



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LILIANA YANINA YARLEQUÉ PIZANGO

**COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA
SAÚDE REPRODUTIVA: UM ESTUDO EM JOVENS E ADULTOS NO EXTREMO
NORTE DO BRASIL**

Boa Vista, RR

2017

LILIANA YANINA YARLEQUÉ PIZANGO

**COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA
SAÚDE REPRODUTIVA: UM ESTUDO EM JOVENS E ADULTOS NO EXTREMO
NORTE DO BRASIL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Diversidade sociocultural, cidadanias e modelos de atenção à saúde.

Orientador: Prof. Dr. Calvino Camargo

Boa Vista, RR

2017

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

Y28c Yarlequé Pizango, Liliana Yanina.

Comportamento sexual na adolescência e suas implicações na saúde reprodutiva : um estudo em jovens e adultos no extremo norte do Brasil / Liliana Yanina Yarlequé Pizango. – Boa Vista, 2017.

102 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Calvino Camargo.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1 – Comportamento sexual. 2 – Doenças sexualmente transmissíveis. 3 – Saúde reprodutiva. 4 – Vulnerabilidade. I – Título. II – Camargo, Calvino (orientador).

CDU – 61:159.922.8

LILIANA YANINA YARLEQUÉ PIZANGO

**COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA
SAÚDE REPRODUTIVA: UM ESTUDO EM JOVENS E ADULTOS NO EXTREMO
NORTE DO BRASIL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Diversidade sociocultural, cidadanias e modelos de atenção à saúde. Defendida em 31 de março de 2017 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Calvino Camargo

Universidade Federal de Roraima – UFRR

Prof. Dr. Alex Jardim da Fonseca

Universidade Federal de Roraima – UFRR

Prof. Antônio Carlos Sansevero Martins

Universidade Federal de Roraima - UFRR

Dedico a os três seres de luz que sempre me
acompanham mamãe, vovó e meu noni (*in
memoriam*)

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser a minha proteção, minha fortaleza para seguir em frente.

A minha família, especialmente meu pai Félix, minhas irmãs Milagros, Sofía, Fabiana, meus irmãos Félix e Jonathan que sempre me apoiaram e fizeram me sentir seu amor apesar da distância.

A minha família no Brasil: Casandra, Shirley, Diana, Emilia, Alina, Jonathan, Cleyri, Laurita, Alejandro, Óscar, Liseth e Camila. Vocês foram essenciais nesta caminhada, obrigada por fazerem parte da minha vida e tornar meus dias mais fáceis e felizes.

A minhas amigas do mestrado Lucélia, Andréia e Eliene, sempre me apoiando e compreendendo, obrigada pelo carinho, amizade e companheirismo.

A meu orientador Calvino Camargo por toda a amizade, confiança, compreensão, incentivo e crença nos meus potenciais. Tenho muito a lhe agradecer.

A Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Grupo Coimbra de Universidades brasileiras (GCUB) pela bolsa de estudos que me permitiu cursar uma pós graduação neste adorável país.

A Universidade Federal de Roraima e aos professores da Pós graduação em Ciências da Saúde que contribuíram para minha formação profissional.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista que permitiram a realização dessa pesquisa.

Aos funcionários e equipes do programa de saúde da família das Unidades Básicas de Saúde Liberdade e São Vicente, especialmente aos agentes comunitários de saúde. Obrigada.

Aos acadêmicos da Medicina, especialmente a Ana, Gisele e Francisco, pela colaboração na etapa de coleta dos dados da pesquisa.

A os moradores dos bairros Liberdade e São Vicente por terem aceitado participar dessa investigação.

A todos aqueles que compartilharam comigo esse caminho e me ajudaram a continuar e a vencer as adversidades. Minha eterna gratidão!

Onde quer que haja mulheres e homens, há sempre o que fazer, há sempre o que ensinar, há sempre o que aprender.

(Paulo Freire)

RESUMO

A população jovem de um país é fundamental para o crescimento económico e social deste. Roraima, estado da região norte do Brasil, apresenta uma população relativamente jovem devido à transição demográfica acontecida no país nas últimas décadas. O estudo foi realizado com pessoas de 18 a 34 anos da cidade de Boa Vista. O objetivo foi analisar as características do comportamento sexual na adolescência e suas implicações na saúde reprodutiva, no período de setembro a dezembro do 2016. Foram selecionados 47 jovens de 18 a 24 anos (46,1%) e 55 adultos de 25 a 34 anos (53,9%), eles responderam o questionário com perguntas sobre fatores sócio demográficos, o comportamento sexual na adolescência e a saúde reprodutiva. A média de idade foi 25,5 anos, mais da metade foram mulheres e da religião evangélica, de raça parda e solteiros. 36,3% tinham ensino médio completo, 51% tinham algum trabalho, não trabalharam por ter que cuidar dos filhos (mulheres) e estudar (homens). As pessoas com renda até um salário mínimo foram 44,3%, tinham casa própria o 66% e moravam com 5,5 pessoas na média. A maioria foi de orientação heterossexual, com idade média de coitarca de 16,0 anos e 59,8% iniciaram com namorado. A maioria planejou a primeira relação mas só o 76% usaram método de prevenção; indicando como motivos não tê-lo no momento (homens) e confiar no parceiro (mulheres). Os homens tiveram maior número de parceiras sexuais (6,24) do que as mulheres (2,43) ($p < 0,005$). Mesmo que existiram fatores de vulnerabilidade para as IST, somente 3,1% das pessoas adoeceram. Das mulheres que engravidaram, 97,3% fizeram pré-natal e a maioria iniciou precocemente, porém a cobertura no citopatológico não foi total. Todas as mulheres que concluíram a gravidez tiveram o parto no hospital, enquanto que a consulta do puerpério e a visita do pessoal da UBS no domicílio não atingiu a todas. A gravidez na adolescência foi 49,1% e a média de filhos foi 1. O uso atual de método contraceptivo foi 69,6%, conheciam em média 6 métodos modernos. A idade na primeira relação sexual e a idade na primeira gravidez tiveram correlação significativa positiva; também houve correlação significativa negativa entre a idade na primeira relação sexual e o número de filhos para ambos gêneros. Foi concluído que o comportamento sexual tem relação com a saúde reprodutiva das pessoas do estudo.

Palavras chaves: Comportamento sexual. Doenças sexualmente transmissíveis. Saúde reprodutiva. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

The young population of a country is essential in its economic and social growth. Roraima, a state in northern Brazil, presents a relatively young population due to the demographic transition that has taken place in the country in recent decades. The study was conducted with people from 18 to 34 years of the city of Boa Vista. The objective was to analyze the characteristics of sexual behavior in adolescence and its implications in reproductive health, for the period from September to December 2016. We selected 47 youngsters from 18 to 24 years (46.1%) and 55 adults of 25 to 34 years (53.9%), they answered the questionnaire with questions about socio-demographic factors, teenage sexual behavior and reproductive health. More than half were women and the evangelical religion, brown race and single. 36.3% had completed high school, 51% had some work; did not work for having to take care of their children (women) and to study (men). People with income up to minimum wage were 44.3%, 66% had their own house and lived with 5.5 people on average. Most were heterosexual orientation, the average age of first sexual intercourse was 16.01 years and 59.8% started with boyfriend. Most planned the first sexual intercourse but only 76% used prevention method; indicating as reasons: Not having it at the moment (men) and trust for the partner (women). Men had more sexual partners (6.24) than women (2.43) ($p < 0.005$). Even though people presented vulnerability factors for STDs, only 3.1% of them became ill. 97.3% had prenatal care and most started early, but the coverage in the cytopathology was not complete. All women who completed pregnancy, childbirth was in the hospital, while the consultation of puerperium and the visit of staff the UBS in the domicile did not reach everyone. Teenage pregnancy was 49.1% and the average number of children was 1. The current use of contraceptive method was 69.6%, they knew on average 6 modern methods. Age at first intercourse and age at first pregnancy had a significant positive correlation; there was also a significant negative correlation between age at first sexual intercourse and number of children for both genders. It was concluded that sexual behavior is related to the reproductive health of the people in the study.

Key words: Sexual behavior. Sexually transmitted diseases. Reproductive health. Vulnerability.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo fatores demográficos ..	37
Tabela 2 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo nível de escolaridade ..	40
Tabela 3 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo situação de trabalho....	41
Tabela 4 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo renda pessoal e benefícios sociais	42
Tabela 5 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo condição da moradia ..	44
Tabela 6 - Significância entre a distribuição da idade e o gênero versus os fatores sócio demográficos	45
Tabela 7 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo orientação sexual.....	46
Tabela 8 - Distribuição percentual das pessoas por idade na primeira relação sexual segundo idade atual e gênero	47
Tabela 9 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo características da primeira relação sexual	50
Tabela 10 - Distribuição da amostra por gênero e idade atual segundo número de parceiros (as) sexuais durante a adolescência	52
Tabela 11 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo infecções sexualmente transmissíveis na adolescência	53
Tabela 12 - Significância entre a distribuição da idade na primeira relação sexual e o gênero versus as categorias do comportamento sexual na adolescência.....	55
Tabela 13 - Distribuição das mulheres que ficaram grávidas segundo características do Pré-natal na última gravidez.....	56
Tabela 14 – Distribuição da amostra de mulheres por faixa etária segundo características de realização do citopatológico	57
Tabela 15 - Distribuição da amostra das mulheres que tiveram parto segundo características da assistência do parto e puerpério.....	59
Tabela 16 – Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo idade da primeira gravidez	60
Tabela 17 – Distribuição do uso de método de prevenção na primeira relação sexual segundo idade da primeira relação e sexo.....	61
Tabela 18 - Distribuição da amostra por idade da primeira gravidez e gênero segundo o número de filhos	62

Tabela 19 – Significância entre a distribuição da idade na idade e o gênero versus as categorias da saúde reprodutiva.....	64
Tabela 20 - Significância entre as características do comportamento sexual na adolescência versus a saúde reprodutiva.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Idade na primeira relação sexual segundo idade atual	48
Gráfico 2	- Idade na primeira relação sexual segundo gênero	49
Gráfico 3	- Métodos anticonceptivos conhecidos por gênero e faixa etária	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDC	Center for Disease Control and Prevention
CEP	Comité de ética em pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e O Caribe
CLAM	Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos
DIU	Dispositivo Intrauterino
DP	Desvio Padrão
DST	Doenças Sexualmente transmissíveis
HPV	Human Papiloma vírus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente transmissíveis
MS	Ministério de Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCAP	Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas
PNAD	Pesquisa Nacional de Domicílios
PSF	Programa de Saúde da Família
PSMI	Programa Nacional de Saúde Materno infantil
RS	Relações Sexuais
SM	Salário Mínimo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRR	Universidade Federal de Roraima

SUMARIO

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	ADOLESCÊNCIA	16
2.1.1.	Breve história da Adolescência	16
2.2	ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE	17
2.2.1	Sexualidade	17
2.2.2	Construção social da sexualidade	18
2.2.3	Comportamento sexual	19
2.3	POPULAÇÃO JOVEM	21
2.3.1	Vulnerabilidade frente as Infecções Sexualmente Transmissíveis	22
2.4	SAÚDE REPRODUTIVA	23
2.4.1	Razão de mortalidade materna	25
2.4.2	Cobertura de atenção pré-natal	26
2.4.3	Proporção de partos com assistência de pessoal de saúde qualificado	27
2.4.4	Taxa de uso de métodos anticonceptivos	28
2.4.6	Necessidades insatisfeitas em planejamento familiar	29
3.	OBJETIVOS	30
3.1	OBJETIVO GERAL:	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	30
4.	MATERIAL E MÉTODOS	31
4.1	DESENHO DO ESTUDO	31
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	31
4.3	DELIMITAÇÃO TEMPORAL	32
4.4	SUJEITOS DA PESQUISA	33
4.5	AMOSTRA	33
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	34
4.7	INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	35
4.8	VAIÁVEIS SELECIONADAS	35
4.9	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	36
5.	RESULTADOS E DISCUSSÕES	37
5.1	INFORMAÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS	37

5.1.1.	Informações demográficas.....	37
5.1.2.	Informações sociais.....	39
5.2	COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA	46
5.2.1.	Níveis de vulnerabilidade para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	54
5.3	SAÚDE REPRODUTIVA	56
5.3.1.	Saúde materna	56
5.3.2.	Fecundidade adolescente	60
5.3.3.	Prevalência contraceptiva.....	63
5.4	CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO SEXUAL E SUAS IMPLICAÇÕES COM A SAÚDE REPRODUTIVA.....	66
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS	71
	APENDICES	79
	ANEXOS	93

1. INTRODUÇÃO

A população jovem representa 24,5 % (232 milhões) da população total da Região das Américas segundo a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS, 2010). Estes jovens estão vivendo em um mundo que atravessa um período de transição demográfica, de globalização, de mudanças ambientais e com o incremento do uso das novas tecnologias. Além disso, enfrentam muitas barreiras ligadas com a pobreza, a marginalização e a discriminação, deixando-os em muitos casos, excluídos de um adequado nível de saúde (OPAS, 2010).

No Brasil para o ano 2010, a população jovem (15 a 24 anos) representava o 17,9% da população total, mas as análises do desenvolvimento da estrutura etária nas pirâmides populacionais indicam que a população do Brasil apresenta uma tendência ao envelhecimento. Na análise, segundo regiões, observa-se que apesar do contínuo envelhecimento das últimas décadas, a região norte ainda apresenta uma estrutura bastante jovem, devido aos altos níveis de fecundidade no passado (IBGE, 2012).

Quanto a saúde reprodutiva, a taxa de fecundidade é um aspecto importante a ser considerado nesse panorama. Nas últimas décadas houve uma queda da taxa de fecundidade entre as mulheres adultas; mas nas adolescentes no período de 1990 a 2000 a taxa de fecundidade teve um incremento. Depois do ano 2000, observou-se a queda da taxa de fecundidade dos adolescentes, porém, o problema da gravidez na adolescência não diminuiu na mesma proporção nas regiões, pois a região norte concentra ainda os maiores níveis da gravidez adolescente, sendo Roraima o estado que apresenta a maior proporção de mulheres que foram mães entre os 10 e 14 anos, nesta região (IBGE, 2011).

Por outro lado, os motivos de admissões hospitalares mais frequentes em mulheres jovens foram as causas obstétricas. As adolescentes grávidas em comparação com mulheres adultas, têm mais riscos de consequências adversas à sua saúde, sendo menos propensas a terminar o ciclo de educação, o risco do emprego informal e a pobreza, e seus filhos sofrem mais riscos para a saúde (OPAS, 2010; BRASIL, 2013).

As Infecções Sexualmente Transmitidas (IST) afetam um de 20 adolescentes a cada ano. Entre essas infecções, as mais comuns são a clamídia, a gonorreia, a sífilis e a tricomoníase. No caso do HIV (Human Immunodeficiency Virus), na América Latina as cifras eram do 0,2% (0,1%, 1,5%) para as mulheres e 0,7% (0,2%, 2,7%) para os homens (OPAS, 2010). Os dados fornecidos atualmente sobre prevalência de IST entre a população adolescente e jovem, são insuficientes. Mas pode-se supor que o início da vida sexual mais cedo e a não utilização de

preservativos sugerem a vulnerabilidade de adolescentes e jovens a essas infecções, destacando-se o herpes genital e o HPV (Papiloma Vírus Humano) – 17% e 25% dos casos registrados na faixa dos 10 aos 24 anos, respectivamente (BRASIL, 2013).

Segundo a Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas realizada (PCAP) no 2011 (BRASIL, 2011), o percentual de mulheres sexualmente ativas com idade entre 15 e 64 anos que relataram ter tido pelo menos um sintoma relacionado às IST (Infecções sexualmente transmissíveis) foi de 5,8% e de homens foi 9,9%. O antecedente de IST que mais se sobressaiu entre o sexo feminino foram as feridas, com prevalência de 3,1%, por outro lado, entre os homens o sintoma de IST mais relatado foi o corrimento uretral, seguido por bolhas e feridas, com prevalências de 6,1%, 2,7% e 2,6%, respectivamente (BRASIL, 2011).

Os estudos relacionados com o comportamento sexual, a saúde sexual e a saúde reprodutiva no Estado de Roraima são recentes. Estes estudos são muito relevantes porque Roraima é um estado de dupla fronteira com a Venezuela e as Guianas, que apresenta um alto índice do comércio e turismo e que cada vez tem um maior desenvolvimento e incremento da população em todas as faixas etárias.

Portanto, a presente pesquisa procura identificar os comportamentos sexuais que apresentam os adolescentes e jovens e as principais implicações na sua saúde reprodutiva, assim como a sua vulnerabilidade frente as IST e o acesso à saúde reprodutiva, desse modo propõe-se ações de saúde que permitam atender às especificidades dessa população para contribuir com seu bem-estar.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ADOLESCÊNCIA

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), a adolescência é o período da vida que acontece entre os 10 e 19 anos enquanto que a juventude é a etapa compreendida entre os 15 até os 24 anos. A adolescência caracteriza-se por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial e está compreendida entre a infância e a vida adulta. Entretanto, o Ministério de Saúde (MS) seguindo esses conceitos e com a finalidade de melhorar as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento e as programações de serviços, utiliza os termos “população jovem ou pessoas jovens” para referir-se ao conjunto de adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos. Mas também, identifica três categorias muito importantes para o estudo desta população: a adolescentes precoces que estão entre os 10 e 14 anos, os adolescentes jovens de 15 a 19 anos e adultos jovens de 20 a 24 anos (BRASIL, 2005, 2008, 2013).

2.1.1. Breve história da Adolescência

Adolfo Perinat (2003) explica que a palavra adolescência deriva do latim ‘adolescere’ (crescer) e a considera como uma idade da vida no período entre 14 e 20 anos, o autor refere que nos tempos medievais, a adolescência estava incluída em outra fase etária mais ampla que era a juventude, um estágio intermediário entre a infância e a idade adulta.

Segundo Sprinthall e Collins (2003) o conceito da adolescência foi mudando com o tempo e os acontecimentos culturais e sociais. As características psicológicas e fisiológicas essenciais existiram sempre em cada pessoa jovem impassivelmente dos períodos da história ou cultura, a sociedade ‘adulta’ não reconheceu essas especificidades. De modo recente, nas sociedades industrializadas, os adultos começaram a reconhecer as necessidades e capacidades dos adolescentes, distinguindo assim um novo estágio do desenvolvimento humano.

No século XX, Stanley Hall (1904 apud SPRINTHALL E COLLINS, 2003) tornou-se um dos pesquisadores mais importantes sobre a adolescência, tanto a partir de suas experiências pessoais quanto desde sua posição científica, Hall considerava que a adolescência era um

estágio evolutivo do desenvolvimento humano, e que antes desta existia um período chamado de barbárie (entre 7 e 13 anos); logo à adolescência de 14 anos a chamou de ‘segundo nascimento’; considerada como uma fase de mudanças rápidas e caóticas.

Alguns antropólogos culturais como Margaret Mead e Robert e Barbara Levine conduziram investigações em civilizações muito diferentes de Hall, achando que o período de transição para a vida adulta pode não ser tão turbulento. Neste sentido, é muito conhecida a pesquisa feita por Mead (1984 apud SPRINTHALL E COLLINS, 2003) para estudar o desenvolvimento de adolescentes nativos da ilha de Samoa. A pesquisa, mostrou que as normas e expectativas culturais ajudam a determinar a natureza da adolescência; este trabalho apesar das críticas tem sido reconhecido por ser uma importante contribuição ao assunto. Uma outra pesquisa executada por Levine e Levine (1966 apud SPRINTHALL E COLLINS, 2003) no Quênia, descobriram que a transição para a idade adulta é estritamente marcada por uma cerimônia ritual, seja útil para apoiar a ideia de que as experiências de adolescentes durante esta fase são variadas e, em comparação com as experiências de adolescentes nas sociedades ocidentais industrializados também são bastante diferentes.

A antropóloga Ruth Benedict (1938 apud SPRINTHALL E COLLINS, 2003) desenvolveu uma pesquisa coletando informações em um grande número de empresas. Identificou que o principal determinante das dificuldades da adolescência é o grau em que o processo de socialização, que prepara a os indivíduos para a entrada nessa fase é descontínua em uma sociedade determinada. Entende-se por descontínua à necessidade de cada indivíduo para aprender um conjunto de comportamentos, papéis e atitudes ligadas à vida adulta, diferentes daqueles aprendidos durante a infância.

2.2 ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE

2.2.1 Sexualidade

A sexualidade engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo, portanto é um processo contínuo que se inicia no nascimento e termina na morte (SPRINTHALL E COLLINS, 2003; DE LA GANDARA E PUIGVERT, 2005).

A OMS e OPAS no ano 2000 com ajuda dos expertos decidiram estabelecer um quadro de referência para os termos relacionados com a saúde sexual, deste modo, eles explicavam que:

A sexualidade é um aspecto fundamental do ser humano: com base no sexo, incluindo o gênero, identidade de gênero e sexo, orientação sexual, erotismo, ligação emocional e amor, e reprodução. É experimentada ou expressada em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis e relacionamentos. A sexualidade é o resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais, éticos e religiosos ou espirituais. Embora a sexualidade possa incluir todos esses aspectos, não precisa experimentarem-se ou expressarem-se todos. Em suma, a nossa sexualidade é vivida e expressada em tudo o que somos, sentimos, pensamos e fazemos (p.8).

Gorguet (2008) afirma que mais que conhecer o conceito da sexualidade, devemos entender que o conceito vai mudando segundo as diferentes etapas da história da humanidade. A autora considera que a sexualidade é uma construção histórica que agrupa uma multiplicidade de características biológicas e mentais (como a identidade de gênero, as diferenças no corpo, as capacidades reprodutivas, necessidades, desejos e fantasias) não vinculadas e que não tem existido em outras culturas. A sexualidade se constrói ao longo da vida, o ser humano é um ser sexuado desde seu nascimento até a morte, e relações sexuais (RS) estão incluídas nas manifestações da sexualidade.

2.2.2 Construção social da sexualidade

A cultura e a sociedade determinam os diferentes comportamentos sexuais através das costumes, a moral e as leis civis. Lopez e Fuertes (1992) afirmam que, para compreender a sexualidade não é suficiente conhecer a anatomia e fisiologia sexual, mas também é necessário tomar conta da psicologia sexual e da cultura em que vive o indivíduo.

O desenvolvimento sexual dos jovens é fundamentalmente afetado pelo que acontece ao seu redor. Não se pode compreender a sexualidade adolescente, a menos que se reconheça o contexto em que se produz e aceitando as importantes influências da sociedade adulta (COLEMAN E HENDRY, 2003).

Diversos estudos analisaram as influências sociais e culturais nas variedades de padrões do comportamento sexual na adolescência, concluindo que “a expressão da sexualidade é regulamentada não tanto pelos próprios impulsos biológicos, mas antes, pelas expectativas e

pelo significado social associado a certos padrões de atividade sexual” (SPRINTHALL E COLLINS, 2003).

2.2.3 Comportamento sexual

O comportamento é a alteração do estado de um organismo, que vai se mostrar como resposta ou reação aos estímulos recebidos do seu meio (DA GLORIA, 2004; CABRAL E NICK, 2006)

Para a Organização Mundial da Saúde, o comportamento sexual é sinónimo de atividade sexual, e este é caracterizado pelas condutas que buscam o erotismo (OMS, 2000). O comportamento sexual de um indivíduo esta influenciado por diferentes fatores; entre eles a etapa de desenvolvimento da pessoa, o contexto familiar e o contexto social em que vive.

