionais, sendo este resultado semelhante ao de outras pesquisas^{14, 18}. Dado surpreendente deste estudo, foi a falta de associação entre o uso de MAC com variáveis socioeconômicas. Apesar do

senso comum de que o maior nível socioeconômico favoreceria o acesso aos métodos contraceptivos e conseqüentemente determinaria maior uso pelos adolescentes, outros autores também não constataram uma relação direta do uso de métodos anticoncepcionais com o nível socioeconômico, mas principalmente um efeito do nível educacional sobre o uso de contraceptivos.¹⁷

Quanto ao tipo de método, observou-se que os alunos das escolas privadas usam mais pílula, coito interrompido e tabelinha que os estudantes das escolas públicas, de tal modo que, excetuando os jovens que usam a pílula como método contraceptivo, os demais jovens das escolas privadas encontram-se tão vulneráveis a riscos de gravidez não planejada e DST, quanto os adolescentes das escolas públicas, contrariando a idéia de que os jovens pertencentes ao nível socioeconômico mais alto estão menos expostos a comportamentos de risco. Essa evidência também foi observada por CARLINI-COTRIM⁴ (2000), que constatou alta prevalência de outros comportamentos de riscos, como uso de drogas ilícitas, álcool, tabaco e atos de violência entre alunos de escolas privadas.

Verificaram-se atitudes favoráveis aos métodos anticoncepcionais pelos adolescentes dos dois tipos de escolas, embora ainda permaneçam estereótipos de gênero, principalmente entre os alunos das escolas públicas. Constatou-se também uma atitude favorável ao profissional médico, como responsável pela orientação sobre planejamento familiar, em ambos os tipos de escolas.

As principais razões para o não uso de métodos anticoncepcionais pelos adolescentes sexualmente ativos deste estudo, não estiveram associadas ao desconhecimento de métodos contraceptivos, nem tampouco ao custo dos mesmos, mas à falta de planejamento das relações sexuais e à objeção pessoal ou do parceiro em relação ao uso de método anticoncepcional. A religião católica revelou-se fator protetor de risco de gravidez, visto que, os adolescentes católicos tiveram chance 1,22 maior de usarem qualquer método

contraceptivo durante as relações sexuais. Resultado semelhante foi encontrado por MACHADO VIANA¹⁹, (2004), com adolescentes de escolas públicas de Minas Gerais, que constatou que o uso de contraceptivos foi maior por adolescentes que se declaravam católicos, e por aqueles que não consideravam a religião um assunto muito importante.

É relevante destacar que as escolas que participaram da pesquisa foram sorteadas aleatoriamente, de modo que a amostra pode ser considerada representativa da população escolar adolescente, além de permitir a comparação dos grupos selecionados. É possível que problemas de auto-classificação quanto comportamento sexual tenham resultado em algum viés de informação. Essa limitação é inerente a estudos deste tipo, em âmbito mundial., uma vez que abordar temas referentes a experiências sexuais, pode gerar constrangimento e desconfiança quanto ao sigilo das informações obtidas⁴ Porém, cabe ressaltar que algumas medidas foram tomadas no sentido de minimizar esse obstáculo : questionários anônimos, de participação voluntária, garantia verbal e escrita quanto ao caráter confidencial das informações obtidas, aplicação do questionário sem a participação de professores ou funcionários em sala de aula.

Em conclusão, os resultados encontrados no presente estudo revelaram a complexidade de aspectos que envolvem o tema contracepção na adolescência e apontam a necessidade de ações nas áreas da saúde, educação e comunicação que caminhem em direção às necessidades dos jovens não apenas das camadas mais desfavorecidas, mas também daqueles pertencentes aos níveis socioeconômicos mais altos. Além disso, afirmam a importância dos profissionais da saúde como provedores da informação adequada e necessária, que associada a outras decisões responsáveis, possibilitarão desenvolver nos jovens uma postura mais madura quanto a vida sexual e reprodutiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-[BEMFAM] Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM/MACRO; 1997
- 2- Duarte, G.A.; Alvarenga, A.T.; Osis, M.J.D.; Faúndes, A.; Sousa, M.H. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 207-216
- 3-Almeida, M.C.C.; Aquino, E.M.L.; Gaffikin, L.; Magnani, R.J. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:566-75
- 4-Carlini-Cotrim, B.; Gazal-Carvalho, C.; Gouveia, N. Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Rev de Saúde Pública* 2000; 34: 626-45
- 5-Warwick, D.P. e Leninger, A.C. Introduction. In Warwick, D.P. e Leninger, A.C. *The sample survey: theory and practice*. New York, Mc Graw Hill, 1975. p.4-19
- 6-INEP/MEC . <http://www.inep.gov.br> . Acessado em 06/jun/2002
- 7-Cemicamp e Macarthur Foundation- Consequências da orientação sexual na escola: uma avaliação. Programa de população, fundo de capacitação e desenvolvimento de projetos. Campinas, 1999.
- 8-Hair, J.J.; Anderson, R.E.; Tatham, R.L.; Black, W.C. *Multivariate data analysis*. New Jersey Prentice-Hall, 4th ed, 1995.
- 9-Almeida, P.M.; Wickerhauser, H. O critério ABA/ABIPEME: *em busca de uma atualização*. São Paulo: Associação Brasileira de Anunciantes (ABA)/ Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME); 1991. p 85

- 10-Lee, E.T. Statistical methods for survival data analysis. Belmont. Lifetime. Learning. Publication, 1980
- 11-Kleinbaum, D.G.; Kupper, L.L.; Morgenstern, H. *Epidemiologic Research*. New York. John Wiley & Sons, 1982
- 12-Barros, A.J.D.; Hirakata, V.N. Alternatives for logistic regression in cross sectional studies an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodolog* 2003; 3:21
- 13-Gupta, N. Sexual initiation among adolescent women: trends and determinants in Northeast Brazil. *Stud Fam Plann* 2000; 31:228-38
- 14- Maia, F.F.R.; De Andrade, C.G.; Maakaroun, M.F. Anticoncepção na primeira relação sexual como fator de risco para a gravidez em adolescentes. *Rev Méd Minas Gerais* 2003; 13(1): 4-8.
- 15-Unesco. Pesquisa “Juventudes e sexualidade”. 2004 <http://www.unesco.org.br> (acessado em 20/dez/2004)
- 16-Berquó, E.-Como, quando e com quem se casam os jovens brasileiros. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPd) Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas. Brasília: CNPD; 1998. 93-108.
- 17- Leite, I.C.; Rodrigues, R.N.; Fonseca, M.C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Cad saúde Pública* 2004; 20(2): 474-481
- 18-Vieira, E.M.; Badian, R.; Dal Fabbro, A.L.; Rodrigues Júnior, A.L. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. *Rev de Saúde Pública* 2001; 36(3):263-70

Tabela 1. Características sociodemográficas e reprodutivas dos adolescentes, segundo o tipo de escola

Características	Tipo de escola		p
	Privada	Pública	
<i>Sexo</i>			0,996 #
Feminino	61,0	61,2	
Masculino	39,0	38,8	
(n)	(269)	(1325)	
<i>Escolaridade</i>			<0,001 •
7ª série ensino fundamental	30,9	27,5	
8ª série ensino fundamental	18,2	20,5	
1ª série ensino médio	19,0	22,6	
2ª série ensino médio	13,0	19,2	
3ª série ensino médio	19,0	10,1	
(n)	(269)	(1325)	
<i>Cor</i>			<0,001 #
Branca	62,8	43,6	
Não branca	37,2	56,4	
(n)	(269)	(1322)	
<i>Nível socioeconômico</i>			<0,001 #
“Baixo”	19,4	67,9	
“Alto”	80,6	32,1	
(n)	(269)	(1321)	
Característica da prática sexual	Privada	Pública	p
<i>Relação sexual</i>			<0,002 #
Sim	18,6	28,6	
Não	81,4	71,4	
(n)	(269)	(1325)	
<i>Taxa acumulada de início de relação sexual</i>			<0,001+
12 anos	0,0	2,0	
14 anos	2,9	9,7	
16 anos	21,6	31,7	
18 anos	54,3	53,3	
19 anos	77,1	64,4	

• Teste qui-quadrado de Pearson

Teste qui-quadrado de Yates

+ Teste de Wilcoxon-Gehan (análise por tabela de vida)

Tabela 2. Distribuição percentual dos adolescentes de acordo com o uso de métodos anticoncepcionais, segundo o tipo de escola

Método anticoncepcional	Tipo de escola		RP [IC 95 %]
	Privada	Pública *	
	n =50	n=378	
<i>Uso atual de Mac</i>	84,0	78,8	1,07 [0,93-1,22]
<i>Métodos anticoncepcionais em uso atualmente</i>			
Camisinha masculina	78,0	69,8	1,12 [0,95-1,31]
Pílula	28,0	15,1	1,86 [1,12-3,08]
Coito interrompido	14,0	5,8	2,41 [1,08-5,34]
Camisinha feminina	10,0	8,5	1,18 [0,48-2,89]
Tabelinha	8,0	1,9	4,32 [1,31-14,24]
Pílula do dia seguinte	6,0	5,3	1,13 [0,35-3,68]
Injeção	2,0	1,3	1,51 [0,18-12,68]
Diafragma	2,0	0,5	3,78 [0,35-40,94]
Diu	0,0	0,5	-
Espermicida	0,0	0,5	-
Nenhum MAC	16,0	21,2	0,76 [0,39-1,47]
(n)	50	378 @	

* Referência para o cálculo da RP

@ Faltou informação de uma adolescente de escola pública

Tabela 3. Razões referidas pelos adolescentes sexualmente ativos para não usar MAC, segundo o tipo de escola

	Tipo de escola		
	privada n=8	pública n=80	p ▲
<i>Razões para não usar métodos anticoncepcionais</i>			
Não pensou na hora	40,0	29,0	0,484
Não gosta	20,0	30,0	0,718
Parceiro não gosta	20,0	15,0	0,653
Achava que não corria risco de engravidar	10,0	20,0	0,682
Custa caro	10,0	5,0	0,430
Não sabe como conseguir	0,0	6,0	>0,999
Não sabe usar	0,0	1,0	>0,999
Tem medo que alguém da família descubra	0,0	21,0	0,200
Quer engravidar ou engravidar a parceira	0,0	6,0	>0,999
Outro	40,0	15,0	0,073

▲ Teste exato de Fisher

Tabela 4. Distribuição percentual dos adolescentes de acordo com a atitude frente ao uso de métodos anticoncepcionais, segundo o tipo de escola

Atitude	Tipo de escola		P#
	Privada	Pública*	
<i>Adolescentes solteiros(as) devem sempre usar MAC</i>			0,069
Sim	95,9%	92,6	
Não	4,1	7,4	
(n)	269	1315	
<i>Os MAC fazem mal à saúde</i>			0,170
Sim	15,1	11,8	
Não	84,9	88,2	
(n)	265	1311	
<i>O médico deve escolher o MAC para o adolescente</i>			<0,001
Sim	60,7	77,5	
Não	39,3	22,5	
(n)	262	1295	
<i>A responsabilidade de usar MAC é sempre da mulher</i>			<0,001
Sim	4,9	15,1	
Não	95,1	84,9	
(n)	266	1312	

#Teste qui-quadrado de Yates

Tabela 5. Fatores associados ao uso de métodos anticoncepcionais: regressão múltipla de Poisson (n=428)

Variável	RP	EP p/RP	IC 95%
Religião católica	1,22	0,10	1,05-1,42
Religião evangélica	1,09	0,11	0,89-1,33

Variáveis independentes: tipo de escola, idade, sexo, cor, escolaridade, religião principal, frequência que vai à igreja, trabalho remunerado, estado marital, conhecimento sobre MAC e nível socioeconômico

3.2. Publicação 2

Campinas, 26 de janeiro de 2005

Ao
Editor Científico da **Revista Saúde Pública**
Faculdade de Saúde Pública da USP
PROF. DR. OSWALDO PAULO FORATINI

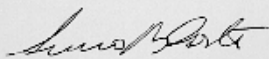
Prezado Editor,

Estamos submetendo o trabalho intitulado *“Fatores associados ao conhecimento adequado sobre métodos anticoncepcionais em adolescentes de escolas públicas e privadas do Municípios de São Paulo”* para avaliação e possível publicação nesta revista.

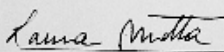
Vimos, por meio desta, informá-lo que o artigo que estamos enviando trata-se de um artigo original, que não foi submetido à outra revista, que nunca foi publicado e que a versão final foi lida e aprovada por todos os autores.

Estamos de acordo com as normas editoriais, e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,



Profª Drª Lúcia Costa Paiva



Dra. Laura Motta

Observação: A versão final do Abstract está sendo corrigida por tradutor juramentado da UNICAMP e será enviada oportunamente, se aceite.

**FATORES ASSOCIADOS AO CONHECIMENTO ADEQUADO SOBRE
MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS
PÚBLICAS E PRIVADAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

ASSOCIATED FACTORS TO ADEQUATED KNOWLEDGE ABOUT
CONTRACEPTIVE METHODS AMONG TEENAGERS OF PUBLIC AND
PRIVATE SCHOOLS IN SÃO PAULO CITY.

Laura Motta¹, Lúcia Costa-Paiva², Valdir Tadini³ Maria José D.Osis⁴, Maria
Helena de Sousa⁵, Aarão M.Pinto Neto⁵.

¹-Mestranda em Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade
Estadual de Campinas, SP, médica ginecologista do Hospital Maternidade
Leonor Mendes de Barros, SP, Brasil

²-Prof Doutora do Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências
Médicas, Universidade Estadual de Campinas.Campinas, SP, Brasil.

³-Prof Dr Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, SP, Brasil.

⁴-Socióloga do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas Campinas,
SP, Brasil.

⁵-Estatística do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas Campinas,
SP, Brasil.

⁶-Prof. Dr Associado do Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de
Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.Campinas, SP, Brasil.

Descritores: Métodos anticoncepcionais. Adolescência. Conhecimento, atitude e
prática, Educação em saúde, Fatores socioeconômicos.

Keywords: Contraceptive methods. Adolescence. Knowledge, attitude, practice.
Socioeconomic factors.Health education.

Endereço p/ correspondência: Dra Laura.B.Motta Martins

Av. Angélica, 1968,cj 33, Bairro Consolação. São Paulo-SP. Cep-01228-200

Email-laurabernardi@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: Comparar o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e identificar os fatores associados ao conhecimento adequado em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo. **Métodos:** Participaram 1594 adolescentes entre 12 e 19 anos, de 13 escolas públicas e 5 privadas, sorteadas, que responderam um questionário sobre características sócio-demográficas, reprodutivas e métodos anticoncepcionais. Calcularam-se as razões de prevalência com intervalo de confiança de 95% entre cada questão sobre conhecimento de métodos e o tipo de escola. Atribuiu-se meio ponto para cada questão correta sobre anticoncepcionais, sendo o ponto de corte equivalendo a 50% de acerto. Os testes estatísticos foram o Qui-quadrado e o Wilcoxon-Gehan. Utilizou-se a regressão múltipla de Poisson. **Resultados:** 61% dos adolescentes eram do sexo feminino nos dois grupos ($p>0,05$). Predominou nível socioeconômico baixo nas escolas públicas e alto nas privadas ($p<0,001$). Cerca de 18,6% nas escolas privadas e 28,6% nas públicas tinham atividade sexual ($p<0,002$). e 25,7% dos adolescentes das escolas públicas e 40,8% das privadas apresentaram escore superior ou igual a cinco. Os fatores associados ao maior conhecimento foram sexo feminino, escola privada, estar no ensino médio, nível socioeconômico alto, ter relação sexual e maior idade. **Conclusão:** O nível de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais foi abaixo do ponto de corte para os adolescentes de ambos os tipos de escolas. Os resultados revelam que, assim como os mais desfavorecidos, os adolescentes de maior nível socioeconômico necessitam de informações adequadas sobre planejamento familiar, visando mudar seu comportamento nesta área específica.