O desenvolvimento sexual na adolescência apresenta algumas características segundo a idade do adolescente. Na adolescência precoce (10 a 14 anos) acontecem as mudanças físicas o que trazem como consequência a comparação entre os adolescentes levando muitas vezes a sentimentos de angustia e de inferioridade. Os adolescentes não trocam mais suas roupas na frente dos seus pais e irmãos, tem dificuldades para estabelecer conversações com os adultos, observa-se o complexo de Édipo típico desta etapa, e a sexualidade não é importante e a masturbação e a prática sexual são mais frequentes, e alguns sintomas hipocondríacos podem aparecer como bulimia, anorexia, cefaleias, entre outros (p.209, BRASIL, 2008).

Na faixa de 15 a 16 anos geralmente iniciam os relacionamentos amorosos (ficar ou namoro), eles já aceitaram as mudanças dos seus corpos e o namoro pode levar à relação sexual que acontece na maioria das vezes nesta etapa, podem haver relacionamentos ou fantasias sexuais que não necessariamente sugerem uma homossexualidade futura e sim ser só uma experimentação sexual. Entre os 17 e 20 anos a identidade sexual já está consolidada, o namoro apaixonado é frequente, conforme há uma maior maturidade o jovem procura sua independência econômica e um relacionamento afetivo mais contínuo (BRASIL, 2008).

Outro aspecto fundamental do comportamento sexual é à orientação sexual e identidade de gênero. A orientação sexual é definida como a capacidade de cada pessoa de apresentar uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por sujeitos de gênero diferente, do mesmo gênero ou ambos, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas (Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos - CLAM, 2007) Atualmente, as orientações sexuais são distinguidas em heterossexualidade (quando a atração afetiva-erótica-sexual da

pessoa se dirige em direção a pessoas do sexo oposto), homossexualidade (quando essa atração se expressa por pessoas do mesmo sexo) e bissexualidade (interesse por pessoas de ambos os sexos).

Tanto a orientação sexual quanto a identidade de gênero são reconhecidas pelo MS como fatores determinantes e condicionantes da situação de saúde pois por um lado implicam práticas sexuais e sociais específicas e por outro expõem as lésbicas, gays, travestis, bissexuais e transexuais a danos derivados do estigma e da exclusão social (BRASIL, 2013).

Diversos aspectos do comportamento sexual podem aumentar a vulnerabilidade do adolescente de ter uma infecções sexualmente transmitida ou uma gravidez não planejada. Estas condutas chamadas condutas sexuais de risco (OMS, 2008) são aquelas que expõem as pessoas aos fluidos sexuais e a sangue no caso das IST, e aquelas onde o casal não faz uso dos métodos anticoncepcionais, acontecendo a gravidez não planejada. Estão incluídas todas as práticas sexuais sem métodos de barreira (geralmente a camisinha) ou sem métodos anticoncepcionais, atividades sexuais realizadas sob a influência do álcool ou drogas e atividade sexual com muitos parceiros (Centro para a prevenção e o controle das doenças - CDC, 2014).

Na atualidade, a sociedade produz diferentes mensagens para os jovens, estas mensagens deixam dúvidas em relação aos diferentes comportamentos sexuais que os jovens devem ter. Este contexto dificulta o relacionamento entre as adolescentes, de quem são cobradas atitudes castas, e os rapazes que têm de provar sua masculinidade precocemente, com o início muitas vezes prematuro da atividade sexual, apenas por pressão social (BRASIL, 2008). Estudos recentes afirmam que cerca da metade dos adolescentes brasileiros já iniciaram sua atividade sexual e que a média da idade na primeira relação está entre os 14 e 17 anos (FIGUEIREDO, PUPO E SEGRI, 2008; BRASIL, 2011; BATISTA, 2014).

O início da atividade sexual também apresenta outras características que podem ser consideradas de risco para o adolescente, por exemplo o não uso de um método de prevenção (camisinha ou pílula) ou o intercurso sexual com parceiro casual, são situações que expõem aos adolescentes a ter uma gravidez não planejada ou contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST). Nos estudos realizados sobre o tipo de vínculo com o parceiro com o qual ocorre a primeira relação sexual a categoria namorado predominou tanto para meninos quanto meninas, mas existiram diferenças entre os sexos, apresentando esta categoria percentuais maiores nas meninas quanto os meninos (BATISTA, 2014; VONK, 2011).

Em geral, o primeiro intercurso sexual aconteceu com parceiros com os quais os adolescentes tinham vínculos prévios, não obstante as meninas parecem precisar de vínculos

amorosos mais definidos (namorados), enquanto os meninos tendem a se relacionar com outras pessoas de seu círculo social, como vizinhas e amigas (TRONCO E DELL'AGLIO, 2012).

O uso do método de prevenção na primeira relação sexual aumentou nos últimos anos (PAIVA et al., 2008; BATISTA, 2014) e o uso da camisinha como método de prevenção; apresenta percentuais semelhantes tanto nas meninas quanto nos meninos (BAPTISTA, 2011). Na pesquisa de Alves e Brandão (2009) a maioria de mulheres entrevistadas declaram que o primeiro intercurso sexual aconteceu sem uma preparação ou conversa prévia mesmo que já existisse uma relação de namoro, este fato contribui para que as relações sexuais sucedam sem a menor preparação e coloca as meninas em uma situação de vulnerabilidade frente as IST e a uma gravidez não planejada.

As principais razões para não usar método de prevenção na primeira relação foram: diminui o prazer na relação (ALVES E BRANDÃO, 2009), usam outro anticoncepcional, confiam no parceiro, não gostam de usar e não tinham camisinha (MIRANDA-RIBEIRO E SIMÃO, 2008; BATISTA, 2014). Observa-se que a saúde dos adolescentes e jovens abrangem uma ampla gama de tópicos que não simplesmente afetam sua saúde e bem-estar durante a adolescência e juventude, mas também é a base para muitos outros eventos durante toda a vida adulta (OMS, 2015).

Durante a adolescência e juventude, homens e mulheres aprendem e reforçam os comportamentos saudáveis e prejudiciais. Esses comportamentos não só afetam a saúde atual desse grupo populacional, mas também afeta a sua situação de saúde e de acesso, oportunidades e contribuições para a saúde no decurso das suas vidas (OPAS, 2010). Os efeitos na saúde de alguns destes comportamentos juvenis seriam plenamente manifestados somente na vida adulta. As consequências negativas dessas primeiras decisões podem levar consequências de longo alcance como privar do capital humano produtivo na economia e aumentar o custo da saúde pública (BANCO MUNDIAL, 2006).

2.3 POPULAÇÃO JOVEM

A juventude é a etapa da vida que acontece entre os 15 e 24 anos (OMS, 2015). Segundo a OPAS, no 2010 os jovens representavam o 24,5% do total da população da Latino América e o Caribe. Estes momentos, eram caracterizados por a transição demográfica, a globalização, os câmbios do meio ambiente e um uso crescente das novas tecnologias de comunicação (OPAS, 2010).

No país nesse mesmo ano, a população jovem representava 17,9% da população total; estando dentro do intervalo de variação histórico que vinha oscilando entre 19% e 21%. Ademais, a população, apresentava uma média de idade de 32,1 anos, mas a região norte era a região mais jovem do país com uma média de idade de 26,3 anos. Na região norte e em Roraima, 20,1% de população tinham entre 15 e 24 anos e em Boa Vista a cifra foi ligeiramente superior com 20,8% (IBGE, 2011).

A informação detalhada sobre os aspectos demográficos, sociais, culturais, econômicos, de saúde, entre tantos outros, que descrevem segmentos populacionais específicos, devem ser usados como o eixo principal para o estabelecimento de políticas dirigidas a atender as demandas destes grupos específicos.

Também o investimento em saúde e educação de jovens e a harmonização das políticas econômicas favorecem a produtividade e o crescimento econômico dos países. A promoção da saúde e o desenvolvimento dos jovens são essenciais para suportar a crescente população dependente. O investimento na saúde dos jovens é essencial para proteger o investimento realizado na infância (por exemplo, investimentos significativos em vacinas e programas de nutrição).

Este por sua vez, fortalece a capacidade nacional para desenvolver o capital social e para garantir uma futura população adulta sadia durante seus anos economicamente mais produtivos à medida que eles envelhecem (OPAS, 2010).

2.3.1 Vulnerabilidade frente as infecções sexualmente transmissíveis

O conceito de vulnerabilidade pode-se aplicar a qualquer dano ou condição de interesse público. Assim que é considerada como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais que acarretam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (MIRANDA-RIBEIRO E SIMÃO, 2008).

A vulnerabilidade frente as infecções sexualmente transmissíveis para o caso das mulheres se apresenta mediante as características biológicas do trato genital (especialmente as adolescentes) cujo epitélio é imaturo e mais propenso a permitir o ingresso dos microrganismos e porque em geral, elas iniciam suas relações sexuais com parceiros mais velhos com maior experiência sexual e maior probabilidade de ser portador de uma IST. Os homens são mais

vulneráveis porque eles são mais propensos a trocar de parceira sexual e porque são mais ativos sexualmente que as mulheres com a mesma idade (OMS, 2008). Contudo, pode-se supor que o início da vida sexual precoce e as informações sobre a falta de uso de preservativos indicam a vulnerabilidade de adolescentes e jovens a essas infecções (BRASIL, 2013).

No Brasil, são escassos os dados epidemiológicos sobre IST, somente a aids, a síndrome do corrimento uretral masculino, a sífilis adquirida, a sífilis congênita e a sífilis na gestação são de notificação compulsória (BRASIL, 2011). No ano 2016, o Departamento de IST, Aids e Hepatites virais passou a utilizar a nomenclatura IST no lugar de DST sendo que esta última implica os sintomas e sinais visíveis da doença no organismo do indivíduo mas as infecções podem ter períodos assintomáticos e são somente detectadas pelos exames de laboratório.

Segundo o Estudo de Prevalência das IST, realizado no período de 2004 a 2005, 11% das gestantes pesquisadas tinham uma infecção bacteriana, 37% apresentavam uma infecção viral (a presença do tipo de alto risco do HPV foi alta) e 42% pelo menos uma IST. Porém, o mais preocupante é que elas não apresentavam sintoma nenhum, este fato pode estar exercendo um papel muito importante na morbidade e mortalidade materno – infantil (BRASIL, 2008).

Segundo a Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia (2011) na infância e adolescência “As DST representam grave problema de saúde pública pelas repercussões médicas, sociais e econômicas”. No caso da mãe pode transmitir para o filho ainda no útero e no parto, algumas infecções e além, ter uma IST pode aumentar as chances da pessoa se infectar com o HIV.

Na PCAP realizada em 2011 (BRASIL, 2011), observaram que o percentual de mulheres sexualmente ativas com idade entre 15 e 64 anos que relataram ter tido pelo menos um sintoma relacionado às IST foi de 5,8%, enquanto o percentual de homens foi 9,99%. O antecedente de IST que mais se sobressaiu entre o sexo feminino foram as feridas, com prevalência de 3,1%, e entre os homens o sintoma de IST mais relatado foi o corrimento uretral, seguido por bolhas e feridas, com prevalências de 6,1%, 2,7% e 2,6%, respectivamente (BRASIL, 2011).

2.4 SAÚDE REPRODUTIVA

Em 1948 a OMS definiu a saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”.

Na Conferência Internacional sobre a população e desenvolvimento realizada em El Cairo (ONU, 1994), no capítulo VII de Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva se estabeleceu um conceito muito amplo da saúde reprodutiva que incluía a saúde sexual:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. [...] Isto inclui também a saúde sexual cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (p.62).

O Departamento de saúde reprodutiva e pesquisa da OMS (2010) indica que a saúde sexual como parte da saúde reprodutiva tem sido questionada durante os últimos anos, pois a saúde sexual engloba muito mais que a saúde reprodutiva. A saúde sexual é considerada como um conceito mais amplo, pois a pesar de que a sexualidade e as relações sexuais sejam importantes para a saúde reprodutiva e a saúde sexual, a maior porcentagem da atividade sexual não está relacionada com a reprodução e, é essencial durante toda a vida das pessoas. (OMS, 2015).

A história no Brasil não é diferente pois até meados dos anos 70, as intervenções médicas sobre o corpo das mulheres estavam enfocadas na sua condição de mães e todas as políticas estabelecidas eram sempre para o tema materno infantil (o ciclo gravídico puerperal).

A partir de 1975 as políticas de assistência à mulher foram mais bem delineadas criando-se o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PSMI) que incluía o programa de planejamento familiar. Em 1983, o movimento de mulheres, criado em 1975 contra a repressão imposta pelo governo militar, interveio no Debate Nacional sobre o planejamento familiar e conseguiu que este seja parte de uma política mais ampla de saúde reprodutiva. A Conferência do Cairo (ONU, 1994) originou que o governo, adapte as suas políticas e programas de saúde em todas as questões relacionadas com a saúde reprodutiva e, além disso o termo de saúde da mulher foi substituído pelo termo “saúde reprodutiva” em todos os aspectos do programa, de tal forma que o conceito da Saúde Reprodutiva é relativamente novo (RAMOS, 2008).

Uma boa saúde reprodutiva implica não só ter conhecimento e acesso aos serviços, mas também desenvolver a capacidade de tomar decisões, responsáveis e informados sobre o casal, a sexualidade, casamento, contracepção e maternidade, entre outros (OMS, 2015).

O conceito de saúde reprodutiva que envolve o conceito da OMS e que inclui todos os aspectos mencionados pelas políticas nacionais e internacionais, é o referido por Galvão (1999) e citado por Santos (2010):

A habilidade das pessoas em reproduzir-se assim como de regular a fertilidade com o maior conhecimento possível das consequências pessoais e sociais de suas decisões e com acesso aos meios para implementá-las; que as mulheres possam ter acesso à maternidade segura; que a gravidez seja bem sucedida quanto ao bem estar e da sobrevivência materna e da criança. Além disso, que os casais sejam capazes de ter relações sexuais sem medo de gestações indesejadas e de contrair doenças e de regular a fertilidade sem risco de efeitos colaterais perigosos ou não desejados (p.17).

Um aspecto importante para concretizar o conceito de saúde reprodutiva foi a inclusão do acesso universal à saúde reprodutiva como uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Estes objetivos foram estabelecidos pela Organização das Nações Unidas no ano 2000 com a finalidade de combater a pobreza nas suas diversas dimensões. O prazo era de 15 anos para atingir as metas, o informe de 2015 menciona que se tem conseguido resultados importantes, mas estes são desiguais, por isso tem que continuar os esforços para conseguir melhoras nesses assuntos (Organização Mundial das Nações Unidas, 2015).

As instituições envolvidas no projeto dos ODM sugeriram um conjunto de indicadores para mensurar o quinto objetivo referente à redução da mortalidade materna e o acesso universal à saúde reprodutiva. Esses indicadores são: a razão de mortalidade materna, a proporção de partos com assistência de pessoal de saúde qualificado, a taxa de uso de métodos anticonceptivos, a taxa de fecundidade adolescente, a cobertura de atenção pré-natal e as necessidades insatisfeitas em matéria de planejamento familiar (BARROS, 2012).

2.4.1 Razão de mortalidade materna

A razão de mortalidade materna depende fundamentalmente da mortalidade por causas obstétricas diretas, aquelas que resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto) que podem ser a consequência de

intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. Mas também dependem de causas obstétricas indiretas que podem ser doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gravidez e que se agravaram pelos efeitos fisiológicos desta, por exemplo problemas circulatórios e respiratórios (causas indiretas).

Entre 1990 a 2007 produz-se uma redução em todas as principais causas de morte materna. Os óbitos maternos por hipertensão foram reduzidos em 62,8%; por hemorragia, 58,4%; por infecções puerperais, 46,8%; por aborto, 79,5%; e por doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, pelo parto e pelo puerpério, 50,7% (BRASIL, 2012).

A gravidez na adolescência está relacionada com as maiores taxas de mortalidade e morbidade materna e risco aumentado de abortos induzidos, especialmente ilegais e inseguros, também com um risco aumentado de baixo peso ao nascer, parto prematuro, condições neonatais graves e óbito neonatal precoce (devido ao aumento do risco de parto prematuro) (CHANDRA-MOULI et al., 2015). Uma pesquisa realizada em um Hospital terciário de Fortaleza – Brasil, evidenciou que o parto na adolescência esteve associado à prematuridade (27%) e este esteve associada a outras ocorrências como infecção neonatal e distúrbios metabólicos (QUEIROZ, 2014).

O aborto realizado em condições não qualificadas, colocam em situação de vulnerabilidade à mulher. No mundo, acontecem quase 22 milhões de abortos inseguros a cada ano, 15% ocorrem entre as mulheres de 15 a 19 anos e 26% ocorrem em pessoas com mais de 20 e 24 anos (CHANDRA-MOULI et al., 2015).

Uma assistência pré-natal adequada que permita a detecção e a intervenção antecipada das situações de risco, assim como um sistema bem estruturado e ágil para a referência hospitalar, além da assistência ao parto com pessoal qualificado, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados para a mãe e o bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012).

2.4.2 Cobertura de atenção pré-natal

A finalidade da assistência pré-natal é garantir o desenvolvimento da gravidez, possibilitando o parto bem-sucedido, com um recém-nascido sadio e sem repercussões para a saúde materna. O início precoce (no primeiro trimestre) é considerado como um bom indicador de qualidade da assistência. O número adequado de consultas seria igual ou superior a 6 (seis)

e estas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (BRASIL, 2012). No ano de 2006, somente o 1,3% das mães declararam não tê-lo realizado. O início precoce do pré-natal aconteceu em 83,6% dos casos, no Norte a assistência se iniciou mais tarde para as mães de quase 25% dos nascidos vivos (BRASIL, 2008). No ano 2011, os percentuais de início do pré-natal no primeiro trimestre foram 71% para Roraima e 73,0% para Boa Vista (BRASIL, 2009).

Segundo a OMS, o citopatológico tem mostrado eficácia para diminuir o câncer de colo de útero quando o Sistema de Saúde apresenta condições adequadas, além de ser o mais aceito nos países com alta renda (OPAS, 2016). O citopatológico é um exame complementar que solicita-se na primeira consulta do pré-natal pois as gestantes tem o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou seus precursores, mesmo com a exteriorização da junção escamocolumnar na maioria de grávidas; a coleta endocervical não parece acrescentar o risco sobre a gravidez quando utilizada a técnica apropriada. O MS recomenda que o rastreamento em gestantes precisa adotar as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres aliás de considerar a procura do pré-natal como uma chance para fazê-lo (BRASIL, 2013).

A causa principal do câncer de colo de útero é a infecção assintomática e crônica por um ou mais de um tipo de HPV de alto risco (considerados oncogênicos). A HPV é a infecção sexual transmissível mais frequente. A maioria de homens e mulheres contraem a infecção pouco depois de iniciar sua atividade sexual. Esta infecção é na maioria das vezes assintomática, tanto para as mulheres quanto os homens, as lesões podem ser subclínicas (imperceptível) ou clínicas conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo. As localizações mais frequentes são a vulva, períneo, a região perianal, a vagina e o colo de útero.

O câncer de colo de útero está associado ao início precoce da atividade sexual, ter um primeiro parto na adolescência, ter antecedentes de múltiplas gestações. E também alguns comportamentos sexuais podem incrementar o risco de infecção por HPV (e por conseguinte do câncer de colo de útero) como ter múltiplos parceiros sexuais, ou parceiros com múltiplas parceiras sexuais.

2.4.3 Proporção de partos com assistência de pessoal de saúde qualificado

Na pesquisa nacional de saúde da criança e mulher (2008) observou-se que uma alta cobertura de assistência hospitalar, 98,4% dos nascidos vivos, nos 59 meses que precederam as

entrevistas. Na região Norte o 92,2% nasceram em hospital e 7,5% fizeram parto domiciliar. No ano 2011, Roraima apresentou 91,3% de partos hospitalares e 7,55% de partos domiciliares, segundo dados do DATASUS (BRASIL, 2012).

No país, a assistência ao parto e nascimento de baixo risco sem intercorrências, pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica (e obstetriz). Segundo a pesquisa nacional (BRASIL, 2008) o médico respondeu por 88,7% dos partos no Brasil, chegando a 97,2% na região Sul. A assistência do parto pela enfermeira foi mais frequente no Norte (20,6%) e no Nordeste (13,8) do que nas demais macrorregiões, onde variou de 2,6% no Sul a 4% no Sudeste. Sobre o puerpério a mãe realizou pelo menos uma consulta de puerpério em apenas 39,2% dos nascimentos e comparadas com a região norte todas as demais regiões apresentaram maior probabilidade de ocorrência da consulta (BRASIL, 2008).

2.4.4 Taxa de uso de métodos anticoncepcionais

A atenção em planejamento familiar implica não só a provisão de métodos anticoncepcionais, mas também “a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos (as) e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada” (BRASIL, 2013).

Na pesquisa de saúde da mulher o 18,4% não usavam nenhum método contraceptivo. Das mulheres (de 15 a 44 anos) entrevistadas 33% já haviam tido relações sexuais, delas o 66% haviam usado algum método contraceptivo, assim, o preservativo foi usado pelo 33%, a pílula foi utilizada pelo 27% e os injetáveis pelo 5% das mulheres (BRASIL, 2008). Duarte (2011) pesquisou a adolescentes entre 15 e 19 anos, encontrando que uso de algum método contraceptivo foi referido por 75% das adolescentes sexualmente ativas. A pílula foi o método mais referido (62%), seguido do preservativo masculino (38%) e do anticoncepcional hormonal não oral (injetável ou implante, 16%).

2.4.5 Taxa de fecundidade adolescente

A taxa de fecundidade é o número de filhos vivos que uma mulher teria ao fim do seu período reprodutivo (entre os 15 e os 49 anos). Segundo o IBGE, a taxa de fecundidade no ano 2004 foi 2,14 filhos, para o ano 2010 foi 1,9 e para o ano 2014 foi 1,7 filhos por mulher, observando-se uma diminuição nestes últimos 15 anos. Apenas nos Estados de Acre, Amapá, Amazonas, Roraima, Maranhão e Pará tiveram este indicador acima da taxa de reposição populacional (2 filhos por mulher) (BRASIL, 2015).

2.4.6 Necessidades insatisfeitas em planejamento familiar

A demanda insatisfeita de planejamento familiar é dada pela brecha entre as intenções de reprodução e o comportamento anticoncepcional da mulher. A Comissão Econômica para América Latina e O Caribe (CEPAL) indica que é “a porcentagem de mulheres férteis, unidas e ativas sexualmente, que informam não desejarem mais filhos ou desejarem postergar a próxima gravidez e que não usam nenhum método anticoncepcional”

Entre 1990 e o ano 2013 a nível Latino Americano os percentuais baixaram de 17,2% a 10,6%, Haiti e Guiana são os países que tem a demanda insatisfeita mais elevada; 35,3% e 38,5% respectivamente. Somente 9 países apresentam taxas de demanda insatisfeita menor que 10%. O Brasil está entre esses países com um 6,0% (CEPAL, 2017).

Este fato indica que em Brasil as ações implementadas para diminuir os problemas de gravidez não planejada e gravidez na adolescência tem sido efetivas nestes últimos anos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar as características do comportamento sexual na adolescência e suas implicações na saúde reprodutiva dos jovens e adultos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever as características do comportamento sexual na adolescência.
- Identificar os níveis de vulnerabilidade para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em cada grupo.
- Correlacionar às características do comportamento sexual e suas implicações na saúde reprodutiva dos jovens.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

O delineamento metodológico da pesquisa foi de enfoque quantitativo, modelo não experimental, de tipo transversal e de correlação.

Segundo Sampieri, os enfoques quantitativos utilizam a coleta de dados para testar hipóteses com base na medição numérica e na análise estatística para estabelecer padrões de comportamento. Além disso, considera-se os modelos não experimentais como aqueles que se realizam sem manipular intencionalmente as variáveis independentes e observando os fenômenos tal como acontecem no seu contexto natural, para posteriormente analisá-los. Neste modelo o pesquisador não tem controle sobre as variáveis independentes nem podem influí-las porque já aconteceram assim como seus efeitos. Os estudos transversais e de correlação, segundo o autor, analisam a associação entre categorias, conceitos, objetos ou variáveis, em um momento específico. As vezes estes modelos primeiro descrevem as variáveis incluídas na pesquisa para depois estabelecer relações entre elas (SAMPIERI, R; COLLADO, C; LUCIO, P, 2006).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O Estado de Roraima está localizado na região Norte do Brasil, faz limites com a Venezuela ao norte e noroeste e Guiana ao leste, e os estados de Pará ao sudeste e Amazonas ao sul e oeste. Roraima possui uma área de 224.301,080 Km², uma população estimada de 450.479 e consta de 15 municípios. A capital é Boa Vista, apresentando uma população, segundo o censo 2010, de 284.313 pessoas, aproximadamente, 63% da população do Estado (IBGE, 2012).

A Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista tem 32 Unidades Básicas de Saúde, as quais estão agrupadas em 06 macro áreas constituídas por bairros que compartilham características epidemiológicas, socioeconômicas e sanitárias parecidas. O estudo envolveu a população das Unidades Básicas de Saúde (UBS) São Vicente (macro área 02) e Liberdade (macro área 04).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a atenção básica é o conjunto de ações de saúde realizadas no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o fim de desenvolver uma atenção integral gerando um impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida sob forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. É a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2012).

As UBS são consideradas como aqueles espaços físicos onde se realizam as principais atividades de saúde na atenção básica. Estas devem contar com consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerencia, sala de atividades coletivas para os profissionais de atenção básica, área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala da coleta, sala de curativas, sala de observação entre outros (BRASIL, 2012).

As equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população. Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica (BRASIL, 2012).

4.3 DELIMITAÇÃO TEMPORAL

O estudo teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UFRR. Os dados foram coletados no período diurno, manhã e tarde e durante os meses de setembro, outubro, novembro e dezembro de 2016; nas UBS acima mencionadas.

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram homens e mulheres com idades entre 18 e 34 anos, que estiveram cadastrados no programa de saúde da família das UBS São Vicente e Liberdade no período de coleta de dados.

4.5 AMOSTRA

Os dados foram coletados da população de duas UBS: São Vicente e Liberdade. Ambas foram escolhidas por sorteio aleatório, selecionando primeiro as macro áreas (macro área 2 e macro área 4); logo também por sorteio foi selecionada 1 UBS de cada macro área.

O tipo de amostragem foi não probabilístico por cotas, sendo que para o ano 2012 em Boa Vista, a população na faixa etária de 18 até 34 anos, foi de 100.897; aqueles com idade entre 18 a 24 anos foi 43.272 (42,88%) e aqueles com idade entre 25 a 34 anos foi 57.625 (57,12%). E segundo o gênero, 49.146 (48,7%) foram homens e 51.751 (51,3%) foram mulheres. (DATASUS, 2016). Conhecendo essas características se determinou a proporção da população por cada classe.

Para identificar o tamanho da amostra considerou-se o percentual de pessoas que pertenciam a faixa de 18 a 34 anos e que tinham iniciado atividade sexual. Segundo PCAP (BRASIL, 2011) no 2011, o 92,7% da população entre 15 e 64 anos já tinha iniciado relacionamento sexual. Para o cálculo amostral foi utilizado como base a fórmula de cálculo para populações infinitas, seguindo a seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z_{\infty}^2 * p * q}{d^2}$$

Onde

n= tamanho da amostra (o que se deseja saber)

Z= 1,96

p= 0,93

q= porcentagem complementar (1-p) = 0,07

d= erro amostral = 0,06

Logo o tamanho da amostra mínima para a população aproximada de pessoas de 18 a 34 anos que tinha iniciado atividade sexual na cidade de Boa Vista foi de 69 pessoas.

Realizamos 116 entrevistas com mulheres e homens cadastrados nas UBS escolhidas. Foram desconsiderados os dados de 05 questionários devido a estarem preenchidos de forma incorreta. Do mesmo modo, 9 entrevistas foram desconsideradas porque as pessoas não tinham iniciado atividade sexual no momento da pesquisa. A amostra final foi representada por 102 indivíduos.

Crítérios de inclusão e exclusão

Todos os homens e mulheres entre 18 e 34 anos cadastrados no Programa de Saúde da Família (PSF), que já iniciaram atividade sexual, que estiveram em casa e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Antes da assinatura foi realizada a apresentação, leitura e esclarecimentos da pesquisa.

Foram excluídos da pesquisa, os estrangeiros e pessoas com alguma dificuldade para preencher o questionário.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo CEP sob o número 54902216.4.0000.5302 (ANEXO A) Todas as pessoas abordadas foram devidamente orientadas sobre as finalidades e métodos da pesquisa, e foi esclarecido que poderiam desistir em qualquer tempo.

Foi necessária a autorização da coleta de dados pela Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO B) e pelos diretores das UBS. Também foi necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo entrevistado aceitando participar da pesquisa (ANEXO C). Os dados pessoais foram mantidos em absoluto sigilo segundo o Termo de Proteção de Risco e Confidencialidade (APENDICE A) e foi criado um sistema codificador numérico para à identificação dos entrevistados.

4.7 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados foram dos questionários estruturados e auto administrados adaptado a partir do instrumento utilizado por Santos A.P. (2010); um para mulheres e outro para homens. Os instrumentos tinham a mesma estrutura, as questões foram classificadas em três grupos: Fatores sócio demográficos, Comportamento sexual na adolescência e saúde reprodutiva (APENDICE B e C).

4.8 VAIÁVEIS SELECIONADAS

Fatores sócio demográficos: idade, sexo, ocupação, religião, estado civil, raça ou cor, nível de escolaridade, renda pessoal, número de pessoas que residem no domicílio e condição da moradia.

Independentes:

Comportamento sexual na adolescência: orientação sexual, idade na primeira relação sexual, características da primeira relação sexual (vínculo com o parceiro, planejamento, e uso do método de prevenção), número de parceiros sexuais durante a adolescência, relato de ter tido algum sintoma ou sinal de IST durante a adolescência e quais foram os sintomas ou sinais de IST.

No caso das infecções sexualmente transmissíveis, as perguntas se formularam utilizando o termo “doenças sexualmente transmissíveis” e a sigla DST, porque são melhor reconhecidos pela população.

Dependentes:

Saúde reprodutiva: saúde materna (acesso ao pré-natal, meses de gravidez no início do pré-natal, assistência do parto seguro e realização do citopatológico), fecundidade adolescente (gravidez na adolescência e número de filhos tidos, idade da primeira relação e uso de método de prevenção) e prevalência contraceptiva (uso atual de métodos contraceptivos, tipo de método usado atualmente, uso passado de métodos contraceptivos e métodos conhecidos).

4.9 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram codificados, revisados, digitados e processados com a utilização do programa SPSS V21.

Foi realizada análise estatística descritiva e apresentadas em forma de tabelas e gráficos, com distribuição da frequência relativa, absoluta, média, moda, mediana, e calculado o desvio padrão e variância, quando coube.

Quanto a estatística inferencial, quando o objetivo foi comparar as tendências centrais de duas amostras foi usado o teste de U de Mann-Whitney (U) e para o caso de várias amostras foi usado o teste Kruskal-Wallis (H); quando o objetivo foi verificar associação entre duas variáveis qualitativas usamos o teste Qui-quadrado de Pearson (X^2) e para o caso de duas variáveis quantitativas foi usado o Coeficiente de correlação de Spearman (ρ). O intervalo de confiança foi de 95% e a margem de erro 5%. O nível de significância considerado foi 5%.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo serão apresentados os resultados conforme as variáveis do estudo.

5.1 INFORMAÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS

Nesta seção apresentaremos primeiro as informações sobre os fatores demográficos e logo os fatores sociais.

5.1.1. Informações demográficas

A seguir apresentaremos as características sobre gênero, idade, religião, raça e estado civil; da amostra.

Tabela 1 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo fatores demográficos

Fatores Demográficos	Total		Gênero				Faixa etária			
			Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 34 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	102	100	45	44,1	57	55,9	47	46,1	55	53,9
Religião										
Católica	33	32,4	14	31,1	19	33,3	12	25,5	21	38,2
Evangélica	55	53,9	22	48,9	33	57,9	28	59,6	27	49,1
Espirita	5	4,9	4	8,9	1	1,8	2	4,3	3	5,5
Agnóstico/ ateu	1	1,0	1	2,2	0	0,0	1	2,1	0	0,0
Sem religião	7	6,9	3	6,7	4	7,0	3	6,4	4	7,3
Outros	1	1,0	1	2,2	0	0,0	1	2,1	0	0,0
Raça ou cor										
Branca	15	14,7	6	13,3	9	15,8	5	10,6	10	18,2
Preta	7	6,9	4	8,9	3	5,3	2	4,3	5	9,1
Parda	73	71,6	32	71,1	41	71,9	34	72,3	39	70,9
Amarela	2	2,0	1	2,2	1	1,8	2	4,3	0	0,0
Indígena	5	4,9	2	4,4	3	5,3	4	8,5	1	1,8
Estado civil										
Casada	22	21,6	7	15,6	15	26,3	8	17,0	14	25,5
Solteira	58	56,9	30	66,7	28	49,1	30	63,8	28	50,9
União estável	19	18,6	7	15,6	12	21,1	9	19,1	10	18,2
Divorciada	2	2,0	1	2,2	1	1,8	0	0,0	2	3,6
Viúva	1	1,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	1,8

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017.

A média de idade da amostra é de 25,8 anos e a mediana de 24. O desvio padrão é 4,9, a variância 24,1, a idade mínima é 18 e a máxima é 34. A maioria das pessoas entrevistadas foi do gênero feminino (55,9%) e a faixa etária de 25 a 34 anos (53,9%).

Observa-se que a amostra é representativa da população de Boa Vista porque apresenta proporções semelhantes nas categorias de gênero e faixa etária. Sendo que para o ano 2012, a maior parte da população feminina foi 51,3% e na faixa etária de 25 a 34 anos foi 57,12% (DATASUS, 2016).

Das pessoas do estudo, a maioria respondeu pertencer às religiões consideradas tradicionais; 53,9% declarou-se da religião evangélica e 32,4% católica, o grupo de pessoas que são de filiação evangélica apresentaram uma maior presença de mulheres e jovens.

No estudo realizado nas microrregiões do Brasil encontraram resultados diferentes, a pesquisa constatou que 67,4% declarou-se de religião católica e 17% evangélica. Mas quando analisados pelas faixas etárias os dados mostraram que existe uma maior presença de pessoas mais velhas no catolicismo enquanto os mais jovens optam pela filiação ao segmento pentecostal (evangélicos) ou pela não filiação (BRASIL, 2006).

No censo de 2010 (IBGE, 2012) os percentuais mais altos estiveram representados pela população de religião católica seguida da religião evangélica; 64,6% e 22,2% respectivamente. Os percentuais nas faixas etárias de jovens (18 a 24 anos) e adultos (25 a 34 anos) foram muito similares à média nacional. As diferenças com os resultados de nosso estudo poderiam ser explicadas pela tendência da diminuição do contingente de católicos pois entre os anos 2000 e 2010, o segmento de católicos diminuiu em todas as regiões do Brasil; mas a região norte apresentou a maior redução relativa dos adeptos católicos e o incremento dos evangélicos. (BRASIL, 2006; IBGE, 2012).

Outro fator pesquisado foi a auto declaração de raça/ cor, da amostra encontramos que 71,6% declarou-se de raça ou cor parda, enquanto que a raça branca foi representada por 14,7%, a raça preta correspondeu 6,9%, a raça indígena foi representada por 4,9% e a raça amarela foi declarada por 2,61%.

Segundo a Pesquisa Nacional de Domicílios - PNAD (BRASIL, 2011) a população de cor ou raça parda na Região Norte foi 67,9%, a proporção de pessoas que se declararam de raça branca foi 23,5%, a raça preta apresentou 6,6%, a população que se declarou indígena foi 1,6% e a proporção de pessoas que declarou-se de raça amarela foi 0,5%. Não existiram diferenças na comparação entre gêneros e nas faixas etárias. Estes resultados são semelhantes aos encontrados na pesquisa com uma diferença na proporção de pessoas que se autodeclararam de raça/ cor parda e branca, isto pode-se porque a maior parte da população brasileira utiliza

inumeráveis categorias para definir as pessoas que não seriam considerados como brancos ou pretos e terminam por incluí-los em outras categorias (BRASIL, 2006).

O estado civil foi o outro fator analisado, das pessoas entrevistadas 56,9% eram solteiras, 40,2% estavam em relações estáveis (casadas ou em união estável), 2,0% divorciadas e 1,0% viúvas. No análises segundo gênero, observamos maior presença de homens jovens solteiros, e menor proporção de mulheres adultas solteiras. E o percentual de mulheres unidas foi maior do que o percentual de homens unidos (casados e com união estável). Na análises segundo faixa etária, os solteiros jovens apresentaram maior percentual do que os solteiros adultos e os adultos unidos tiveram maior percentual do que os jovens unidos.

Em 1998, 57% de pessoas estavam em união (casada legalmente ou vivendo em união consensual), seguido dos solteiros com 34,5%, divorciados 4,7% e viúvos 3,9%. Os dados desagregados por sexo apresentaram uma proporção semelhante entre homens unidos (legalmente ou em união consensual) e mulheres unidas, o percentual de viúvas foi maior no sexo feminino (BRASIL, 2006). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1996) entre as décadas dos 70, 80 e 90 existiram mudanças do padrão brasileiro de organização familiar, estas tendências explicavam a diminuição dos matrimônios legais, tendências que parecem ter continuado.

A análises pela faixa etária da pesquisa de 1998, resultou semelhante às análises da nossa pesquisa mostrando que a situação de solteiro vai descendo à medida que aumenta a idade e ao contrário, cresce com a faixa etária a proporção de pessoas casadas e viúvas.

5.1.2. Informações sociais

As perguntas relacionadas com informações educacionais, laborais e econômicas tiveram como objetivo conhecer as características sociais relacionadas a dados escolares, de emprego e renda. Foram avaliadas variáveis como nível de escolaridade, situação laboral, renda pessoal, benefício recebido do governo federal, estadual ou municipal, pessoas que residem no domicílio e condição da moradia.

Tabela 2 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo nível de escolaridade

Nível de escolaridade	Total		Gênero				Faixa etária			
			Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 34 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ensino fund. incompleto	8	7,8	4	8,9	4	7,0	5	10,6	3	5,5
Ensino fund. completo	4	3,9	2	4,4	2	3,5	3	6,4	1	1,8
Ensino médio incompleto	8	7,8	4	8,9	4	7,0	5	10,6	3	5,5
Ensino médio completo	37	36,3	15	33,3	22	38,6	17	36,2	20	36,4
Universitário incompleto	17	16,7	8	17,8	9	15,8	6	12,8	11	20,0
Universitário completo	28	27,5	12	26,7	16	28,1	11	23,4	17	30,9
Total	102	100	45	100,0	57	100,0	47	100,0	55	100,0

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017.

Das pessoas entrevistadas observa-se que o 80% alcançaram pelo menos 12 anos de estudos; sendo que 36,3% tinham ensino médio completo, 16,7% universitário incompleto e 27,5% universitário completo. Na análises pelo gênero observamos que existe um maior percentual de mulheres com ensino médio completo e universitário completo em comparação com os homens de nosso estudo. Os resultados da análises segundo faixa etária mostrou que os jovens têm menores anos de estudos fundamentais concluídos, situação que vai refletir na sua situação econômica pois as possibilidades de se inserir no mercado de trabalho podem ser limitadas.

Na pesquisa com amostra nacional encontraram cifras muito diferentes, a maior proporção de pessoas tinham 1º grau incompleto (46,0%) e 26% delas tinham entre 2º grau completo até superior completo (BRASIL, 2006).

Segundo a informação do DATASUS (2012) os percentuais são parecidos aos encontrados em nosso estudo; mas diferentes aos reportados pela pesquisa nacional (BRASIL, 2006). No estado o percentual de pessoas que não tinham instrução e 1º grau incompleto foram 23,27% e para a Boa Vista foi 14,98%; isso parece mostrar que o percentual de pessoas que não completaram o 1º grau tem diminuído nesses últimos anos. A população do estado que completou o 2º grau e tem mais algum nível superior seja completo ou incompleto foi 57,2% e na cidade de Boa Vista foi 67,2%. Esses dados são semelhantes aos encontrados no estudo, onde 78,4% completaram ensino médio e tem algum nível superior completo ou incompleto. Comparados com os dados da pesquisa nacional (BRASIL, 2006) podemos observar que os

anos de estudos que a população vem alcançando aumentou nos últimos anos, com uma maior participação das mulheres.

Tabela 3 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo situação de trabalho

Situação de trabalho	Total		Gênero				Faixa etária			
			Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 34 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	102	100,0	45	100,0	57	100,0	47	100,0	55	100,0
Empregados	44	43,1	25	55,5	19	33,3	19	40,4	25	45,5
Autônomos	8	7,9	3	6,7	5	8,8	0	0,0	8	14,5
Desempregados	50	49,0	17	37,8	33	57,9	28	59,6	22	40,0
Motivos não trabalham										
Estudos	15	30,0	7	41,2	8	24,2	10	35,7	5	22,7
Tem que cuidar de casa/ dos filhos	17	34,0	1	5,9	16	48,5	9	32,1	8	36,4
Condição de saúde desfavorável	4	8,0	1	5,9	3	9,1	2	7,1	2	9,1
Tem que cuidar de familiares	2	4,0	1	5,9	1	3,0	0	0,0	2	9,1
Outros	12	24,0	7	41,2	5	15,2	7	25,0	5	22,7

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

43,1% das pessoas realizavam algum tipo de trabalho no momento da pesquisa, as pessoas que declararam realizar atividade autônoma (artesanato, comerciantes, etc.) foi 7,9% e os desempregados foram 49,0%. Observa-se também que os homens apresentam maior percentual de pessoas empregadas do que as mulheres e em consequência as mulheres têm maior percentual de desemprego do que os homens. Os adultos apresentam maiores percentuais do emprego do que os jovens e, por conseguinte a proporção de jovens desempregados foi maior do que os adultos desempregados, resultados significativos ao 0,05. As pessoas autônomas pertencem a faixa etária de adultos.

Na Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio (IBGE, 2012) o nível de ocupação no Brasil foi 56% e na Região Norte foi 55,5%. Os homens apresentaram um maior nível de ocupação (68,5%); mais alto que a nossa amostra; enquanto que as mulheres apresentaram um padrão similar ao nosso estudo (42,5%).

Alguns eventos relacionados com o mercado de trabalho no Brasil podem explicar a situação de trabalho das pessoas da nossa pesquisa. Segundo o IBGE (2015) o país sofreu muitas mudanças nos últimos anos devido à os diferentes acontecimentos relacionados com a crises internacional que originou o período de desaceleração da atividade econômica entre os

anos 2008 e 2009. Outro aspecto que influenciou na estrutura do trabalho foi o período de transição demográfica entre 2004 e 2014, que originou que a dinâmica de crescimento populacional seja mais acelerada que o ritmo de inserção no mercado de trabalho da população economicamente ativa, deixando uma alta proporção de jovens na procura de emprego. Entre as razões para não trabalhar “Ter que estudar” e “ter que cuidar aos filhos” foram as mais mencionadas.

A primeira razão para não trabalhar entre os jovens (18 a 24 anos) foi o “ter que estudar”, esta situação pode ser parte do investimento da família para uma melhor formação e qualificação dos mais jovens para posteriormente ter melhores oportunidades de emprego (IBGE, 2015).

O ter que cuidar da casa ou dos filhos foi a principal razão para não trabalhar no grupo das mulheres. Na pesquisa nacional no ano 1998 encontraram 65,8% mulheres que declararam ser donas de casa e 21,9% estudantes (BRASIL, 2006). Santos (2010) em um estudo em Salvador (Bahia) constatou que o percentual das mulheres donas de casa e cuidadoras dos filhos e familiares foi 47,1%, e eram estudantes o 12%. A não inclusão das mulheres e jovens no mercado de trabalho precisa de muita atenção e se analisar considerando a intersectorialidade com as políticas educacionais, de juventude, gênero e desenvolvimento social (IBGE, 2015).

Tabela 4 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo renda pessoal e benefícios sociais

Renda mensal	Total		Gênero				Faixa etária			
			Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 34 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	102	100,0	45	44,1	57	55,9	47	46,1	55	53,9
Renda mensal										
Não tem renda	17	16,7	7	15,6	10	17,5	13	27,7	4	7,3
Menor que um SM	15	14,7	5	11,1	10	17,5	9	19,0	6	10,9
Salário mínimo (SM)	30	29,4	12	26,7	18	31,6	11	23,4	19	34,5
De um a dois SM	14	13,7	7	15,6	7	12,3	6	12,8	8	14,5
De dois a três SM	6	5,9	4	8,9	2	3,5	2	4,3	4	7,3
De três a quatro SM	5	4,9	2	4,4	3	5,3	2	4,3	3	5,5
Mais de cinco SM	2	2,0	2	4,4	0	0,0	0	0,0	2	3,6
Não quis responder	13	12,7	6	13,3	7	12,3	4	8,5	9	16,4
Recebe Benefícios Sociais										
Sim	28	27,5	9	20,0	19	33,3	15	31,9	13	23,6
Não	70	68,6	34	75,6	36	63,2	31	66,0	39	70,9
Não sei	4	3,9	2	4,4	2	3,5	1	2,1	3	5,5

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

Referente à renda mensal dos entrevistados, observa-se que 16,7% não tinham renda no momento da pesquisa, com maior percentual no mais jovens e nas mulheres. O Censo 2010

(IBGE, 2011) obteve resultados maiores (37,1%), mas com a mesma característica, uma maior proporção de jovens e mulheres. Do mesmo modo, na pesquisa dos anos anteriores (BRASIL, 2006) encontraram que 33,8% das pessoas não tinham renda e com percentuais mais altos na faixa de 16 a 25 anos e no sexo feminino.

A amostra das pessoas entrevistada e que tem renda até um salário mínimo SM (pessoas que recebem menor que um SM e pessoas que recebem um SM) foi representada pelo 44,1%, no grupo das mulheres este percentual foi muito maior do que no grupo dos homens; 49,1% contra 37,8% respectivamente. Mas segundo a faixa etária os percentuais foram muito semelhantes, 42,5% para o grupo dos jovens e 45,4% para os adultos. A pesquisa do 1998 (BRASIL, 2006) identificou um 13,1% de pessoas que tinham até um salário, com percentuais semelhantes entre homens e mulheres e entre as faixas etárias de 16 a 25 e de 26 a 40 anos. O Censo 2010 (IBGE, 2011) encontrou que 27,96% da população tinha até um salário mínimo, com maior presença das mulheres e os adultos.