SUMMARY

Objective: to compare contraceptive knowledge and identify the factors associated with adequate contraceptive knowledge among adolescents from public and private schools in São Paulo City, Brazil. **Methods:** One thousand five hundred and ninety-four adolescents, aged between 12 and 19 years from 13 public schools participated in the survey. Schools were randomly allocated and participants completed a questionnaire about sociodemographic characteristics, as well as reproductive and contraceptive knowledge. The prevalence ratio was calculated with a 95% confidence interval between each question on contraceptive knowledge and the school system. A half point was assigned to each correctly answered question about contraceptive methods. The critical value obtained was 50% of correct answers. The chi-square test and Wilcoxon-Gehan test were performed for statistical analysis. A multiple regression model was used. **Results:** Sixty-one per cent of adolescents were female in both groups ($p < 0.05$). Socioeconomic status was predominantly low in public schools and high in private schools ($p < 0.001$). Nearly 18.6% of adolescents in private schools and 28.6% in public schools were sexually active ($p < 0.002$). About 25.7% of adolescents in public schools and 40.8% of adolescents in private institutions scored five or more points in the test. Factors responsible for greater knowledge were: being female, attending a private school, being in high school, having a high socioeconomic status, being sexually active and being older. **Conclusion:** The level of contraceptive knowledge was below the critical value for adolescents in both school systems. Findings revealed that similar to their underprivileged counterparts, adolescents of a higher socioeconomic status need to gain adequate information about family planning to change their sexual behavior.

INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos o jovem passou a ter acesso às mais diversas fontes de informação e desinformação a respeito da questão sexual. Com o advento da Aids, no final dos anos 80, tendo em vista a sua letalidade, e com a precocidade da iniciação sexual entre adolescentes ocorrida na última década, reacendeu-se em toda a sociedade a importância e necessidade de dar devida atenção a todos os aspectos que envolvem a saúde sexual e reprodutiva da população adolescente ¹ .

Vários estudos demonstraram que adolescentes com baixa escolaridade iniciam a vida sexual mais precocemente e que os jovens de menor nível educacional e de menor idade possuem menos conhecimento sobre métodos anticoncepcionais ^{2,3} .

Sabe-se que iniciar uma vida sexual sem adequado conhecimento sobre métodos anticoncepcionais pode comprometer o futuro do adolescente com gestações não planejadas, que podem interromper projetos de vida, determinar crises familiares e uniões matrimoniais destinadas ao fracasso ⁴ .

A análise do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, na maioria dos estudos disponíveis, é feita de maneira muito subjetiva, não incluindo o modo de usar, os efeitos colaterais, as indicações e contra-indicações dos mesmos, o que pode produzir uma interpretação não verdadeira do grau de conhecimento sobre prevenção de gravidez que os adolescentes possuem⁵ e

dessa forma, enviesar a avaliação da influência do conhecimento sobre o uso de métodos anticoncepcionais.

O trabalho de SCHOR ⁶ (1995), identificou uma baixa porcentagem de conhecimento sobre MAC(48,3%), entre adolescentes com menos de 14 anos, o que pode ser explicado pelo fato da jovem ainda não ter iniciado atividade sexual, sendo que esse percentual de conhecimento se elevou para 55% aos 15 anos e para 92% aos 19 anos, embora, a qualidade desse conhecimento não tenha sido considerada. Os poucos estudos que avaliaram o nível de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais mensurado através de um escore, observaram que entre adolescentes e mulheres de diferentes faixas etárias, esse conhecimento é considerado baixo ou médio em quase 70% das entrevistadas ^{7,8}. Contudo, o uso de métodos contraceptivos não demonstrou estar diretamente associado ao seu conhecimento, sofrendo interposição de outros fatores como idade da primeira relação sexual, tempo de iniciação sexual, acesso a métodos anticoncepcionais, parceiro sexual estável, objeção feita pelo parceiro ao uso de método anticoncepcional, desejo de engravidar e comunicação com os pais sobre assuntos relacionados a sexo ⁹.

O acesso a informação de boa qualidade e a disponibilidade de grande número de alternativas contraceptivas são aspectos fundamentais nos programas de planejamento familiar, destinados não apenas aos adolescentes, mas à população em geral, de tal forma que, um conhecimento inadequado sobre qualquer método anticoncepcional pode ser um fator de resistência à aceitabilidade e uso desse método ⁸. Do mesmo modo, um alto nível de conhecimento sobre

MAC não determinará nenhuma mudança de comportamento, se os métodos contraceptivos não estiverem acessíveis à livre escolha dos adolescentes.

No Brasil, os estudos com adolescentes escolares inseridos em diferentes contextos socioeconômicos são escassos, visto que a maioria dos dados brasileiros provêm de jovens das escolas públicas, devido à flexibilidade dessas instituições em ceder espaços para pesquisa, enquanto que as instituições particulares resistem em consentir atividades de pesquisa entre seus alunos¹⁰.

Devido às diferenças socioeconômicas e culturais existentes no nosso país e a influência que esses fatores sociais exercem sobre o conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais⁹, possivelmente os dados obtidos unicamente da avaliação de adolescentes das escolas públicas, não expressam a realidade da população escolar dessa faixa etária.

Assim, estimulado a obter representatividade dessa população, o presente estudo visa comparar o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, bem como identificar os fatores associados ao conhecimento adequado em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo.

MÉTODO

Realizou-se um estudo de corte transversal do tipo inquérito CAP Conhecimento, Atitude e Prática¹¹, com seleção aleatória da amostra, que incluiu as escolas públicas e privadas, de Ensino Fundamental (EF) e Ensino Médio(EM) da área urbana da cidade de São Paulo.

Amostras

O tamanho da amostra foi calculado a partir da população de 1.362.587 de adolescentes matriculados desde a quinta série até o terceiro ano do Ensino Médio, dos quais, 83,1% estudavam na rede pública e 16,9% na rede privada de ensino ¹². Considerando-se que a proporção de adolescentes sexualmente ativos nas escolas públicas e privadas é de 33,8% e 28,0 %,respectivamente ¹⁰ e fixando-se a probabilidade de erro tipo I em 5% e a probabilidade de erro tipo II em 20%, calculou-se que seriam necessários no mínimo 347 adolescentes sexualmente ativos. Baseado na estimativa de prevalência de uso de anticoncepcional na última relação sexual, calculada em 77% na rede pública e 93,5% na rede privada ¹⁰ definiu-se como tamanho amostral 1586 adolescentes, sendo necessários 1316 provenientes do ensino público e 270 do ensino privado.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Educação de São Paulo ¹², havia em média, 35 alunos por sala de aula, nas escolas públicas e 30 alunos por sala de aula nas escolas privadas. Com respaldo em experiências anteriores, admitiu-se que a proporção de alunos que aceitariam participar da pesquisa seria 60% nas instituições públicas e 40% nas instituições privadas¹³. De acordo com esta proporcionalidade, seriam necessárias 13 escolas públicas e 5 escolas privadas participando da pesquisa.

Observados todos estes critérios, foram sorteadas , a partir de uma lista com 1900 escolas, obtida da Secretaria Estadual de Educação, as escolas que participariam da pesquisa. A todas as instituições convidadas apresentavam-se

o projeto de pesquisa, com as aprovações da Comissão de Pesquisa do DTG/FCM/UNICAMP e do Comitê de Ética em Pesquisa-FCM-UNICAMP, além das autorizações das Delegacias de Ensino de cada escola. Uma vez autorizada a pesquisa pela diretoria da escola, realizava-se o sorteio das classes, entre sétimas séries e terceiros anos do Ensino Médio. Os alunos das quintas e sextas séries não foram incluídos nesse estudo porque pertenciam a faixa de idade entre 10 e 11 anos, o que possivelmente implicaria em maior dificuldade quanto à autorização dos pais e das próprias escolas. A próxima etapa constituiu-se na apresentação da pesquisa aos alunos, em sala de aula. Nesse primeiro contato, explicavam-se os objetivos do estudo, enfatizava-se o anonimato dos questionários e o caráter voluntário dos participantes. A pesquisadora lia em voz alta o termo de consentimento esclarecido, os distribuía juntamente com as autorizações dos pais ou responsáveis para aqueles que manifestassem interesse em participar do estudo e agendava uma data próxima, para recolhimento das autorizações. Quando o número de autorizações por sala atingia o número mínimo de alunos por escola (11 adesões por sala, na escola privada e 21 adesões por sala na escola pública), marcava-se a data da aplicação do questionário. Duas escolas privadas se recusaram a participar da pesquisa e neste caso, foram substituídas pelas escolas subsequentes segundo a ordem do sorteio.

Instrumento e coleta de dados

Os questionários foram aplicados em sala de aula durante o período de uma hora/aula, sob supervisão da pesquisadora. Ao final do preenchimento, os alunos depositavam o questionário em uma urna identificada apenas com a série

escolar. O instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa foi um questionário auto-respondido, pré-codificado, anônimo, desenvolvido pelos autores a partir de um modelo utilizado em experiências anteriores¹³. Realizou-se um pré-teste desse questionário, em uma escola pública de Campinas, abrangendo 160 alunos, com o objetivo de corrigir imperfeições.

O questionário era composto por cinco seções com perguntas sobre aspectos sociodemográficos e reprodutivos, conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, conhecimento sobre transmissão e prevenção de DST, uso de métodos anticoncepcionais e de métodos de prevenção de DST, além de questões mais específicas, do tipo verdadeiro ou falso, que contemplavam o modo de uso, efeitos colaterais, vantagens e desvantagens de alguns métodos anticoncepcionais e modos de transmissão e de prevenção de algumas doenças sexualmente transmissíveis.

Neste trabalho são apresentados resultados referentes aos aspectos sociodemográficos e reprodutivos, conhecimento e adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após revisão dos questionários, os dados foram inseridos em um banco de dados utilizando-se software EPI-INFO 6.04b, com dupla digitação. A análise bivariada inicial consistiu na comparação das variáveis sociodemográficas dos alunos das escolas privadas e públicas. Os testes estatísticos utilizados foram o

teste Qui-quadrado de Pearson , teste Qui-quadrado de Yates ou o Qui-quadrado de Fisher, quando não foi possível realizar o teste de Yates. A variável indicadora do nível socioeconômico foi definida utilizando-se a técnica multivariada de análise por conglomerado ¹⁴ sendo identificados categorias socio-econômicas alta e baixa, baseadas nos itens utilizados nos questionários da Associação Brasileira de anunciantes (ABA) e Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPME) ¹⁵. A análise por tabela de vida foi utilizada para obter as taxas acumuladas de adolescentes que iniciaram relação sexual em cada idade, e a comparação por tipo de escola foi obtida através do teste de Wilcoxon-Gehan ¹⁶. A análise bivariada foi feita entre as variáveis conhecimento de métodos anticoncepcionais e o tipo de escola e como medida de associação calculou-se a Razão de Prevalência com Intervalo de Confiança de 95% ¹⁷. A mesma análise foi feita para cada questão correta sobre métodos anticoncepcionais e o tipo de escola, sendo calculadas as Razões de Prevalência com respectivos Intervalos de Confiança de 95%. Considerou-se conhecimento adequado sobre MAC, quando os adolescentes acertaram a metade ou mais das 20 questões específicas sobre esse assunto. Atribuiu-se meio ponto para cada questão correta, de modo que o adolescente que acertou 10 ou mais questões atingiu o escore ≥ 5 , considerado satisfatório.

Ao final, realizou-se a análise de regressão de Poisson, entre as variáveis preditoras (sexo, idade, religião, escolaridade, nível socioeconômico, tipo de escola, cor, estado marital, trabalho remunerado, relação sexual, frequência às cerimônias religiosas) e a variável conhecimento adequado sobre MAC, com o cálculo da Razão

de Prevalência e IC de 95%¹⁸. O programa SPSS versão 11.5 foi utilizado para obter as análises bivariadas, bem como a análise multivariada por conglomerado. Utilizou-se o programa Stata 7.0 para as análises múltiplas por regressão.

RESULTADOS

Foram entrevistados 1594 alunos com idades entre 12 e 19 anos, dos quais 1325 se encontravam nas escolas públicas e 269 nas instituições privadas.

Houve predomínio de adolescentes do sexo feminino (61,2% vs 61,0%) tanto nas escolas públicas quanto nas privadas ($p>0,05$). Quanto à religião, houve predomínio da religião católica em ambas as escolas (57,3% privada vs 61% pública) seguida da evangélica (17,2% vs 22,8%) e maior freqüência de adolescentes adeptos a outras religiões (budismo, judaísmo, espiritismo) nas escolas privadas ($p<0,001$). Em relação a escolaridade dos pais, mais de 80% dos pais e das mães dos alunos das escolas privadas tinham escolaridade média ou superior comparados a aproximadamente 40% dos pais e mães das escolas públicas ($p<0,001$).

A média de idade foi de $15,1 \pm 1,5$ anos, nas escolas públicas e $14,7 \pm 1,6$ anos nas escolas privadas ($p<0,002$). Observou-se que nas escolas privadas houve proporção significativamente maior de estudantes com idades entre 12 e 14 anos, brancos, pertencentes ao nível socioeconômico alto, cursando o terceiro ano do Ensino Médio. Em relação aos aspectos reprodutivos, a idade mediana da menarca foi aproximadamente 12,5 anos e da primeira relação sexual

foi em torno de 17,5 anos para ambos os tipos de escolas. Observou-se que nas escolas privadas houve menor percentual de adolescentes sexualmente ativos ($p < 0,002$) e nessas escolas a proporção de adolescentes que iniciaram as relações sexuais até os 16 anos de idade foi menor do que nas escolas públicas ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Quanto ao conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, verificou-se que, quase todos os adolescentes dos dois tipos de instituições (95%), disseram conhecer algum tipo de contraceptivo, sendo a camisinha masculina, a pílula e a camisinha feminina, os mais conhecidos. Contudo, um percentual maior de estudantes das escolas privadas relatou conhecer maior número de métodos anticoncepcionais do que os das escolas públicas, com diferenças estatisticamente significantes para todos os métodos, exceto para o injetável e para a tabelinha (Tabela 2).

A tabela 3 apresenta a proporção de adolescentes que respondeu com acerto cada questão sobre MAC. Observou-se a questão sobre camisinha feminina foi a que teve maior índice de acerto nos dois grupos de escolas. $RP = 1,04 [0,99-1,10]$. Observou-se também um adequado conhecimento sobre camisinha masculina cujo índice de acerto foi superior a 70%, tanto nas escolas públicas, quanto nas privadas. A porcentagem de acerto das questões sobre pílula variou entre 25% e 57%, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de escola. Embora os alunos das escolas privadas tenham acertado mais as questões sobre coito interrompido e diafragma, menos da metade dos alunos de ambas as escolas responderam corretamente estas questões.

Os alunos das escolas privadas acertaram mais as questões sobre DIU e tabelinha, sendo a porcentagem de acerto em torno de 50%. Quanto a contracepção de emergência, um maior número de alunos das escolas privadas responderam corretamente a questão sobre forma de uso, embora a porcentagem de acerto tenha sido baixa nos dois grupos $RP=1,43[1,13-1,82]$.

Quando se considerou o escore de conhecimento obtido pelos adolescentes, observou-se que apenas 25,7% dos alunos das escolas públicas e 40,8% dos alunos das escolas privadas tiveram um conhecimento adequado sobre MAC, atingindo o escore igual ou superior a 5, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Apesar da baixa porcentagem de acertos, os alunos das escolas privadas tiveram uma proporção maior de acertos, acima do ponto de corte. $RP=1,59[1,34-1,88]$ (Tabela 4).

A análise de regressão de Poisson mostrou que os fatores associados positivamente ao conhecimento adequado sobre métodos anticoncepcionais foram o sexo feminino, pertencer a escola privada, maior escolaridade, maior nível socioeconômico, ter relação sexual, maior idade, enquanto que ser de religião evangélica associou-se negativamente ao conhecimento satisfatório sobre os métodos, conforme ilustra a Tabela 5.

DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com duas amostras estudantis provenientes de redes de ensino com características diversas, selecionadas aleatoriamente,

permitindo desta maneira, comparar o grau de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, avaliado através de um escore e os fatores associados ao conhecimento adequado em adolescentes de diferentes estratos socioeconômicos.

Os resultados mostraram que os adolescentes de ambas as escolas têm um conhecimento insatisfatório sobre métodos anticoncepcionais, embora o conhecimento dos adolescentes das escolas privadas tenha se revelado um pouco maior. Verificou-se que ser do sexo feminino, estudar na escola privada, pertencer a um nível socioeconômico mais alto, ter iniciado as relações sexuais e ter maior idade foram fatores associados positivamente ao conhecimento adequado sobre métodos anticoncepcionais

As escolas que participaram foram selecionadas através de processo de amostragem metodologicamente rigoroso e foram sorteadas aleatoriamente, dentro do total de 1900 escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, de modo que a amostra pode ser considerada representativa da população escolar adolescente e permite a comparação entre os grupos de adolescentes. Apesar disso, algumas limitações devem ser observadas. O presente inquérito não incluiu o significativo contingente de adolescentes que já não estudam, e que constituem um grupo extremamente vulnerável a riscos, uma vez que na maioria dos estudos verificou-se que a escolaridade está fortemente associada a maior conhecimento e uso de MAC.^{9,1}

Além disso, é possível ter ocorrido algum viés de informação em relação o comportamento sexual, uma vez que o questionamento sobre vida

sexual é um assunto de natureza íntima e pode causar constrangimento e desconfiança, quanto ao sigilo das informações coletadas. Porém, alguns cuidados foram tomados no sentido de minimizar essa limitação: questionários anônimos, participação voluntária, compromisso verbal e escrito do caráter confidencial das informações obtidas, aplicação do questionário sem a participação de professores ou funcionários em sala de aula¹⁰. Mais da metade da amostra foi composta por meninas, tanto nas escolas privadas como nas públicas. A escola privada concentrou um maior número de adolescentes mais jovens, com idades entre 12 e 14 anos, que poderia ser explicado pelo maior índice de reprovação, maior taxa de abandono dos estudos, com posterior retorno, além da entrada mais tardia na escola, observados entre os estudantes das escolas públicas⁹

Houve predomínio nas escolas privadas de estudantes brancos, pertencentes a classe social alta, refletindo desta maneira a distribuição étnico- socioeconômica da população brasileira que concentra em geral, maior número de pessoas não brancas nas classes sociais mais baixas³.

Verificou-se nessa casuística que a grande maioria dos alunos nesta faixa etária, 81% nas escolas privadas e 71% nas públicas não tiveram relação sexual, achados semelhantes aos de outras pesquisas brasileiras¹⁰ estudando comportamentos de risco em adolescentes de escolas públicas e privadas da área metropolitana do Estado de São Paulo, constatou que 72% e 66% dos adolescentes das instituições privadas e públicas, respectivamente, não tinham iniciado as relações sexuais. Neste estudo, a idade mediana à primeira relação foi de aproximadamente 17,5 anos para os dois tipos de escolas. Esse

resultado está próximo ao encontrado pela pesquisa PNDS , que constatou que a idade mediana à primeira relação sexual foi de 16,7 anos para os homens e de 19,5 anos para as mulheres². Por outro lado, estudos mais recentes encontraram médias de idade à primeira relação, dois anos mais baixas ^{9,19}. A pesquisa realizada com estudantes adolescentes de treze capitais brasileiras encontrou médias de idade à primeira relação sexual variando entre 13,9 e 14,5 anos para os jovens e 15,2 a 16 anos para as estudantes do sexo feminino ¹⁹. Essa divergência de resultados poderia ser decorrente de um viés de subrelato que possa ter existido entre as adolescentes que participaram desta pesquisa, ou por diferenças entre as populações estudadas, uma vez que as características da comunidade interferem no conhecimento e atitude dos adolescentes, afetando o seu comportamento sexual ²⁰.

Constatou-se também que, os adolescentes das escolas privadas iniciaram atividade sexual em faixas etárias maiores que os adolescentes das escolas públicas. Considerando-se que 80% dos adolescentes da escola privada pertencem a classe social alta, possivelmente o nível socioeconômico tenha influenciado a idade de iniciação sexual, como demonstraram alguns autores ³. Além disso, o maior nível educacional dos alunos das escolas privadas pode ter sido um determinante do comportamento sexual destes jovens. LEITE et al ²⁰ (2004) também observou que a maior escolaridade pode postergar a idade de iniciação sexual e facilitar o uso de algum método contraceptivo na primeira relação sexual.

Nossos resultados confirmaram que, em geral, os adolescentes referem conhecer vários métodos anticoncepcionais. O método citado como o mais

conhecido foi a camisinha masculina, seguida da pílula, em concordância com pesquisas mais recentes^{19,21}. O terceiro método mais conhecido foi a camisinha feminina. Neste estudo, o conhecimento sobre MAC foi inicialmente avaliado através de um questionamento sobre quais métodos o adolescente saberia usar, não se perguntando diretamente se ele conhecia a esterilização, em função da inadequação do método para a população adolescente. O maior interesse sobre a camisinha feminina pode ser explicado por ser um método anticoncepcional que protege contra doenças sexualmente transmissíveis e que confere às mulheres maior autonomia no controle da fecundidade^{9,22}.

Com relação ao escore de conhecimento, é importante ressaltar que as questões sobre métodos anticoncepcionais que foram submetidas à apreciação dos estudantes eram muito simples e exigiam o mínimo de informação sobre eles. Além disso, não foram abordados todos os métodos anticoncepcionais existentes e alguns foram, intencionalmente, menos explorados do que outros, baseado na relevância do método para a faixa etária. Dessa maneira, o escore pode ser visto apenas como um indicador do pouco conhecimento e talvez o nível desse conhecimento seja ainda menor do que o evidenciado.

É relevante destacar que, embora os alunos das escolas privadas tenham maior porcentagem de acertos que os alunos das escolas públicas, os adolescentes dos dois grupos estudados sabem pouco sobre métodos anticoncepcionais. ALMEIDA et al.⁹ (2003), estudando adolescentes masculinos e femininos das escolas públicas da Bahia, verificou que apenas 50% apresentaram índice de conhecimento considerado alto. Essa inadequação do

conhecimento sobre os vários métodos anticoncepcionais poderia explicar as diferenças nas escolhas de métodos anticoncepcionais entre adolescentes, direcionada basicamente para a camisinha e para a pílula. A medida que os adolescentes não têm conhecimentos corretos sobre métodos contraceptivos, acabam perpetuando mitos, como a idéia de que o DIU atrapalha a relação sexual ou que o coito interrompido é eficaz na prevenção de gravidez. Desta maneira, a inadequação do conhecimento sobre as diversas possibilidades contraceptivas atua como um fator de resistência ao uso das mesmas ⁸.

Os resultados encontrados no presente estudo chamam a atenção para o insuficiente conhecimento sobre métodos anticoncepcionais dos adolescentes entrevistados, e evidenciam a associação dessa condição com variáveis socioeconômicas, sugerindo que os jovens que possuem melhores condições sociais têm acesso a informações de melhor qualidade, embora nem sempre suficientes. Além disso, questões de gênero e o início da vida sexual influenciaram o nível de conhecimento, o que provavelmente reflete a tradicional idéia de que a anticoncepção é uma atribuição feminina e que a iniciação sexual, principalmente em idades mais tardias, como verificado neste estudo, motiva os adolescentes à busca ativa de mais informação sobre métodos anticoncepcionais.

Esses resultados reforçam a necessidade de investimentos na educação da população adolescente em geral, e não apenas entre os mais pobres, principalmente no que se refere à formação do cidadão, capacitando-o para lutar pelos seus direitos, entre os quais o acesso a informações necessárias para a prática da anticoncepção. Evidencia-se também a necessidade de

investir-se na educação de homens e mulheres promovendo desde cedo a reflexão acerca dos seus papéis e suas responsabilidades na sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Azevedo, M.R.D. In: Saito M.I e Silva, L.E.V. Adolescência-Prevenção e Risco. São Paulo: Atheneu; 2001. p.129-143
- 2-BEMFAM Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil.*Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*, 1996.Rio de Janeiro: BEMFAM/MACRO; 1997
- 3-Berquó, E.- Como, quando e com quem se casam os jovens brasileiros. In: Comissão nacional de população e desenvolvimento (CNPd). Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD; 1998 p93-108.
- 4- Pinto e Silva, J.L. Anticoncepção. In: Adolescência e saúde/ Comissão de Saúde do Adolescente. 2ª ed.São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo,1994.p123-30
- 5-Osis, M.J.D.; Faúndes, A.; Sousa, M.H.; Bailey, P. Consequências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:463-76,
- 6-Schor, N. Adolescência e anticoncepção. Conhecimento e uso. São Paulo, 1995. [Tese de Livre-Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1995

- 7-Moraes Filho, O.B.; Albuquerque, R.M.; Hardy, E. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por mulheres com aborto provocado ou espontâneo. *Rev IMIP* 1997; 11:32-40,
- 8-Espero Arce, X.; Tsunehiro, M.A.; Osis, M.J.D.; Duarte, G.A.; Bahamondes, L.; Sousa, M.H. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5):583-90,
- 9-Almeida, M.C.C.; Aquino.E.M.L.; Gaffikin, L.; Magnani, R.J. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5): 566-75,
- 10-Carlini-Cotrim, B.; Gazal-Carvalho, C.; Gouveia, N. Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Rev de Saúde Pública* 2000; 34: 626-45,
- 11-Warwick, D.P.E.; Leninger, A.C. – Introduction. In WARWICK D P e LENINGER *The sample survey: theory and practice*. New York, Mc Graw Hill, 1975.p.4-19
- 12- INEP/MEC . <http://www.inep.gov.br> . Acessado em 06/jun/2002.
- 13-Cemicamp E Macarthur Foundation, 1999. Avaliação do Programa de Educação Afetivo-Sexual do Estado de Minas Gerais.
- 14-Hair, J.F.; Anderson, R.E.; Tatham,R.L.; Black, W.C. Multivariate data analysis. New Jersey: Prentice-Hall; 1995. 4th ed,

- 15- Almeida, P.M.; Wickerhauser, H. O critério ABA/ABIPEME: em busca de uma atualização. São Paulo: Associação Brasileira de Anunciantes(ABA)/ Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME); 1991.p 85
- 16-Lee, E.T. *Statistical methods for survival data analysis*. Belmont: Lifetime Learning Publications,1980.
- 17-Kleinbaum, D.G.; Kupper, L.L.; Morgenstern, H. *Epidemiologic research*.New York: John Wiley & Sons, 1982.
- 18-Barros, A.J.D.; Hirakata, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: na empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 2003; 3 :21,
- 19-Unesco. Pesquisa “Juventudes e sexualidade”. 2004 <http://www.unesco.org.br> (acessado em 20/dez/2004
- 20-Leite, I.C.; Rodrigues, R.N.; Fonseca, M.C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Cad saúde Pública* 2004; 20 supl2: 474-481
- 21-.Unicef .Pesquisa “ A voz dos adolescentes” <http://www.unicef.org.br> (acessado em 05/fev/2003)
- 22-Takiuti, A.D.; Melo, A.V.; Fernandes, L.S.; Monteleone, M.L.A.; Moreira, V.L.; Tambelli, P.P.; Maciel, J.N. VI Congresso Latinoamericano de Obstetrícia y Ginecologia de la Infância y la Adolescencia Cuba,1999.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas e reprodutivas dos adolescentes segundo o tipo de escola

Características	Tipo de escola		p
	Privada	Pública	
Sexo			0,996 #
Feminino	61,0	61,2	
Masculino	39,0	38,8	
(n)	(269)	(1325)	
Escolaridade			<0,001 •
7ª série ensino fundamental	30,9	27,5	
8ª série ensino fundamental	18,2	20,5	
1ª série ensino médio	19,0	22,6	
2ª série ensino médio	13,0	19,2	
3ª série ensino médio	19,0	10,1	
(n)	(269)	(1325)	
Cor			<0,001 #
Branca	62,8	43,6	
Não branca	37,2	56,4	
(n)	(269)	(1322)	
Nível socioeconômico			<0,001 #
“Baixo”	19,4	67,9	
“Alto”	80,6	32,1	
(n)	(269)	(1321)	
Característica da prática sexual	Privada	Pública	p
Relação sexual			<0,002 #
Sim	18,6	28,6	
Não	81,4	71,4	
(n)	(269)	(1325)	
Taxa acumulada de início de relação sexual			<0,001+
12 anos	0,0	2,0	
14 anos	2,9	9,7	
16 anos	21,6	31,7	
18 anos	54,3	53,3	
19 anos	77,1	64,4	

• Teste qui-quadrado de Pearson

Teste qui-quadrado de Yates

+Teste de Wilcoxon-Gehan (análise por tabela de vida)

Tabela 2 - Distribuição percentual dos adolescentes de acordo com o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, segundo o tipo de escola

Método anticoncepcional	Tipo de escola		p #
	Privada	Pública	
Camisinha masculina	84,3	74,2	<0,002
Pílula	67,8	60,7	0,035
Camisinha feminina	52,1	42,2	0,004
Pílula do dia seguinte	36,0	19,2	<0,001
Diafragma	18,4	7,0	<0,001
DIU	18,0	6,4	<0,001
Injeção	18,0	20,6	0,371
Coito interrompido	17,6	7,5	<0,001
Tabelinha	16,5	11,9	0,052
Espemicida	11,6	2,2	<0,001
Nenhum	2,6	5,3	0,092
(n)	(267)	(1310)	

Teste qui-quadrado de Yates

Tabela 3 - Porcentagem de respostas corretas sobre métodos anticoncepcionais segundo o tipo de escola (n=1582)**

	Tipo de escola		RP[IC 95%]
	Privada	Publica *	
Questões sobre MAC	%	%	
O diafragma é descartável	11,6	9,5	1,22[0,84-1,77]
O diafragma é colocado dentro do útero	30,3	11,4	2,66 [2,10-3,37]
O diafragma deve ser retirado entre 8 e 12 horas após a relação sexual	24,3	16,5	1,48 [1,16-1,88]
A injeção pode alterar a menstruação	25,1	16,7	1,51[1,19-1,92]
A pílula do dia seguinte deve ser tomada até 72 h	24,7	17,3	1,43 [1,13-1,82]
O diafragma só deve ser usado com creme espermicida	24,0	19,0	1,26 [0,99-1,60]
A pílula diminui o sangramento menstrual	24,0	19,4	1,24 [0,97-1,57]
A injeção deve ser aplicada semanalmente	21,3	22,9	0,93 [0,73-1,20]
Quando termina uma caixa de pílula, deve-se começar outra no dia seguinte	26,2	24,4	1,07 [0,86-1,34]
O coito interrompido provoca dor de cabeça no homem	42,3	29,1	1,45 [1,23-1,71]
O coito interrompido é seguro para evitar filhos	47,6	33,8	1,41 [1,22-1,63]
A tabelinha é muito eficaz para evitar filho	50,2	34,1	1,47 [1,28-1,70]
Só quem tem ciclos regulares pode usar tabelinha	52,1	35,3	1,48 [1,29-1,69]
O DIU é colocado dentro do útero	52,1	39,1	1,33 [1,17-1,52]
Quando a mulher esquece de tomar pílula, não deve tomar mais durante o resto do mês	52,8	48,7	1,08 [0,95-1,23]
A mulher deve tomar pílula todos os dias, sempre no mesmo horário	54,3	57,7	0,94 [0,84-1,06]
O DIU atrapalha a relação sexual	56,2	40,2	1,40 [1,24-1,59]
A camisinha masculina deve ser retirada quando o pênis ainda está ereto	73,8	71,0	1,04 [0,96-1,12]
A camisinha masculina serve só para evitar filhos	86,1	76,8	1,12 [1,06-1,19]
A camisinha feminina deve ser colocada na vagina	88,4	84,6	1,04 [0,99-1,10]