Já nos percentuais sobre a renda mensal de dois a três SM, os resultados da nossa pesquisa são semelhantes às cifras nacionais e da região; declararam renda mensal de dois a três SM 5,9% mas com maior presença de homens, no Censo 2010 foi 6,48% e na Pesquisa Nacional 2011 para Brasil 9,0% e para à região 6,0% (IBGE, 2011, 2012).

O rendimento superior a 3 SM corresponde apenas ao 6,9% dos entrevistados, tendo sua maior concentração nos entrevistados do sexo masculino e na faixa etária mais velha ($p < 0,05$).

Receberam algum tipo de benefício social o 27,5% dos entrevistados e são as mulheres e os jovens os que recebem em maior proporção.

Segundo o IBGE (2015) a estrutura de rendimentos dividida em rendimento do trabalho, de aposentadoria e pensão e outras fontes, mudou pouco entre 2004 e 2014 para o total da população. Porém, os rendimentos de “outras fontes” ganharam importância nas faixas de menores rendimentos, supondo que para esses grupos as “outras fontes” refiram-se essencialmente às transferências governamentais. Então, os benefícios que recebem algumas pessoas podem ser o motivo do incremento do rendimento mensal nas pessoas que anteriormente não tiveram renda e agora tem transferências governamentais, descendo o número de pessoas sem renda e incrementando o número de pessoas com até um salário, ao longo dos anos.

Tabela 5 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo condição da moradia

Condição da moradia	Total		Gênero				Faixa etária			
			Masculino		Feminino		18 a 24 anos		25 a 34 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n
Total	97	100,0	40	100,0	57	100,0	46	100,0	51	100,0
Própria	64	66,0	32	80,0	32	56,1	31	67,4	33	64,7
Alugada	19	19,6	7	17,5	12	21,1	9	19,6	10	19,6
Outros	14	14,4	1	2,5	13	22,8	6	13,0	8	15,7
Nº pessoas	89	100,0	38	100,0	51,0	100,0	41	100,0	48	100,0
1 a 3	23	25,8	10	26,3	13	25,5	11	26,8	12	25,0
4 a 6	46	51,7	19	50,0	27	52,9	20	48,8	26	54,2
Mais de 7	20	22,5	9	23,7	11	21,6	10	24,4	10	20,8

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

A condição da moradia foi majormente própria para um 66,0%, alugada 19,6%, e outros 14,4%. Observa-se que os homens tiveram maior percentual na condição de moradia própria ($p < 0,05$).

A Pesquisa Nacional encontrou que no Brasil (IBGE, 2012) a condição da moradia foi própria para o 74,8%, alugada para o 17,3%, cedida para o 7,5% e outras para o 0,5%; enquanto na Região Norte foi moradia própria 78,5%, alugada 17,3% cedida 8,1 e outra 0,4%. Destaca-se que a nossa amostra apresenta cifras ligeiramente menores na categoria de moradia própria, mas semelhantes nas outras categorias.

Das 89 pessoas que responderam, a média do número de pessoas que residem no domicílio é de 5,5 pessoas, a mediana é 5 e a moda 4. O desvio padrão é 2,1, a variância 4,3, o número mínimo de pessoas 1 e o máximo 10. Na comparação da média do número de pessoas que residem no domicílio segundo gênero foi 4,92 pessoas para os homens e 5,06 para as mulheres; existindo diferenças significativas.

O adensamento domiciliar excessivo, aqueles domicílios que possuem um número muito elevado de moradores em relação ao espaço disponível, é considerado indesejável pois pode representar risco à saúde e trazer restrições à comodidade e privacidade dos moradores.

A Pesquisa Nacional (IBGE, 2012) mostrou que o número médio de pessoas por família foi para Brasil 3,0, se mostrando mais elevada para as regiões norte e nordeste; sendo o número médio para Roraima 3,2 pessoas. Além, os mais altos percentuais foram com 2, 3 e 4 habitantes apresentando 18,2%, 22,5%, e 21,7%; respectivamente. Enquanto que nosso estudo apresentou os percentuais mais altos para 3, 4, 5 e 6 moradores tendo 16,9%, 20,2%, 16,9% e 14,6%; respectivamente. Podemos confirmar que a nossa amostra apresenta um adensamento domiciliar excessivo em relação com as cifras nacionais.

Tabela 6 - Significância entre a distribuição da idade e o gênero versus os fatores sócio demográficos

Variável	Teste	Distribuição da Significância*
Idade atual		
Religião	H	0,825
Estado civil	H	0,096
Raça	H	0,211
Escolaridade	H	0,083
Situação laboral	H	0,005
Renda pessoal	H	0,039
Benefício	H	0,309
Condição de moradia	H	0,941
Nº pessoas no domicílio	ρ	0,345
Gênero		
Situação laboral	χ^2	0,044
Condição da moradia	χ^2	0,012
Nº pessoas no domicílio	ρ	0,636

H: Teste de Kruskal-Wallis.

ρ : Teste de Correlação Ró de Spearman.

χ^2 : Teste de Qui quadrado

*O nível de significância foi 0,05.

Na análise dos fatores sócio demográficos observa-se que duas variáveis tiveram uma diferencia significativa por idade; a situação laboral e a renda pessoal. Apresentando a situação laboral uma diferença entre os autônomos que maiormente foram as pessoas mais velhas e os desempregados que foram na maioria os mais jovens.

Na análise pelo gênero as variáveis com diferencia significativa foram a situação laboral e a condição de moradia. Na situação laboral, observou-se que o maior percentual de homens tinha emprego ou realizavam alguma atividade autônoma em comparação com as mulheres da pesquisa. A condição de moradia foi maiormente própria no caso nos homens, quanto que as mulheres moravam mais em vivenda alugada e com outra condição.

Na renda pessoal, aqueles que não tinham renda e aqueles que recebem menor que um salário mínimo foram os mais jovens, enquanto que aqueles que recebem de dois salários a mais foram os mais velhos.

Estes resultados sobre os fatores sócio demográficos nos permitem afirmar que nossa amostra apresenta algumas características semelhantes às da Região Norte. Temos uma população composta maiormente por pessoas do gênero feminino e adultos (25 a 34 anos) que se auto - declaram de raça parda, solteiros em maior proporção, religiosos com maior presença

de evangélicos e católicos e com ensino médio completo; pois três de cada quatro pessoas tem pelo menos 12 anos de estudos completos. Referente à situação econômica, pouco menos da metade da população está desempregada, mais mulheres que homens e mais jovens que velhos. Além, são os mais jovens aqueles que recebem um salário a menos. Podemos afirmar que embora seja verdade que existem mais pessoas trabalhando, os salários que recebem estão por embaixo do salário mínimo e são as mulheres e os jovens os que maiormente estão incluídos nesta situação; o que quer dizer que temos uma população que apresenta um nível socioeconômico médio, mas com necessidades que precisam ser atendidas pelos governos.

Com estes dados podemos sugerir que as mulheres e os jovens da nossa pesquisa são os mais vulneráveis em relação aos fatores sócio demográficos.

5.2 COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

As perguntas relacionadas com informações sexuais tiveram como objetivo conhecer as características biológicas e comportamentais relacionadas com a sexualidade, as práticas sexuais e os comportamentos de risco para desenvolver IST e ter uma gravidez não planejada na etapa da adolescência.

Tabela 7 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo orientação sexual

Orientação sexual	Total		Masculino				Feminino			
			18 a 24 anos		25 a 34 anos		18 a 24 anos		25 a 34 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homossexual	4	3,9	3	12,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Heterossexual	91	89,2	20	80,0	19	95,0	19	86,4	33	94,3
Bissexual	1	1,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não responderam	6	5,9	1	4,0	0	0,0	3	13,6	2	5,7
Total	102	100,0	25	100,0	20	100,0	22	100,0	35	100,0

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

No estudo observamos que o percentual das pessoas que declararam ter orientação heterossexual foi 89,2%, declararam orientação homossexual 3,9%, declararam orientação bissexual 1,0% e não responderam à pergunta 5,9%.

Segundo Chandra – Mouli et al. (2015) é fundamental conhecer a orientação sexual dos adolescentes, porque estes podem ser marginalizados por esse motivo e ao ser marginalizados

são mais propensos a ter problemas de saúde e problemas sociais; e menos propensos a obter serviços de saúde preventivos e curativos.

É importante evidenciar uma situação que foi muito repetitiva na maioria dos casos, o fato que muitas pessoas demoravam em escrever sua resposta na pergunta sobre orientação sexual e depois eles perguntavam aos entrevistadores qual era a diferença entre as categorias de resposta. Nossos resultados unidos com os relatos dos entrevistadores nos permitem pensar que talvez esses termos técnicos não são muito conhecidos pela população em geral e podem levar a erros nas respostas dos inquéritos. Conseqüentemente é uma pergunta que precisa ser revista na construção de novos instrumentos, sendo que na atualidade algumas pesquisas não usam mais essa pergunta; mas perguntam sobre a possibilidade de ter tido intercurso sexual com parceiro(a) do mesmo sexo.

Tabela 8 - Distribuição percentual das pessoas por idade na primeira relação sexual segundo idade atual e gênero

Idade (em anos)	Idade na 1ª Relação Sexual							
	Total		Até 14 anos		15 - 19 anos		Após 20 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	100	100,0	25	25,0	67	67,0	8	8,0
Faixa etária	54							
18 – 24	46	100,0	15	32,6	30	65,2	1	2,2
25 – 34	54	100,0	10	18,5	37	68,5	7	13,0
Gênero								
Masculino	43	100,0	15	34,9	25	58,1	3	7,0
Feminino	57	100,0	10	17,5	42	73,7	5	8,8

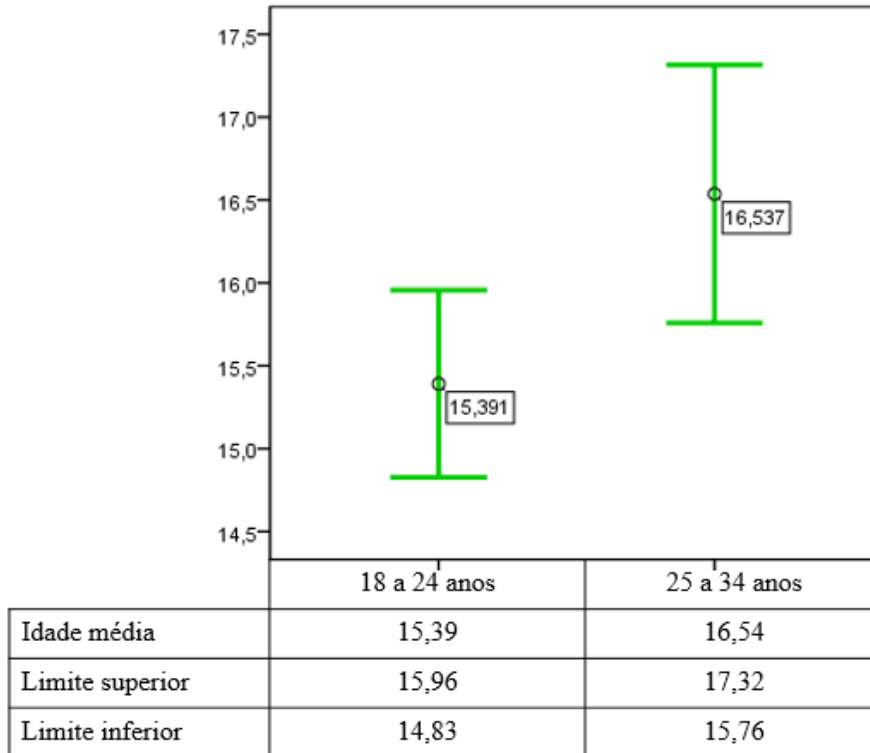
Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

Os resultados referentes a idade do início da atividade sexual foram obtidos de 100 pessoas, devido a exclusão de dois homens por não informarem essa idade. O início da atividade sexual do 92% das pessoas foi na adolescência; 25% antes dos 15 anos e 67% entre os 15 e 19 anos. Na análise segundo faixa etária, 97,8% dos jovens iniciaram atividade sexual na adolescência enquanto que 87% dos adultos tiveram o início nessa etapa, porém observou-se maior proporção de jovens (32,6%) que iniciaram na adolescência precoce. Na análise segundo gênero identificou-se que 93% dos homens e 91,2% das mulheres iniciaram atividade sexual na adolescência, contudo observou-se maior proporção de homens (34,9%) que iniciaram na adolescência precoce.

Esses resultados são semelhantes à PCAP no 2011, realizada entre pessoas de 15 a 64 anos, onde o 25,1% das pessoas iniciaram a prática sexual antes dos 15 anos, observando-se

diferenças entre os sexos, 34,9% para homens e 15,4% para mulheres. Na análise segundo faixa etária observaram que os jovens de 15 a 24 anos tiveram maior proporção que os adultos, no início da prática sexual antes dos 15 anos.

Gráfico 1 - Idade na primeira relação sexual segundo idade atual



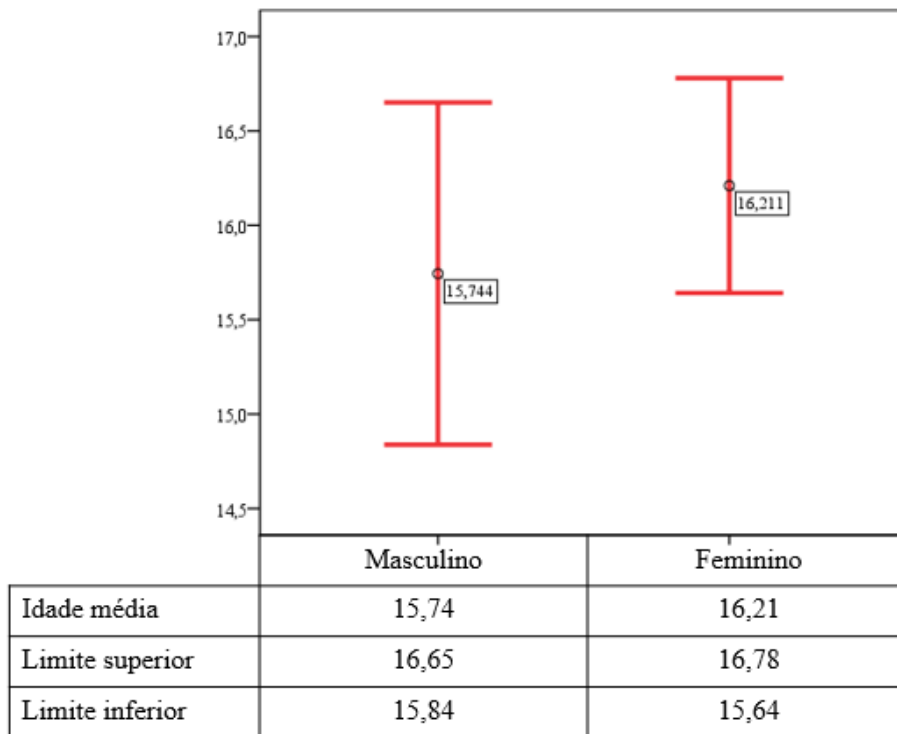
Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

A idade média, mediana e moda do início da atividade sexual foi 16,0 anos. O desvio padrão 2,517, a variância 6,33 e a idade mínima foi 11 e a idade máxima foi 28.

No gráfico 1 observou-se que segundo a faixa etária, as pessoas jovens (18 a 24 anos) iniciaram sua atividade sexual mais cedo que os adultos (25 a 34 anos); sendo que a idade média do início sexual foi 15,39 anos para os jovens e 16,54 para os adultos, afirmando que quanto mais velha a coorte, maior a idade na média na iniciação sexual.

No 1998, (BRASIL, 2006) reportaram que a idade média de início de relações sexuais foi 17,6 anos na população de 16 a 65 anos, eles também sugeriram que cada vez mais a vida sexual dos jovens começava mais cedo. Sendo que a idade média na iniciação sexual foi de 14,8 anos para a coorte de 16 a 19 anos, passando a 18,6 anos para o segmento mais velho de 40 anos ou mais de idade.

Gráfico 2 - Idade na primeira relação sexual segundo gênero



Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

Nas análises por sexo encontramos que para o gênero masculino a média de início de atividade sexual foi 15,74, a mediana e moda 16, o desvio padrão 2,95, a idade mínima de início foi 11 e a máxima foi 28. Para o gênero feminino a média foi 16,21 anos, a mediana e moda 16, o desvio padrão 2,14, a idade mínima 12 e a máxima 21. Os resultados encontrados mostram que existe um início mais precoce dos meninos frente as meninas, mas esta diferença não foi significativa ($U > 0,05$) contrariamente dos outros estudos que reportaram uma maior precocidade no início sexual por parte dos meninos. Deste modo, o estudo de Figueiredo, Pupo e Segri (2008) observaram que a idade média do início para os homens foi 14,61 e para as mulheres 15,4 anos.

Na pesquisa nacional (BRASIL, 2006) igualmente encontraram que para os homens, as médias de início de atividade sexual variaram de 14,5 a 16,4 anos, enquanto que para as mulheres - que se iniciaram sexualmente mais tardiamente - as médias foram de 15,2 a 20,6 anos.

Tabela 9 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo características da primeira relação sexual

Características da 1ª relação sexual	Total		Masculino						Feminino					
			Até 14 anos		15 a 19 anos		Após 19 anos		Até 14 anos		15 a 19 anos		Após 19 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Planejamento	100	100,0	15	100,0	25	100,0	3	100,0	10	100,0	42	100,0	5	100,0
Planejada	90	90,0	15	100,0	21	84,0	3	100,0	7	70,0	39	92,8	5	100,0
Forçada	7	7,0	0	0,0	3	12,0	0	0,0	3	30,0	1	2,4	0	0,0
Não respondeu	3	3,0	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	2	4,8	0	0,0
Tipo de vínculo com parceiro														
Amigo (a)	17	17,0	9	60,0	6	24,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	20,0
Namorado (a)	60	60,0	6	40,0	15	60,0	0	0,0	5	50,0	32	76,2	2	40,0
Marido/mulher	13	13,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	3	30,0	6	14,3	2	40,0
Outro	10	10,0	0	0,0	4	16,0	1	33,3	2	20,0	3	7,1	0	0,0
Método usado														
Camisinha	73	73,0	8	53,3	20	80,0	3	100,0	6	60,0	32	76,2	4	80,0
Outro	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0
Nenhum	26	26,0	7	46,7	5	20,0	0	0,0	4	40,0	9	21,4	1	20,0
Razões pelas quais não usou método														
Não tinha nesse momento	14	53,8	5	83,3	4	66,7	0	0,0	3	75,0	2	22,2	0	0,0
Não gostava de usar	1	3,8	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não sabia usar/tinha vergonha de usá-los	2	7,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Confiava no meu parceiro (a)	5	19,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	44,4	1	100,0
Não tinha planejado ter RS	3	11,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	33,3	0	0,0
Não pensei que era necessário	1	3,8	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

Na Tabela acima sobre as características da iniciação sexual das pessoas no estudo, observa-se que a maioria das pessoas entrevistadas (90,0%) relataram que a primeira relação sexual foi planejada, mostrando proporções semelhantes tanto homens quanto mulheres. Chama a atenção que o primeiro intercurso sexual foi forçado para o 12% dos homens que iniciaram entre os 15 e 19 anos e para o 30% das mulheres que iniciaram antes dos 15 anos.

Algumas pesquisas reportaram resultados semelhantes, assim Santos (2008) na pesquisa com jovens de 14 até 24 anos, observou que cerca do 3% dos participantes afirmaram ter passado por uma situação de sexo forçado em casa ou na comunidade, não observaram diferenças significativas entre meninos e meninas apesar delas ter informado um maior número de episódios de abuso sexual. Pettifor et al. (2009) realizaram uma pesquisa representativa ao nível nacional com jovens sul africanos de 15 a 24 anos, aproximadamente 7% das mulheres de 15 a 19 anos e 5,3% das entrevistadas com 20 a 24 anos informaram ter sido fisicamente forçada a manter relações sexuais com o primeiro parceiro. Ghebremichael, Larsen e Paintsil (2009) na pesquisa com mulheres de 20 a 44 anos, no distrito de Tanzânia, identificaram que o 32% delas tiveram início sexual antes dos 18 anos e dessas, 16% foram forçadas a manter a primeira relação sexual.

Na amostra podemos observar que para a maioria das pessoas a primeira relação sexual foi com namorado 60,0% seguido de “com amigo (a)” 17,0% e “com marido/ esposa 13,0%; responderam “outro” 10,0%. Nas análises segundo gênero, observa-se que a categoria de namorado teve a maior proporção entre mulheres e homens, porém o segundo lugar foi diferente enquanto que para as mulheres foi o marido para os homens foi a amiga. Estes resultados são muito semelhantes aos identificado por Tronco e Dell’Aglia (2012), onde a categoria namorado predominou tanto para meninos quanto meninas; mas com diferenças significativas entre os sexos.

Segundo a faixa etária, aqueles que iniciaram sua atividade sexual na adolescência, escolheram ao namorado (a) para o primeiro intercurso enquanto que aqueles cujo primeiro intercurso foi depois da adolescência, escolheram ao marido ou mulher. O fato de ter tido a primeira relação com amiga teve maior proporção no grupo daqueles homens que iniciaram na adolescência precoce (até 14 anos) em comparação com as outras faixas etárias de início do intercurso sexual. Ter tido o primeiro intercurso com namorado teve maior percentual nas mulheres que iniciaram entre os 15 e 19 anos, e ter tido o primeiro intercurso com o/a cônjuge teve as maiores proporções no grupo de homens e mulheres que iniciaram depois dos 19 anos. Vonk (2011), observou que as mulheres tiveram a primeira experiência sexual com parceiros mais velhos e namorados, porque para as adolescentes do sexo feminino a relação sexual está associada a afetividade e tem que se dar numa situação de relacionamento com parceiros fixos como namorados ou maridos (BATISTA, 2014)

Outro aspecto que devemos ressaltar é que mesmo que a maioria das pessoas planejaram a primeira relação sexual, constatamos que o 26% não usaram método de prevenção nenhum. As maiores proporções de não uso de método de prevenção foram nas mulheres e homens que

iniciaram sua primeira relação sexual até os 14 anos, seguido daqueles que iniciaram entre os 15 e 19 anos. Quer dizer que quanto mais jovem a pessoa no início de atividade sexual, uso de método de prevenção diminui.

Na PCAP, verificou-se que 35,8% dos jovens sexualmente ativos entre 15 e 24 anos de idade no momento da pesquisa não usaram preservativo na primeira relação sexual (BRASIL, 2011). Jardim e Santos (2012) fizeram um estudo com adolescentes do sexo masculino, em uma escola pública de São Paulo, encontrando que o 59,6% não usaram a camisinha na primeira relação sexual. Paiva et al. (2008) na pesquisa com adolescentes de 16 a 19 anos, também obtiveram percentuais maiores que os de nosso estudo, então o não uso da camisinha na primeira relação sexual foi 31,7% para homens e 37,5% para mulheres. Naqueles jovens que tinham menos de 14 anos quando aconteceu a primeira relação; o não uso de preservativo foi 73,4%.

Ao ser perguntadas sobre os motivos pelos quais não usaram método de prevenção na primeira relação sexual, 53,8% das pessoas entrevistadas responderam que não tinham nesse momento, 19,2% confiavam no parceiro, 11,5% não tinham planejado ter relações, 7,7% não sabia usar, 3,8% não gostava de usar, 3,8% não pensou que fosse necessário e 7,7% não responderam. Na pesquisa Juventude e Sexualidade os principais motivos assinalados pelos jovens para o não uso de preservativos foram: a falta da camisinha no momento do ato sexual, confiança no parceiro (a), não acha necessário porque só trança com uma pessoa, não gosta da camisinha porque diminui o prazer e porque acha que não tem risco de pegar uma DST ou HIV (ABRAMOVAY, CASTRO E SILVA, 2004). Segundo Baptista (2011) os motivos mais citados pelas meninas para não usar método de prevenção foram “não gosto” e “confio no parceiro”; os meninos citaram “outros” e “não gosto”.

Tabela 10 - Distribuição da amostra por gênero e idade atual segundo número de parceiros (as) sexuais durante a adolescência

No de parceiros (as) sexuais	Total		Masculino				Feminino			
			Até 14 anos		15 a 19 anos		Até 14 anos		15 a 19 anos	
	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%
0 a 1	33	38,4	0	0,0	7	33,3	5	50,0	21	61,8
2 a 5	27	31,4	4	33,3	8	38,1	3	30,0	12	35,3
6 a 10	11	12,8	5	41,7	4	19,0	1	10,0	1	2,9
Mais de 10	6	7,0	3	25,0	2	9,5	1	10,0	0	0,0
Total	77	89,5	12	100,0	21	100,0	10	100,0	34	100,0

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

Do grupo de pessoas que já iniciaram relações sexuais, o número mínimo de parceiros sexuais durante a adolescência foi 0 e o máximo 30, a média de parceiros 4, a variância 31,7, o DP 5,6. Na análise segundo gênero, os homens apresentaram uma maior quantidade de parceiros sexuais quando comparados com as mulheres ($p < 0,05$); sendo a média do número de parceiros para eles 6,9 (DP= 6,39) e para elas 2,4 (DP=4,45). O 66,7% dos homens que iniciaram sua atividade sexual antes dos 15 anos tiveram maiores proporções a partir de 6 a mais parceiras quando comparados com os outros grupos.

Pirotta (2002) na sua pesquisa sobre a saúde sexual e reprodutiva dos estudantes da Rede Estadual de Ensino, obteve médias menores, o número médio de parceiros sexuais entre os homens foi 3 e, entre as mulheres, apenas 1. Tronco e Dell'Aglio (2012) relataram que a média de pessoas com quem os jovens tiveram relações sexuais no último ano foi de 2,42 parceiros, sendo que as meninas apresentaram média de 1,46 e os meninos média de 3,48 parceiros, sugerindo diferença estatisticamente significativa. Observa-se que ao igual que os nossos resultados, os meninos apresentaram maior quantidade de parceiras sexuais quando comparados às meninas.

Tabela 11 - Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo infecções sexualmente transmissíveis na adolescência

IST na adolescência	Total		Masculino				Feminino			
			Até 14 anos		15 a 19 anos		Até 14 anos		15 a 19 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	94	100,0	15	100,0	25	100,0	10	100,0	41	100,0
Teve alguma IST										
Não	90	95,7	12	80,0	25	100,0	10	100,0	40	97,6
Não sei	1	1,1	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sim	3	3,2	2	13,3	0	0,0	0	0,0	1	2,4
Tipo de IST										
Corrimento vaginal	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Corrimento uretral	2	66,7	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Úlceras	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

Somente 94 pessoas responderam à pergunta sobre infecções sexualmente transmissíveis na adolescência; deles 3,2% responderam que sim tiveram uma IST. Os sintomas ou sinais de IST que indicaram foram corrimento uretral e corrimento vaginal. Na análise segundo idade de início da atividade sexual, identificamos que o 13,3% dos homens que iniciaram sua atividade

sexual na adolescência precoce e o 2,4% das mulheres que iniciaram entre os 15 e 19 anos tiveram algum sintoma ou sinal de IST.

No Brasil, a PCAP (BRASIL, 2011) observou que o percentual de mulheres que relataram pelo menos um sintoma relacionado às IST foi 5,8% e o principal sintoma foram as feridas. Enquanto o percentual de homens que relataram pelo menos um sintoma de IST foi 9,9% e o sintoma mais relatado foi corrimento uretral, seguido por bolhas e feridas.

Na análises por regiões foi a Região Norte (16,2%) a que teve a menor proporção e na análises pela faixa etária foram os homens mais velhos os que tiveram algum sintoma de IST e os jovens foram os que menos se trataram quando das ocorrências de IST.

Ao comparar nossos resultados observamos que existe semelhança no fato que são os homens os que apresentam maiores prevalências quanto as mulheres, mas também existe semelhança no tipo de sintomas ou sinais mais relatadas por eles.

A OMS (2004) menciona que em geral os adolescentes tem uma insuficiente informação sobre as IST e sobre o reconhecimento dos sintomas. No caso das adolescentes, elas não distinguem facilmente a secreção normal da secreção anormal, ou para elas é simplesmente uma irritação ou mesmo quando os sintomas estão presentes há muitas vezes atrasos na busca de tratamento. Esta realidade explica em parte porque alguns dos jovens que podendo ter tido uma IST não tem a certeza se aconteceu ou não.

5.2.1. Níveis de vulnerabilidade para infecções sexualmente transmissíveis (IST)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008) os fatores de risco para infecções sexualmente transmissíveis são fatores biológicos e fatores do comportamento.

Identificamos alguns dos fatores de risco na população de estudo, entre os fatores biológicos, observa-se a tendência no início precoce da atividade sexual que cada vez é mais cedo; segundo a análise pela faixa etária. Os adolescentes, especialmente as meninas são vulneráveis ao contágio das IST porque tem maior facilidade de penetração dos patógenos em seu muco cervical, por este ser imaturo.

Os fatores relacionados com as condutas de risco descritos pela OMS e observadas no estudo são: o tipo de parceiro (a) escolhido (a) na primeira relação sexual, o planejamento da primeira relação sexual, o não uso do método de prevenção e o número de parceiros sexuais durante a adolescência.

Tabela 12 - Significância entre a distribuição da idade na primeira relação sexual e o gênero versus as categorias do comportamento sexual na adolescência

Variável	Teste	Distribuição da Significância*
Idade na 1° RS		
Planejamento da 1°RS	U	0,681
Tipo de vínculo com o/a parceiro/a	H	0,058
Uso de método na 1° RS	U	0,381
Razoes pelas quais não usou	H	0,157
N° de parceiros (as)	ρ	0,003
Ter adoecido de uma IST	H	0,073
Gênero		
Idade na 1° RS	U	0,155
Planejamento da 1°RS	χ^2	1,000
Tipo de vínculo com o/a parceiro/a	χ^2	0,000
Uso de método na 1° RS	χ^2	0,989
N° de parceiros (as)	U	0,001

U: Teste U de Mann-Whitney

ρ : Teste de Correlação Ró de Spearman.

χ^2 : Teste de Qui quadrado

*O nível de significância foi 0,05.

As características descritas na primeira relação sexual são também consideradas fatores de risco, assim temos que a maioria das pessoas declarou ter planejado a primeira relação sexual, mas tivemos um 26% de pessoas que não usaram método de prevenção, o que pode dizer que embora eles acham que estejam planejando a relação talvez não tinham os conhecimentos nem os métodos de prevenção necessários para fazer frente com responsabilidade a esse acontecimento.

Outro aspecto importante que coloca em um alto risco a os adolescentes é o fato de que o 30% das mulheres que iniciaram atividade sexual antes dos 14 anos e o 12% dos homens que iniciaram entre os 15 e 19 anos declararam que essa primeira relação sexual foi forçada.

A escolha do parceiro sexual na primeira relação também é fundamental, na pesquisa, 34,9% dos homens declararam ter iniciado com amigas, desse modo ao ser uma relação casual e muitas vezes não planejada, eles ficam expostos a se contagiar de uma IST. Vonk (2011) observou que quase a metade dos meninos, na sua pesquisa, teve o início sexual em relações eventuais, refletindo que além das experiências próprias dos jovens, a influência das normas de gênero nas trajetórias sexuais adolescentes é persistente; existindo uma reprodução de papéis e estereótipos de gênero.

Finalmente, a média do número de parceiros resultou elevada mostrando diferenças tanto por gênero quanto a idade no início da atividade sexual; sobretudo no caso dos homens. Esta é também uma conduta de risco que expõe a os adolescentes as IST, porque incrementa a probabilidade de ficar com uma pessoa que tenha ou teve uma IST. O problema vai ser mais grave ainda porque mesmo tendo uma IST, os adolescentes tardam em procurar tratamento.

5.3 SAÚDE REPRODUTIVA

As perguntas relacionadas com informações sobre a saúde materna, a fecundidade adolescente e a prevalência anticonceptiva nos permitiram conhecer as características da saúde reprodutiva dos entrevistados.

5.3.1. Saúde materna

Para avaliar a saúde materna analisaremos duas características do pré-natal, o acesso a pré-natal na última gravidez e os meses de gravidez na primeira consulta do pré-natal, realização do citopatológico de colo de útero e as características da assistência ao parto e puerpério.

Tabela 13 - Distribuição das mulheres que ficaram grávidas segundo características do Pré-natal na última gravidez

Características	n	%
Fez pré-natal		
Sim (atualmente)	4	10,8
Sim	32	86,5
Não	1	2,7
Total	37	100,0
Mês de início do pré-natal		
1º mês	7	26,9
2º mês	11	42,4
3º mês	5	19,2
4º mês	3	11,5
Total	26	100,0

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

A assistência pré-natal é muito importante para o desenvolvimento da gravidez sem riscos e um parto bem sucedido, o acesso a assistência pré-natal é definido como a realização de pelo menos uma consulta ao longo da gestação. No estudo, 37 mulheres declararam ter ficado grávidas em algum momento, delas 97,3% realizaram o pré-natal e 2,5% não fizeram pré-natal.

Segundo o MS (2012) o controle deve iniciar precocemente (no primeiro trimestre), deve ser regular e garantir todas as avaliações necessárias. Na pesquisa, das 26 mulheres que lembraram o mês de gravidez que tinham iniciado o pré-natal, 88,5% declararam ter realizado a primeira consulta no primeiro trimestre.

Na Região Norte a cobertura da assistência de pré-natal no 2011 foi 95,46% e a cobertura do pré-natal para Roraima foi 95,50% (BRASIL, 2012). Na pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e a mulher (2006) mostrou que no Brasil a cobertura foi quase universal (98,7%) nos nascidos vivos durante cinco anos anteriores a pesquisa. Nesta mesma pesquisa a Região Norte teve a menor cobertura de todo o país, 96,1%. Em relação ao início precoce do pré-natal, 83,6% fizeram no primeiro trimestre da gravidez, sendo no Norte onde a assistência começou mais tarde para 25% das mães.

No 2010, o estado de Maranhão apresentou uma cobertura da assistência Pré-natal do 85,6% e o 64,6% iniciaram o Pré-natal antes do término do primeiro trimestre gestacional (COSTA et al., 2010).

Tabela 14 – Distribuição da amostra de mulheres por faixa etária segundo características de realização do citopatológico

Características do citopatológico	Faixa etária				Total	
	18 a 24 anos		25 a 34 anos		n	%
	n	%	n	%		
Total	22	100	34	100	56	100
Fizeram						
Sim	9	40,9	24	70,6	33	58,9
Não sei	1	4,5	0	0,0	1	1,8
Não	12	54,5	10	29,4	22	39,3
Razoes pelas quais não fizeram						
Medo ao resultado	1	8,3	3	30,0	4	18,2
Dor no exame	1	8,3	1	10,0	2	9,1
Sente vergonha	3	25,0	1	10,0	4	18,2
Não tem centro de saúde perto	0	0,0	2	20,0	2	9,1
Outra	5	41,7	3	30,0	8	36,4
Não respondeu	2	16,7	0	0,0	2	9,1

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

O MS indica que no Brasil o exame citopatológico deve ser priorizado para mulheres de 25 a 64 anos (BRASIL, 2013). Das mulheres entre 25 e 34 anos que foram entrevistadas, 70,6% fizeram o citopatológico.

Na PNAD no ano 2008 observou-se que 87,0% das mulheres de 25 a 59 anos de idade tinham realizado alguma vez o exame preventivo. A região Nordeste foi onde se verificou o menor percentual (IBGE, 2010).

A PCAP realizada no 2011 (BRASIL, 2011) identificou que 3,1% das mulheres entre 25 a 34 anos, nunca fizeram o citopatológico; fizeram nos últimos três anos 75,5% e as mulheres que fizeram há mais de três anos foi 9,2% (BRASIL, 2011).

Correa et al. (2012) realizaram uma pesquisa em Estados das regiões Nordeste e Sul, identificando que a cobertura do teste citopatológico nestes estados foi 75,3%, não encontraram diferenças entre as regiões.

Malta (2014) no estudo realizado em um Município do interior do Ceará observou que 13,3% das mulheres entre 20 e 59 anos afirmaram nunca ter se submetido ao exame.

Ao comparar estes dados com a nossa pesquisa podemos afirmar que a população feminina do estudo encontra-se vulnerável porque a realização do preventivo, naquelas mulheres consideradas população-alvo para este exame, apresenta cifras por abaixo do percentual nacional de realização do citopatológico. Além disso, como observou-se na tabela anterior existe uma boa cobertura no acompanhamento pré-natal, entretanto quando se trata do citopatológico, um número significativo de mulheres não fez. Sendo que uma das recomendações do MS é considerar a procura dos serviços de saúde para realização de pré-natal como uma oportunidade para rastreio de lesões precursoras de câncer.

Ademais, porque temos uma proporção de mulheres que apresentam fatores de risco para o câncer e colo de útero como início precoce de atividade sexual, parto na adolescência, gestações múltiplas e embora elas não apresentaram um comportamento sexual com múltiplos parceiros; provavelmente seus parceiros sim apresentam.

No grupo de mulheres de 25 a 34 anos, os motivos para não realizar o preventivo foram: medo ao resultado com 30,0%, não ter um centro de saúde perto de casa, dor no exame e sentimento de vergonha. No estudo desenvolvido em um Município de Ceará (MALTA, 2014), a autora identificou que a vergonha com o profissional que faz o exame e não gostar do profissional que o realiza foram umas das principais dificuldades para a realização do exame. Do mesmo modo, Dionizio (2011) observou que para as mulheres com 20 anos a mais de idade residentes no município de São Paulo, os principais motivos para não fazer o exame foram: “Não era necessário/ sou saudável (48,7%) e “embaraçoso/ desconfortável/ vergonha (10,1%).

O sentimento de vergonha frente à realização do exame é um dos principais motivos pelos quais as mulheres não fazem este teste.

Tabela 15 - Distribuição da amostra das mulheres que tiveram parto segundo características da assistência do parto e puerpério

Características	n	%
Local do atendimento		
No hospital	35	100,0
Outro	0	0,0
Total	35	100,0
Consulta do puerpério		
Sim	22	62,9
Não	11	31,4
Não responderam	2	5,7
Total	35	100,0
Visita de alguém da UBS após o parto		
Sim	22	62,9
Não	13	37,1
Total	35	100,0

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

O parto seguro se caracteriza pela atenção em um local adequado, com a infraestrutura adequada e os profissionais capacitados na atenção humanizada do parto e do puerpério. Das 38 mulheres que ficaram grávidas em algum momento, uma delas culminou em aborto, em caso da outra é a primeira gravidez e a última não respondeu, por isso a análises foi realizada com 35 mulheres.

Podemos observar que o 100,0% dos partos foram realizados no Hospital. A consulta do puerpério foi realizada por 62,9% das mulheres e 37,1% não receberam a visita de algum profissional da UBS após o parto.

No Brasil, segundo a pesquisa nacional de saúde da criança e da mulher (BRASIL, 2009), 98,4% dos partos foram atendidos no hospital, enquanto que na Região Norte o percentual de partos atendidos no hospital foi 92,2%. A mãe realizou pelo menos uma consulta do puerpério em apenas 39,2% e na Região Norte foi 19,2%.

Observa-se que se bem é certo que o atendimento do parto no hospital abrangeu todos os partos, a cobertura de puerpério foi baixa e não conseguiu abranger a todas as mulheres.

5.3.2. Fecundidade adolescente

A gravidez adolescente é um tema muito polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva. A gravidez na adolescência é considerada como um fator de risco e um acontecimento desestruturador na vida dos adolescentes além disso socialmente é visualizada como um determinante na reprodução do ciclo de pobreza pois impede a continuação dos estudos e o acesso ao mercado do trabalho, sobretudo entre as meninas.

Analisou-se os resultados da fecundidade tanto para as mulheres quanto para os homens da amostra.

Tabela 16 – Distribuição da amostra por gênero e faixa etária segundo idade da primeira gravidez

Gravidez	Total		Masculino				Feminino			
			18 a 24 anos		25 a 34 anos		18 a 24 anos		25 a 34 anos	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Antes 15 anos	2	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7
15 a 19 anos	26	45,6	6	66,7	2	20,0	9	60,0	9	39,1
Após 19 anos	29	50,9	3	33,3	8	80,0	6	40,0	12	52,2
Total	57	100,0	9	100,0	10	100,0	15	100,0	23	100,0

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

A proporção de pessoas com relato de gravidez na adolescência foi 49,1%, sendo que 3,5% ficaram grávidas antes dos 15 anos. Na análises pelo gênero, a proporção de mulheres que engravidaram na adolescência foi maior quanto os homens, relativamente às suas parceiras. Na análise segundo faixa etária, os jovens tiveram maior proporção de gravidez na adolescência ao contrário dos adultos.

A pesquisa juventude e sexualidade realizada em treze capitais brasileiras e no distrito federal, mostrou que a idade da primeira gravidez esteve por volta dos 16 anos, confirmando que a primeira gravidez ocorre na faixa etária dos 15 a 19 anos para a maioria das jovens (ABRAMOVAY, CASTRO E SILVA, 2004).

Oliveira (2012) na pesquisa com jovens entre 14 e 35 anos residentes na zona urbana de Pelotas, observou que a prevalência de paternidade adolescente foi 6,1%.

Santos (2010) identificou que das mulheres com história de gravidez, mais da metade (55,1%) engravidaram antes dos 20 anos. Estes resultados são semelhantes ao nosso estudo onde as mulheres que engravidaram antes dos 20 anos foi mais do 50% das mulheres com história de gravidez.

Almeida (2008) na pesquisa em três capitais brasileiras, encontrou que os percentuais de jovens que relataram gravidez antes dos 20 anos foi 29,5% no caso das mulheres e 21,4% no caso dos homens.

Tabela 17 – Distribuição do uso de método de prevenção na primeira relação sexual segundo idade da primeira relação e sexo

Idade da 1 ^o relação sexual	Método de prevenção na primeira relação sexual				Total	
	Sim		Não			
Total	74	74,0	26	26,0	100	100,0
Até 14 ano	14	56,0	11	44,0	25	100,0
15 - 19 anos	53	79,1	14	20,9	67	100,0
Após 19	7	87,5	1	12,5	8	100,0
Masculino						
Até 14 ano	8	53,3	7	46,7	15	100,0
15 - 19 anos	20	80,0	5	20,0	25	100,0
Após 19 anos	3	100,0	0	0,0	3	100,0
Total	31	72,1	12	27,9	43	100,0
Feminino						
Até 14 ano	6	60,0	4	40,0	10	100,0
15 - 19 anos	33	78,6	9	21,4	42	100,0
Após 19 anos	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Total	43	75,4	14	24,6	57	100,0

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

Analisou-se a idade da primeira relação sexual e o uso dos métodos de prevenção nessa relação, pois uma iniciação sexual precoce junto com a ausência de método na primeira relação aumenta ainda mais a chance de uma gravidez na adolescência.

Das 100 pessoas que declararam sua idade na primeira relação sexual, 92,0% iniciaram sua atividade sexual na adolescência, deles 26,6% não usaram método de prevenção na primeira relação sexual. Também podemos observar que quanto mais precoce é o início da atividade sexual diminui o uso do método de prevenção, no grupo de homens os percentuais de não uso do método naqueles que iniciaram até 14 anos foi 46,7%, aqueles que iniciaram entre os 15 até 19 anos foi 20,0% e nenhum homem que iniciou após 19 anos deixou de usar método de prevenção; assim segundo incrementa a idade na primeira relação sexual o não uso do método vai-se reduzindo.

No estudo de Vonk (2011) com escolares do Município de Silva Jardim - RJ o 88,2% das mulheres e 75% dos homens utilizaram algum método para se proteger da gravidez na primeira relação sexual.

Segundo Alves e Brandão (2009) os homens adolescentes “não estabelecem um nexo entre sua capacidade reprodutiva e o ato sexual, uma vez que a gravidez acontece no corpo da mulher, cabendo a ela se preocupar com a prevenção” p. 667. Encontraram também que os eventos de gravidez adolescente acontecidos estiveram relacionados às falhas no uso do método, como deixar de usar a pílula devido ao término do namoro e ter uma relação esporádica sem proteção, a confiança de que não ficaria grávida e a insuficiente informação no médio de uma relação sexual ativa.

Tabela 18 - Distribuição da amostra por idade da primeira gravidez e gênero segundo o número de filhos

Idade da primeira gravidez	Número de filhos				Total	
	0 a 2 filhos		3 a mais filhos		N	%
	n	%	n	%		
Geral	20	71,4	8	28,6	28	100,0
Antes dos 15 anos	0	0,0	2	100,0	2	100,0
15 a 19 anos	20	76,9	6	23,1	26	100,0
Masculino	7	87,5	1	12,5	8	100,0
Antes dos 15 anos	0	0	0	0	0	100,0
15 a 19 anos	7	87,5	1	12,5	8	100,0
Feminino	13	65,0	7	35,0	20	100,0
Antes dos 15 anos	0	0	2	100,0	2	100,0
15 a 19 anos	13	72,2	5	27,8	18	100,0

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

Das pessoas que ficaram grávidas na adolescência, 28,3% têm de 3 a mais filhos. Todos os homens que foram pais adolescentes tinham entre 15 e 19 anos quando engravidaram as suas parceiras e; o 12,5% deles tem de 3 a mais filhos.

Das mulheres que engravidaram na adolescência o 35% tem de 3 a mais filhos, todas aquelas que engravidaram antes dos 15 anos tem de 3 a mais filhos, 27,8% das mulheres que ficaram grávidas entre os 15 e 19 anos tem mais de 3 filhos. Pode-se sugerir que quanto mais precoce a primeira gravidez o número de filhos vai-se incrementar.

Rodrigues (2006) no estudo com mulheres de 15 a 49 anos do Município de Rio Grande, identificou que cerca da metade das mulheres que engravidaram pelo menos uma vez teve sua primeira gravidez até os 19 anos de idade. A proporção de alta paridade foi maior para as

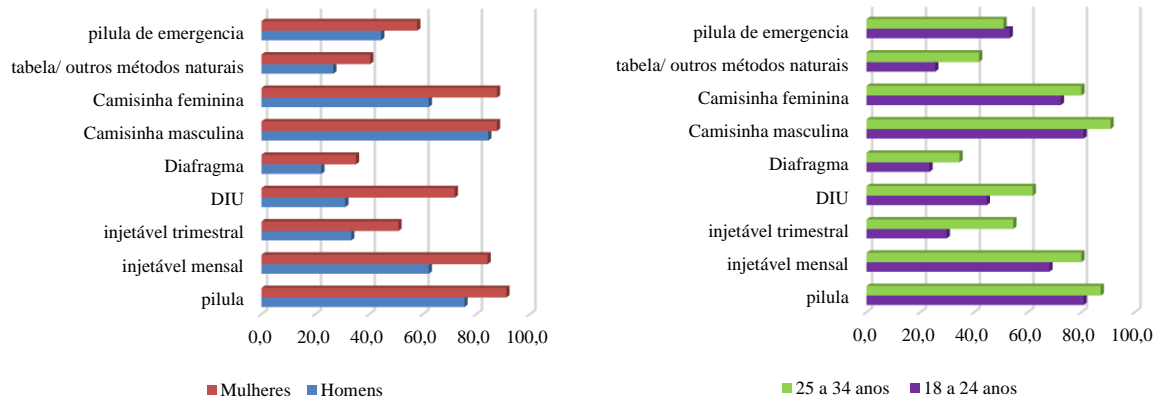
mulheres que tiveram a primeira gravidez até os 16 anos de idade (27.5%) seguido das mulheres que tiveram a primeira gravidez entre 17 e 19 anos (17%).