*Categoria de referência para o cálculo da RP

** 12 adolescentes não responderam nenhuma das questões do tipo verdadeiro/falso(2 das escolas privadas e 10 das escolas públicas)

Tabela 4 – Escore de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais segundo o tipo de escola (n=1582)

	Tipo de escola		RP[IC 95%]
	Privada	Publica *	
<i>Escore de conhecimentos sobre MAC</i>	%	%	
Escore ≥ 5l	40,8	25,7	1,59 [1,34-1,88]
(n)	645	406	

Tabela 5 - Fatores associados ao conhecimento adequado sobre métodos anticoncepcionais (n=1340)*

Variável	RP	EP p/ RP	IC 95% p/ RP
Sexo (feminino)	2,33	0,25	1,89 – 2,87
Tipo de escola (privada)	1,41	0,14	1,16 – 1,72
Escolaridade (EM)	1,51	0,19	1,17 – 1,95
Nível socioeconômico (alto)	1,32	0,12	1,10 – 1,57
Relação sexual (sim)	1,32	0,12	1,10 – 1,59
Religião evangélica	0,70	0,09	0,54 – 0,91
Religião católica	0,84	0,09	0,69 – 1,02
Idade (anos)	1,10	0,04	1,02 – 1,19

Variáveis independentes do modelo: sexo, idade, religião, escolaridade, nível socioeconômico, tipo de escola, cor, estado marital, trabalho remunerado, relação sexual, frequência às cerimônias religiosas

*** 254 adolescentes não responderam uma das questões que contemplassem as variáveis do modelo**

3.3. Publicação 3

Campinas, 26 de janeiro de 2005

Ao
Editor Científico da **Cadernos de Saúde Pública**
Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

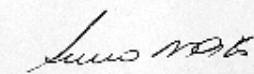
Prezado Editor,

Estamos submetendo o trabalho intitulado "*Fatores associados ao uso consistente de preservativo masculino e ao conhecimento de DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo*" para avaliação e possível publicação nesta revista.

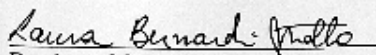
Vimos, por meio desta, informá-lo que o artigo que estamos enviando trata-se de um artigo original, que não foi submetido à outra revista, que nunca foi publicado e que a versão final foi lida e aprovada por todos os autores.

Estamos de acordo com as normas editoriais, e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,



Profª Drª Lúcia Costa Paiva



Dra. Laura Motta

Observação: A versão final do Abstract está sendo corrigida por tradutor juramentado da UNICAMP e será enviada oportunamente, se aceite.

**FATORES ASSOCIADOS AO USO CONSISTENTE DE PRESERVATIVO
MASCULINO E AO CONHECIMENTO SOBRE DST/AIDS EM ADOLESCENTES
DE ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.**

ASSOCIATED FACTORS TO CONSISTENT CONDOM USE AND ADEQUATED
KNOWLEDGE ABOUT STD/AIDS AMONG TEENAGERS OF PUBLIC AND
PRIVATE SCHOOLS IN SÃO PAULO CITY

Laura Motta¹, Lúcia Costa-Paiva², Valdir Tadini³, Maria José D.Osis⁴, M. Helena de
Sousa⁵ Aarão M.Pinto Neto⁶,

¹-Mestranda em Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade
Estadual de Campinas, SP, médica ginecologista do Hospital Maternidade Leonor
Mendes de Barros, SP, Brasil

²Prof Dra do Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas,
Universidade Estadual de Campinas.Campinas, SP, Brasil.

³Prof Dr Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, SP, Brasil.

⁴Socióloga do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

⁵Estatística do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

⁶Prof. Dr Associado do Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências
Médicas, Universidade Estadual de Campinas.Campinas, SP, Brasil.

Endereço p/ correspondência:

Dra Laura.B.Motta Martins

Av. Angélica, 1968,cj 33, Bairro Consolação. São Paulo-SP. Cep-01228-200

Email-laurabernardi@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: Comparar o conhecimento sobre DST/AIDS e avaliar fatores associados ao conhecimento adequado e ao uso consistente do preservativo masculino, em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo. **Métodos:** Participaram 1594 adolescentes entre 12 e 19 anos, de 13 escolas públicas e 5 privadas, que responderam um questionário sobre DST/AIDS e uso de preservativo. Calcularam-se as razões de prevalência com intervalo de confiança de 95%. O escore de conhecimento sobre DST teve o ponto de corte equivalendo a 50% de acerto. Os testes estatísticos foram Qui-quadrado e Wilcoxon-Gehan. Realizou-se regressão múltipla de Poisson. **Resultados:** O uso consistente de preservativo foi 60% nas escolas privadas e 57,1% nas públicas ($p>0,05$) e esteve associado ao sexo masculino e menor nível socioeconômico. O sexo feminino, maior escolaridade, escola privada, cor branca e estado marital solteiro associaram-se ao maior conhecimento sobre DST. **Conclusão:** Os adolescentes de escola pública e privada apresentam conhecimento adequado sobre prevenção de DST, entretanto esse conhecimento não determina adoção de atitudes efetivas de prevenção. Programas de conscientização sobre DST/AIDS devem ser ampliados visando minimizar as vulnerabilidades.

SUMMARY

Objectives: to compare STD/AIDS knowledge and identify factors associated with adequate knowledge and consistent use of a male condom among adolescents from public and private schools in São Paulo City, Brazil. **Methods:** 1594 adolescents aged between 12 and 19 years from 13 public and 5 private schools completed a questionnaire about STD/AIDS knowledge and use of a male condom. The prevalence ratios were calculated with a 95% confidence interval. The cut-off point was 50% correct answers for STD knowledge score. The chi-square test and Wilcoxon-Gehan test were performed for statistical analysis. A multiple regression model was used. **Results:** The rate of consistent condom use was 60% in private schools and 57.1% in public schools ($p < 0.05$) and was associated with the male sex and a lower socioeconomic level. Variables associated with a greater STD knowledge were female sex, higher education, private school, white race, and unmarried status. **Conclusion:** Knowledge of STD prevention among adolescents in public and private schools was adequate, although it did not determine the adoption of effective preventive attitudes. STD/AIDS awareness programs should be enhanced to minimize the vulnerability of adolescents.

INTRODUÇÃO

A adolescência é a faixa de idade que apresenta a maior incidência de doenças sexualmente transmissíveis. Aproximadamente 25% de todas as doenças sexualmente transmissíveis são diagnosticados em jovens com menos de 25 anos ¹. Os dados disponíveis em âmbito mundial revelam que mais de 30% das adolescentes sexualmente ativas têm teste positivo para infecção por Clamydia, e que aproximadamente 40%

foram infectadas pelo papilomavírus humano. A infecção pelo vírus do herpes genital aumentou em mais de 50%; os índices de infecção por gonorréia nos intervalos entre 15 e 19 anos são os maiores comparados com outras faixas etárias e mais de 25% dos novos casos de infecção pelo vírus HIV ocorrem entre jovens com menos de 22 anos ²

As DST representam um sério impacto na saúde reprodutiva das adolescentes porque podem causar esterilidade, doença inflamatória pélvica, câncer de colo uterino, gravidez ectópica, infecções puerperais e recém-nascidos com baixo peso, além de interferir negativamente sobre a auto-estima³. Além desses aspectos amplamente negativos das DST, sua abordagem passou a merecer atenção especial, quando se comprovou que sua presença é um fator de risco para a contaminação pelo vírus HIV ¹.

Alguns trabalhos destacaram que os adolescentes possuem maior conhecimento sobre prevenção de DST que os adultos, embora essa compreensão seja escassa e insuficiente para promover um comportamento sexual seguro. Entre adolescentes com níveis distintos de conhecimento sobre transmissão e prevenção de DST., os que apresentaram maior nível de conhecimento não necessariamente se protegeram do risco de contrair uma infecção ^{4,5}.

Embora os adolescentes tenham maior conhecimento sobre DSTs que os adultos, o grau de conhecimento é considerado baixo ⁶. Alguns estudos constataram que, uma grande proporção de adolescentes se engajam em contatos sexuais, como sexo oral e sexo anal, sem reconhecê-los como fonte de contágio de doenças sexualmente transmissíveis ⁷.

A camisinha masculina é o método de prevenção de gravidez e DST mais conhecido e mais usado entre os adolescentes ^{8,9} e os principais motivos alegados para a sua não utilização de modo consistente são: não gostar de usá-las, confiar no parceiro e a imprevisibilidade das relações sexuais ¹⁰.

As pesquisas brasileiras com adolescentes escolares inseridos em contextos socioeconômicos distintos são escassas. A maioria dos estudos disponíveis foram realizados com adolescentes de escolas públicas, devido à maior flexibilidade dessas instituições em permitir atividades de pesquisa entre seus alunos ¹¹.

Entretanto, acredita-se que devido às diferenças socioeconômicas e culturais existentes no nosso país e a influência que esses fatores exercem sobre o comportamento sexual dos adolescentes, um estudo com participação de adolescentes das redes públicas e privadas de educação seria mais representativo da população escolar dessa faixa etária. Assim, nos propusemos a realizar este estudo, que visa comparar o conhecimento sobre DST/AIDS e avaliar os fatores associados ao conhecimento adequado e ao uso consistente do preservativo masculino, em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo.

MÉTODO

Realizou-se um estudo de corte transversal do tipo inquérito CAP Conhecimento, Atitude e Prática ¹², com seleção aleatória da amostra, que incluiu as escolas públicas e privadas, de Ensino Fundamental (EF) e Ensino Médio(EM) da área urbana da cidade de São Paulo.

Amostras

O tamanho da amostra foi calculado a partir da população de 1.362.587 de adolescentes matriculados desde a quinta série até o terceiro ano do Ensino Médio, dos quais, 83,1% estudavam na rede pública e 16,9% na rede privada de ensino¹³. Considerando-se que a proporção de adolescentes sexualmente ativos nas escolas públicas e privadas é de 33,8% e 28,0 %,respectivamente¹¹ e fixando-se a probabilidade de erro tipo I em 5% e a probabilidade de erro tipo II em 20%, calculou-se que seriam necessários no mínimo 347 adolescentes sexualmente ativos. Baseado na estimativa de prevalência de uso de anticoncepcional na última relação sexual, calculada em 77% na rede pública e 93,5% na rede privada¹¹ definiu-se como tamanho amostral 1586 adolescentes, sendo necessários 1316 provenientes do ensino público e 270 do ensino privado.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Educação de São Paulo¹³, havia em média, 35 alunos por sala de aula, nas escolas públicas e 30 alunos por sala de aula nas escolas privadas. Com respaldo em experiências anteriores, admitiu-se que a proporção de alunos que aceitariam participar da pesquisa seria 60% nas instituições públicas e 40% nas instituições privadas¹⁴. De acordo com esta proporcionalidade, seriam necessárias 13 escolas públicas e 5 escolas privadas participando da pesquisa.

Observados todos estes critérios, foram sorteadas, a partir de uma lista com 1900 escolas, obtida da Secretaria Estadual de Educação, as escolas que participariam da pesquisa. A todas as instituições convidadas apresentavam-se o projeto de pesquisa, com as aprovações da Comissão de Pesquisa do DTG/FCM/UNICAMP e do Comitê de Ética em Pesquisa-FCM-UNICAMP, além das autorizações das Delegacias de Ensino de cada

escola. Uma vez autorizada a pesquisa pela diretoria da escola, realizava-se o sorteio das classes, entre sétimas séries e terceiros anos do Ensino Médio. Os alunos das quintas e sextas séries não foram incluídos nesse estudo porque pertenciam a faixa de idade entre 10 e 11 anos, o que possivelmente implicaria em maior dificuldade quanto à autorização dos pais e das próprias escolas. A próxima etapa constituiu-se na apresentação da pesquisa aos alunos, em sala de aula. Nesse primeiro contato, explicavam-se os objetivos do estudo, enfatizava-se o anonimato dos questionários e o caráter voluntário dos participantes. A pesquisadora lia em voz alta o termo de consentimento esclarecido, os distribuía juntamente com as autorizações dos pais ou responsáveis para aqueles que manifestassem interesse em participar do estudo e agendava uma data próxima, para recolhimento das autorizações. Quando o número de autorizações por sala atingia o número mínimo de alunos por escola (11 adesões por sala, na escola privada e 21 adesões por sala na escola pública), marcava-se a data da aplicação do questionário. Duas escolas privadas se recusaram a participar da pesquisa e neste caso, foram substituídas pelas escolas subsequentes segundo a ordem do sorteio.

Instrumento e coleta de dados

Os questionários foram aplicados em sala de aula durante o período de uma hora/aula, sob supervisão da pesquisadora. Ao final do preenchimento, os alunos depositavam o questionário em uma urna identificada apenas com a série escolar. O instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa foi um questionário auto-respondido, pré-codificado, anônimo, desenvolvido pelos autores a partir de um modelo utilizado em experiências

anteriores ¹⁴. Realizou-se um pré-teste desse questionário, em uma escola pública de Campinas, abrangendo 160 alunos, com o objetivo de corrigir imperfeições.

O questionário era composto por cinco seções com perguntas sobre características sócio-demográficas e reprodutivas, conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, conhecimento sobre transmissão e prevenção de DST, uso de métodos anticoncepcionais, e de preservativo masculino, além de questões mais específicas, do tipo verdadeiro ou falso, que abordavam aspectos de transmissão e prevenção de AIDS e outras DST.

Análise Estatística

Após revisão dos questionários, os dados foram inseridos em um banco de dados utilizando-se software EPI-INFO 6.04b, com dupla digitação. A análise bivariada inicial consistiu na comparação das variáveis sociodemográficas dos alunos das escolas privadas e públicas. Os testes estatísticos utilizados foram o teste Qui-quadrado de Pearson, teste Qui-quadrado de Yates ou o Qui-quadrado de Fisher, quando não foi possível realizar o teste de Yates. A variável indicadora do nível socioeconômico foi definida utilizando-se a técnica multivariada de análise por conglomerado¹⁵, sendo identificados categorias socio-econômicas alta e baixa, baseadas nos itens utilizados nos questionários da Associação Brasileira de anunciantes (ABA) e Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME)¹⁶. A análise por tabela de vida foi utilizada para obter as taxas acumuladas de adolescentes que iniciaram relação sexual em cada idade, e a comparação por tipo de escola foi obtida através do teste de Wilcoxon-Gehan¹⁷.

Para a associação da variável uso consistente de camisinha masculina e o tipo de escola, calculou-se a Razão de Prevalência com o respectivo Intervalo de Confiança de 95% ¹⁸. A mesma análise foi realizada entre a variável conhecimento adequado sobre prevenção de DST/AIDS e o tipo de escola. Considerou-se conhecimento adequado, quando os adolescentes acertavam no mínimo a metade das 14 questões sobre esse assunto. Atribuiu-se meio ponto para cada questão correta, de modo que o escore $\geq 3,5$ foi considerado adequado. Ao final, realizaram-se duas análises de regressão de Poisson, uma incluindo todos os adolescentes, entre as variáveis preditoras sexo, idade, religião, escolaridade, nível socioeconômico, tipo de escola, cor, estado marital, trabalho remunerado, relação sexual, frequência às cerimônias religiosas e a variável conhecimento adequado sobre DST, com o cálculo da Razão de Prevalência e Intervalo de Confiança de 95% ¹⁹ e outra incluindo apenas os adolescentes sexualmente ativos, entre as variáveis uso consistente de condom e as variáveis preditoras.

O programa SPSS versão 11.5 foi utilizado para obter as análises bivariadas, bem como a análise multivariada por conglomerado. Utilizou-se o programa Stata 7.0 para as análises múltiplas por regressão.

RESULTADOS

Foram entrevistados 1594 alunos com idades entre 12 e 19 anos, dos quais 1325 se encontravam nas escolas públicas e 269 nas instituições privadas.

Houve predomínio de adolescentes do sexo feminino (61,2% vs 61,0%) tanto nas escolas públicas quanto nas privadas ($p>0,05$). Quanto à religião, houve predomínio da religião católica em ambas as escolas (57,3% privada vs 61% pública) seguida da

evangélica (17,2% vs 22,8%) e maior frequência de adolescentes adeptos a outras religiões (budismo, judaísmo, espiritismo) nas escolas privadas ($p<0,001$). Em relação a escolaridade dos pais, mais de 80% dos pais e das mães dos alunos das escolas privadas tinham escolaridade média ou superior comparados a aproximadamente 40% dos pais e mães das escolas públicas ($p<0,001$). A média de idade foi de $15,1\pm 1,5$ anos, nas escolas públicas e $14,7\pm 1,6$ anos nas escolas privadas ($p<0,002$). Observou-se que nas escolas privadas houve proporção significativamente maior de estudantes com idades entre 12 e 14 anos, brancos, pertencentes ao nível socioeconômico alto, cursando o terceiro ano do Ensino Médio. Em relação aos aspectos reprodutivos, a idade mediana da menarca foi aproximadamente 12,5 anos e da primeira relação sexual foi em torno de 17,5 anos para ambos os tipos de escolas. Observou-se que nas escolas privadas houve menor percentual de adolescentes sexualmente ativos ($p<0,002$) e nessas escolas a proporção de adolescentes que iniciaram as relações sexuais até os 16 anos de idade foi menor do que nas escolas públicas ($p<0,001$) (Tabela 1).

A prevalência de uso de preservativo masculino encontrada neste estudo, foi de 78% nas escolas privadas e 69,8% nas públicas, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos. A prevalência de uso do preservativo masculino na primeira relação sexual foi maior entre os adolescentes das escolas privadas. $RP=1,24$ (1,05-1,47). Quanto ao uso na última relação sexual, não houve diferença estatística significativa entre os grupos de adolescentes $RP=1,16$ (0,97-1,37) (Tabela 2).

O uso de preservativo masculino em todas as relações sexuais foi relatado por 60% dos adolescentes das escolas privadas e por 57,1% dos estudantes das escolas públicas, ($p=0,193$) É importante ressaltar que apenas 2% dos adolescentes das escolas privadas

referiram nunca usar camisinha, durante as suas relações sexuais, e nas escolas públicas, mais de 10% dos alunos mencionaram este comportamento, embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de adolescentes, ($p=0,193$)

Observou-se que a maioria dos adolescentes dos dois grupos de escolas tinha uma opinião favorável ao uso de camisinha, visto que, mais de três quartos deles concordou que a camisinha masculina não diminui o prazer durante a relação sexual, que os adolescentes devem usá-las em todas as relações sexuais, e que não teriam relações caso o parceiro não concordasse em usá-la. Em relação à atitude dos adolescentes frente ao estudante portador do vírus da AIDS, em torno de 5% a 20%, nas escolas privadas e públicas, respectivamente, não concordaram que estes alunos continuassem freqüentando a escola, $p<0,001$ (Tabela 3).

Em relação ao conhecimento sobre transmissão e prevenção de DST/AIDS, houve uma porcentagem de acerto maior, para a maioria das questões, entre os alunos das escolas privadas, uma vez que, 90,7% deles atingiram o escore de conhecimento $\geq 3,5$, considerado adequado, enquanto que na escola pública 80% dos adolescentes alcançaram este índice, $RP=1,13[1,08-1,19]$ (Tabela 4)

A análise múltipla por regressão de Poisson, permitiu identificar os fatores associados ao conhecimento adequado sobre prevenção de DST/AIDS. De acordo com esses resultados, a maior escolaridade (Ensino Médio), sexo feminino, estudar na escola privada, ser branco(a), ser solteiro(a), foram fatores associados positivamente a um maior conhecimento (Tabela 5).

No segundo modelo de regressão de Poisson, entraram apenas os adolescentes sexualmente ativos (n=428) e as variáveis preditoras, sexo, idade, escolaridade, religião, frequência às cerimônias religiosas, cor, tipo de escola, nível socioeconômico, trabalho remunerado, estado marital, conhecimento adequado de DST. O uso consistente de preservativo masculino associou-se às variáveis sexo e nível socioeconômico, sendo que ser do sexo feminino, $RP=0,67$ (0,56-0,81) e pertencer ao nível socioeconômico alto, $RP=0,81$ (0,67-0,97) estiveram negativamente associadas ao uso de preservativo em todas as relações sexuais

DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a prevalência de uso de preservativo masculino, o nível de conhecimento sobre DST/AIDS e os fatores associados ao uso consistente de preservativo masculino e ao conhecimento adequado sobre DST/AIDS, em adolescentes de escolas públicas e privadas do município de São Paulo.

Os resultados apresentados revelaram maior prevalência de uso de preservativo na primeira relação sexual e maior conhecimento sobre DST/AIDS pelos adolescentes das escolas privadas. Além disso, os fatores associados ao maior conhecimento sobre DST, não foram os mesmos que influenciaram o uso consistente da camisinha.

Mais da metade da amostra foi composta por adolescentes do sexo feminino. A escola privada concentrou maior número de adolescentes com idades entre 12 e 14 anos, brancos, pertencentes à classe social alta e cujos pais possuem maior escolaridade.

Verificou-se nessa casuística que a grande maioria dos alunos nesta faixa etária, 81% nas escolas privadas e 71% nas públicas não tiveram relação sexual. Um estudo que avaliou o comportamento de risco entre adolescentes de escolas públicas e privadas da região metropolitana do Estado de São Paulo encontrou que 72% dos alunos das escolas privadas e 66% das públicas não haviam iniciado as relações sexuais ¹¹.

Entre os alunos que iniciaram as relações sexuais, a idade mediana na primeira relação foi de aproximadamente 17,5 anos para os dois tipos de escolas. Esse resultado foi semelhante ao encontrado pela pesquisa PNDS, que constatou que a idade mediana

na primeira relação sexual foi 16,7anos para os homens e 19,5 anos para as mulheres ⁸. Todavia, esse resultado difere de alguns trabalhos mais recentes, cujas médias de idade à primeira relação foram mais baixas. O estudo realizado na Bahia, com adolescentes de escolas públicas encontrou como idade mediana da primeira relação sexual, 13 anos para os homens e 15 anos para as mulheres¹⁰. Essa divergência de resultados poderia ser decorrente de um viés de subrelato que possa ter existido entre as adolescentes que participaram desta pesquisa, ou que as diferenças entre as populações estudadas tenham influenciado nos resultados obtidos, uma vez que as características da comunidade interferem no conhecimento e atitude dos adolescentes, afetando o seu comportamento sexual ²⁰. Constatou-se também que, os adolescentes das escolas privadas iniciaram atividade sexual em faixas etárias maiores que os adolescentes das escolas públicas, permitindo supor que o nível socioeconômico e a maior escolaridade tenham influenciado a idade de iniciação sexual^{8,21}.

A prevalência de uso de preservativo masculino foi de aproximadamente 70% em ambas as escolas, semelhante ao encontrado em estudos nacionais relevantes ^{9, 22}. Comparando esse resultado com os dados obtidos pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 ⁸, na qual, apenas 24% das jovens de 15 a 19 anos referiram o uso de preservativo pelo parceiro, verifica-se que no Brasil assim como em outros países houve um significativo aumento do uso da camisinha pelos adolescentes ². Observou-se que, na primeira relação sexual a prevalência de uso do preservativo foi maior entre os adolescentes das escolas privadas. Um estudo realizado no Peru, com 6900 adolescentes escolares, verificou que os jovens pertencentes às classes sociais mais altas da população

tiveram uma chance de usar camisinha na primeira relação sexual de 2.17, enquanto que a probabilidade para os adolescentes da classe média foi de 1.59²³.

Constatou-se que o uso de preservativo masculino em todas as relações sexuais foi relatado por aproximadamente 60% dos adolescentes de ambas as escolas, resultado semelhante ao da pesquisa “A Voz dos Adolescentes” realizada com adolescentes de escolas públicas e privadas de várias capitais brasileiras, que revelou que, em torno de 50% dos adolescentes entrevistados relataram usar camisinha em todas as relações sexuais⁹.

É importante ressaltar que o fato do presente estudo ter sido realizado em ambiente escolar pode ter superestimado o relato de uso de camisinha em todas as relações sexuais, visto que os adolescentes tenderiam a responder aquilo que considerassem mais adequado ou mais correto. Esse tipo de viés poderia explicar a menor prevalência do uso consistente do preservativo, encontrada em estudos, cujas amostras não foram selecionadas em escolas^{24,25}. Um estudo realizado em Campinas, cujo processo de seleção da amostra foi a técnica de “bola de neve”, através do qual um sujeito da pesquisa indica outro, constatou que entre adolescentes de status socioeconômico baixo, o uso de camisinha em todas as relações sexuais foi de 23%, aumentando para 38,4% entre aquelas pertencentes ao status socioeconômico médio- alto da população $p < 0,01$ ²⁵.

Neste estudo, a grande maioria dos adolescentes de ambas as escolas mostrou ter conhecimento considerado satisfatório sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, embora maior proporção de estudantes das instituições particulares tenha alcançado o escore de adequação. É importante ressaltar que, aproximadamente 75% dos adolescentes dos dois grupos tiveram uma atitude favorável ao uso consistente da camisinha, porém 40%

não a usaram em todas as relações, ou porque não as planejaram ou por objeção pessoal ou do parceiro. Além disso, 10% dos jovens das escolas públicas referiram nunca tê-la usado, apesar de conhecerem os riscos aos quais estavam expostos. Outro estudo que avaliou a frequência de uso do preservativo masculino constatou que 64,5% das jovens do status socioeconômico baixo e 47,7% das pertencentes ao status médio-alto referiram nunca tê-la usado ²⁵.

Os fatores que se associaram positivamente ao maior nível de conhecimento sobre DST/AIDS, encontrados neste estudo, como a maior escolaridade, sexo feminino, pertencer a escola privada, maior nível socioeconômico, estado civil solteiro e cor branca não se associaram ao uso consistente de preservativo masculino, exceto para o sexo e o nível socioeconômico, que contrariamente à maioria dos estudos ^{8, 10}, revelaram-se como fatores de risco. Ao analisarmos a relação entre ser do sexo feminino e usar menos camisinha durante as relações sexuais, algumas possibilidades poderiam explicar tal associação: as adolescentes teriam pouco poder de negociação sobre o uso do preservativo com os seus parceiros, ou estariam usando outro método anticoncepcional, ou tenha havido um viés de interpretação, visto que a camisinha é um método anticoncepcional de uso masculino ²⁶.

O menor uso de preservativo masculino pelos adolescentes de maior nível socioeconômico poderia sugerir que os jovens das classes mais elevadas estariam usando outro método anticoncepcional mais eficaz na proteção de gravidez. A evidência de que o uso de método contraceptivo interfere negativamente no uso da camisinha foi verificada em outros estudos ^{23, 25}.

É preciso considerar que o presente estudo possui algumas limitações metodológicas, que merecem ser discutidas.: O presente inquérito não incluiu o significativo contingente de adolescentes que já não estudam, e que constituem um grupo extremamente vulnerável a riscos, uma vez que na maioria dos estudos, verificou-se que a escolaridade está fortemente associada a um comportamento sexual mais seguro^{8 20, 21}. É possível que problemas de referência quanto à iniciação sexual tenham resultado em algum tipo de viés de informação , com informações sub-relatadas por parte das adolescentes ou superestimadas por parte dos adolescentes masculinos Porém, algumas medidas foram tomadas no sentido de minimizar essa limitação como questionários anônimos, de preenchimento voluntário, garantia verbal e escrita quanto ao caráter confidencial das informações obtidas, aplicação do questionário sem a participação de professores ou funcionários em sala de aula.

O conjunto dos resultados apresentados sugere que, as adolescentes em geral, independente de estudarem em escolas públicas ou privadas continuam sem capacidade de negociar o sexo seguro com os seus parceiros, expondo-se a riscos dos quais têm adequado conhecimento, refletindo desta maneira que são necessárias estratégias que atinjam esses grupos vulneráveis, mudando normas de pares, criando habilidades de negociação e mudanças de conduta, de maneira que o conhecimento que os jovens têm sobre DST e AIDS se transforme efetivamente em comportamento sexual seguro e responsável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Braverman, P.K. Sexually transmitted diseases in adolescents. Clin Ped Emerg Med 2004; 4 : 21-36.
2. Kaplan, D.W.; Feinstein, R.A.; Fisher, M.M.; Klein, J.D.; Olmedo, L.F.; Rome, E.S.; Yancy, W.S. Condom use by adolescents. Pediatrics 2001; 107: 1463-9.
3. Dallabetta, G.; Lyn, M.; Laga, M.; Islam, M. DST: Impacto global do problema e desafios para o controle. In: Dallabetta, G; Laga, M.; Lampthey, P. Controle das doenças sexualmente transmissíveis. Manual de planejamento e coordenação de programas. AIDSCAP/Brasil. São Paulo: Te Corá; 1997. p. 1-22.
4. Shrier, L.A., Goodman, E.; Emans, S.J. Partner condom use among adolescent girls with sexually transmitted diseases. J Adolesc Health 1999; 24: 357-61.
5. Shrier, L.A.- Sexually transmitted diseases in adolescents: Biologic, cognitive, psychologic, behavioral, and social issues. Adolescent Medicine Clinic 2004; 15: 215-234.
6. Clark, L.R.; Jackson, M.; Allen-Taylor, L. Adolescent knowledge about sexually transmitted diseases. Sex Transm Dis 2002; 29: 436-443.
7. Boekeloo, B.O.; Howard, D.E. Oral sexual experience among young adolescents receiving general health examinations. Am J Health Behav 2002; 26: 306-314.
8. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, Brasil, 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/Demographic and health Survey; 1997.
9. Unicef .Pesquisa “ A voz dos adolescentes” <http://www.unicef.org.br/> acessado em 05/fev/2003)