Moura et al. (2014) na pesquisa desenvolvida com mulheres jovens de uma área urbana de Teresina (PI), encontraram associação entre a faixa etária na primeira gravidez e a multiparidade. Consideraram multiparidade o fato de ter tido dois ou mais partos, assim, das mulheres que tiveram a primeira gestação entre os 12 e 14 anos; o 64,2% foram multíparas. Das mulheres que ficaram grávidas a os 15 anos; o 57,7% foram multíparas. Das mulheres que engravidaram entre os 16 e 17 anos o 33,7% foram multíparas e só o 17% das mulheres que tinham entre 18 e 19 anos na primeira gravidez foram multíparas.

5.3.3. Prevalência contraceptiva

Conhecer os diferentes métodos anticoncepcionais é de grande importância pois favorece a escolha de um método que seja o mais adequado para controlar a fecundidade.

Gráfico 3 – Métodos anticoncepcionais conhecidos por gênero e faixa etária



Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

Os métodos anticoncepcionais mais conhecidos pela maioria das pessoas entrevistadas foram os chamados métodos modernos como a pílula, injetável mensal, a camisinha masculina e camisinha feminina. A camisinha masculina e a pílula foram os métodos mais conhecidos tanto para os jovens quanto os adultos; e tanto para mulheres quanto por homens.

Segundo a pesquisa nacional de saúde (BRASIL, 2009) os métodos mais conhecidos pelas mulheres de 15 a 49 anos foram os métodos modernos, entre eles: camisinha masculina

(99,8%), pílula (99,6%), camisinha feminina (90,9%), injeção contraceptiva (95,7%), DIU (87,4%).

Figueiredo, Pupo e Segri (2008) observaram que todos os estudantes tinham conhecimento de formas de prevenção à gravidez. Quando perguntados pelos métodos conhecidos 98,3% citou a camisinha masculina, 90,5% a pílula anticoncepcional, 24,3% a contracepção de emergência. Todos os métodos contraceptivos e a diversidade deles foram mais referidos por meninas, com exceção do coito interrompido.

Tabela 19 – Significância entre a distribuição da idade na idade e o gênero versus as categorias da saúde reprodutiva

Variável	Teste	Distribuição da Significância*
Idade atual		
Consulta puerpério	U	0,287**
Visita do puerpério	U	0,440**
Gravidez na adolescência	χ^2	0,085
Nº de filhos	χ^2	0,040
Nº de métodos conhecidos	ρ	0,005
Usou contraceptivos	U	0,624
Usa atualmente contraceptivos	U	0,372
Gênero		
Gravidez na adolescência	U	0,079
Nº de filhos	U	0,022
Nº de métodos conhecidos	U	0,001
Usou contraceptivos	χ^2	0,442
Usa atualmente contraceptivos	χ^2	1,000

U: Teste U de Mann-Whitney

ρ : Teste de Correlação Ró de Spearman.

χ^2 : Teste de Qui quadrado

*O nível de significância foi 0,05.

As mulheres e os mais velhos tiveram um maior conhecimento da diversidade de métodos contraceptivos, existindo diferenças significativas. A idade atual também esteve relacionada com o número de filhos, sendo que quanto mais jovem é a pessoa, tem um menor número de filhos.

Em geral, a maioria das pessoas já utilizou método contraceptivo alguma vez para evitar uma gravidez; não existiu diferença significativa entre homens e mulheres. De modo geral, o uso atual de métodos anticoncepcionais foi quase 70%.

A pesquisa nacional de saúde de 2011 (IBGE, 2012) mostrou que no estado de Roraima 59,7% das mulheres de 18 a 49 anos eram usuárias de algum método para evitar a gravidez, ao mesmo tempo que para a cidade de Boa Vista esse percentual foi um pouco mais baixo (56,5%).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (BRASIL, 2009) o número médio de métodos conhecidos pelas mulheres de 15 a 49 anos foram 10. Além disso, o 87,2% das mulheres usaram alguma vez um método anticoncepcional e 67,8% usava no momento da pesquisa algum método anticonceptivo. A Região Norte teve os níveis mais baixos do país (78,4%).

Vonk (2011) observou que o uso atual de métodos anticoncepcionais entre jovens de 15 a 19 anos de Rio de Janeiro foi 91,9%, não apresentando diferenças entre gênero; 91,2% para mulheres e 92,9% para homens.

Prado e Santos (2011) realizaram um estudo com mulheres entre 19 e 46 anos pertencentes aos serviços públicos e privados de saúde; identificaram que o uso atual dos métodos anticoncepcionais nessas mulheres foi de 83,3%.

Soares (2014) no estudo realizado com homens entre 18 e 63 anos, identificou como limitado o conhecimento masculino em relação a anticoncepção e os métodos mais citados por eles foram a camisinha e a pílula. Para a autora o desconhecimento sobre outros métodos contraceptivos pode-se associar à cultura existente de que a mulher é a responsável pela reprodução e por consequência ela tem toda a responsabilidade de ter ou não ter filhos.

Os resultados sobre saúde reprodutiva da população entrevistada são semelhantes aos achados em inquéritos nacionais e pesquisas regionais, mostrando as desigualdades existentes entre a região norte com outras regiões do país.

Deste modo, na saúde materna observou-se que seja que o pré-natal atingiu a todas as mulheres grávidas, as coberturas do citopatológico e o acompanhamento do puerpério não conseguiram as mesmas coberturas. Também confirmou-se que existe uma alta proporção de homens e mulheres que engravidaram na adolescência (homens, respeito as suas parceiras) e estas proporções estiveram associadas ao não uso de método de prevenção na primeira relação sobretudo na adolescência precoce, incrementando a probabilidade de ter um maior número de filhos no transcurso da sua vida. Finalmente, a população conhece um número limitado de métodos contraceptivos (apesar que sejam os mais modernos) esta situação exerce influência no uso passado e atual dos métodos contraceptivos.

5.4 CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO SEXUAL E SUAS IMPLICAÇÕES COM A SAÚDE REPRODUTIVA

Verificou-se a associação entre as características do comportamento sexual e a saúde reprodutiva dos entrevistados.

Tabela 20 – Significância da associação entre as características do comportamento sexual na adolescência versus a saúde reprodutiva

Variável	Teste	Distribuição da Significância
Idade na 1ºRS		
Gravidez na adolescência	ρ	0,001
Nº de filhos	ρ	0,007
Idade na 1ºRS homens		
Gravidez na adolescência	ρ	0,108
Nº de filhos	ρ	0,017
Idade na 1ºRS mulheres		
Gravidez na adolescência	ρ	0,000
Nº de filhos	ρ	0,007
Tipo de vínculo com o/a parceiro/a		
Nº métodos conhecidos	H	0,033

Fonte: Questionário sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva 2017

U: Teste U de Mann-Whitney

ρ : Teste de Correlação Ró de Spearman.

χ^2 : Teste de Qui quadrado

O nível de significância foi 0,05.

Observa-se que a gravidez na adolescência e o número de filhos esteve relacionado com a idade na primeira relação sexual, deste modo aquelas pessoas que iniciaram a atividade sexual precocemente ficaram grávidas mais cedo do que outra pessoa que iniciou mais tardiamente sua atividade sexual. Não se observou relacionamento destas variáveis no grupo dos homens

Também encontramos um relacionamento negativo entre a idade na primeira relação sexual e o número de filhos tanto para o gênero masculino ($r_s = -0,374$), quanto o gênero feminino ($r_s = -0,283$, $p(\text{unilateral}) < 0,01$); então pode-se concluir que a medida que a idade na primeira relação sexual diminui o número de filhos vai se incrementar.

Na maioria de estudos desenvolvidos também obtiveram uma relação entre o início precoce do primeiro intercurso sexual e a gravidez adolescente. Amorim et al. (2009) realizaram uma pesquisa de tipo caso-controle com adolescentes e não adolescentes grávidas em um estado do Nordeste do Brasil. Os autores identificaram a associação da gestação na adolescência com a idade na primeira relação sexual, eles observaram que 47% das adolescentes iniciaram atividade sexual com menos de 15 anos contra 16% dos controles (OR=4,6; IC95%=3,0-7,0).

Também, Santos (2010) encontrou que existiu diferença entre a idade da primeira relação sexual das mulheres que engravidaram antes dos 20 (15,5 anos) e a idade da primeira relação sexual das mulheres que engravidaram depois dos 20 anos (19,4).

Igualmente, Oliveira (2012) no estudo realizado em uma zona urbana de Pelotas com padres adolescentes, identificou a iniciação sexual precoce como um fator de risco para a paternidade adolescente (RP 2,63; IC 95% 1,45 – 4,75).

Diniz (2012) realizou um estudo em adolescentes brasileiros de baixa renda com e sem experiência de gravidez. Mediante análises multivariada encontraram que a gravidez durante a adolescência se associou, entre outros fatores, com a menor idade na iniciação sexual ($p < 0,001$).

Porem, Patias (2012) desenvolveu um estudo com adolescentes grávidas e não grávidas no Rio Grande do Sul, não encontrando diferenças significativas entre a idade média do primeiro intercurso sexual entre o grupo de gestantes (14,66) e o grupo de não gestantes que já haviam tido a primeira relação sexual (14,54).

No tocante à relação entre idade na primeira relação sexual e o número de filhos, Moura et al. (2014) identificaram associação entre a faixa etária na primeira relação sexual e a multiparidade ($p < 0,001$). As múltiparas apresentaram menor faixa etária na primeira relação sexual, sendo que o percentual das que tiveram sexarca entre 9 e 14 anos foi 55,1% e só 13,9% das que tiveram entre 18 e 19 anos.

Silva (2013) no estudo de caso-controle com adolescentes e sua recorrência na gravidez, concluiu que aquelas puérperas adolescentes que tiveram mais de um parto durante a adolescência, a probabilidade de ter havido coitarca antes dos 15 anos de idade foi cerca de oito. Neste sentido, Jorge (2012) encontrou que a recorrência da gravidez na adolescência esteve associada com a iniciação sexual mais cedo (OR=5,14; IC95%=2,04 – 2,98).

Estes resultados nos permitem concluir que os adolescentes do nosso estudo são um grupo que apresentam fatores que os tornam vulneráveis para saúde reprodutiva.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa alcançou o objetivo proposto na análise das características do comportamento sexual na adolescência e suas implicações na saúde reprodutiva dos jovens e adultos, pois como discutido no corpo do trabalho, a amostra foi representativa da população de Roraima.

Roraima é um estado jovem situado na Região Norte do Brasil; e o estado menos populoso do país. A produção científica local é recente. O estudo não é o primeiro em avaliar o comportamento sexual na adolescência mas um dos primeiros em avaliar as implicações que o comportamento sexual tem na saúde reprodutiva, além de descrever as características sociais da faixa etária com maior população do estado. Os resultados da pesquisa são importantes para referência no aprofundamento do tema e para embasamento das decisões tanto nas políticas públicas relacionadas com a saúde reprodutiva quanto as políticas públicas relacionadas com aspectos sociais.

Os resultados deste trabalho sugerem as seguintes características de comportamento sexual e da saúde reprodutiva na população de Roraima:

- A média de idade foi 25,8 anos com maior proporção do gênero feminino, de raça parda, solteiros e religiosos. Tem ensino médio completo, a metade da população desempenha algum tipo de trabalho (seja empregado ou autônomo), tem renda mensal pessoal até um salário mínimo, a moradia é própria e com 5,5 habitantes na média.
- Com orientação heterossexual, planejou sua primeira relação sexual, utilizou camisinha e não tem enfermado de IST, mas que apresentam fatores de vulnerabilidade para estas como o ter relações sexuais aos 16,01 anos (e cada vez começa mais cedo), inicia relações sexuais com namorado e teve mais de um parceiro sexual na adolescência. Chamando a atenção que um pequeno percentual dos entrevistados relatou início sexual forçado.
- Frisando nesses fatores é preocupante que um 25% de mulheres ainda não fizeram o citopatológico. Todas as mulheres que engravidaram cumpriram com fazer pré-natal e a maioria começaram no primeiro trimestre, o parto foi no hospital, fizeram consulta de puerpério e receberam visita do pessoal da UBS no domicílio.

- Apresentam uma alta proporção de gravidez na adolescência, a média de filhos foi 1, conhecem em média 6 métodos contraceptivos modernos, já fizeram uso de métodos contraceptivos anteriormente e usam na atualidade.
- Aquelas pessoas que tiveram o início sexual precoce ficaram grávidas na adolescência e tem maior número de filhos.

Os fatores relacionados com o comportamento sexual e que incrementam a vulnerabilidade frente as IST e a gravidez na adolescência estão relacionados com algumas características sociais como a situação laboral, renda mensal e condição de moradia.

É fundamental que as políticas sociais sejam redirecionadas e se enfoquem mais em criar oportunidades de emprego para contribuir a melhorar o nível sócio económico da população; apontando sobre todo as mulheres e jovens.

Em nossa sociedade falar sobre sexo ainda é um tabu e os problemas relacionados à sexualidade e saúde reprodutiva são constantes. É necessário acompanhar desde cedo o processo de desenvolvimento sexual dos jovens com a finalidade de prevenir problemas futuros como a gravidez não desejada, promiscuidade, IST, abuso sexual, etc.

O acompanhamento na escola por exemplo deveria oferecer educação em sexualidade com abordagem apropriada para cada um dos ciclos de vida - infância, adolescência, juventude – fornecendo informações, corretas realistas e sem pré-julgamentos. Além de propiciar um aprendizado não só de conteúdos mais também de desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisões comunicação, negociação e redução de riscos em relação as IST, o HIV e outras situações de violência.

Os serviços de saúde devem melhorar as ações de saúde que atendam as especificidades dos adolescentes como acesso ao preservativo, acesso ao teste de gravidez, métodos de contracepção (com maior ênfase nas puérperas adolescentes para evitar a recorrência da gravidez), prevenção de IST e HIV e acesso precoce ao pré-natal. Essas ações devem considerar as desigualdades de gênero, raça ou cor, orientação sexual e classe social; aliás de contribuir para o desenvolvimento pessoal dos adolescentes. Tudo isso implica ter profissionais de saúde capacitados em todos os aspectos citados.

Estes serviços também precisam melhorar as estratégias de saúde reprodutiva, especialmente no relacionado ao câncer de colo de útero para acrescer a cobertura do preventivo e no relacionado as atividades educativas sobre métodos contraceptivos com a finalidade que a população conheça o leque de métodos que o serviço de saúde proporciona e possam tomar a melhor decisão para o controle da fecundidade.

O presente estúdio evidenciou que os comportamentos na adolescência influenciaram na saúde reprodutiva dos jovens e adultos do estado de Roraima e que os aspectos relevantes para a mudança destes são a aplicação de políticas públicas baseadas nas características da população, o trabalho desenvolvido na escola e os serviços de saúde.

Acreditamos que esta pesquisa possa contribuir para a discussão desse complexo conceito de saúde reprodutiva e que suscite novos e maiores aprofundamentos da temática aqui estudada.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M.; SILVA, L. **Juventude e sexualidade**. Brasília: UNESCO, 2004. 426p.
- ALMEIDA, M. C. C. de. **Gravidez na adolescência e escolaridade: Um estudo em três capitais brasileiras**. 2008. 172 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação do Instituto do Saúde Coletiva, Universidade Federal de Bahia, Baía, 2008.
- ALVES, C. A.; BRANDÃO, E. R. **Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14 n.2, p. 661-670. 2009.
- AMORIM, M. M. R. et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Campina Grande, v.31, n8, p. 404-10. 2009.
- BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO/ BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el desarrollo mundial 2007. El desarrollo y la próxima generación. Panorama General**. Washington D.C., 2006. 31p.
- BARROS, J. V. de S. **Medindo a saúde reprodutiva segundo o tipo de união na América Latina: indicadores sintéticos para Brasil e México. 2012**. 101p. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Faculdade de Ciências Económicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- BAPTISTA, C. J. **Perfis de vulnerabilidades e prevalência de comportamentos de risco para IST/ HIV/ AIDS: estudo com adolescentes de Escolas Públicas de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil - 2008/ 2009**. 111p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em 12 abr. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 114p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 166 p.

_____. Ministério de Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20N%20104,%20de%2025%20de%20Janeiro%20de%202011.pdf>>. Acesso 16 janeiro 2017.

_____. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p.

_____. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 583 p.

_____. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 754p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de IST e Aids. **Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (IST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 224p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de IST/Aids. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS - 1998.** Brasília, 2006. 147p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/avalia4/apresentacao.htm>>. Acesso em: 11 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de IST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de IST e Aids.** Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

_____. Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. **Palácio do Planalto Presidência da República.** Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/18069.htm> Acesso em: 07 mai. 2015.

_____. Ministério de saúde – Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. **Bases Programáticas**. Programa Saúde do adolescente PROSAD. 1989.

CABRAL, A.; NICK, E. **Dicionário técnico de psicologia**. 14. ed. São Paulo: Cultrix, 2006. 355 p.

CALLEGARI – JACQUES, S. M. **Bioestatística: Princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 255p.

CAMPOS, H. M. **O sujeito adolescente e o cuidado de si: cenários, significados e sentidos da iniciação sexual e do cuidado com a saúde sexual e reprodutiva**. 2011. Dissertação. (Mestrado em Ciências) Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. DIVISION OF ADOLESCENT OF SCHOOL HEALTH. In: _____. **Youth risk behavior survey content 1995 – 2015**. Atlanta, 2014. Disponível em: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/crosswalk_1991-2015.pdf> Acesso em: 07 out. 2015.

CENTRO LATINO- AMERICANO EM SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS. In: _____. **Princípios de Yogyakarta**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf> Acesso em: 22 fev. 2017.

CHANDRA-MOULI, V. et al. Twenty Years After International Conference on Population and Development: Where Are We With Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights **Journal of Adolescent Health**. v. 56 p.S1-S6, 2015.

COLEMAN, J.C.; HENDRY, L.B. **Psicología de la adolescencia**. 4ta. ed. Madrid: Ediciones Morata S.L., 2003. p. 296. Disponível em <https://books.google.com.br/books?id=94Od90KAzNYC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false> Acesso 04 set. 2015.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Objetivos do desenvolvimento do milênio na América Latina e o Caribe**. Disponível em: <<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/mdg/noticias/paginas/6/35556/P35556.xml&xsl=/mdg/tpl/p18fst.xml&base=/mdg/tpl/top-bottom.xsl>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. Diretriz Nacional de Assistência a o Parto Normal. **Relatório de Recomendação**. Brasília, 2016. 381p.

CORREA, M. et al. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2257-2266, dez. 2012.

COSTA G. R. C. et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. 2010. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Maranhão, v. 63 n. 6, p. 1005-1009, nov-dez. 2010.

CUSTÓDIO, G. et al. Comportamento sexual e de risco para IST e gravidez em adolescentes. **IST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 21, n 2, p. 60 – 64. 2009.

DA GLORIA, J. Orientações metodológicas na psicologia social. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. (Coord.) **Psicologia Social**. 6ta. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004. p. 61 - 88.

DE LA GANDARA, J.; PUIGVERT A. (Coord.) **Sexualidad humana. Una aproximación integral**. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana. 2005. 404p.

DINIZ, E. KOLLER S. H. Fatores Associados à Gravidez em Adolescentes Brasileiros de Baixa Renda. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 305-314, set./dez. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201302>>. Acesso em: 06 mar. 2017.

DIONIZIO, E. **Realização do exame de Papanicolaou em mulheres com 20 anos ou mais: Inquérito de saúde de base populacional no Município de São Paulo – 2008**. 2011. 143p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

DUARTE, H. H. S. et al. Utilização de métodos contraceptivos por adolescentes do sexo feminino da Comunidade Restinga e Extremo Sul. **Rev Paul Pediatr**, v. 29, n.4, p. 572-576. 2011.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando SPSS**. Tradução Lorí Viali. – 2 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009. 688p.

FIGUEIREDO, R.; PUPO, L.; SEGRI, N. Comportamento sexual e preventivo de adolescentes de São Paulo - um estudo com estudantes do ensino médio. **Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, n. 46, p. 31-33, dez. 2008. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122008000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 fev. 2017.

GHEBREMICHAEL M, LARSEN U, PAINTSIL E. Association of age at first sex with HIV-1, HSV-2, and other sexual transmitted infections among women in northern Tanzania. **Sex Transm Dis**, v.36, n.9, p. 570-576. Sep. 2009.

GORGUET I. **Comportamiento sexual humano**. Santiago de Cuba: Editorial Oriente. 2008. 134 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rr&tema=resultuniverso_censo2010>. Acesso em: 12 janeiro 2017.

_____. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137p.

_____. **Censo demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE. 2012. p. 215.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2011.** Rio de Janeiro: IBGE. 2012. p. 282.

_____. **Sinopse do censo demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE. 2011. p. 261.

_____. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 256 p.

_____. **População jovem no Brasil: a dimensão demográfica.** Rio de Janeiro: IBGE. 1996. p. 26.

_____. **O perfil da mulher jovem de 15 a 24 anos: características diferenciais e desafios.** Rio de Janeiro: IBGE. 1996. p. 19.

JARDIM, D. P.; SANTOS, E. F. Uso do preservativo masculino por adolescentes no início da vida sexual. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 37-44, abr./jun. 2012.

JORGE, M. G. R **Recorrência de gravidez em adolescentes de 18-19 anos, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) no município do Rio de Janeiro.** 2012. p. 90. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

LOPEZ, F.; FUERTES, A. **Para entender a sexualidade.** São Paulo: Edições Loyola. 1992. 131p.

MALTA, F. G. D. E. **Fatores relacionados a prática inadequada do exame papanicolau por mulheres do interior do Ceará.** 2014. 83p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade da Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

MIRANDA-RIBEIRO, P.; SIMÃO, A. B. (Coord.) **Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil.** Demografia em debate. Volume 2. Belo Horizonte: ABEP: UNFPA, 2008. 452p. ()

MOURA L. N. B. et al. Multiparidade entre adolescentes e jovens e fatores de risco em Teresina/ Piauí. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 51-62, jul./set. 2014.

OLIVEIRA, M. M. S. **Paternidade na Adolescência: Prevalência e Fatores Associados.** 2012. 82p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento) - Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e do Caribe. **Demanda Insatisfeita de Planejamento Familiar.** Disponível em: <<http://oig.cepal.org/pt/indicadores/demanda-insatisfeita-planejamento-familiar>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

_____. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.** El Cairo, 1994. 105p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Temas de salud: Salud de los adolescentes.** Disponível em <http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/> Acesso em: 07 de mai. 2015.

_____. Department of reproductive health and research. Special Programme of research, development and research training in human reproduction. **Developing sexual health programmes. A framework for action.** Suíça, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015.