10. Almeida, M.C.C.; Aquino.E.M.L.; Gaffikin, L.; Magnani, R.J. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev Saúde Pública* 2003; 37: 566-75.
11. Carlini-Cotrim, B.; Gazal-Carvalho, C.; Gouveia, N. Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo.*Rev de Saúde Pública* 2000; 34: 626-45.
12. Warwick, D.P.E.; Leninger, A.C. Introduction. In Warwick D P e Leninger, A.C. *The sample survey: theory and practice*. New York: Mc Graw Hill; 1975.p.4-19.
13. Inep/Mec . <http://www.inep.gov.br> . Acessado em 06/jun/2002.
14. Cemicamp E MacArthur Foundation- Conseqüências da orientação sexual na escola: uma avaliação. Programa de população, fundo de capacitação e desenvolvimento de projetos. Campinas, 1999.
15. Hair, J.F.; Anderson, R.E.; Tatham,R.L.; Black, W.C. *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice-Hall; 1995.
16. Almeida, P.M.; Wickerhauser, H. O critério ABA/ABIPEME em busca de uma atualização.São Paulo 1991.p 85
17. Lee, E.T. *Statistical methods for survival data analysis*. Belmont: Lifetime Learning Publications;1980
18. Kleinbaum, D.G.; Kupper, L.L.; Morgenstern, H. *Epidemiologic research*. New York: John Wiley & Sons; 1982.
19. Barros, A.J.D.; Hirakata, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Reaserch Methodology* 2003; 3: 21

20. Leite, I.C.; Rodrigues, R.N.; Fonseca, M.C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Cad saúde Pública* 2004; 20(2 Suppl): 474-481
21. Berquó, E.- Como, quando e com quem se casam os jovens brasileiros. In: Comissão nacional de população e desenvolvimento (CNPd). *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD; 1998, p 93-108.
22. Unesco. Pesquisa “ Juventudes e sexualidade”.2004 <http://www.unesco.org.br> (acessado em 20/dez/2004)
23. Magnani, R.J.; Seiber, E.E.; Gutierrez, E.Z.; Vereau, D. Correlates of sexual activity and condom use among secondary-school students in urban Peru. *Studies in Family Planning* 2001; 32: 53-65.
24. Sonenstein, F.L.; Ku, L.C.; Lindenberg, L.D.; Turner, C.F.; Pleck, J.H. Changes in sexual behavior and condom use among teenage males: 1988 to 1995. *Am J Public Health* 1998; 88: 956-959
25. Jimenes, A.L.; Gotlieb, S.L.D.; Hardy, E.; Zaneveld, L.J.D. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. *Cad Saúde Pública* 2001; 17 (1 Suppl): 55-62.
26. Espejo, X.; Tsunehiro, M.A.; Osis, M.J.D.; Duarte, G.A.; Bahamondes, L.; Sousa, M.H. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5 Suppl): 583-90.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e reprodutivas dos adolescentes
segundo o tipo de escola

Características	Tipo de escola		p
	Privada	Pública	
<i>Sexo</i>			0,996 #
Feminino	61,0	61,2	
Masculino	39,0	38,8	
(n)	(269)	(1325)	
<i>Escolaridade</i>			<0,001 •
7ª série ensino fundamental	30,9	27,5	
8ª série ensino fundamental	18,2	20,5	
1ª série ensino médio	19,0	22,6	
2ª série ensino médio	13,0	19,2	
3ª série ensino médio	19,0	10,1	
(n)	(269)	(1325)	
<i>Cor</i>			<0,001 #
Branca	62,8	43,6	
Não branca	37,2	56,4	
(n)	(269)	(1322)	
<i>Nível socioeconômico</i>			<0,001 #
“Baixo”	19,4	67,9	
“Alto”	80,6	32,1	
(n)	(269)	(1321)	
Característica da prática sexual	Privada	Pública	p
<i>Relação sexual</i>			<0,002 #
Sim	18,6	28,6	
Não	81,4	71,4	
(n)	(269)	(1325)	
<i>Taxa acumulada de início de relação sexual</i>			<0,001+
12 anos	0,0	2,0	
14 anos	2,9	9,7	
16 anos	21,6	31,7	
18 anos	54,3	53,3	
19 anos	77,1	64,4	

• Teste qui-quadrado de Pearson

Teste qui-quadrado de Yates

+ Teste de Wilcoxon-Gehan (análise por tabela de vida)

Tabela 2 - Prevalência de uso de preservativo masculino, segundo o tipo de escola

Uso de preservativo	Tipo de escola		RP[IC 95 %]
	privada	pública *	
Atualmente	78,0	69,8	1,12[0,95-1,31]
(n)	50	378	
Na primeira relação sexual	78,0	62,7	1,24[1,05-1,47]
(n)	50	375	
Na última relação sexual	76,0	65,7	1,16[0,97-1,37]
(n)	50	376	

* Referência para o cálculo da RP

Tabela 3 - Distribuição percentual dos adolescentes, de acordo com o uso de preservativo masculino, antecedentes de DST e atitude frente ao uso de preservativo, segundo o tipo de escola

	Tipo de escola		p
	Privada	Pública	
<i>Uso de camisinha</i>			0,193 •
Sempre	60,0	57,1	
Na maioria das vezes	24,0	17,8	
De vez em quando	14,0	13,7	
Nunca	2,0	11,3	
(n)	(50)	(371)	
<i>Pegou alguma vez DST</i>			0,615 ♦
Sim	0,0	2,7	
Não	100,0	97,3	
(n)	(50)	(374)	
<i>Atitude</i>	Privada	Pública	p #
<i>A camisinha masculina diminui o prazer na relação sexual</i>			0,656
Sim	20,7	22,2	
Não	79,3	77,8	
(n)	(237)	(1255)	
<i>Os adolescentes devem usar a camisinha em todas as relações sexuais</i>			>0,999
Sim	96,7	96,6	
Não	3,3	3,4	
(n)	(269)	(1313)	
<i>Se o parceiro(a) não quisesse usar camisinha, transaria mesmo assim</i>			0,264
Sim	12,8	15,8	
Não	87,2	84,2	
(n)	(265)	(1294)	
<i>O adolescente portador do vírus da AIDS deve continuar indo à escola</i>			<0,001
Sim	95,4	81,7	
Não	4,6	18,3	
(n)	(261)	(1279)	

• Teste qui-quadrado de Pearson

♦ Teste exato de Fisher

Teste qui-quadrado de Yates para tabelas 2x2

Tabela 4 - Porcentagem de respostas corretas sobre DST/AIDS e escore de conhecimento, segundo o tipo de escola (n=1581)**

Conhecimento sobre transmissão e prevenção de DST/AIDS	Tipo de escola		RP[IC 95%]
	privada	pública*	
Para evitar DST,a camisinha deve ser colocada desde o início da relação sexual e não só no momento da penetração	83,3	83,1	1,00[0,95-1,06]
As DSTs também podem ser adquiridas em piscinas	59,9	49,6	1,21[1,08-1,35]
As mães infectadas pelo HIV não devem amamentar seus filhos e nem doar o leite para outros bebês.	57,6	55,1	1,05[0,93-1,17]
Quando uma menina está com uma DST, o seu parceiro também precisa ser tratado	65,8	72,9	0,90[0,82-0,99]
Para se proteger da AIDS é necessário usar camisinha somente se for ter relações com pessoa que seja contaminada pelo vírus	77,0	67,2	1,14[1,06-1,23]
Mesmo que uma pessoa esteja usando MAC, precisa usar camisinha para evitar DST	94,1	88,0	1,07[1,03-1,11]
No sexo oral não se pega DST	70,3	57,0	1,23[1,13-1,35]
No sexo anal se pega DST	72,9	64,3	1,13[1,04-1,23]
É possível pegar AIDS ao se praticar sexo oral ou anal, sem ter praticado sexo vaginal	65,8	55,9	1,18[1,07-1,30]
É possível dizer que uma pessoa tem HIV/AIDS simplesmente olhando para ela	84,4	74,1	1,14[1,07-1,21]
Quando uma pessoa foi tratada de outras DSTs, ela está protegida de pegar AIDS	71,4	59,4	1,20[1,10-1,31]
Existe cura para o HIV/AIDS	75,5	58,8	1,28[1,18-1,39]
A única maneira de saber se uma pessoa e seu parceiro não estão infecta dos pelo vírus da AIDS, é fazerem o teste e receberem o resultado juntos	76,2	73,9	1,03[0,96-1,11]
Quando uma menina está menstruada, não tem risco de pegar AIDS e nem de engravidar, e por isso pode ter relação sem camisinha	78,1	64,9	1,20[1,12-1,30]
Escore de conhecimento			
Escore≥ 3,5	90,7	80,1	1,13[1,08-1,19]
(n)	269	1312	

* Referência para o cálculo da RP

**13 alunos não responderam nenhuma das questões do tipo verdadeiro/falso

Tabela 5 - Fatores associados ao conhecimento adequado sobre prevenção de DST/AIDS: regressão de Poisson (n=1581)*

Variável	RP	EPp/RP	IC 95%
Escolaridade (E.M.)	1,22	0,03	1,15-1,28
Sexo (feminino)	1,15	0,03	1,09-1,21
Tipo de escola(privada)	1,11	0,03	1,05-1,17
Cor(branca)	1,08	0,03	1,03-1,13
Estado marital(solteiro/a)	1,65	0,39	1,03-2,63

Variáveis do modelo: sexo, idade, religião, escolaridade, nível socioeconômico, tipo de escola, cor, estado marital, trabalho remunerado, relação sexual, frequência às cerimônias religiosas
*** 13 alunos não responderam nenhuma das questões do tipo verdadeiro/falso**

4. Discussão

Os resultados apresentados mostraram que a prevalência de uso de contraceptivos, encontrada neste estudo, foi alta, porém concentrada no preservativo masculino e na pílula, mostrando uma limitação nas escolhas contraceptivas dos adolescentes. A maioria dos adolescentes tem atitude favorável ao uso de métodos anticoncepcionais e poderia ser beneficiada com a melhor divulgação e treinamento de outros métodos anticoncepcionais, como, por exemplo, a camisinha feminina, que, apesar da pouca divulgação pela classe médica e da ausência de campanhas governamentais, foi utilizada por aproximadamente 9% dos adolescentes de ambos os tipos de escolas. Além disso, mais de 60% dos jovens esperam do médico a orientação sobre planejamento familiar.

Outro resultado que chama a atenção é que métodos de baixa eficácia contraceptiva e que, por características próprias, não oferecem proteção contra infecções originadas do contato sexual, como coito interrompido e tabelinha, foram utilizados em maior proporção pelos adolescentes das escolas privadas, reforçando a urgente necessidade de conscientizar também esses jovens dos potenciais

riscos de infecções sexualmente transmissíveis e de gestações indesejáveis, que poderão interferir de forma definitiva nos seus projetos de vida.

Quanto ao conhecimento sobre MAC, pode-se considerar que os adolescentes apresentaram baixo nível de conhecimento, uma vez que menos da metade das amostras atingiram o escore de conhecimento considerado satisfatório. Os adolescentes das escolas privadas apresentaram maior escore de conhecimento e declararam conhecer maior variedade de métodos anticoncepcionais que os adolescentes das escolas públicas, porém, a análise da qualidade deste conhecimento revelou que persistem conceitos errôneos e equivocados entre a maioria dos adolescentes sobre os diversos métodos anticoncepcionais. Os fatores associados ao maior nível de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais foram aqueles determinantes de maior inclusão social, tais como a escolaridade e o nível socioeconômico, além daqueles relacionados aos papéis culturais e ao amadurecimento cognitivo, como ser do sexo feminino, a maior idade e ter iniciado a vida sexual.

A referência de antecedente de DST, por apenas 2,7% dos adolescentes das escolas públicas, o que poderia significar um resultado tranquilizador, é na realidade um motivo de preocupação, em vista do grande número de infecções assintomáticas e dos elevados índices de achado

A análise do nível de conhecimento sobre transmissão e prevenção de DST/AIDS constatou que os adolescentes têm adequado conhecimento sobre medidas preventivas de DST/AIDS, embora o grau de conhecimento não tenha

se associado ao uso consistente de preservativo masculino, uma vez que 40% dos adolescentes não usaram preservativo em todas as relações sexuais.

Cabe aqui comentar que durante o trabalho de campo fui recebida com muito interesse por todos os adolescentes, professores e diretores das escolas, que demonstraram bastante receptividade em participar da pesquisa e muitos solicitaram a divulgação dos resultados. Optei por ministrar algumas palestras, onde tive a oportunidade de constatar o grande aproveitamento que os alunos fizeram do *Kit* de métodos anticoncepcionais que levei para exemplificar a forma de uso da camisinha feminina, diafragma, DIU, que foram os que despertaram maior curiosidade.

Sabe-se que o conhecimento não é isoladamente um fator determinante de mudança de comportamento, particularmente entre adolescentes e que a integração de ações das áreas de saúde e educação são necessárias para implementar práticas sexuais seguras, como observado no programa PEAS, em Minas Gerais, que demonstrou que estudantes que relataram a participação de profissionais de saúde em atividades da escola, referiram prática de sexo seguro em maior proporção que aqueles que não contaram com essa participação (MACHADO VIANA, 2004). Assim, a exemplo de Minas Gerais, é fundamental o desenvolvimento de programas destinados à saúde dos adolescentes envolvendo os órgãos do governo e a participação de profissionais multidisciplinares capacitados para atender os adolescentes em suas diversas necessidades, visando a transformações comportamentais, como a prática da prevenção e dos cuidados para consigo e para com o outro.

5. Conclusões

- 5.1.** A prevalência de atividade sexual foi maior entre os estudantes das escolas públicas e o uso de métodos anticoncepcionais foi alto em ambos os tipos de escolas. A religião católica esteve associada ao uso de métodos e as principais razões para o não uso foram a imprevisibilidade das relações sexuais e a objeção pessoal ou do parceiro.
- 5.2.** O nível de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais foi maior entre os adolescentes de escolas privadas, entretanto foi considerado inadequado para ambas as escolas. O conhecimento adequado esteve diretamente associado a maior escolaridade, nível socioeconômico alto, escola privada, sexo feminino, maior idade e início da atividade sexual.
- 5.3.** O nível de conhecimento sobre transmissão e prevenção de DST/AIDS foi adequado para ambas as escolas e esteve associado a maior escolaridade, escola privada, sexo feminino, cor branca e estado civil solteiro. Sexo feminino e nível socioeconômico alto associaram-se ao menor uso consistente de preservativo masculino.

6.Referências Bibliográficas

AGI. Alan Guttmacher Institute. Preventing pregnancy, protecting health: a new look at birth control choices in the United States. THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, New York 1991. pp19.

ALMEIDA, P.M.; WICKERHAUSER, H. O critério ABA/ABIPEME: *em busca de uma atualização*.São Paulo: Asspciação Brasileira de Anunciantes(ABA)/ Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME); 1991.p 85

ALMEIDA, M.C.C.; AQUINO, E.M.L.; GAFFIKIN, L.; MAGNANI, R.J. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. ***Rev Saúde Pública*** 37:566-75, 2003.

ARRILHA, M.; CALAZANS, G. Sexualidade na adolescência: o que há? In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília. 1998. p.687-705.

AZEVEDO, M.R.D. In: SAITO, M.I.E.; SILVA, L.E.V. **Adolescência-prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu; 2001. p.129-143

BEMFAM. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil.*Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*, 1996.Rio de janeiro: BEMFAM/MACRO; 1997

BARROS, A.J.D.; HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross sectional studies an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol**; 3:21, 2003.

BATISTA, R.F.L. **Condições de vida e saúde de gestantes adolescentes residentes no município de Campinas**. Campinas, 2001. [Dissertação-Mestrado-Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP].

BELO, M.A.V. **Conhecimento, atitude e prática em relação aos métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes**. Campinas; 2001. [Dissertação-Mestrado-Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP].

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

BERQUÓ, E.; CANEVAGHI, S. Sobre o rejuvenescimento da fecundidade no Brasil. 2003,

BERQUÓ, E. Como, quando e com quem se casam os jovens brasileiros. In: Comissão nacional de população e desenvolvimento (CNPd)- Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD, p93-108, 1998

BLANC, A.K. E WAY, A.A. Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. **Stud Fam Plann**, 29:106-16, 1998

BOEKELOO, B.O.; HOWARD, D.E. Oral sexual experience among young adolescents receiving general health examinations. **Am J Health Behav**, 26:306-14, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde-FNS. Movimento de Autorização de Internação . Hospitalar. Arquivos reduzidos, 1997.[CD-ROM]. Datasus. Rio de Janeiro, 1997.

BRAVERMAN, P.K. E STRASBURGER, V.C. Contraception. ***Clin Pediatr***, 12:725-34, 1993.

BRAVERMAN, P.K. Sexually transmitted diseases in adolescents. ***Clin Ped Emerg Med***, 4:21-36, 2004.

BRUNO, Z.V.; BAILEY, P.E. Gravidez em adolescentes no Ceará: maternidade ou aborto. In: VIEIRA, E.M.; FERNANDES, M.E.L.; BAILEY, P.; McKARA, A. **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/Family Health International/ Associação Saúde da Família. 1998. p.57-66.

CALAZANS, G. Cultura adolescente e saúde : perspectivas para investigação. In: OLIVEIRA, M.C. **Cultura adolescência e saúde consórcio latino-americano de programas em saúde reprodutiva e sexualidade**. CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP, 2000.

CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C.; GOUVEIA, N. Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. ***Rev de Saúde Pública***, 34:626-45, 2000.

CAVASIN, S.A. gravidez na adolescência e o discurso do risco. São Paulo. ***Enfoque feminista*** nº 4. Abril, 1993.

CEMICAMP; MACARTHUR FOUNDATION. Consequências da orientação sexual na escola: uma avaliação. Programa de população, fundo de capacitação e desenvolvimento de projetos. Campinas, 1999.

CLARK, L.R.; JACKSON, M.; ALLEN-TAYLOR, L. Adolescent knowledge about sexually transmitted diseases. ***Sex Transm Dis***, 29:436-43, 2002.

COLLI, A.S. Maturação sexual: referenciais. In: SETIAN, N. (coord.). **Endocrinologia pediátrica: aspectos físicos e metabólicos do recém-nascido ao adolescente**. São Paulo: Sarvier; 1989. p.36-44.

DADOORIAN, D. **Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Rocca; 2000. 177p.

DALLABETTA, G.; LYN, M.; LAGA, M.; ISLAM, M. DST: Impacto global do problema e desafios para o controle. In: DALLABETTA, G; LAGA, M.; LAMPTEY, P. **Controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Manual de planejamento e coordenação de programas. AIDSCAP/Brasil. São Paulo: Te Corá; 1997. p.1-22.

DI CLEMENTI, R.J.; WINGOOD, G.M.; CROSBY, R.; COBB, B.K.; HARRINGTON, K.; DAVIES, S.L. Parent- adolescent communication and sexual risk behaviors among African American adolescents females. **J Pediatr**, 139:407-12, 2001.

DUARTE, G.A.; ALVARENGA, A.T.; OSIS, M.J.D.; FAÚNDES, A.; SOUSA, M.H. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. **Cad Saúde Pública**, 19:207-16, 2003.

ESPEJO, X.; TSUNECHIRO, M.A.; OSIS, M.J.D.; DUARTE, G.A.; BAHAMONDES, L.; SOUSA, M.H. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas. **Rev Saúde Pública** 37(Supl-5):583-90, 2003.

GOLDEBERG, T.B.L.; JAEHN, S.M.; CAMPANA, A.P.; KFOURI, J.R.N.; SIMÕES, A.C.P.; CURI, P.R. Avaliação do desenvolvimento afetivo-social do adolescente na faixa etária dos 15 aos 18 anos. Estudo com adolescentes do município de Botucatu, SP- aspectos da sexualidade. **J Pediatr**, 70:39-43, 1994.

GUPTA, N. Sexual initiation among adolescent women: trends and determinants in Northeast Brazil. **Stud Fam Plann**; 31:228-38, 2000.

HAIR, J.J.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. **Multivariate data analysis**. 4th ed, New Jersey: Prentice-Hall; 1995.

INEP/MEC. <http://www.inep.gov.br> . Acessado em 06/jun/2002

JIMENES, A.L.; GOTLIEB, S.L.D.; HARDY, E.; ZANEVELD, L.J.D. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. **Cad Saúde Pública** 17(Suppl-1):55-62, 2001.

KAPLAN, D.W.; FEINSTEIN, R.A.; FISHER, M.M.; KLEIN, J.D.; OLMEDO, L.F.; ROME, E.S.; YANCY, W.S. Condom use by adolescents. **Pediatrics**, 107:1463-9, 2001.

KLEINBAUM, D.G.; KUPPER, L.L.; MORGENSTERN, H. **Epidemiologic research**. New York: John Wiley & Sons; 1982.

LEAL, M.E.; SILVA, L.E.V. Crescimento e desenvolvimento sobral. In: SAITO, M.I.E.; SILVA, L.E.V. **Adolescência- prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu; 2001. p.41-58.

LEITE, I.C.; RODRIGUES, R.N.; FONSECA, M.C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cad saúde Pública**, 20:474-81, 2004.

LEE, E.T. **Statistical methods for survival data analysis**. Belmont. Lifetime. Learning. Publication, 1980

MACHADO VIANA, F.J. **A prática de sexo seguro entre estudantes de escolas públicas de Minas Gerais**. Campinas, 2004. [Dissertação - Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP].

MAIA, F.F.R.; ANDRADE, C.G.; MAAKAROUN, M.F. Anticoncepção na primeira relação sexual como fator de risco para a gravidez em adolescentes. **Rev Med Minas Gerais**, 13:4-8, 2003.

MAGNANI, R.J.; SEIBER, E.E.; GUTIERREZ, E.Z.; VERAU, D. Correlates of sexual activity and condom use among secondary-school students in urban Peru. **Stud Fam Plann**, 32:53-65, 2001.

NÉRICI, I.G. **Adolescência, o drama de uma idade**. Brasil/Portugal: Fundo de Cultura, 1967.

ONU Disponível em [http:// www.un.org.unsd.demographic/www.2000/index.htm](http://www.un.org.unsd.demographic/www.2000/index.htm)
Acessado em 17 de maio de 2004

OSIS, M.J.D.; FAÚNDES, A.; SOUSA, M.H.; BAILEY, P. Consequências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. **Cad Saúde Pública**, 15:463-76, 1999.

PINTO SILVA, J.L.; SARMENTO, R.C.; LANDERER, C.; FAÚNDES, A.-
Gravidez na adolescência: conduta frente à anticoncepção e ao sexo. **J Bras Ginecol**, 90:283-7, 1980.

PINTO SILVA, J.L. Gravidez na adolescência: desejada x não desejada. **Femina**, 26:825-30, 1998.

PINTO SILVA, J.L. Anticoncepção. In: **Adolescência e saúde/ Comissão de Saúde do Adolescente**. 2ª ed.São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo,1994.p123-30

ROJAS, D.S. Adolescência, cultura y salud. In: MADDALENO, M. et al. **La salud del adolescente y del joven**. Washington D C, Organizacion Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud, 1995.p15-26 (Publicación científica 552)

SANTOS JÚNIOR, J.D. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p.223-9.

SCHOR, N.; FERREIRA, A.F.; MACHADO, V.L.; FRANÇA, A.P.; PIROTTA, K.C.M.; ALVARENGA, A.T et al. Mulher e anticoncepção. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Caderno Saúde Pública**, 16:377-84, 2000

SCHOR, N. **Adolescência e anticoncepção. Conhecimento e uso.** São Paulo, 1995. [Tese - Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública – USP].

MORAES FILHO, O.B.; ALBUQUERQUE, R.M.; HARDY, E. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por mulheres com aborto provocado ou espontâneo. **Rev IMIP**, 11:32-40, 1997.

SHRIER, L.A., GOODMAN, E.; EMANS, S.J. Partner condom use among adolescent girls with sexually transmitted diseases. **J Adolesc Health**, 24:357-61, 1999.

SHRIER, L.A. Sexually transmitted diseases in adolescents: Biologic, cognitive, psychologic, behavioral, and social issues. **Adolescent Medicine Clinic**, 15: 215-34, 2004.

SONESTEIN, F.L.; KU, L.C.; LINDENBERG, L.D.; TURNER, C.F.; PLECK, J.H. Changes in sexual behavior and condom use among teenage males: 1988 to 1995. **Am J Public Health**, 88:956-9, 1998.

SONENSTEIN, F.L. What teenagers are doing right: changes in sexual behavior over the past decade. **J Adolesc Health**, 35:77-8, 2004

TAKIUTI, A.D.; MELO, A.V.; FERNANDES, L.S.; MONTELEONE, M.L.A.; MOREIRA, V.L.; TAMBELLI, P.P. et al. VI Congresso Latinoamericano de Obstetrícia y Ginecología de la Infância y la Adolescencia Cuba, 1999.

UNAIDS, 2003-Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic. UNAIDS/98.10- WHO/EMC/VIR/98.2- WHO/ASD/98.2.June 1998. [citado nov 2003]. Disponível em :<http://www.unaids.org/en/default.asp/>

UNESCO – **Juventudes e sexualidade.** 2004. www.unesco.org.br

UNICEF. Pesquisa “ **A voz dos adolescentes**” <http://www.unicef.org.br/>
acessado em 05/fev/2003)

VIEIRA, E.M.; BADIANI, R.; DAL FABBRO, A.L.; RODRIGUES JÚNIOR, A.L.
Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo.
Rev Saúde Pública, 36:263-70, 2001.

WARWICK, D.P.; LENINGER, A.C. Introduction. In WARWICK, D.P.E.;
LENINGER, A.C. **The sample survey: theory and practice**. New York:
McGraw Hill, 1975. p.4-19.

WHO. World Health Organization. Child and adolescent health and
development. [on line]. Available from <URL: <http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh-over.htm>. [2001 SEPT 28].

7. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2002).

8. Anexos

8.1. Anexo 1: Questionário

Conhecimento, atitude e pratica sobre métodos anticoncepcionais, prevenção de DST/AIDS e sexualidade, em adolescentes de escolas públicas e privadas do município de São Paulo

8.2. Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**QUESTIONÁRIO SOBRE CONHECIMENTO E PRÁTICA SOBRE
MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS, PREVENÇÃO DE DST/AIDS
E SEXUALIDADE EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS
PÚBLICAS E PRIVADAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**ANTES DE COMEÇAR RESPONDER É NECESSÁRIO QUE VOCÊ
LEMBRE DE ALGUMAS COISAS:**

- Você não deve escrever o seu nome
- Não é prova e não vale nota
- Em algumas perguntas você pode assinalar várias alternativas. Leia com cuidado todas as questões, observando as instruções.
- Use caneta para responder o questionário
- Em caso de dúvida, chame a pessoa que está aplicando o questionário
- Não converse com o(a) colega durante o preenchimento do questionário. Guarde sua dúvida para discutir depois.
- Ignore os números entre colchetes, que aparecem em algumas questões. Faça o X dentro do colchetes.
- A sua participação é totalmente voluntária
- Ao terminar coloque o questionário dentro do envelope indicado.
- Se você quiser mudar a resposta, não utilize borracha ou branquinho. Escreva que você se enganou e destaque com um círculo a nova resposta.

Obrigada e Bom Trabalho

**QUESTIONÁRIO SOBRE CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE
MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS, PREVENÇÃO DE DST/AIDS E
SEXUALIDADE EM ESTUDANTES ADOLESCENTES**

SEÇÃO 1

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

*Por favor, responda as seguintes perguntas, que são a respeito de você e sua família.
VOCÊ SÓ PODE MARCAR UMA ÚNICA ALTERNATIVA PARA CADA PERGUNTA.*

- 1.1 Qual é a sua idade hoje ? [] anos completos
- 1.2 Qual é o seu sexo ?
[1] feminino [2] masculino
- 1.3 Você considera a cor da sua pele:
[1] branca [2] negra
[3] morena/ parda/ mulata [4] outra. Qual ? _____
- 1.4 Qual a série que você está cursando?
[1] 7ª série do Ensino Fundamental [2] 8ª série do Ensino Fundamental
[3] 1ª série do Ensino Médio [4] 2ª série do Ensino Médio
[5] 3ª série do Ensino Médio
- 1.5 Em que período você estuda ?
[1] manhã [2] tarde
- 1.6 Qual é a sua religião principal ?
[1] Católica [2] Judaica
[3] Espírita [4] Umbanda / Candomblé
[5] Evangélica/ Batista /Testemunha de Jeová
[6] Não tenho religião [7] Outra. Qual? _____

- 1.7 Com que frequência você vai à igreja / templo/ culto/ sinagoga/centro religioso ?
- [1] não freqüento [2] menos que uma vez por mês
- [3] uma vez por mês [4] uma vez por semana
- [5] não sei/ não me lembro [6] outro. Explique_____
- 1.8 Você faz algum tipo de trabalho pelo qual ganhe dinheiro ?
- [1] sim [2] não
- 1.9 Atualmente você é:
- [1] solteiro(a) [2] casado(a)
- [3] amasiado(a)/vive junto [4] viúvo(a)
- [5] separado(a)/divorciado(a)
- 1.10 Você alguma vez morou com um namorado(a) /marido /esposa ?
- [1] sim [2] não
- 1.11 Quem criou você ?
- [1] pai [2] mãe
- [3] pai e mãe [4] outro. Quem?_____
- 1.12 Até que ano da escola seu pai estudou ?
- [1] Ensino fundamental incompleto
- [2] Ensino fundamental completo (terminou a 8ªsérie)
- [3] Ensino médio incompleto
- [4] Ensino médio completo (terminou o 3ºcolegial)
- [5] Superior incompleto (não terminou a faculdade)
- [6] Superior completo
- [7] Não sei

1.13 Até que ano da escola sua mãe estudou ?

[1] Ensino fundamental incompleto

[2] Ensino fundamental completo (terminou a 8ªsérie)

[3] Ensino médio incompleto

[4] Ensino médio completo (terminou o 3ºcolegial)

[5] Superior incompleto (não terminou a faculdade)

[6] Superior completo

[7] Não sei

1.14 Na sua casa tem aparelho de vídeo cassete ?

[1] sim

[2] não

1.15 Na sua casa tem máquina de lavar roupa ?

[1] sim

[2] não

1.16 Na sua casa tem geladeira ?

[1] sim

[2] não

1.17 Na sua casa tem aspirador de pó ?

[1] sim

[2] não

1.18 Quantos dos itens abaixo existem na sua casa ? Coloque o número correspondente no espaço em branco. Se não tiver o item correspondente escreva o número zero.

_____ - carros

_____ - TV a cores

_____ - banheiros

_____ - empregadas domésticas

_____ - rádios

SEÇÃO 2

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA EM RELAÇÃO AOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS E SEXUALIDADE

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre menstruação, vida sexual, gravidez e maneiras de evitar filhos.