_____. **Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual.** 2. ed. 2008. v. 8.

_____. **Sexually transmitted infections in adolescence.** Issues in Adolescent Health and Development. Switzerland: World Health Organization. 2004. 44p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Control integral del cáncer cérvico-uterino: guía de prácticas esenciales.** 2. ed. Washington, DC: OPS, 2016. 432p.

_____. **Plan y Estrategia Regional de Salud Adolescente.** Organización Panamericana de la Salud. 2010. 56p.

PAIVA, V. et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual dos adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, Supl. 1, p. 45-53, 2005.

PATIAS, N. D. **Gravidez na adolescência: Fatores que tornam adolescentes vulneráveis ao fenômeno.** 2012. 126p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2012.

PERINAT, A. (Coord.) **Los adolescentes en el siglo XXI: un enfoque psicosocial.** Barcelona: Editorial UOC, 2003. 261p.

PETTIFOR, A. et al. Early coital debut and associated HIV risk factors among young women and men in South Africa. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v.35 n.2, jun, p. 74-82, 2009.

PIROTTA K.C. M. **Não há guarda-chuva contra o amor. Estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP.** 2002. 317p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PRADO, D. S.; SANTOS, D. L. Contracepção em usuárias dos setores público e privado de saúde. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Sergipe, v.33, n.7, p. 143-149, 2011.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. **Rev Rene**, Fortaleza, v.15, n.3, p. 455 – 462, maio-jun., 2014.

RAMOS, S. F. I. **Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil.** 2008. 126p. Tese (Doutor em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação, Universidade de Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

REUNIÃO DE CONSULTA CONVOCADA PELA ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000, Guatemala. **Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción.** Guatemala: Organización Mundial de la Salud. 2000. 58p.

RIBEIRO, T. N. **Atenção à saúde reprodutiva e sexual masculina no município de Francisco Morato.** 2008. 94p. Dissertação (Mestre em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

RODRIGUES, E. F. **Saúde reprodutiva e a prevalência de alta paridade em mulheres do município do Rio Grande/RS.** 2006. 112p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação e Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.

SALDANHA, A. A. et al. Comportamento sexual e vulnerabilidade a AIDS: Um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. **IST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 20, n. 01, p. 36 – 44. 2008.

SAMPIERI, R; COLLADO, C; LUCIO, P. **Metodologia de Pesquisa.** Tradução: Murad, F. et al. 3. ed. São Paulo: Mc Graw Hill, 2006. 583 p.

SANTOS, A. P. dos. **Associação entre fatores sócio demográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no programa saúde da família.** 2010. 78p. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Bahia, Salvador, 2010.

SANTOS, V. A. dos. **Gravidez na adolescência em Uberlândia – MG: Condicionantes e consequências.** 2013. 110p. Dissertação (Mestre em Geografia) – Programa de Pós-graduação em geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

SILVA, A. A. A. et al. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.3, p. 496-506, mar, 2013.

SOARES, M. C. et al. Conhecimento masculino sobre métodos contraceptivos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 2, p. 233-238, abr./jun., 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFANCIA E ADOLESCENCIA. **Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência.** Disponível em: <<http://www.sogia.com.br/IST-na-adolescencia/>> Acesso em: 07 de maio 2015.

SPRINTHALL, N.; COLLINS, A. **Psicologia do adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista.** 3. ed. Lisboa: Serviço de educação e bolsas Fundação Calouste Gulbenkian, 2003. 748p.

TRONCO, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Caracterização do Comportamento Sexual de Adolescentes: Iniciação Sexual e Gênero. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 254-269, jul./dez. 2012.

VONK, A. C. R. P. **Sexualidade, reprodução e saúde sexual e reprodutiva: experiências de adolescentes escolares de Silva Jardim, Estado do Rio de Janeiro.** 2011. 88p. Dissertação (Mestre em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2011.

APENDICES

APÊNDICE A: TERMO DE PROTEÇÃO DE RISCO E CONFIDENCIALIDADE

Declaro que, ao ser facultado o acesso às informações sobre observações de dados pessoais de indivíduo oriundos de documentos relativos a julgamentos expressos em questionários; específica de coleta de informações para o desenvolvimento do protocolo de pesquisa intitulado “CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE REPRODUTIVA DOS ADULTOS JOVENS DA CIDADE DE BOA VISTA – RORAIMA” de autoria do (s) pesquisador (es) Dr. Prof. Calvino Camargo, discente Liliana Yanina Yarlequé Pizango, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA), será preservada a privacidade e a confidencialidade de tais documentos e dos seus sujeitos.


Declaro, também, que o procedimento proposto, na pesquisa assegura a confidencialidade dos dados e garante a privacidade dos sujeitos, bem como a proteção da sua imagem, impedindo o estigma e a utilização das informações em prejuízo de terceiros e da comunidade. Preservando, ainda, a autoestima e o prestígio dos envolvidos, tudo utilizando, apenas, para os fins propostos no protocolo de pesquisa.

Todo o referido é verdade.

Boa Vista/RR 13 de junho de 2016.

Prof. Dr. Calvino Camargo
Universidade Federal de Roraima

APENDICE B QUESTIONÁRIO PARA MULHERES

 Universidade Federal de Roraima F Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde E-mail responsáveis: liliyarleque@hotmail.com calvino_camargo@hotmail.com			
Questionário: CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE REPRODUTIVA			
Hora início:	Data da entrevista:	Data do nascimento do informante:	Código de questionário:
UBS:	ESF:	Agente Comunitário:	Hora final:
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS			
A1	Idade: _____		
A2	Sexo:		
	1	<input type="checkbox"/> masculino	
	2	<input type="checkbox"/> feminino	
A3	Qual é sua ocupação/ profissão: _____		
A4	Você tem algum trabalho fora de casa no momento:		
	1	<input type="checkbox"/> Sim	
	2	<input type="checkbox"/> Não	
	3	<input type="checkbox"/> Não sei	
A5	Em caso da resposta anterior negativa, por quê?		
	1	<input type="checkbox"/> estudos	
	2	<input type="checkbox"/> companheiro (a) não permite	
	3	<input type="checkbox"/> tem que cuidar da casa/ dos filhos	
	4	<input type="checkbox"/> tem que cuidar de familiares	
	5	<input type="checkbox"/> condição de saúde desfavorável	
	6	<input type="checkbox"/> outros: _____	
A6	Qual é sua religião atual		
	1	<input type="checkbox"/> católica	
	2	<input type="checkbox"/> evangélica	
	3	<input type="checkbox"/> espírita	
	4	<input type="checkbox"/> de matriz africana (candomblé, etc.)	
	5	<input type="checkbox"/> agnóstico/ ateu	
	6	<input type="checkbox"/> sem religião	
	7	<input type="checkbox"/> outros: _____	
A7	Qual é seu estado civil		
	1	<input type="checkbox"/> casada (o)	
	2	<input type="checkbox"/> solteira (o)	
	3	<input type="checkbox"/> união estável	
	4	<input type="checkbox"/> divorciada (o)	
	5	<input type="checkbox"/> viúva (o)	
A8	Em qual dessas classificações você define sua		
	raça/cor		
	1	<input type="checkbox"/> branca	
	2	<input type="checkbox"/> preta	
	3	<input type="checkbox"/> parda	
	4	<input type="checkbox"/> amarela	
	5	<input type="checkbox"/> indígena	
	6	<input type="checkbox"/> NRA (Nenhuma resposta acima)	
	A9 Nível de escolaridade		
	1	<input type="checkbox"/> Nunca frequentou a escola (<i>passar a AII</i>)	
	2	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	
	3	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto: _____	
	4	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo	
	5	<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto: _____	
	6	<input type="checkbox"/> Universitário	
	7	<input type="checkbox"/> Universitário incompleto: _____	
	A10 Estudou em:		
	1	<input type="checkbox"/> escola pública	
	2	<input type="checkbox"/> escola particular	
	3	<input type="checkbox"/> ambas	
	A11 Se não completou seus estudos, qual foi a principal razão de não estudar?		
	1	<input type="checkbox"/> Você ou sua parceira ficou grávida/ tinha de cuidar dos (das) filhos (as)	
	2	<input type="checkbox"/> casou-se/ uniu-se ao parceiro (a)	
	3	<input type="checkbox"/> precisava trabalhar	
	4	<input type="checkbox"/> não gostava de estudar	
	5	<input type="checkbox"/> escola de difícil acesso/ sem vagas	
	6	<input type="checkbox"/> problemas de saúde	
	7	<input type="checkbox"/> não quis responder	
	8	<input type="checkbox"/> outras: _____	
	A12 Com que idade você parou de estudar: _____		

A13	Qual a sua renda pessoal?	
	1	<input type="checkbox"/> menor que um salário
	2	<input type="checkbox"/> salário mínimo
	3	<input type="checkbox"/> de um a dois salários
	4	<input type="checkbox"/> de dois a três salários
	5	<input type="checkbox"/> de três a quatro salários mínimos
	6	<input type="checkbox"/> mais de cinco salários mínimos
	7	<input type="checkbox"/> não quis responder
	8	<input type="checkbox"/> não tem renda
A14	Quem é o principal responsável pelo sustento da família?	
	1	<input type="checkbox"/> a própria pessoa
	2	<input type="checkbox"/> o (a) companheiro (a)
	3	<input type="checkbox"/> todos da família
	4	<input type="checkbox"/> não se aplica
	5	<input type="checkbox"/> outros
A15	Você ou alguém de sua casa recebe algum benefício do governo federal, estadual, municipal ou outro:	
	1	<input type="checkbox"/> Sim, qual: _____
	2	<input type="checkbox"/> Não
	3	<input type="checkbox"/> Não sei
A16	E qual a renda familiar mensal?	
	1	<input type="checkbox"/> menor que um salário
	2	<input type="checkbox"/> salário mínimo
	3	<input type="checkbox"/> de um a dois salários
	4	<input type="checkbox"/> de dois a três salários
	5	<input type="checkbox"/> de três a quatro salários mínimos
	6	<input type="checkbox"/> mais de cinco salários mínimos
	7	<input type="checkbox"/> não quis responder
	8	<input type="checkbox"/> não tem renda
A17	Quantas pessoas residem em seu domicílio? _____	
A18	Sua residência é	
	1	<input type="checkbox"/> própria
	2	<input type="checkbox"/> alugada
	3	<input type="checkbox"/> outros
COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA (As questões seguintes estão relacionadas com a sua adolescência (entre os 10 e 19 anos))		
B1	Sua orientação sexual é:	
	1	<input type="checkbox"/> Homossexual
	2	<input type="checkbox"/> Heterossexual
	3	<input type="checkbox"/> Bissexual
	4	<input type="checkbox"/> No tenho certeza
	5	<input type="checkbox"/> Outra: _____
B2	Com quantos anos você teve sua primeira relação sexual?	
	1	Com _____ anos
	2	Nunca tive (<i>passar a C1</i>)

B3	Com quem foi sua primeira relação sexual:	
	1	<input type="checkbox"/> amigo (a)
	2	<input type="checkbox"/> namorado (a)
	3	<input type="checkbox"/> marido/ esposa
	4	<input type="checkbox"/> outro: _____
B4	Sua primeira relação sexual foi:	
	1	<input type="checkbox"/> Planejada
	2	<input type="checkbox"/> Forçada
B5	Você usou algum método de prevenção na primeira relação sexual?	
	1	<input type="checkbox"/> Sim
	2	<input type="checkbox"/> Não (<i>passar a B8</i>)
	3	<input type="checkbox"/> Não sei (<i>passar a B9</i>)
B6	Se sim, qual (quais)? (<i>Múltipla escolha</i>)	
	1	<input type="checkbox"/> Camisinha
	2	<input type="checkbox"/> Camisinha feminina
	3	<input type="checkbox"/> Pílula
	4	<input type="checkbox"/> injeção
	5	<input type="checkbox"/> Outro: _____
B7	Se sim, por quê?	
	1	<input type="checkbox"/> Porque queria evitar a gravidez
	2	<input type="checkbox"/> Porque queria evitar uma doença sexualmente transmissível
		<input type="checkbox"/> Queria evitar a gravidez e uma doença sexualmente transmissível
		<input type="checkbox"/> Outra: _____
<i>Passar a B9</i>		
B8	Se não, por quê?	
	1	<input type="checkbox"/> Não tinha nesse momento
	2	<input type="checkbox"/> Não tinha dinheiro para comprá-los
	3	<input type="checkbox"/> Não gostava de usar
	4	<input type="checkbox"/> Não sabia usar/ tinha vergonha de usá-los
	5	<input type="checkbox"/> Não pensei que era necessário
	6	<input type="checkbox"/> Meu/ minha parceiro (a) não aceitou usar
	7	<input type="checkbox"/> Confiava no (na) meu (minha) parceiro (a)
	8	<input type="checkbox"/> Não tinha planejado ter relações sexuais
	9	<input type="checkbox"/> Outro: _____
B9	Durante a sua adolescência, com quantos parceiros (as) você teve relacionamento sexual?	
	1	_____
	2	Nenhum (<i>passar a C1</i>)
B10	Durante sua adolescência, teve relações sexuais com parceiros (as) ocasionais?	
	1	<input type="checkbox"/> Sim
	2	<input type="checkbox"/> Não
	3	<input type="checkbox"/> Não sei
B11	Durante sua adolescência, alguma vez teve relações sexuais com garoto (a) de programa?	
	1	<input type="checkbox"/> Sim

	2	() Não
	3	() Não sei
B12	Durante sua adolescência, alguma vez um de seus parceiros (as) teve relações sexuais com um (a) garoto (a) do programa?	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não sei
B13	Durante sua adolescência, você teve alguma doença sexualmente transmissível?	
	1	() Sim
	2	() Não (<i>passar a B15</i>)
	3	() Não sei (<i>passar a B15</i>)
B14	Se sim, qual?	
	1	() Corrimento uretral
	2	() Corrimento vaginal
	3	() Dor pélvico
	4	() Úlceras genitais
	5	() Outros: _____
B15	Durante sua adolescência, algum de seus parceiros (as) teve alguma doença sexualmente transmissível?	
	1	() Sim
	2	() Não (<i>passar a B18</i>)
	3	() Não sei (<i>passar a B18</i>)
B16	Se sim, qual?	
	1	() Corrimento uretral
	2	() Corrimento vaginal
	3	() Dor pélvico
	4	() Úlceras genitais
	5	() Outros: _____
B17	Se marcou “Sim” em B13 ou B15, RESPONDER: Com que frequência usaram camisinha quando um dos dois teve uma doença sexualmente transmissível?	
	1	() Sempre
	2	() Às vezes
	3	() Nunca
	4	() Não sei
B18	Durante sua adolescência, suas práticas sexuais foram em geral:	
	1	() Sem penetração a masturbação mútua
	2	() Com penetração vaginal ou anal com proteção
	3	() Com penetração vaginal ou anal sem proteção
	4	() Outros: _____
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA (MULHERES)		
C1	Com que idade você teve sua primeira menstruação? _____	
C2	Quantos filhos você pretende ou pretendia ter? _____	
C3	Já ficou grávida?	

	1	() Sim
	2	() Não (<i>passar a C21</i>)
	3	() Não sei (<i>passar a C21</i>)
C4	Se sim, quantas gestações você já teve? _____	
C5	Que idade tinha você e que idade tinha o seu parceiro quando ficou grávida pela primeira vez?	
	1	Você _____
	2	Seu parceiro _____
C6	Apresentou na gravidez ou parto alguma destas complicações	
	1	() Diabetes
	2	() Anemia
	3	() Pressão alta
	4	() Hemorragia
	5	() Parto prematuro
	7	() Outra: _____
	8	() Não teve complicações
	9	() Não se aplica
C7	O parto foi:	
	1	() Normal
	2	() Cesário
	3	() Fórceps
	4	() Não sabe
	5	() Não aplica
C8	Quantos filhos você tem? _____	
C9	Algum filho morreu na infância?	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não sei
C10	Se sim, com que idade? _____	
C11	Você tem história de abortamentos?	
	1	() Sim, espontâneo
	2	() Sim, provocado
	3	() Não
	4	() Não quis responder
C12	Se for provocado, onde fez os abortos?	
	1	() em casa
	2	() clínica/ consultório particular
	3	() aborteira/ parteira
	4	() outros
C13	Está atualmente grávida	
	1	() Sim
	2	() Não
AS QUESTÕES C14 A C20 SERÃO APLICADAS SÓ AS GRÁVIDAS (se não é grávida, passar até a questão C21)		
C14	Qual o mês de gestação? _____	
C15	Está fazendo o pré-natal	

	1	() Sim
	2	() Não
C16	Em que mês iniciou o pré-natal? _____	
C17	Você planejou a gravidez para este momento?	
	1	() Sim
	2	() Não, queria esperar mais
	3	() Não, não queria ter mais filhos
	4	() Não quis responder
C18	O que você fez quando soube que estava grávida?	
	1	() gostou, pois queria a gravidez
	2	() não gostou, mas aceitou a gravidez
	3	() companheiro não deixou fazer o aborto
	4	() pensou no aborto mais não teve meios de fazê-lo
	5	() não quis responder
	6	() outros: _____
C19	Se a resposta C17 for negativa, o que contribui para você engravidar?	
	1	() desejo de parceiro
	2	() não sabia usar os métodos anticoncepcionais
	3	() não tinha como comprar esses métodos
	4	() dificuldade de conseguir o método no serviço de saúde
	5	() usou incorretamente o método
	6	() não pensou em gravidez no momento da relação sexual
	7	() “pensei que a gravidez não aconteceria comigo”
	8	() Tem dificuldade na compreensão do uso do método
	9	() não se dava bem com os métodos hormonais
	10	() Não sabe, não quis responder
	11	() outros
C20	Você chegou a tentar o aborto e não conseguiu	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não se aplica
AS QUESTÕES C21 A C31 SERÃO APLICADAS A TODAS AS MULHERES		
C21	Conhece algum método anticoncepcional?	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não se aplica
C22	De qual desses métodos contraceptivos você já ouviu falar? (múltipla escolha)	
	1	() pílula
	2	() injetável mensal
	3	() injetável trimestral
	4	() DIU
	5	() Diafragma
	6	() Camisinha masculina

	7	() Camisinha feminina
	8	() tabela/ outros métodos naturais
	9	() Espermicida
	10	() Pílula de emergência
C23	Como teve esse conhecimento? (múltipla escolha)	
	1	() Por amigas
	2	() Pai/mãe
	3	() Profissionais de saúde
	4	() Parceiro
	5	() Escola
	6	() Televisão
	7	() Revistas
	8	() Livros
	9	() Outros: _____
C24	Já fez uso de algum?	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não se aplica
C25	Quem escolheu o método	
	1	() Você
	2	() Seu parceiro
	3	() Profissional de saúde
	4	() Não se aplica
	5	() Outros: _____
C26	Qual desses métodos você já usou? (múltipla escolha)	
	1	() pílula
	2	() injetável mensal
	3	() injetável trimestral
	4	() DIU
	5	() Diafragma
	6	() Camisinha masculina
	7	() Camisinha feminina
	8	() Tabela/ outros métodos naturais
	9	() Espermicida
	10	() Pílula de emergência
	11	() Nunca usou/ não se aplica
C27	Contraceptivo (s) atual (is)? _____	
C28	O que seu parceiro acha sobre contracepção/ planejamento familiar?	
	1	() Não participa, mas se envolve na escolha
	2	() Participa e se envolve na escolha
	3	() Não se envolve e aceita minhas decisões
	4	() Não aceita o uso de nenhum método
	5	() Não sabe/ não se aplica
C29	Quem se preocupa mais em evitar a gravidez?	
	1	() Você

	2	() Seu parceiro
	3	() Os dois
	4	() Nenhum dos dois
	5	() Outros
	6	() Não se aplica
C30	Você já fez algum teste para descartar câncer de colo de útero?	
	1	() Sim <i>(passar a C32)</i>
	2	() Não
	3	() Não sei
C31	Por que ainda não fez?	
	1	() medo ao resultado
	2	() dor no exame (medo do procedimento)
	3	() sente vergonha
	4	() não tem um centro de saúde perto de casa
	5	() outra: _____
As seguintes questões estão referidas ao atendimento em saúde		
C32	Frequenta a Unidade Básica de Saúde (UBS)?	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não se aplica
C33	Caso não frequente, qual é o principal motivo:	
	1	() Não gosta do serviço e frequenta outro
	2	() Não teve acesso/ não consegue marcação
	3	() Não sabe que tem esse serviço
	4	() Serviço não funciona bem
	5	() Não se aplica
	6	() Outros: _____
<u>Passar a C40 se necessário ou finalizar</u>		
C34	Com que frequência vai a UBS para cuidar de você?	
	1	() uma vez ao mês
	2	() duas vezes ao mês
	3	() uma vez a cada dois meses
	4	() uma vez a cada seis meses
	5	() outras: _____
C35	Você tem buscado atendimento na UBS para: (múltipla escolha)	
	1	() Atendimento no pré-natal
	2	() Atendimento no planejamento familiar
	3	() Realizar o preventivo
	4	() Apenas para recebimento de preservativos
	5	() Atendimento médico/ enfermagem
	6	() Outros: _____
C36	Em qual dessas palestras você já participou (múltipla escolha)	
	1	() Pré-natal
	2	() Planejamento familiar


	3	() DST/ AIDS
	4	() Prevenção do câncer do colo ou de mama
	5	() Nunca participou
	6	() Outras: _____
C37	Frequenta o planejamento familiar do UBS?	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não se aplica
C38	Tem conseguido obter o anticoncepcivo que você usa	
	1	() Sim, sempre tem o método anticoncepcivo
	2	() Sim, mas às vezes falta
	3	() Sim, porem a falta é constante
	4	() Não, pois sempre faltam os métodos
	5	() Não se aplica
C39	Quando o serviço não dispõe do contracepcivo que você usa o que você faz?	
	1	() Compra na farmácia
	2	() Usa outro método disponível no posto
	3	() Interrompe o uso e aguarda chegar
	4	() Procura outro posto de saúde
	5	() Não se aplica
	6	() Outro: _____
As questões C40 a C55 serão aplicadas as mulheres com história de gravidez e partos		
C40	Em que mês iniciou o pré-natal (da última gestação ou atual)? _____	
C41	Você já fez o está fazendo o pré-natal na UBS?	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não se aplica
C42	Se não foi na UBS, em qual desses serviços está fazendo o pré-natal?	
	1	() Centro de saúde (que não é UBS)
	2	() Maternidade
	3	() Clínica/ médico particular
	4	() Hospital de referência de risco
	5	() Outros: _____
	6	() Não se aplica
C43	Porque buscou outro serviço pré-natal?	
	1	() Foi referenciada por pessoal da UBS
	2	() Não teve acesso/ não consegue marcação na UBS
	3	() Não sabe que tem esse serviço
	4	() Não se aplica
	5	() Outros: _____
C44	Apresentou ou apresenta na gestação algumas dessas complicações?	
	1	() Diabetes
	2	() Anemia

	3	() Pressão alta
	4	() Hemorragia
	5	() Outros: _____
	6	() Não se aplica
	7	() Não teve complicações
C45	Foi encaminhada para o serviço de referencia	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não se aplica
C46	Conseguiu ser atendida no serviço de referência?	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não se aplica
C47	O último parto foi atendido:	
	1	() No Hospital
	2	() No domicílio
	3	() Outro _____
C48	O último parto foi:	
	1	() Normal
	2	() Cesário
	3	() Fórceps
	4	() Não sabe
	5	() Não aplica
C49	Foi atendida no primeiro lugar?	
	1	() Sim (<i>passar a C51</i>)
	2	() Não
	3	() Não se aplica
C50	Quantos lugares você passou antes de ser atendida?	