SE VOCÊ É MENINA, RESPONDA A PERGUNTA SEGUINTE, SE É MENINO, PULE PARA A PERGUNTA 2.2

2.1 Quantos anos você tinha quando ficou menstruada pela primeira vez ?

[] ainda não menstruei _____ anos

2.2 Você já trocou carícias ou carinhos mais íntimos (malho, passar a mão, etc.) com alguém ?

[1] sim [2] não

2.3 Você já teve relações sexuais (sexo com penetração) com alguém ?

[1] sim [2] não

2.4 Quantos anos você tinha quando teve a primeira relação sexual

_____ anos [1] nunca tive relações sexuais

2.5 Pense na sua primeira relação sexual. Quais os motivos levaram você a transar aquela vez?
(VOCÊ PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- | | |
|---|---------------------------------|
| [1] nunca tive relações | [2] porque gostava dele(a) |
| [3] por curiosidade | [4] porque estava com vontade |
| [5] não queria ser diferente dos meus/minhas amigas(os) | |
| [6] fui forçada(o) | [7] bebi e perdi o controle |
| [8] outro. Explique _____ | |

2.6 Com quantas pessoas você teve relação sexual até hoje ?

_____ parceiros(as) [1] nunca tive relações

2.7 Com que frequência você teve relações sexuais nos últimos três meses ?

- | | |
|---|---|
| ☐ [1] nunca tive relações sexuais | ☐ [2] 1 vez por semana |
| ☐ [3] 2 a 3 vezes por semana | ☐ [4] todos os dias |
| ☐ [5] 2 vezes por mês | ☐ [6] 1 vez por mês |
| ☐ [7] menos que uma vez por mês | |
| ☐ [8] não tive nenhuma relação sexual nos últimos três meses | |

2.8 Alguma vez você engravidou ou engravidou alguém ?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ [1] sim | ☐ [2] não |
|------------------------------------|------------------------------------|

2.9 O que aconteceu com esta gravidez ?

- | | |
|---|---|
| ☐ [1] aconteceu o aborto | ☐ [2] o bebê nasceu |
| ☐ [3] nunca engravidei | ☐ [4] não engravidei ninguém |

2.10 Você tem filhos ?

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ [1] sim. Quantos? <input type="text"/> | ☐ [2] não |
| ☐ [3] estou grávida ou minha namorada/parceira está grávida | |

2.11 Alguma vez você recebeu orientação sobre métodos para evitar gravidez ?

(VOCÊ PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- | | |
|--|---|
| ☐ [1] nunca tive | ☐ [2] sim, na escola |
| ☐ [3] sim, no posto de saúde | ☐ [4] sim, em livros, revistas, internet |
| ☐ [5] sim, com amigos | ☐ [6] sim, com familiares |
| ☐ [7] sim, com outros. Explique _____ | |

2.12 Quem você procura para esclarecer suas dúvidas sobre métodos para evitar gravidez ?

(PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- | | |
|--|--|
| ☐ [1] amigo(a) | ☐ [2] namorado(a) |
| ☐ [3] mãe | ☐ [4] pai |
| ☐ [5] professor | ☐ [6] livros / revistas/ internet |
| ☐ [7] médico | ☐ [8] outros.Quem? _____ |

2.13 Na sua opinião, mesmo solteira(o), você acha que adolescentes devem usar métodos para evitar filhos ?

[1] sim

[2] não

2.14 Você acha que métodos para evitar filhos fazem mal à saúde ?

[1] sim

[2] não

2.15 O médico deve escolher o método de evitar filhos para o(a) adolescente ?

[1] sim

[2] não

2.16 Assinale quais métodos para evitar gravidez você saberia usar ?

(VOCÊ PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Pílula (comprimido)

[2] DIU (aparelho)

[3] Injeção

[4] Camisinha masculina

[5] Coito interrompido (tirar fora, jogar fora, marcha ré)

[6] Diafragma

[7] Tabela

[8] Camisinha feminina

[9] Espermicida

[10] Pílula do dia seguinte

[11] Nenhum

2.17 Quais os métodos para evitar filhos você ou seu (a) parceiro (a) já usou ou experimentou ?

(VOCÊ PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA.)

[0] Nunca tive relação sexual

[1] Pílula (comprimido)

[2] DIU (aparelho)

[3] Injeção

[4] Camisinha masculina

[5] Coito interrompido (tirar fora, jogar fora, marcha ré)

[6] Diafragma

[7] Tabela

[8] Camisinha feminina

[9] Espermicida

[10] Pílula do dia seguinte

[11] Nenhum

2.18 A responsabilidade de usar um método para não engravidar deve ser sempre da mulher ?

[1] sim

[2] não

2.19 Quando você teve a primeira relação sexual, você usou algum método para evitar filho ?

[1] nunca tive relações

[2] sim

[3] não

2.20 Pense nas relações sexuais que você teve nos últimos três meses e responda: Você ou seu(a) parceiro(a) usaram um método para evitar filhos ?

- [1] Nunca tive relações
- [2] Não tive relações nos últimos três meses
- [3] Sim, em todas as relações
- [4] Na maioria das relações
- [5] Em algumas
- [6] Em nenhuma relação

2.21 Pense na última relação sexual que você teve nesses últimos três meses , sem usar métodos para evitar filhos. Quais os motivos que levaram você e/ou seu parceiro(a) a não usar nenhum método de prevenção de gravidez ? (VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA).

- [1] Nunca tive relação sexual
- [2] Não tive relações nos últimos 3 meses
- [3] Eu usei ou ela usou método anticoncepcional em todas as relações
- [4] Eu não gosto
- [5] Meu parceiro/parceira não gosta
- [6] Não sei como conseguir um método
- [7] Custa caro
- [8] Acho que os métodos para evitar filhos fazem mal a saúde
- [9] Eu não sei usar nenhum método para evitar filho
- [10] Tenho medo que alguém da minha família descubra
- [11] Não pensei na hora
- [12] Quero engravidar/ quero que minha parceira engravide
- [13] Achava que não corria risco de engravidar
- [14] Outro. Explique_____

2.22 Qual método para evitar filhos você ou sua parceira(o) está usando atualmente ? (VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA.)

- | | |
|--|---------------------------|
| [0] Nunca tive relação sexual | [1] Pílula (comprimido) |
| [2] DIU (aparelho) | [3] Injeção |
| [4] Camisinha masculina | |
| [5] Coito interrompido (tirar fora, jogar fora, marcha ré) | |
| [6] Diafragma | [7] Tabelinha |
| [8] Camisinha feminina | [9] Espermicida |
| [10] Pílula do dia seguinte | |
| [11] Nenhum | |

SEÇÃO 3

ADEQUAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre uso de métodos para evitar gravidez

Escreva "V", se a frase for VERDADEIRA,

Escreva "F", se a frase for FALSA e

Escreva "NS" se você NÃO SOUBER

- 3.1 [] Quando termina uma caixa de pílulas deve-se começar a usar outra caixa no dia seguinte
- 3.2 [] A mulher deve tomar a pílula todos os dias, sempre no mesmo horário
- 3.3 [] Quando a mulher esquece de tomar a pílula um dia, não deve tomar mais durante o resto do mês
- 3.4 [] A pílula diminui a quantidade de sangue da menstruação
- 3.5 [] A injeção pode alterar a menstruação
- 3.6 [] A injeção deve ser aplicada semanalmente
- 3.7 [] O DIU é colocado dentro do útero
- 3.8 [] O DIU atrapalha a relação sexual
- 3.9 [] O diafragma é colocado dentro do útero
- 3.10 [] O diafragma só deve ser usado junto com creme espermicida
- 3.11 [] O diafragma deve ser retirado entre 8 a 12 horas após a relação sexual
- 3.12 [] O diafragma é descartável
- 3.13 [] A tabelinha é um método muito eficaz para evitar filhos
- 3.14 [] Só a mulher que tem menstruações reguladas pode usar tabelinha
- 3.15 [] O coito interrompido(o homem tira fora) provoca dor de cabeça no homem
- 3.16 [] O coito interrompido é seguro para evitar filhos
- 3.17 [] A camisinha masculina deve ser retirada logo após o homem gozar, quando o pênis já está fora da vagina e ainda duro
- 3.18 [] A camisinha masculina serve só para evitar filhos
- 3.19 [] A camisinha feminina deve ser colocada dentro da vagina
- 3.20 [] A pílula do dia seguinte pode ser tomada até 72h após a relação sexual desprotegida

SEÇÃO 4

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA SOBRE MÉTODOS DE PREVENÇÃO DE DST/AIDS E SEXUALIDADE

Agora você vai responder perguntas sobre doenças sexualmente transmissíveis e prática sexual

4.1 De que forma você acha que uma pessoa pode pegar AIDS ? (VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- [1] pela picada de um mosquito ou outro tipo de inseto
- [2] beber no mesmo copo de uma pessoa contaminada
- [3] relação vaginal com camisinha
- [4] sexo oral com ferida na boca
- [5] no vaso sanitário
- [6] relação anal sem camisinha
- [7] transfusão de sangue contaminado
- [8] ao fazer tatuagens ou furar a pele com objetos não esterelizados e contaminados com o HIV
- [9] pode passar para o bebê durante o parto
- [10] utilizar talheres de pessoa com AIDS

4.2 O que você acha que pode fazer para não pegar AIDS ? (VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA.)

- [1] não transar
- [2] transar só com quem eu conheço
- [3] não usar agulhas já usadas por outras pessoas
- [4] usar camisinha em todas as relações sexuais
- [5] urinar após ter relações sexuais sem camisinha.

4.3 Quais das doenças abaixo se transmitem através das relações sexuais ? (VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA.)

- [1] Corrimento com mau cheiro
- [2] Catapora
- [3] Verruga ou Crista de Galo ou HPV
- [4] Hepatite B
- [5] Gonorréia
- [6] Caxumba
- [7] Sífilis

4.4 Alguma vez você pegou alguma doença através do sexo ?

- [1] sim Qual ? _____
- [2] não [3] nunca tive relação sexual

4.5 Com que frequência você utiliza camisinha nas suas relações sexuais ?

- [illegible]

4.6 Pense na sua primeira relação sexual. Você usou camisinha para se proteger de doenças sexualmente transmissíveis ?

- [1] sim [2] não [3] nunca tive relação

4.7 Pense na sua última relação sexual. Você usou camisinha ?

- [1] sim [2] não [3] nunca tive relação

4.8 Por que você não usou camisinha na sua última relação sexual ? (PODE ASSINALAR MAIS DE
UMA ALTERNATIVA)

- [1] Nunca tive relação sexual
- [2] Porque o parceiro não gosta
- [3] Porque eu não gosto
- [4] Confio no parceiro
- [5] Custa caro
- [6] Eu queria engravidar
- [7] Eu já uso/ a parceira já usa método para evitar gravidez
- [8] Não tinha comigo na hora
- [9] Outro Explique_____

4.9 A camisinha masculina diminui o prazer na relação sexual ?

[1] sim

[2] não

4.10 Na sua opinião, os adolescentes devem usar a camisinha em todas as relações sexuais ?

[1] sim

[2] não

4.11 Se o seu parceiro(a) não quisesse usar camisinha, você transaria mesmo assim ?

[1] sim

[2] não

4.12 Alguma vez você teve orientação sobre doença sexualmente transmissível e / ou AIDS ?

VOCÊ PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA

[1] Nunca tive

[2] Sim, na escola

[3] Sim, no posto de saúde

[4] Sim, em livros, revistas, internet

[5] Sim, com amigos

[6] Sim, com familiares

[7] Sim, com outros. Explique _____

4.13 Quem você procura para esclarecer suas dúvidas sobre doenças sexualmente transmissíveis ?

[1] amigo

[2] namorado

[3] mãe

[4] pai

[5] professor (a)

[6] livros

[7] médico

[8] Outro. Quem ? _____

4.14 Você já fez o teste de AIDS ?

[1] Sim

[2] Não

4.15 Seu parceiro(a) atual ou último parceiro(a) sexual já fez o teste de AIDS ?

[1] Sim

[2] Não

[3] Nunca tive parceiro(a) sexual

[4] Não sei

4.16 O (a) adolescente portador do vírus da AIDS deve continuar indo à escola ?

[1] Sim

[2] Não

SECÃO 5

ADEQUAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE MÉTODOS DE PREVENÇÃO DE DST E AIDS

Agora você vai responder algumas perguntas assinalando no espaço entre colchetes:

Escreva "V", se a frase for VERDADEIRA,

Escreva "F", se a frase for FALSA e

Escreva "NS" se você NÃO SOUBER

- 5.1 [] Para evitar uma doença sexualmente transmissível, a camisinha deve ser colocada desde o início da relação sexual e não só no momento da penetração.
- 5.2 [] As doenças sexualmente transmissíveis também podem ser adquiridas em piscinas.
- 5.3 [] As mães infectadas pelo HIV não devem amamentar seu filhos nem doar o leite para outros bebês.
- 5.4 [] Quando uma menina está com uma doença sexualmente transmissível, o seu namorado ou parceiro também precisa ser tratado.
- 5.5 [] Para se proteger da AIDS é necessário usar camisinha somente se for ter relações com pessoa que seja contaminada pelo vírus.
- 5.6 [] Mesmo que uma pessoa esteja usando métodos para evitar filhos, precisa usar camisinha quando for transar com alguém, para evitar doença sexualmente transmissível.
- 5.7 [] No sexo oral não se pega doença sexualmente transmissível.
- 5.8 [] No sexo anal se pega doença sexualmente transmissível.
- 5.9 [] É possível pegar AIDS ao se praticar sexo oral ou anal, sem ter praticado o sexo vaginal.
- 5.10 [] É possível dizer que uma pessoa tem HIV/AIDS simplesmente olhando para ela.
- 5.11 [] Quando uma pessoa foi tratada de outras doenças sexualmente transmissíveis, ela está protegida de contrair AIDS.
- 5.12 [] Existe cura para o HIV/AIDS.
- 5.13 [] A única maneira de saber com certeza que uma pessoa e seu parceiro/a não estão infectados é fazerem o exame de HIV e receberem os resultados juntos.
- 5.14 [] Quando a menina está menstruada, não tem risco de pegar AIDS e nem de engravidar, e por isso pode ter relação sexual sem camisinha.

CHEGAMOS AO FINAL DO QUESTIONÁRIO

ANEXO 2-

CONHECIMENTO E PRÁTICA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS, PREVENÇÃO DE DST/AIDS E SEXUALIDADE EM ESTUDANTES ADOLESCENTES DA CIDADE DE SÃO PAULO.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) aluno(a)

Estou convidando você para participar de uma pesquisa para avaliar o que os adolescentes conhecem sobre métodos de evitar gravidez e doenças transmitidas através das relações sexuais e como utilizam estes métodos. Esta pesquisa será realizada para compreender o que os jovens conhecem e que dúvidas têm sobre esses métodos, e os resultados permitirão dar uma orientação mais correta aos adolescentes.

A sua participação, que é muito importante para o nosso estudo, será voluntária e consistirá em responder um questionário que contém perguntas sobre métodos de evitar gravidez, doenças sexualmente transmissíveis incluindo a AIDS e também algumas questões sobre sua vida sexual. O local utilizado para responder o questionário será a própria sala de aula da escola e o tempo aproximado para respondê-lo será de 30 a 40 minutos.

Você não deve colocar seu nome no questionário, que receberá apenas um número através do qual será identificado. Desta forma asseguro-lhe que ninguém poderá saber quais foram as suas respostas. De igual modo, quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, nunca será mencionado o nome de qualquer pessoa que tiver respondido o questionário.

Você tem a liberdade de aceitar ou recusar participar desse estudo, bem como de não responder algumas perguntas do questionário. Você não sofrerá nenhum tipo de represália, caso não queira participar da pesquisa.

A pessoa responsável pela pesquisa é a Dra. Laura Bernardi Motta Martins, médica ginecologista do Hospital Leonor Mendes de Barros e da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Você quer participar deste estudo ?

☐ Quero ☐ Não quero

Nome do(a) adolescente _____

Assinatura do(a) adolescente _____

Autorizo o aluno acima participar da pesquisa

Assinatura do responsável _____