C51	Apresentou no último parto algumas dessas complicações?	
	1	() Hemorragia
	2	() Parto prematuro
	3	() Outros: _____
	4	() Não se aplica
	5	() Não teve complicações
C52	Foi orientada sobre a consulta do puerpério (pós-parto) durante o pré-natal?	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não se aplica
C53	Fez consulta de puerpério no último parto?	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não se aplica
C54	Recebeu visita de alguém da UBS após o parto	
	1	() Sim
	2	() Não (<i>finalizar</i>)
	3	() Não se aplica
C55	De quem foi a visita? (Múltipla escolha)	
	1	() Enfermeira
	2	() ACS
	3	() Médico
	4	() Auxiliar de enfermagem
	5	() Não se aplica
	6	() Não recebeu visita

Muito obrigada!!!!!!

APENDICE C – QUESTIONÁRIO PARA HOMENS

		Universidade Federal de Roraima Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde E-mail responsáveis: liliyarleque@hotmail.com calvino_camargo@hotmail.com		M
Questionário: CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE REPRODUTIVA				
Hora início:	Data da entrevista:	Data do nascimento do informante:	Código de questionário:	
UBS:	ESF:	Agente Comunitário:	Hora final:	

A. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	
A1	Idade: _____
A2	Sexo:
	1 () masculino
	2 () feminino
A3	Qual é sua ocupação/ profissão: _____
A4	Você tem algum trabalho fora de casa no momento:
	1 () Sim
	2 () Não
	3 () Não sei
A5	Em caso da resposta anterior negativa, por quê?
	1 () estudos
	2 () companheiro (a) não permite
	3 () tem que cuidar da casa/ dos filhos
	4 () tem que cuidar de familiares
	5 () condição de saúde desfavorável
	6 () outros: _____
A6	Qual é sua religião atual
	1 () católica
	2 () evangélica
	3 () espírita
	4 () de matriz africana (candomblé, etc.)
	5 () agnóstico/ ateu
	6 () sem religião
	7 () outros: _____
A7	Qual é seu estado civil
	1 () casada (o)
	2 () solteira (o)
	3 () união estável
	4 () divorciada (o)
	5 () viúva (o)
A8	Em qual dessas classificações você define sua raça/cor

	1 () branca
	2 () preta
	3 () parda
	4 () amarela
	5 () indígena
	6 () NRA (Nenhuma resposta acima)
A9	Nível de escolaridade
	1 () Nunca frequentou a escola (<i>passar a A11</i>)
	2 () Ensino fundamental completo
	3 () Ensino fundamental incompleto: _____
	4 () Ensino médio completo
	5 () Ensino médio incompleto: _____
	6 () Universitário
	7 () Universitário incompleto: _____
A10	Estudou em:
	1 () escola pública
	2 () escola particular
	3 () ambas
A11	Se não completou seus estudos, qual foi a principal razão de não estudar?
	1 () Você ou sua parceira ficou grávida/ tinha de cuidar dos (das) filhos (as)
	2 () casou-se/ uniu-se ao parceiro (a)
	3 () precisava trabalhar
	4 () não gostava de estudar
	5 () escola de difícil acesso/ sem vagas
	6 () problemas de saúde
	7 () não quis responder
	8 () outras: _____
A12	Com que idade você parou de estudar: _____
A13	Qual a sua renda pessoal?
	1 () menor que um salário

	2	() salário mínimo
	3	() de um a dois salários
	4	() de dois a três salários
	5	() de três a quatro salários mínimos
	6	() mais de cinco salários mínimos
	7	() não quis responder
	8	() não tem renda
A14	Quem é o principal responsável pelo sustento da família?	
	1	() a própria pessoa
	2	() o (a) companheiro (a)
	3	() pai/mãe
	4	() não se aplica
	5	() outros: _____
A15	Você ou alguém de sua casa recebe algum benefício do governo federal, estadual, municipal ou outro:	
	1	() Sim, qual: _____
	2	() Não
	3	() Não sei
A16	E qual a renda familiar mensal?	
	1	() menor que um salário
	2	() salário mínimo
	3	() de um a dois salários
	4	() de dois a três salários
	5	() de três a quatro salários mínimos
	6	() mais de cinco salários mínimos
	7	() não quis responder
	8	() não tem renda
A17	Quantas pessoas residem em seu domicílio? _____	
A18	Sua residência é	
	1	() própria
	2	() alugada
	3	() outros
B. COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCENCIA		
As questões seguintes estão relacionadas com a sua adolescência (entre os 10 e 19 anos)		
B1	Sua orientação sexual é:	
	1	() Homossexual
	2	() Heterossexual
	3	() Bissexual
	4	() No tenho certeza
	5	Outra: _____
B2	Com quantos anos você teve sua primeira relação sexual?	
	1	Com _____ anos
	2	() Nunca tive (<i>passar a C1</i>)
B3	Com quem foi sua primeira relação sexual:	

	1	() namorada (o)
	2	() amiga (o)
	3	() esposa/ marido
	4	() outro: _____
B4	Sua primeira relação sexual foi:	
	1	() Planejada
	2	() Forçada
B5	Você usou algum método de prevenção na primeira relação sexual?	
	1	() Sim
	2	() Não (<i>passar a B8</i>)
	3	() Não sei (<i>passar a B9</i>)
B6	Se sim, qual (quais)? (<i>Múltipla escolha</i>)	
	1	() Camisinha
	2	() Camisinha feminina
	3	() Pílula
	4	() injeção
	5	() Outro: _____
B7	Se sim, por quê?	
	1	() Porque queria evitar a gravidez
	2	() Porque queria evitar uma doença sexualmente transmissível
	3	() Queria evitar a gravidez e uma doença sexualmente transmissível
	4	() Outra: _____
	<i>Passar a B9</i>	
B8	Se não, por quê?	
	1	() Não tinha nesse momento
	2	() Não tinha dinheiro para comprá-los
	3	() Não gostava de usar
	4	() Não sabia usar/ tinha vergonha de usá-los
	5	() Não pensei que era necessário
	6	() Meu/ minha parceiro (a) não aceitou usar
	7	() Confiava no (na) meu (minha) parceiro (a)
	8	() Não tinha planejado ter relações sexuais
	9	() Outro: _____
B9	Durante a sua adolescência, com quantos parceiros (as) você teve relacionamento sexual?	
	1	_____
	2	() Nenhum (<i>passar a C1</i>)
B10	Durante sua adolescência, teve relações sexuais com parceiros (as) ocasionais?	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não sei

B11	Durante sua adolescência, alguma vez teve relações sexuais com garoto (a) de programa?
	1 () Sim
	2 () Não
	3 () Não sei
B12	Durante sua adolescência, alguma vez um de seus parceiros (as) teve relações sexuais com um (a) garoto (a) do programa?
	1 () Sim
	2 () Não
	3 () Não sei
B13	Durante sua adolescência, você teve alguma doença sexualmente transmissível?
	1 () Sim
	2 () Não (<i>passar a B15</i>)
	3 () Não sei (<i>passar a B15</i>)
B14	Se sim, qual?
	1 () Corrimento uretral
	2 () Corrimento vaginal
	3 () Dor pélvico
	4 () Úlceras genitais
	5 () Outros: _____
B15	Durante sua adolescência, algum de seus parceiros (as) teve alguma doença sexualmente transmissível?
	1 () Sim
	2 () Não (<i>passar a B18</i>)
	3 () Não sei (<i>passar a B18</i>)
B16	Se sim, qual?
	1 () Corrimento uretral
	2 () Corrimento vaginal
	3 () Dor pélvico
	4 () Úlceras genitais
	5 () Outros: _____
B17	Se marcou “ Sim ” em B13 ou B15, RESPONDER: Com que frequência usaram camisinha quando um dos dois teve uma doença sexualmente transmissível?
	1 () Sempre
	2 () Às vezes
	3 () Nunca
	4 () Não sei
B18	Durante sua adolescência, suas práticas sexuais foram frequentemente:
	1 () Sem penetração com masturbação mútua
	2 () Com penetração vaginal ou anal com proteção
	3 () Com penetração vaginal ou anal sem proteção

C. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

C1	Quantos filhos você pretende ou pretendia ter? _____
C2	Quantos filhos você tem?
	1 _____
	2 () Nenhum
C3	Você tem alguma parceira que já ficou grávida?
	1 () Sim
	2 () Não (<i>passar a C11</i>)
	3 () Não sei (<i>passar a C11</i>)
C4	Que idade tinha você e que idade tinha sua parceira quando ficou grávida pela primeira vez?
	1 Você _____
	2 Sua parceira _____
C5	Qual foi o resultado dessa gravidez?
	1 () Nascido vivo
	2 () Nascido morto
	3 () Aborto espontâneo (<i>passar a C7</i>)
	4 () Aborto provocado (<i>passar a C7</i>)
C6	Qual foi o tipo de parto?
	1 () Normal
	2 () Cesário
C7	Atualmente, sua parceira está grávida?
	1 () Sim
	2 () Não (<i>passar a C11</i>)
	3 () Não tenho parceira (<i>passar a C11</i>)
C8	Você planejou esta gravidez para este momento?
	1 () Sim
	2 () Não, queria esperar mais
	3 () Não, não queria ter mais filhos
	4 () Não quis responder
C9	O que você fez quando soube que sua parceira estava grávida?
	1 () gostou, pois queria a gravidez
	2 () não gostou, mas aceitou a gravidez
	3 () companheira não quis fazer o aborto
	4 () pensou no aborto mais não teve meios de fazê-lo
	5 () não quis responder
	6 () outros: _____
C10	Se a resposta C8 for negativa, o que contribuiu para ela engravidar?
	1 () desejo da parceira
	2 () não gostava da camisinha masculina
	3 () não sabia usar os outros métodos anticoncepcionais

	4	() não tinha como comprar esses métodos
	5	() dificuldade de conseguir o método no serviço de saúde
	6	() usou incorretamente o método
	7	() não pensou em gravidez no momento da relação sexual
	8	() “pensei que a gravidez não aconteceria conosco”
	9	() tem dificuldade na compreensão do uso do método
	10	() sua parceira não se dava bem com os métodos hormonais
	11	() Não sabe, não quis responder
	12	() outros
C11	Conhece algum método para evitar ter filhos?	
	1	() Sim
	2	() Não
C12	De qual desses métodos você já ouviu falar? (Múltipla escolha)	
	1	() pílula
	2	() injetável mensal
	3	() injetável trimestral
	4	() DIU
	5	() Diafragma
	6	() Camisinha masculina
	7	() Camisinha feminina
	8	() tabela/ outros métodos naturais
	9	() Espermicida
	10	() Pílula de emergência
C13	Como teve esse conhecimento? (Múltipla escolha)	
	1	() Por amigos
	2	() Pai/mãe
	3	() Profissionais de saúde
	4	() Parceira (o)
	5	() Escola
	6	() Televisão
	7	() Revistas
	8	() Livros
	9	() Outros: _____
C14	Já fez uso de algum?	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não se aplica
C15	Quem escolheu o método para evitar ter filhos	
	1	() Você
	2	() Sua parceira
	3	() Profissional de saúde
	4	() Não se aplica

	5	() Outros: _____
C16	Qual desses métodos você ou sua parceira já usaram? (múltipla escolha)	
	1	() pílula
	2	() injetável mensal
	3	() injetável trimestral
	4	() DIU
	5	() Diafragma
	6	() Camisinha masculina
	7	() Camisinha feminina
	8	() Tabela/ outros métodos naturais
	9	() Espermicida
	10	() Pílula de emergência
	11	() Nunca usou/ não se aplica
C17	Você ou sua parceira usam algum método para evitar ter filhos atualmente?	
C18	O que sua parceira acha sobre contracepção/ planejamento familiar?	
	1	() Não participa, mas se envolve na escolha
	2	() Participa e se envolve na escolha
	3	() Não se envolve e aceita minhas decisões
	4	() Não aceita o uso de nenhum método
	5	() Não sabe/ não se aplica
C19	Quem se preocupa mais em evitar a gravidez	
	1	() Você
	2	() Sua parceira
	3	() Os dois
	4	() Nenhum dos dois
	5	() Outro: _____
	6	() Não se aplica
C20	Você tem alguma disfunção sexual	
	1	() Nenhuma (Passar a C22)
	2	() Baixo desejo sexual
	3	() Disfunção erétil
	4	() Ejaculação precoce
	5	() Dor genital com as relações sexuais
	6	() Outra: _____
C21	Se tem alguma disfunção sexual, já recebeu tratamento?	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não aplica
C22	Você usa algum método de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis/ HIV/ AIDS	
	1	() Não tenho relações sexuais

	2	() Faço exames médicos frequentemente
	3	() Uso camisinha
	4	() Não compartilho seringas
	5	() Não beijo na boca
	6	() Não faço sexo oral
	7	() Tomo cuidados de higiene
	8	() Não faço nada para me prevenir
	9	() Outro: _____
C23	Alguma vez você fez sexo em troca de dinheiro, favores ou vantagens	
	1	() Sim
	2	() Não
C24	Em relação ao sexo com o uso da camisinha para prevenir doenças sexualmente transmissíveis:	
	1	() Usa sempre
	2	() Usa quase sempre
	3	() Usa às vezes
	4	() Não usa nunca
C25	Na sua última relação sexual você usou camisinha?	
	1	() Sim
	2	() Não
	3	() Não me lembro
C26	Por que você não usou camisinha	
	1	() Não tinha nesse momento
	2	() Não tinha dinheiro para comprá-los
	3	() Não gostava de usar
	4	() Não sabia usar/ tinha vergonha de usá-los
	5	() Não pensei que era necessário
	6	() Meu/ minha parceiro (a) não aceitou usar
	7	() Confiava no (na) meu (minha) parceiro (a)
	8	() Não tinha planejado ter relações sexuais
	9	() Outro: _____
As seguintes questões estão referidas ao atendimento em saúde		
C27	Frequenta a Unidade Básica de Saúde (UBS)?	
	1	() Sim (<i>passar a C29</i>)
	2	() Não
	3	() Não se aplica
C28	Caso não frequente, qual é o principal motivo:	
	1	() Não gosta do serviço e frequenta outro
	2	() Não teve acesso/ não consegue marcação
	3	() Não sabe que tem esse serviço

	4	() Serviço não funciona bem
	5	() Não se aplica
	6	() Outros: _____
FINALIZAR a entrevista se não frequenta a UBS		
C29	Com que frequência vai a UBS a cuidar de você	
	1	() uma vez ao mês
	2	() duas vezes ao mês
	3	() uma vez a cada dois meses
	4	() uma vez a cada seis meses
	5	() outras: _____
C30	Você tem buscado atendimento na UBS para: (múltipla escolha)	
	1	() Atendimento no planejamento familiar
	2	() Apenas para recebimento de preservativos
	3	() Atendimento médico/ enfermagem
	4	() Outros _____
C31	Você tem alguma doença crônica?	
	1	() Diabetes
	2	() AIDS
	3	() Câncer
	4	() Outra _____
C31	Em qual dessas palestras você já participou (múltipla escolha)	
	1	() Planejamento familiar
	2	() DST/ AIDS
	3	() Prevenção do câncer da próstata
	4	() Sexualidade e saúde reprodutiva
	5	() Nunca participou
	6	() Outras _____
C32	Frequenta o planejamento familiar do UBS?	
	1	() Sim
	2	() Não (<i>passar a C35</i>)
	3	() Não se aplica
C33	Tem conseguido obter o anticoncepcivo que você usa	
	1	() Sim, sempre tem o método anticoncepcivo
	2	() Sim, mas às vezes falta
	3	() Sim, porém a falta é constante
	4	() Não, pois sempre faltam os métodos
	5	() Não se aplica
C34	Quando o serviço não dispõe do contracepcivo que você usa o que você faz?	
	1	() Compra na farmácia
	2	() Usa outro método disponível no posto

	3	<input type="checkbox"/> Interrompe o uso e aguarda chegar
	4	<input type="checkbox"/> Procura outro posto de saúde
	5	<input type="checkbox"/> Não se aplica
	6	<input type="checkbox"/> Outro: _____
C35	Se não frequenta, onde obtém o contraceptivo:	

	1	<input type="checkbox"/> Farmácia/ supermercado
	2	<input type="checkbox"/> Através do namorado (a)
	3	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Muito Obrigada!!

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE REPRODUTIVA DOS ADULTOS JOVENS DA CIDADE DE BOA VISTA - RORAIMA.

Pesquisador: liliana yanina yarleque pizango

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54902218.4.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.625.162

Apresentação do Projeto:

A pesquisa retorna ao CEP/UFRR para sanar pendências conforme Parecer: 1.548.679. Trata-se de um projeto de pesquisa que pretende abordar o tema do comportamento sexual na adolescência e suas implicações na saúde reprodutiva dos adultos jovens brasileiros.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as características do comportamento sexual na adolescência e suas implicações na saúde reprodutiva dos adultos jovens.

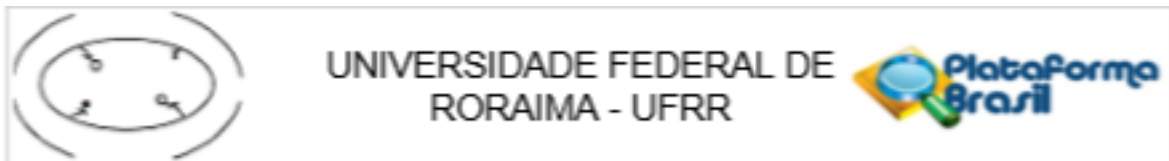
Objetivo Secundário:

- Identificar e descrever as características do comportamento sexual.- Identificar os níveis de vulnerabilidade para doenças sexualmente transmitidas (DST) em cada grupo.- Correlacionar às características do comportamento sexual e suas implicações na saúde reprodutiva dos jovens.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
 Bairro: Aeroporto CEP: 69.304-000
 UF: RR Município: BOA VISTA
 Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br



Continuação do Parecer: 1.825.182

Considerando que o instrumento é um questionário e por isso, entende-se que as atividades de coleta de dados não representam riscos significativos os sujeitos participantes. A possibilidade de dano à dimensão moral, social, espiritual ou de outro tipo; é mínima porque os dados serão mantidos em absoluto sigilo pelos pesquisadores (termo de proteção de risco e confidencialidade).

obs: na versão anterior a pesquisadora não apresentava riscos

Benefícios:

Compreender o comportamento sexual dos adolescentes nos permitira desenvolver ações para modificar esses comportamentos e melhorar sua saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa volta ao CEP/UFRR para sanar as seguintes pendências:

- 1) Indicar riscos da pesquisa no corpo da pesquisa;
- 2) Indicar riscos da pesquisa no TCLE

Como recomendação este comitê de Ética apontou:

- 1) Atualização do cronograma de pesquisa;
- 2) Carta de Anuência observada de acordo com Norma Operacional 01/2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e as pendências e recomendações foram sanadas.

Recomendações:

Recomenda-se a Aprovação da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há novas pendências. As pendências existentes foram sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_640902.pdf	13/06/2016 22:19:11		Aceito
Outros	carta_de_anuencia.jpg	13/06/2016 22:17:56	liliana yanina yarleque pizango	Aceito

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
 Bairro: Aeroporto CEP: 69.304-000
 UF: RR Município: BOA VISTA
 Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 1.625.162

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	13/06/2016 20:38:21	liliana yanina yarleque pizango	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/06/2016 20:37:39	liliana yanina yarleque pizango	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	13/06/2016 20:32:24	liliana yanina yarleque pizango	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	curriculo.pdf	26/02/2016 19:30:26	liliana yanina yarleque pizango	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	26/02/2016 19:22:29	liliana yanina yarleque pizango	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 06 de Julho de 2016

Assinado por:
Ijanílio Gabriel de Araújo
(Coordenador)

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto CEP: 69.304-000
UF: RR Município: BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Boa Vista, 14 de março /2016

Senhora

Ivete Souza da Silva

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima – CEP/UFRR

Prezada Senhora,

Eu, Liliana Yanina Yarlequé Pizango, responsável principal pelo Projeto de Dissertação o qual pertence ao curso de Mestrado em Ciência da Saúde – PROCISA, da Universidade Federal de Roraima, venho pelo presente, solicitar, através da Secretaria Municipal de Saúde, autorização para realizar pesquisa nas Unidades Básicas, para o trabalho de pesquisa sob o título “Características do comportamento sexual na adolescência e suas implicações na saúde reprodutiva dos adultos jovens da cidade de Boa Vista – Roraima”, com o objetivo de analisar as características do comportamento sexual na adolescência e suas implicações na saúde reprodutiva dos adultos jovens. A pesquisa é orientada pelo Professor Dr. Calvino Camargo.

Após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Gerência.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

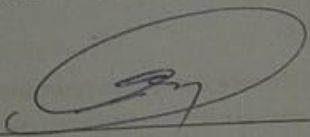
Pesquisador principal: Liliana Yanina Yarlequé Pizango

Fone: (95) 99157-1374 E-mail: liliyarleque@hotmail.com

Orientador: Dr. Calvino Camargo

Fone: (95) 98117-0411 E-mail: calvino_camargo@hotmail.com


Atenciosamente,



Dr. Calvino Camargo
Universidade Federal de Roraima

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação



Secretário Municipal de Saúde

Kleber da Silva Pinheiro
Secretário Municipal de
Saúde
Decreto nº 118/UP de 26/05/2015

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Características do comportamento sexual na adolescência e suas implicações na saúde reprodutiva dos adultos jovens da cidade de Boa Vista – Roraima”

Pesquisador Responsável: Liliana Yanina Yarlequé Pizango

Este projeto tem o objetivo de Analisar a características do comportamento sexual na adolescência e suas implicações na saúde reprodutiva dos adultos jovens.

Para tanto, será necessário realizar os seguintes procedimentos, um entrevistador treinado irá pedir-lhe para responder uma série de perguntas através de um questionário, estas questões estão relacionadas com a sua sexualidade e saúde reprodutiva. A entrevista será realizada no lugar onde você se sente mais confortável e com total privacidade.

Durante a execução do projeto não se realizara procedimento nenhum que possa colocar em risco sua saúde física, nem mental más se no decorrer da entrevista você sente algum desconforto pode solicitar a interrupção desta. Porém, se no transcurso da pesquisa surgir alguma demanda relacionada à saúde sexual e reprodutiva, ou de outra ordem, o participante que desejar, poderá ser encaminhado à unidade de saúde de referência para acompanhamento.

Os dados fornecidos serão mantidos em absoluto sigilo pelos pesquisadores para reduzir qualquer possibilidade de dano moral, espiritual o de outro tipo; considerando as características da pesquisa.

Sua participação nos permitirá identificar alguns fatores do comportamento sexual durante à adolescência que influem na saúde reprodutiva da população, o que podem gerar algumas ações para melhorar à saúde da população adolescente de Boa Vista.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com a Liliana Yanina Yarlequé Pizango, por meio do número de telefone (95) 36256527 – (95) 991571374 ou no ENDEREÇO PROFISSIONAL DO PESQUISADOR: Prédio da PROCISA (Área do Centro de Ciências da Saúde – CCS, primeira entrada a direita após o portal da entrada principal) - UFRR. Av. Ene Garcez 2413 – Campus Paricarana. CEP 69304000, Bairro Aeroporto, Boa Vista-RR, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____, declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Acrescentar contato do colaborador, se houver.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes à pesquisa ao participante, de forma apropriada e voluntária.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do pesquisador: _____

Contato do pesquisador: telefone _____ e-mail:
