

**KELLY APARECIDA PALMA ALVES**

**PERCEPÇÃO DE RISCO DA INFECÇÃO PELO HIV ENTRE ADOLESCENTES  
GRÁVIDAS NO DISTRITO FEDERAL**

**BRASÍLIA - DF**

**2010**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**KELLY APARECIDA PALMA ALVES**

**PERCEPÇÃO DE RISCO DA INFECÇÃO PELO HIV ENTRE ADOLESCENTES  
GRÁVIDAS NO DISTRITO FEDERAL**

**Dissertação apresentada como requisito  
parcial para obtenção do Título de Mestre em  
Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-  
Graduação em Ciências da Saúde da  
Universidade de Brasília**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Socorro Nantua Evangelista**

**BRASÍLIA - DF  
2010**

**KELLY APARECIDA PALMA ALVES**

**PERCEPÇÃO DE RISCO DA INFECÇÃO PELO HIV ENTRE  
ADOLESCENTES GRÁVIDAS NO DISTRITO FEDERAL**

**Dissertação apresentada como requisito  
parcial para obtenção do Título de Mestre em  
Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-  
Graduação em Ciências da Saúde da  
Universidade de Brasília.**

**Aprovado em 30 de julho de 2010**

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Socorro Nantua Evangelista - (presidente)**

**Departamento de Enfermagem – FS/UnB**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce Guilhem - (membro efetivo)**

**Departamento de Enfermagem – FS/UnB**

**Prof. Dr. Mauro Niskier Sanchez - (membro efetivo)**

**Programa Nacional de Controle da Tuberculose - Ministério da Saúde**

**Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves - (membro suplente)**

**Departamento de Enfermagem – FS/UnB**

*Dedico este trabalho ao Eduardo  
cujo amor e carinho são  
fundamentais em minha vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora, professora Dr<sup>a</sup> Maria do Socorro Nantua Evangelista pela confiança, estímulo, amizade e pela agradável convivência nos últimos anos. Meus agradecimentos e admiração.

Aos meus pais responsáveis pela minha educação, pelo apoio, carinho e amor e por entenderem a distância durante o desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores e servidores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Ao Eduardo Bonilha da biblioteca do Ministério da Saúde pela eficiência e atenção na busca dos artigos.

A Maria Auxiliadora Nantua pelo apoio e estímulo.

Aos colegas da Escola Superior de Ciências da Saúde pelo apoio e incentivo especialmente para as amigas da primeira série do curso de enfermagem.

Aos colegas do Núcleo de Vigilância Epidemiológica pela motivação e apoio.

A Leiva, Leide, Betânia, Líria pela amizade sempre presente.

A Sirlene pelos momentos tão valiosos de conversa e descontração.

Aos meus ex-alunos da Faculdade Alvorada e Universidade Católica de Brasília pelo apoio e colaboração na fase de coleta de dados.

Aos meus padrinhos por apoiarem meus estudos e por acreditarem em mim.

Aos meus irmãos pela amizade, compreensão e apoio.

A minha sobrinha Gabriela presença sempre alegre.

A Valéria Fernandes pelo apoio.

A Dr.<sup>a</sup> Dirce Guilhem e ao Dr. Mauro Niskier Sanchez por aceitarem discutir este trabalho.

Aos diretores e servidores das Unidades de Saúde da SES/DF pelo apoio na coleta de dados.

As adolescentes que gentilmente aceitaram participar do estudo.

*“É preciso defender a igualdade sempre que a diferença gerar inferioridade,  
defender a diferença sempre que a igualdade implicar em descaracterização”*

*(Boaventura de Sousa Santos)*

## RESUMO

### Percepção de risco da infecção pelo HIV entre adolescentes grávidas no Distrito Federal

A elevada freqüência de gravidez entre adolescentes tem revelado práticas sexuais desprotegidas com conseqüente risco de adquirir DST/HIV/aids. Realizou-se um estudo transversal com objetivo de analisar a percepção de risco da infecção pelo HIV entre as adolescentes grávidas, atendidas pela rede pública de saúde do Distrito Federal. Foram entrevistadas, de abril a novembro de 2009, 336 gestantes de 13 a 19 anos de idade. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da SES/DF (Parecer 033/2009). O banco de dados foi realizado por meio do *software SPSS* e na análise estatística utilizou-se o teste  $\chi^2$  de Pearson. A média e a mediana em relação à idade foram de 17,4 anos e 18,0 anos, respectivamente. A maioria das entrevistadas era casada/união consensuada (60,0%), a religião predominante foi à católica (53,0%). A maior parte das entrevistadas considerou-se de cor parda, 65,2% das adolescentes não freqüentava escola e 21,7% assinalaram atividade laboral. No que se refere à renda familiar 68,2% viviam com até dois salários mínimos. Quanto aos hábitos de vida 20,9% revelaram o consumo de álcool pelo menos uma vez por semana, 11,6% fumavam regularmente e 7,7% admitiram o consumo de drogas ilícitas. A primeira relação sexual ocorreu em média aos 14,8 anos de idade, 64,0% usaram preservativo na primeira relação e 14,9% no último coito. Cerca de 23,0% das adolescentes registravam a segunda ou terceira gravidez. Houve um registro médio de 2,8 parceiros sexuais na vida. Mais de 80,0% das participantes assinalou não ter dificuldade na aquisição do preservativo. Quanto à percepção de risco em relação ao HIV, 33,3% perceberam o risco ao engravidar. As adolescentes com mais de um parceiro sexual na vida se perceberam mais em risco ao engravidar ( $p < 0,014$ ). Não houve significado estatístico na percepção do HIV ao engravidar em relação à idade ( $p < 0,288$ ), estado civil ( $p < 0,080$ ), escolaridade ( $p < 0,160$ ), religião ( $p < 0,565$ ), coabitação ( $p < 0,111$ ), número de gestações ( $p < 0,984$ ), freqüência de uso do preservativo ( $p < 0,736$ ) e consumo de bebidas alcoólicas ( $p < 0,189$ ). Um total de 25,0% das adolescentes se perceberam em risco de adquirir a infecção pelo HIV atualmente. Na análise considerando a percepção ou não de risco para adquirir o HIV atualmente as adolescentes casadas/união consensuada e as que coabitavam com parceiro perceberam menos o risco de se contaminarem com o HIV ( $p < 0,000$ ) e ( $p < 0,001$ ), respectivamente. Na comparação entre a percepção do risco atual de adquirir a infecção pelo HIV e a idade ( $p < 0,447$ ), escolaridade ( $p < 0,0521$ ), religião ( $p < 0,267$ ), número de gestações ( $p < 0,361$ ), número de parceiros sexuais ( $p < 0,083$ ), freqüência do uso do preservativo ( $p < 0,429$ ) e consumo de bebida alcoólica ( $p < 0,121$ ), não houve significado estatístico. As principais fontes de informações sobre DST/aids foram à escola (26,2%), os profissionais de saúde (25,4%), os livros, revistas, televisão e a internet (22,2%). A orientação sobre gravidez ficou a cargo dos profissionais de saúde (28,1%), escola (18,3%) e pais (19,2%). Os resultados apontaram para a vulnerabilidade das adolescentes em relação ao risco de adquirir a infecção pelo HIV no Distrito Federal,



evidenciando a necessidade de ações educativas multidisciplinares e interdisciplinares direcionadas a este grupo.

Palavras-Chave: adolescência; percepção de risco; infecção HIV

## ABSTRACT

### **Perceived risk of HIV infection among pregnant teenagers in the Federal District.**

The high rate of teenage pregnancies has shown unprotected sexual intercourse with a consequent risk of acquiring STD/HIV/AIDS. A cross-sectional study aimed to examine the perceived risk of HIV infection among pregnant teenagers who were patients of the Federal District public health network was conducted. From April to November 2009, 336 women between the ages of 13 and 19 were interviewed. This study was approved by the SES/DF Ethics Committee (Opinion 033/2009). The database was created using SPSS software and the statistical analysis was conducted using the Pearson  $\chi^2$  test. The mean and median in relation to age was 17.4 years and 18.0 years, respectively. The majority of respondents were married or in a consensual union (60.0%) and the predominant religion was Catholic (53.0%). Most respondents considered themselves to be dark-skinned, 65.2% of the adolescents were not attending school, and 21.7% reported that they had some type of work activity. With regard to family income, 68.2% lived on up to two minimum salaries per month. Life habits showed 20.9% consumed alcohol at least once a week, 11.6% smoked regularly, and 7.7% admitted to illicit drug use. The first sexual intercourse occurred on average at 14.8 years of age, 64.0% used condoms during their first intercourse, and 14.9% used them during their most recent intercourse. About 23.0% of the adolescents reported that this was their second or third pregnancy. There was an average of 2.8 sexual partners up to the time the study was conducted. More than 80.0% of the participants indicated that they had no difficulty acquiring condoms and 33.3% perceived the risk of becoming pregnant. Adolescents with more than one sexual partner during their sexually active life perceived themselves to be most at risk of becoming pregnant ( $p < 0.014$ ). There was no statistical significance in the perception of HIV with becoming pregnant in relation to age ( $p < 0.288$ ), marital status ( $p < 0.080$ ), education ( $p < 0.160$ ), religion ( $p < 0.565$ ), cohabitation ( $p < 0.111$ ), number of pregnancies ( $p < 0.984$ ), frequency of condom use ( $p < 0.736$ ), or alcohol consumption ( $p < 0.189$ ). A total of 25.0% of the adolescents perceived themselves to be at risk of acquiring HIV infection. In the analysis considering the presence or absence of the perception of risk for acquiring HIV, teenagers currently married/in a consensual union or cohabiting with a partner perceived less risk of being contaminated with HIV ( $p < 0.000$ ) and ( $p < 0.001$ ), respectively. In the comparison between the perception of current risk of acquiring HIV infection with age ( $p < 0.447$ ), education ( $p < 0.521$ ), religion ( $p < 0.267$ ), number of pregnancies ( $p < 0.361$ ), number of sexual partners ( $p < 0.083$ ), frequency of condom use ( $p < 0.429$ ), and alcohol intake ( $p < 0.121$ ) showed no statistical significance. The main sources of information about STD/AIDS were school (26.2%); health professionals (25.4%); and books, magazines, television and the Internet (22.2%). Advice about pregnancy was the responsibility of health professionals (28.1%), schools (18.3%) and parents (19.2%). The results showed the vulnerability of adolescents in relation to the risk of acquiring HIV infection in the Federal District,

highlighting the need for multidisciplinary and interdisciplinary educational activities aimed at this group.

Keywords: adolescence; risk perception; HIV infection

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa do Distrito Federal do Brasil .....	34
Figura 2 -	Fontes principais de informações sobre DST/aids e gravidez para as adolescentes, Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	61

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos nascidos vivos, população adolescente, amostra e fração de amostragem por regional de residência e Unidade de Saúde, em mulheres entre 10 e 19 anos, no ano de 2005, Distrito Federal, Brasil – 2005 .....	36
Tabela 2 -	Distribuição das adolescentes grávidas segundo características sociodemográficas, Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	42
Tabela 3 -	Distribuição das adolescentes grávidas segundo religião e cor/raça, Distrito Federal, Brasil - 2009 .....	43
Tabela 4 -	Características socioeconômicas das adolescentes grávidas, Distrito Federal, Brasil - 2009 .....	44
Tabela 5 -	Distribuição das adolescentes segundo o local de residência, Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	45
Tabela 6 -	Distribuição das adolescentes grávidas segundo o estilo de vida, Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	46
Tabela 7 -	Características da primeira relação sexual segundo informações das adolescentes gestantes no Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	47
Tabela 8 -	Características da última relação sexual descritas pelas gestantes adolescentes, Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	48
Tabela 9 -	Aspectos relacionados à saúde da mulher e comportamento sexual das adolescentes gestantes no Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	49
Tabela 10 -	Justificativa das adolescentes grávidas para o uso ou não do preservativo com parceiro fixo, Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	51

Tabela 11 - Justificativa das adolescentes grávidas para o uso ou não do preservativo com parceiro eventual, Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	52
Tabela 12 - Atitudes das adolescentes grávidas em relação ao uso do preservativo, Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	53
Tabela 13 - Percepção do risco de adquirir o HIV ao engravidar pelas adolescentes grávidas no Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	54
Tabela 14 - Percepção atual do risco de adquirir o HIV pelas adolescentes grávidas residentes no Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	55
Tabela 15 - Distribuição dos participantes segundo percepção de risco para adquirir o HIV ao engravidar, Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	56
Tabela 16 - Distribuição dos participantes segundo percepção de risco para adquirir o HIV ao engravidar, Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	58
Tabela 17 - Distribuição das adolescentes segundo percepção atual do risco de adquirir o HIV, Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	59
Tabela 18 - Distribuição das adolescentes segundo percepção ou não atual de adquirir o HIV atualmente, Distrito Federal, Brasil – 2009 .....	60

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo dos critérios de definição de caso de aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais (Brasil, 2003). .....	39
Quadro 2 - Critérios para o diagnóstico da gravidez (Brasil, 2005). .....	41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DST: Doenças sexualmente transmissíveis

DF: Distrito Federal

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

ES: Espírito Santo

CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

SES/DF: Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal

Elisa: *Enzyme Linked Immunosorbent Assay*

EIA: *Enzyme Immuno Assay*

Meia: *Microparticle Enzyme Immuno Assay*

PCR: *Polimerase Chain Reaction*

Nasba: *Nucleic Acid Sequence Based Amplification*

TIG: teste imunológico para gravidez

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

ACO: anticoncepcional oral

PI: Piauí

SP: São Paulo

PB: Paraíba

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

EUA: Estados Unidos da América

RS: Rio Grande do Sul

SC: Santa Catarina



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	21
2.1 CARACTERÍSTICAS DA ADOLESCÊNCIA .....	21
2.2 INICIAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA .....	23
2.3 PROTEÇÃO CONTRA AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, INFECÇÃO PELO HIV E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA .....	24
2.4 GÊNERO E SEXUALIDADE .....	25
2.5 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E INFECÇÃO PELO HIV NA ADOLESCÊNCIA .....	27
2.6 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA .....	28
2.7 VULNERABILIDADES .....	28
2.8 EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA .....	30
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	32
3.1 OBJETIVO GERAL .....	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	32
<b>4. MÉTODOS</b> .....	33
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	33
4.2 ÁREA DE TRABALHO .....	33
4.3 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	35
4.4 AMOSTRA .....	35
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	37
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	37
4.7 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO .....	37
4.8 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ .....	38
4.9 ANÁLISE DOS DADOS .....	39
4.10 ASPECTOS ÉTICOS .....	39
<b>5. RESULTADOS</b> .....	40
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	60
<b>7. CONCLUSÕES</b> .....	78
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	80
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	81

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>103</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (1) circunscreve a adolescência como a segunda década da vida do ser humano (10 a 19 anos). É, sobretudo, nessa etapa do ciclo vital que a sexualidade apresenta-se como elemento significativo da formação da identidade, manifestada por múltiplas identificações, como a da imagem corporal, da descoberta do “outro” como objeto de amor ou desejo, da descoberta de si e das relações com familiares, com grupos, com profissionais (2) e com a sociedade. Adicionalmente, há mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais que suscitam a adoção de práticas e comportamentos novos na busca de autonomia, bem como a exposição a riscos de diversas naturezas (3).

É nessa fase que o adolescente inicia a vida sexual, que se caracteriza por ser cada vez mais precoce (4), ocorrendo em geral com o uso inconsistente do preservativo (4, 5, 6, 7) e com uma baixa adesão às medidas de planejamento familiar, o que termina por contribuir para aumentar a vulnerabilidade dos jovens às doenças sexualmente transmissíveis (DST), ao HIV e à gravidez. O elevado número de casos de gestação entre as adolescentes (8) revela práticas sexuais desprotegidas.

Dentre os fatores que interferem no uso consistente do preservativo pelos adolescentes, destacam-se o sentimento de invulnerabilidade, a confiança estabelecida nos relacionamentos afetivos (9, 10, 11), as dificuldades de acesso ao preservativo, a crença na diminuição do prazer (9), as atividades sexuais não programadas (9), o enfoque moralista do discurso dos profissionais de saúde, quando se referem à sexualidade do adolescente (9, 10), o fatalismo ou a negação da doença (9), a percepção da aids como mais um risco dentre outros mais emergentes, como a miséria, a violência, o desemprego e a discriminação (9).

A esses fatores acrescentam-se a resistência inerente aos adolescentes de se reconhecerem nas mensagens de alerta acerca da aids, uma vez que predomina nesse segmento o pensamento mágico e a crença de que dificilmente algo de ruim poderia acontecer a eles, além de um sentimento de que gozam de uma certa imunidade quanto aos riscos decorrentes da prática do sexo desprotegido (10).

Ante tal constatação, impõe-se que qualquer iniciativa de prevenção da aids venha a fornecer informações corretas e capazes de garantir ao adolescente

reconhecer-se na situação de risco e conscientizar-se da importância da utilização dos recursos disponíveis para sua proteção (9).

No tocante às adolescentes, porém, as questões de gênero (12) representam um obstáculo para a percepção de risco do HIV, visto que tais questões se apresentam de forma desfavorável nas mulheres, transformando-as em desiguais e tornando-as vulneráveis tanto do ponto de vista das formas e níveis de discriminação quanto do exercício da sexualidade (13). Enfim, as assimetrias de gênero na relação homem x mulher desencadeiam submissão feminina (14), limitando o poder de negociação das adolescentes durante os relacionamentos sexuais e, conseqüentemente, a sua proteção contra as DST, o HIV e a gravidez (13).

O reflexo dessa situação se mostra nos dados referentes à epidemia de aids no Brasil. Dentre os 587 casos notificados em 2008, 55,0% eram do sexo feminino, com idade entre 13 e 19 anos (15). No que diz respeito à gravidez na adolescência, em 2006, 21,5% dos casos de gestações no Brasil envolveram esse grupo. No Distrito Federal (DF), por exemplo, a representatividade no mesmo grupo foi de 15,5% das grávidas (16).

Diante disso, faz-se necessário que as adolescentes, de maneira geral, venham a ter conhecimentos e habilidades que as auxiliem na adoção de comportamentos que previnam a infecção pelo HIV e a gravidez precoce, o que determina a necessidade constante de um trabalho educativo junto a essa população.

Nesse contexto de fragilidade vivenciada pelas adolescentes, torna-se mister compreender como elas perceberam o risco da infecção pelo HIV frente à gravidez. Da mesma forma, há a necessidade de se compreender o porquê da não adesão aos métodos preventivos da gravidez e da infecção pelo HIV, por parte dos adolescentes.

Por sua vez, estes dados deverão servir de subsídio para o planejamento das ações preventivas junto a esse segmento social. As informações aqui obtidas poderão auxiliar na construção de conteúdos pedagógicos dentro da educação formal, ou seja, essas informações poderão direcionar as ações de educação em saúde nas escolas.

Além disso, os dados obtidos poderão ser utilizados por Faculdades e Universidades, por meio de projetos de extensão ou mesmo no conteúdo de disciplinas relacionadas ao tema, bem como em atividades práticas.

Enfim, as informações obtidas poderão ser usadas para direcionar as ações de prevenção e promoção à saúde sexual das equipes de saúde da família, visto que poderão expressar a realidade das áreas das equipes de saúde da família.

## **2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1 CARACTERÍSTICAS DA ADOLESCÊNCIA**

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, sendo marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (17).

Para a Organização Mundial da Saúde (1) a adolescência compreende a segunda década da vida do indivíduo (de 10 a 19 anos), enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescência a faixa etária compreendida entre 12 e 18 anos (17, 18, 19). Como se percebe, existe um descompasso entre a fixação etária do Estatuto da Criança e do Adolescente e a da Organização Mundial da Saúde, também adotada pelo Ministério da Saúde.

É importante dizer que a adoção do critério cronológico objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública (17).

Ressaltando-se que os critérios biológicos, psicológicos e sociais também devem ser considerados na abordagem conceitual da adolescência, alguns autores classificam a adolescência em fases, a saber:

- A adolescência precoce (de 10 a 14 anos) é o período em que se inicia a maturação física puberal, havendo um extremo interesse e curiosidade sobre o próprio corpo, além de as fantasias sexuais serem frequentes, podendo servir como motivo de culpa, com destaque para a atividade masturbatória (20, 21, 22, 23).
- A adolescência média (de 15 a 17 anos) é a fase em que o desenvolvimento puberal está completo ou quase completo, sendo

marcada pela menarca no sexo feminino e a pela semenarca nos homens. Por um lado, o comportamento sexual costuma ser de natureza exploratória, por meio de encontros marcados, de carícias, de relações casuais, observando-se a necessidade de experimentação sexual. Nessa fase, existe uma preocupação com a aparência física, sendo bastante forte a influência da moda (20, 21, 22, 23).

- Na adolescência tardia (de 17 a 19 anos), presencia-se a consolidação da identidade, que deve ser alcançada para que ocorra a incorporação de responsabilidades e do papel de adulto. Nesse momento, o relacionamento com o parceiro do sexo oposto torna-se estreito, íntimo e afetuoso. Além disso, é nessa fase que o adolescente busca a viabilidade econômica e a estabilidade social, por meio de preocupações mais consistentes, finalizando com a escolha profissional (20, 21, 22, 23).

Pode-se inferir daí que a transição vivenciada pelo adolescente é uma das mais complexas do ciclo vital. As mudanças do próprio corpo, no processo denominado de puberdade, e as modificações que incidem nas vivências relacionadas com os outros adquirem novos significados e níveis de integração pessoal, isto é, a crescente constituição da identidade torna-se caracterizada pela autonomia pessoal. Para a maioria dos adolescentes, é uma época de expansão de horizontes e autodescobertas (24).

É sobretudo nesse intervalo da vida que a sexualidade apresenta-se como elemento significativo na formação da identidade do adolescente, manifestada por múltiplas identificações, como a da imagem corporal, da descoberta do “outro” como objeto de amor ou desejo e da descoberta de si e das relações com os familiares, grupos e profissionais (2, 25).

Em geral, a atividade sexual inicia-se na adolescência sem a clareza suficiente sobre os impulsos e as necessidades (26). O adolescente, que vive a evolução da sexualidade, é, na maioria das vezes, imaturo para lidar com o impulso sexual voltado para a genitalidade dentro de um corpo a todo o momento renovado por mudanças marcantes. Inevitavelmente, existirá o conflito paradoxal entre o físico totalmente pronto para a reprodução e o psíquico despreparado (26).

## 2.2 INICIAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

A primeira relação sexual é considerada um marco na vida reprodutiva de qualquer indivíduo e tem ocorrido cada vez mais precocemente (27, 28, 29, 30).

Segundo Costa et al. (20), as adolescentes do sexo feminino iniciam a vida sexual entre 15 e 17 anos e, no sexo masculino, dos 13 aos 15 anos. Essa relação envolve como par romântico os próprios adolescentes, sem aconselhamento médico prévio e “escondido” (31).

Estudos realizados nos anos 90 mostraram que a média de idade da primeira relação sexual em adolescentes do sexo feminino era de 16 anos e que 70,0% dos adolescentes com 19 anos tiveram pelos menos uma relação sexual, quando se consideraram ambos os sexos. Em 2000, no Brasil, a média de idade da primeira relação sexual em meninas foi de 15 anos (25).

Ressalta-se que a iniciação sexual em idades mais tardias motiva os adolescentes à busca de mais informações sobre métodos de proteção (30), o que constitui-se fator protetor contra as DST/aids.

A literatura tem revelado que, na maioria das vezes, a iniciação sexual de adolescentes do sexo masculino ocorre mais precocemente do que a do sexo feminino (4). Além disso, os indivíduos negros, aqueles adolescentes sem acesso ao sistema educacional ou de baixa escolaridade, pertencentes a grupos sociais mais desfavorecidos, trabalhadores e sem religião, são os mais propensos a iniciar-se sexualmente na adolescência precoce (32).

Vale ressaltar que os motivos que desencadeiam a primeira relação sexual vão desde a pressão do companheiro, a rebeldia, a insegurança, o medo de perder o namorado, a vingança da família, o desejo de ser aceito pelo grupo ou de se sentir mulher, além de se ter curiosidade, estar sob efeito de álcool e drogas ou apaixonado (31, 33).

Estudos revelam a existência de algumas peculiaridades importantes acerca da iniciação sexual relacionadas às questões de gênero. Geralmente, no sexo feminino, o parceiro da primeira relação sexual é o namorado e, em alguns casos, um eventual parceiro. E, no sexo masculino, entre 40,0 a 50,0% dos casos, essa iniciação tem como parceiro a namorada ou eventuais parceiras, e cerca de 30,0% com prostitutas. Tal cenário aponta que as mulheres, predominantemente, julgam

necessário algum envolvimento afetivo para a iniciação sexual, o que não ocorre com os homens (20, 33).

Cabe assinalar que a maioria dos adolescentes, mesmo conhecendo os métodos contraceptivos, inicia a vida sexual sem proteção contra a gravidez precoce e as DST/aids (33).

### 2.3 PROTEÇÃO CONTRA AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, INFECÇÃO PELO HIV E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

O uso do preservativo é uma importante forma de prevenção contra as doenças sexualmente transmissíveis, a infecção pelo HIV e a gravidez não planejada.

Dentre os diversos estudos realizados com adolescentes sobre o uso de métodos de proteção/contracepção, vários deles mostraram que, embora o conhecimento sobre os métodos contraceptivos seja elevado, e que houve um aumento considerável da proteção nos últimos anos isso não implicou necessariamente no uso adequado ou regular desses recursos, nem que esse uso seja uma realidade em todos os adolescentes e na totalidade das relações sexuais (34, 35, 36).

Neste contexto, os fatores que influenciam a decisão do sexo protegido dependem da relação existente entre os parceiros. Aliás, convém ressaltar que um dos principais fatores para o não uso do preservativo é a presença do parceiro fixo (37, 38, 39).

Segundo Aquino et al. (40), há uma tendência de relaxamento das práticas de proteção para a gravidez, à medida que se consolidam relacionamentos mais estáveis. O que conseqüentemente interfere diretamente na proteção contra as DST e a infecção pelo HIV.

Outros fatores que influenciam o não uso do preservativo são: dificuldades financeiras para a aquisição deste (41), esquecimento, custo e desprazer na relação sexual (28, 42), as experiências sexuais não planejadas, estar sob influência de álcool e drogas, e a propensão para assumir riscos (31, 43).



Além disso, estudos indicam que a frequência do uso do preservativo aumenta, proporcionalmente com o nível de escolaridade (44, 45).

Um estudo realizado por Miranda et al. (34), com adolescentes do sexo feminino, em Vitória/ES, no ano de 2002, mostrou que o nível de escolaridade é uma variável explicativa da diferença de comportamento, no que se refere às práticas sexuais de risco. As adolescentes com maior grau de escolaridade relataram o uso mais frequente do preservativo, inclusive na primeira e na última relação sexual, revelando, assim, regularidade na proteção.

Outro caso de comportamento sexual de risco dos adolescentes foi abordado por Griep et al. (38), em um estudo com adolescentes entre 13 e 19 anos de idade, no Rio de Janeiro, em 2003, em que ficou evidenciada a “confiança no parceiro” como um dos principais fatores apontados para o não uso do preservativo, principalmente entre as meninas. Estas também referiram ao fato de que o “parceiro não aceita” o uso do preservativo.

Neste contexto, é relevante destacar que frequentemente o comportamento feminino ainda se encontra vinculado à subalternidade na relação mulher x homem. Quando o relacionamento envolve afeto, é comum a sensação ilusória de invulnerabilidade, como se o amor garantisse “proteção” contra a infecção pelo HIV (38, 39).

## 2.4 GÊNERO E SEXUALIDADE

O gênero imprime normas, valores, percepções e representações que acompanham a vida das pessoas, legitimando a identidade. Por isso, sua análise tem contribuído enormemente para a discussão da sexualidade (29).

Em todas as sociedades, há diferenças entre os papéis sociais desempenhados pelo homem e pela mulher, no que diz respeito ao acesso, de um e de outra, aos recursos produtivos e à autonomia para tomar decisões. Historicamente, essas diferenças se expressam de forma desfavorável às mulheres, transformando-se em desigualdades que as prejudicam fortemente, por exemplo, no acesso ao emprego, à educação, à moradia e à renda. Além disso, essas

desigualdades também delineiam diferentes formas e níveis de discriminação quanto ao exercício da sexualidade feminina (46).

Com efeito, a naturalização desse modelo de gênero pode causar impacto à saúde, uma vez que, para cumprir os padrões do que é ser homem ou mulher, ambos têm que desempenhar uma prática sexual que lhes é nociva do ponto de vista do risco às DST/aids e à própria vida (29).

Neste contexto, os exercícios da sexualidade são profundamente marcados pela desvalorização do feminino e pelo domínio do masculino, gerando, assim, conflitos, frustrações e violências que atingem ambos os sexos, em suas vivências do prazer e da afetividade (47). Tais valores, incorporados tanto pelo homem quanto pela mulher, terminam por resultar em riscos e problemas para ambos, sobretudo a partir da adolescência, com o início da prática sexual. O modo cultural de, por exemplo, as adolescentes lidarem não só com o próprio corpo, mas com o dos outros, bem como com o afeto, o sexo, os desejos, as frustrações, as fantasias e as idealizações. O modo como vêm e enfrentam o mundo e o que nele acontece, o que identificam, ou não, como risco à sua saúde. Tudo isso as leva a se expor, ou não, a problemas variados no âmbito da sexualidade e reprodução (47).

As assimetrias de gênero nas relações entre homens e mulheres acabam por desencadear a submissão feminina (14). Em virtude disto, as relações de gênero não poderiam ser de outra forma: limitam o poder de negociação das adolescentes durante os relacionamentos sexuais e, conseqüentemente, a sua proteção efetiva contra as doenças sexualmente transmissíveis, a infecção pelo HIV e a gravidez indesejada (13, 46).

## 2.5 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E INFECÇÃO PELO HIV NA ADOLESCÊNCIA

Com o avanço da epidemia da infecção pelo HIV, as doenças sexualmente transmissíveis assumiram um papel ainda mais relevante, principalmente quando foi mostrado que estas facilitam a propagação do vírus da imunodeficiência (46).

No tocante à adolescência, fatores biológicos, psíquicos e sociais podem aumentar a vulnerabilidade desse grupo às doenças sexualmente transmissíveis e à infecção pelo HIV (48).

Do ponto de vista biológico, a existência de uma imaturidade do epitélio cilíndrico do colo do útero e da proteção imunológica local nas adolescentes (22), associada ao fato de que a superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e que este tem concentração de HIV (livre e no interior das células) significativamente maior do que o líquido vaginal (49) e, nas adolescentes pós-menarca, a imaturidade do colo do útero associada a um pH vaginal elevado (50) determina uma fragilização adicional frente à infecção pelo HIV e às DST. No âmbito psíquico, esta é uma fase de definição da identidade sexual com experimentação e variabilidade de parceiros (22, 42). Na esfera social, a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconômico estão associados às DST (22, 42).

Segundo Petri (51), não existem estatísticas que determinam a frequência real das principais DST entre adolescentes que iniciaram a vida sexual. Muito menos se sabe quantos estariam contaminados ou correndo risco de contaminar-se com o HIV. Sabe-se que a probabilidade de contaminação com os agentes mais comuns é muito alta. A precocidade da iniciação sexual e o maior número de parceiros aumentam a probabilidade de contrair herpes genital, papilomavírus, uretrites, corrimentos por tricomonas, monília e outros agentes de inflamação genital, assim como às hepatites B e C. Essas condições, por sua vez, facilitam a instalação do HIV, em caso de contato sexual com pessoa contaminada.

## 2.6 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A iniciação sexual precoce e o uso inadequado de preservativos associado à prática sexual com múltiplos parceiros tornam as adolescentes vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis, à infecção pelo HIV e à gravidez precoce (4, 25, 28, 33, 39, 52, 53). O termo precoce é designado para a fecundidade de mulheres abaixo dos 20 anos de idade, não apenas por motivos biológicos, mas também pelas implicações sociais, bem como pelas consequências negativas no nível educacional e econômico (52).

Tem-se como pressuposto que a gravidez na adolescência é vivida de múltiplas formas e que os contextos sociais definem universos de possibilidades e de significações diferentes entre os jovens de distintas classes sociais (40).

A gravidez na adolescência, conforme se sabe, está associada a altas taxas de morbimortalidade materna, maiores riscos de aborto, complicações no parto e prematuridade. Do ponto de vista social, há que se considerar o aumento no potencial de perda de oportunidades educacionais e de trabalho, entre aquelas adolescentes que engravidam. Sendo assim, as mães adolescentes podem ser forçadas a abandonar a escola mais cedo, vindo reduzidas as chances de conseguirem uma inserção em atividades produtivas que exijam maior qualificação (35, 54).

As adolescentes engravidam na sua grande maioria sem planejamento por falta de informação, por um difícil acesso aos serviços de saúde, por desconhecimento sobre métodos anticoncepcionais, pela busca afetiva de um objeto de amor ou somente por experimentação sexual (55).

## 2.7 VULNERABILIDADES

A discussão sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e à aids proposta originalmente por Mann e colaboradores (56) trouxe um novo direcionamento para o enfrentamento do problema no mundo.

Essa nova abordagem busca superar conceitos como “grupo e comportamento de risco”, que vinham servindo como base para a orientação e avaliação de ações preventivas em HIV/aids, contribuindo, assim, para uma ampliação do foco da atenção para a sociedade como um todo e não apenas para grupos isolados (57, 58).

A vulnerabilidade pode ser definida como:

[...] a situação resultante de uma conjunção de fatores individuais (biológicos, cognitivos e comportamentais), programáticos (programas de prevenção, educação, controle e assistência, bem como vontade política), sociais (relacionados às questões econômicas e sociais) e culturais (submissão a padrões e crenças morais, hierarquias, relações de poder, questões de gênero), interdependentes e mutuamente influenciáveis, assumindo pesos e significados diversos que variam no decorrer do tempo e determinam o grau de susceptibilidade de indivíduos e grupos em relação a questões de saúde (Guilhem (14), p. 63-64).

Este conceito difere do conceito de risco, pois não visa distinguir a probabilidade de uma pessoa se expor ao HIV, mas busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que cada pessoa ou grupo populacional específico tem de se contaminar, considerando o conjunto formado por algumas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema (59).

Segundo Ayres et al. (57, 58), a vulnerabilidade procura particularizar as diferentes situações de suscetibilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) frente à epidemia da aids. Além do mais, para o enfrentamento do problema de maneira concreta, é necessário um enfoque interdisciplinar e intersetorial.

Ao se pensar na vulnerabilidade a que as mulheres estão expostas, é preciso enfatizar a importância de se investir no *empowerment*<sup>1</sup> feminino, sabendo-se que a mudança de comportamento não é determinada apenas pela fórmula “conhecimento + vontade”, mas envolve outros fatores como coerções, recursos de ordem cultural, econômica, política, jurídica e até policial, que estão distribuídos de forma desigual entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixa etária (59), ou

---

<sup>1</sup> *Empowerment* – não há um termo que permita uma tradução adequada, mas tem sido frequentemente empregado como “empoderamento” (59). Outros termos também podem ser utilizados a depender do contexto em que se inserem, dentre eles: aquisição de poder, outorga de poder e conquista de poder (14).

seja, a mudança de comportamento dependerá das alternativas e perspectivas que se apresentam para o indivíduo ao longo da vida (60).

Neste sentido a aquisição de poder por parte das mulheres é resultado de sua capacidade de duvidar, de desiludir-se das crenças de que o casamento/união estável é uma forma de proteção contra o HIV (14), sendo necessário para o fortalecimento da capacidade de negociação sexual das mulheres intervenções de cunho cultural (61).

Segundo Barbosa (61) a percepção de risco é um aspecto importante para avaliar a vulnerabilidade das mulheres a aids. É importante salientar que a percepção de risco envolve a compreensão e capacidade de assimilação das informações acerca da aids pelo indivíduo. Essa construção de conhecimento é mediada por questões de gênero, classe social, raça e outros componentes sociais. (60).

Assim, o contexto de vida da adolescente pode predispor-la a comportamentos sexuais que a coloque em maior vulnerabilidade. Essas características do contexto podem estar relacionadas as questões de gênero, a iniciação sexual precoce, a competência verbal de negociar o uso do preservativo, ao desejo de planejar o futuro, os aspectos familiares, as pressões grupais, a auto-estima (62), o próprio desenvolvimento cognitivo da adolescência, as dificuldades econômicas, o acesso a educação e serviços de saúde de qualidade, tais aspectos também influenciam diretamente a percepção de risco acerca da aids.

## 2.8 EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

A educação sexual tem o objetivo de contribuir para que os adolescentes tenham uma visão positiva da sexualidade, fazendo com que eles desenvolvam uma comunicação clara nas relações interpessoais, elaborem os próprios valores a partir de um pensamento crítico e tomem decisões responsáveis a respeito da própria vida sexual (2).

Um estudo realizado por Romero et al. (25), no município de Guararema, São Paulo, em 2001, revelou que os adolescentes não têm informações consistentes que possam incorporar sobre o desenvolvimento e a saúde sexual e, embora recebam

muitas informações sobre sexo, nem sempre sabem tanto quanto aparentam saber, além de possuírem pouco acesso à orientação e aos serviços de planejamento familiar, sendo a fonte do saber, muitas vezes, conceitos equivocados, carregados de tabus, oriundo de colegas e amigos que também não tiveram acesso à educação em sexualidade. Dessa forma, a desinformação neste setor se torna um círculo vicioso, difícil de romper.

Por sua vez, inúmeros serviços de saúde encontram-se despreparados para o trabalho com adolescentes, sem foco voltado para a atenção às peculiaridades e complexidades das suas necessidades. Dentre as dificuldades mais comuns, encontra-se a falta de suportes e espaços apropriados às suas demandas, seja no campo da orientação, seja no da proteção ou recuperação da saúde sexual e reprodutiva. Não raras vezes, os sentidos do corpo e as desigualdades e diferenças de distintas ordens são ignoradas, num processo de homogenização e simplificação da saúde do adolescente (47).

Neste sentido, é preciso ressaltar que a saúde sexual e reprodutiva depende de uma série de condições socioculturais propícias, como adequadas condições de vida, serviços de saúde de qualidade e padrões culturais de subjetividade e comportamentos favoráveis. De acordo com o acesso a certas condições sociais e a tradução de grupo social e familiar de referência, dos valores e comportamentos legitimados em torno dos corpos, modelam-se as necessidades em saúde sexual e reprodutiva na adolescência (47).

Dessa forma, a educação sexual na adolescência deve ser um processo contínuo vinculado à formação de crianças e adolescentes com informações científicas e elementos de esclarecimento e reflexão para entender a sexualidade, nesse momento da vida, de forma plena e saudável (20).

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Estudar a percepção de risco das adolescentes grávidas acerca da infecção pelo HIV no Distrito Federal em 2009.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil das adolescentes grávidas no Distrito Federal.
- Levantar os fatores que influenciaram o não uso do preservativo entre as adolescentes gestantes.
- Comparar variáveis sócio-comportamentais e a percepção de risco da adolescente frente à infecção pelo HIV.



## 4. MÉTODOS

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal. Segundo Pereira (63), o estudo transversal é uma pesquisa em que a relação exposição-doença é examinada em uma dada população, em um particular momento. Ela fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento.

### 4.2 ÁREA DE TRABALHO

O presente trabalho foi desenvolvido junto à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O Distrito Federal, sede do Governo Brasileiro, encontra-se localizado na Região Centro-Oeste do Brasil e faz divisa com os Estados de Goiás e Minas Gerais. Possui uma extensão territorial de 5.802 km<sup>2</sup> e uma população de 2.606.885 habitantes, com densidade demográfica de 449,3 hab/km<sup>2</sup>. O clima predominante no Distrito Federal é conhecido como tropical de altitude, com verão úmido e chuvoso e inverno seco (com umidade relativa de 20% ou abaixo) e frio. A temperatura média anual é de 21°C, com máxima histórica de 35,8°C e mínima histórica de 1,6°C (64).

O território do Distrito Federal subdivide-se em vinte e nove regiões administrativas: Brasília, Gama, Taguatinga, Brazlândia, Sobradinho, Planaltina, Paranoá, Núcleo Bandeirante, Ceilândia, Guará, Cruzeiro, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Recanto das Emas, Lago Sul, Riacho Fundo, Lago Norte, Candangolândia, Águas Claras, Riacho Fundo II, Sudoeste/Octogonal, Varjão, Park Way, Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (Estrutural), Sobradinho II, Jardim Botânico, Itapoã, Setor de Indústria e Abastecimento (65).

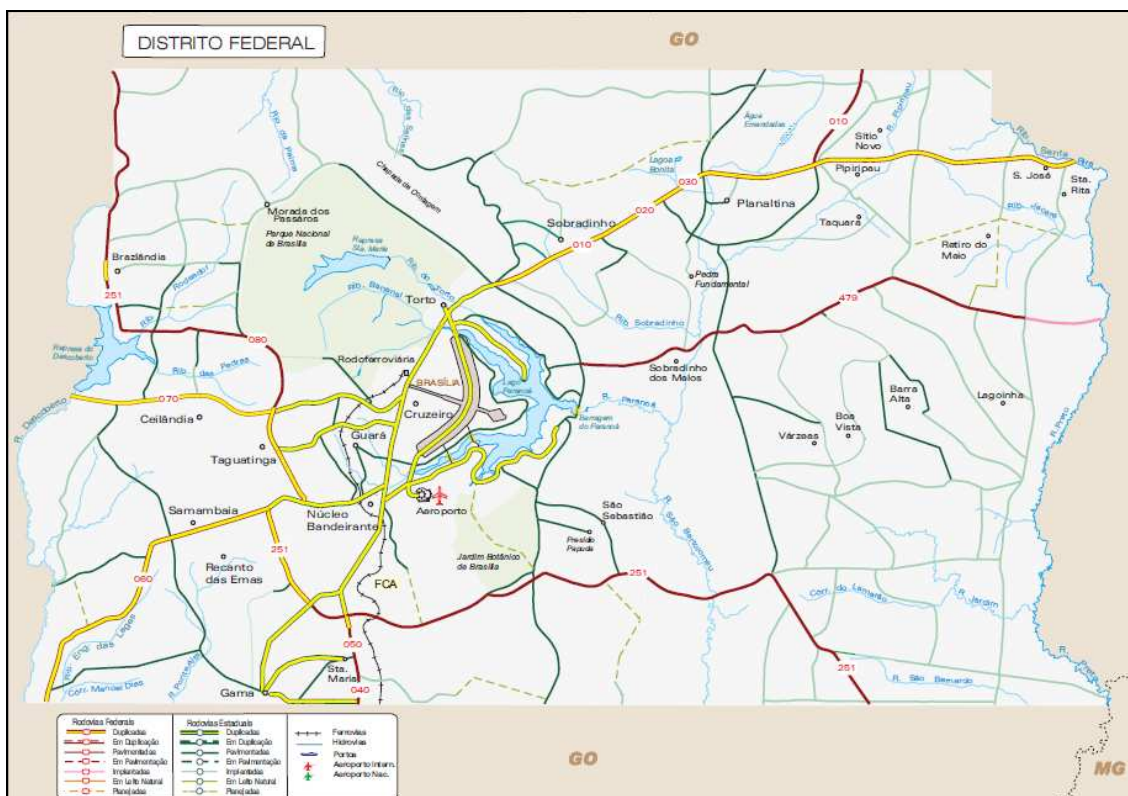


Figura 1 – Mapa do Distrito Federal do Brasil (66).

Fonte: Ministério dos transportes, Brasil.

A rede pública de saúde do DF é responsável por cerca de 70,0% de todos os atendimentos do setor saúde (67). Dispõe de 66 centros de saúde, três unidades mistas de saúde (Asa Sul, Taguatinga e São Sebastião), além de postos de saúde urbanos e rurais, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e centros de atenção psicossocial (CAPS), um Instituto de Saúde Mental e equipes de saúde da família e saúde bucal distribuídas em diferentes regionais. Quanto à rede hospitalar, o DF conta com 12 hospitais regionais, além do Hospital de Base, do Hospital Universitário de Brasília, do Hospital de Apoio, do Hospital São Vicente de Paulo, bem como do Hospital Sarah (65).

### 4.3 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista previamente estabelecido e testado, por um estudo piloto, com adolescentes não incluídas na população do estudo.

O instrumento para registro das informações (Apêndice A) continha dados sociodemográficos (idade, estado civil, local de residência, renda, escolaridade, profissão, religião, raça/cor), hábitos de vida (consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas), antecedentes pessoais (número de gestações, histórico de DST, transfusão de sangue, tatuagem/*piercing*, realização de Papanicolau, prostituição e número de parceiros), dados sobre o comportamento sexual (primeira relação sexual, uso do preservativo, uso de métodos contraceptivos, última relação sexual) além das fontes de informações acerca do HIV/aids/gravidez e percepção de risco para a infecção pelo HIV ao engravidar e atualmente.

### 4.4 AMOSTRA

A amostra foi constituída de adolescentes do sexo feminino, com idade entre 13 e 19 anos grávidas e residentes no Distrito federal. Foi solicitado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal o quantitativo de nascidos vivos por faixa etária e o local de residência da mãe em 2005, distribuídos por regional de Saúde (Tabela 1) para cálculo da amostra.

Tabela 1 - Distribuição dos nascidos vivos, população adolescente, amostra e fração de amostragem por regional de residência e Unidade de Saúde, em mulheres entre 10 e 19 anos, no ano de 2005, Distrito Federal, Brasil – 2005

Local de residência	Idade (10 a 19 anos)			
	Nascidos vivos	N*	n**	f=n/N
Planaltina	691	18138	331	1,82%
Sobradinho	491	15337	330	2,15%
Gama	393	14682	329	2,24%
Santa Maria	505	14544	329	2,26%
Paranoá	402	7156	322	4,50%
São Sebastião	357	6902	321	4,65%
Brazlândia	275	6618	321	4,84%
Ceilândia	1.153	39723	334	0,84%
Recanto das Emas	453	11674	327	2,80%
Samambaia	801	23051	332	1,44%
Taguatinga	607	28771	333	1,16%
Asa Norte	107	10797	327	3,03%
Cruzeiro	67	6796	321	4,72%
Lago Norte	74	3633	308	8,49%
Asa Sul	136	11238	327	2,91%
Candangolândia	50	2032	289	14,23%
Guará	353	13282	329	2,47%
Lago Sul	33	2696	300	11,11%
N. Bandeirante	80	4043	311	7,69%
Riacho Fundo	180	5310	317	5,97%
Distrito Federal	7245***	246791	336	0,14%
Adolescentes grávidas no DF		7245	264	3,64%

\* N=Tamanho da população

\*\* n=Tamanho da amostra

\*\*\* A estimativa de dados ignorados foi de 37 adolescentes em 2005, segundo dados da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Com base nestes dados, foi calculado o tamanho da amostra (n) a ser estudada, considerando a seguinte fórmula (68):

$$n = \frac{np(1-p) z_{\frac{\alpha}{2}}^2}{(N-1)d^2 + p(1-p) z_{\frac{\alpha}{2}}^2}, \text{ onde:}$$

N = Tamanho da população geral de adolescentes

p = Estimativa da proporção

n = Tamanho da amostra

d = Erro de amostragem

$z_{\frac{\alpha}{2}}$  = Abscissa de distribuição normal padrão correspondente à área da cauda  $\frac{\alpha}{2}$

Sendo assim,

$\alpha$	$1-\alpha/2$	Z	$z^2$	p	$p(1-p)$	d	$d^2$
5,00%	97,50%	1,96	3,8415	0,0364	0,0351	2%	0,04%

Em resumo, a amostra foi calculada em 336 adolescentes grávidas residentes no Distrito Federal.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas todas as adolescentes grávidas, independentemente de idade, sexo, cor, raça e religião, residentes no Distrito Federal, que procuraram atendimento pré-natal entre abril e novembro de 2009, na rede de saúde pública do DF e que aceitaram participar do estudo.

#### 4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as adolescentes gestantes procedentes do Distrito Federal que não concordaram em participar da pesquisa e as grávidas que não realizaram o pré-natal, bem como as que foram acompanhadas exclusivamente na rede privada de saúde.

#### 4.7 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Inicialmente, foi realizado um levantamento do quantitativo de mulheres grávidas por regional de saúde na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Posteriormente, foram selecionadas as mulheres na faixa etária entre 10 e

19 anos residentes no Distrito Federal, bem como o total de adolescentes por regional de saúde do DF. Esses dados foram utilizados para o cálculo da amostra.

Foram selecionados, por sorteio, 22 serviços de assistência pré-natal (Apêndice B) da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e realizada uma sensibilização dos gestores acerca da proposta da pesquisa. Em seguida, foi solicitado, dessas unidades de saúde, o cronograma de consultas e de reuniões de pré-natal das gestantes adolescentes.

Após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizada a coleta de dados. Durante o trabalho de campo, três Unidades de Saúde foram substituídas, também por sorteio, por não apresentarem registro do atendimento objeto do estudo.

A população alvo foi constituída pelas adolescentes grávidas que procuraram as unidades de saúde para realização do pré-natal, no período de abril a novembro de 2009. A escolha das adolescentes foi aleatória. As adolescentes foram contatadas para a entrevista na sala de espera de consultórios ou em reuniões do pré-natal, nas unidades de saúde selecionadas.

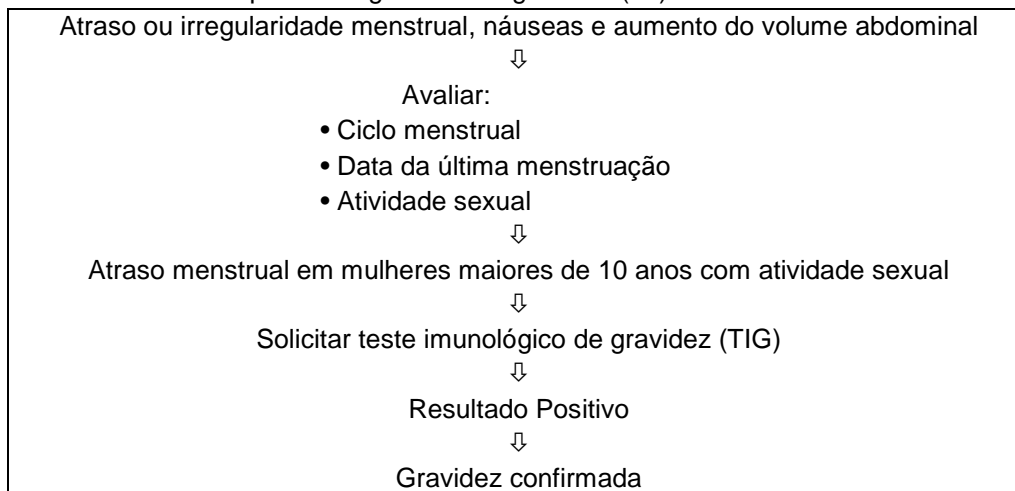
A média de gestantes levantada por unidade de saúde foi de aproximadamente 15 pessoas. Cada entrevista teve uma duração média de 20 minutos, tendo sido garantida a privacidade da adolescente gestante durante esta.

A coleta dos dados foi realizada pela autora da pesquisa e por monitores treinados.

#### 4.8 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ

O diagnóstico de gravidez baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Frente a uma amenorreia ou atraso menstrual, suspeita-se de uma gestação. Na prática, para as mulheres que procuram os serviços com atraso menstrual que não ultrapassa 16 semanas, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo profissional de saúde da unidade básica, por meio de um teste imunológico para gravidez (TIG), de acordo com os procedimentos especificados do quadro abaixo. Para as mulheres com atraso menstrual maior que 16 semanas, ou que já saibam estar grávidas, o teste laboratorial é dispensável (70).

Quadro 2 - Critérios para o diagnóstico da gravidez (70).



#### 4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados, por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 15.0, e, na análise estatística, utilizou-se o teste qui-quadrado.

#### 4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, conforme Parecer nº 033/2009 (Anexo A). Todas as adolescentes selecionadas receberam informações acerca da pesquisa e foram convidadas a participar voluntariamente do estudo. Após consentimento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), sendo que, para as adolescentes menores de 18 anos, esse documento foi assinado também pelos representantes legais de cada entrevistada (71).

## 5. RESULTADOS

A população do presente estudo constituiu-se de 336 adolescentes grávidas residentes no Distrito Federal no ano de 2009. Os dados foram levantados no Programa de Pré-natal das Unidades Públicas de Saúde do Distrito Federal no ano de 2009.

As características sociodemográficas das adolescentes podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das adolescentes grávidas segundo características sociodemográficas, Distrito Federal, Brasil – 2009

<b>Variáveis</b>	<b>n (336)</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
13	01	0,3
14	12	3,6
15	23	6,8
16	56	16,7
17	65	19,3
18	73	21,7
19	106	31,5
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	133	39,6
Casada	48	14,3
União consensual	154	45,8
Separada/divorciada	01	0,3
<b>Reside com</b>		
Pai/mãe	72	21,4
Pais	44	13,1
Parceiro	202	60,1
Avós	07	2,1
Sozinha	02	0,6
Outros	09	2,7

Na análise das características, por idade, da população estudada, as adolescentes se encontravam na faixa etária entre 13 e 19 anos, sendo que a média e a mediana em relação à idade foram de 17,4 anos e 18,0 anos, respectivamente. No que se refere ao estado civil, 133 entrevistadas (39,6%) eram solteiras, 48 (14,3%) eram casadas e 154 gestantes (45,8%) declararam união consensual (Tabela 2).



A análise da Tabela 2 mostrou, quanto à coabitação, que 202 das adolescentes moravam com o parceiro (60,1%), 44 (13,1%) residiam com os pais e 72 (21,4%) viviam com um dos genitores, sendo que, na maioria dos casos, com a mãe (91,6%). As demais entrevistadas moravam ou com avós (2,1%), ou sozinhas (0,6%), ou com amigos, tios e irmãos (2,7%).

Os dados relativos à crença religiosa e cor/raça das adolescentes grávidas estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das adolescentes grávidas segundo religião e cor/raça, Distrito Federal, Brasil - 2009

<b>Variáveis</b>	<b>n (336)</b>	<b>%</b>
<b>Religião</b>		
Evangélica	102	30,4
Católica	178	53,0
Nenhuma	50	14,9
Outras	06	1,8
<b>Cor/raça</b>		
Branca	62	18,5
Parda	200	59,5
Preta	59	17,6
Amarela	11	3,3
Indígena	04	1,2

Considerando a Tabela 3, a religião predominante foi a católica, com 178 adolescentes (53,0%), seguida da evangélica, com 102 (30,4%). Cinquenta das interrogadas (14,9%) não se referiram a qualquer religião. Outras religiões citadas pelas adolescentes foram a espírita, com quatro adeptas (1,2%), a umbanda, com uma, e a mórmon, também com uma, perfazendo 0,3%, respectivamente. A maior parte das entrevistadas considerou-se de cor parda - 200 delas (59,5%), seguida da raça branca (18,5%) e da preta (17,6%). Houve também o relato de 11 participantes (3,3%) que se consideraram amarelas e quatro casos (1,2%) que se declararam indígenas (Tabela 3).

A seguir são apresentadas outras características das gestantes adolescentes, dentre as quais, a frequência à escola, a escolaridade, o trabalho e a renda (Tabela 4).

Tabela 4 - Características socioeconômicas das adolescentes grávidas, Distrito Federal, Brasil - 2009

<b>Variáveis</b>	<b>n (336)</b>	<b>%</b>
<b>Frequenta escola?</b>		
Sim	117	34,8
Não	219	65,2
<b>Escolaridade (anos)</b>		
Analfabeta	01	0,3
1 a 3	08	2,4
4 a 7	110	32,7
8 a 11	199	59,2
≥ 12	18	5,4
<b>Trabalha?</b>		
Sim	73	21,7
Não	263	78,3
<b>Renda familiar (salários mínimos)*</b>		
Até 1	83	24,7
> 1 a 2	146	43,5
> 2 a 5	92	27,4
≥ 6	11	3,3
Não sabe	04	1,2

\*O salário mínimo na época do estudo era de R\$ 465,00 (Equivalente a 248,66 dólares).

Ao analisar a Tabela 4, verificou-se que a maior parte das gestantes adolescentes não frequentava escola (65,2%). Quanto à escolaridade, foi possível observar que uma adolescente era analfabeta (0,3%), 110 (32,7%) possuíam entre quatro a sete anos de estudo e a maior parte - 199 entrevistadas (59,2%) frequentou ou concluiu o 2º Grau. Dezoito adolescentes do estudo iniciaram o Ensino Superior (5,4%).

Considerando a inserção das adolescentes no mercado de trabalho, verificou-se que 21,7% das gestantes estudadas assinalaram atividade laboral. No que se refere à renda familiar das adolescentes entrevistadas, um total de 229 gestantes (68,2%) viviam com até dois salários mínimos, 92 (27,4%) informaram renda familiar entre dois e cinco salários mínimos, em 11 casos (3,3%), a participação familiar alcançava de seis a mais salários mínimos e quatro adolescentes (1,2%) não souberam responder essa questão.

Na Tabela 5, estão distribuídas as gestantes entrevistadas por local de residência.

Tabela 5 - Distribuição das adolescentes segundo o local de residência, Distrito Federal, Brasil - 2009

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Local de Residência</b>		
Águas Claras	01	0,3
Asa Norte	01	0,3
Asa Sul	14	4,2
Brazlândia	20	6,0
Ceilândia	55	16,4
Cruzeiro	01	0,3
Gama	29	8,6
Guará	15	4,5
Núcleo Bandeirante	12	3,6
Planaltina	21	6,3
Recanto das Emas	24	7,1
Riacho Fundo	04	1,2
Samambaia	38	11,3
Santa Maria	21	6,3
São Sebastião	20	6,0
Sobradinho	18	5,4
Taguatinga	22	6,5
Varjão	20	6,0
<b>Total</b>	<b>336</b>	<b>100</b>

A maior parte da população entrevistada residia em domicílios situados em regiões periféricas do Distrito Federal (95,5%), segundo os dados da Tabela 5.

Durante a coleta de dados, foi observado que parte das adolescentes teve seu pré-natal realizado em Centros de Saúde próximos ao local de trabalho e não da residência. As Regionais Administrativas com maior número de entrevistadas foram: Ceilândia (16,4%), Samambaia (11,3%) e o Gama (8,6%).

A Tabela 6 apresenta a distribuição das adolescentes gestantes segundo os hábitos de vida.

Tabela 6 - Distribuição das adolescentes grávidas segundo o estilo de vida, Distrito Federal, Brasil - 2009

Variáveis	n (336)	%
<b>Consumo de bebidas alcoólicas nos últimos doze meses</b>		
Uma vez por semana	52	15,5
Mais de uma vez por semana	18	5,4
Uma vez por mês	42	12,5
Menos de uma vez por mês	14	4,2
Não utilizou	210	62,5
<b>Uso de tabaco (nº cigarros/dia)</b>		
1 a 4	17	5,1
5 a 9	09	2,7
10 a 19	10	3,0
≥ 20	03	0,9
Não utiliza	297	88,4
<b>Uso de outras drogas ilícitas nos últimos doze meses</b>		
Somente maconha	10	3,0
Somente cocaína aspirada	04	1,2
Maconha e cocaína aspirada	09	2,7
Maconha e <i>crack</i>	01	0,3
Cocaína aspirada e <i>crack</i>	01	0,3
Anfetaminas	01	0,3
Não utilizou	310	92,3

Ao se questionarem as gestantes quanto ao uso regular de bebida alcoólica, ficou evidente que a maioria das entrevistadas não consumia álcool (62,5%). Setenta adolescentes (20,9%) revelaram o consumo de álcool pelo menos uma vez por semana e 12,5%, uma vez ao mês. Em relação ao uso do tabaco, 39 gestantes (11,6%) fumavam regularmente. Cinco por cento das adolescentes relataram fumar um a quatro cigarros/dia, 2,7% consumiam de cinco a nove cigarros/dia e 3,9% utilizavam mais de dez cigarros diariamente (Tabela 6).

Quanto ao contato com drogas ilícitas, 26 entrevistadas (7,7%) admitiram o seu consumo, entretanto a maior parte (92,3%) não fazia uso de tal tipo de droga. Dentre as drogas ilícitas mais utilizadas, a maconha foi a predominante, com 20 usuárias (6,0%). A cocaína foi relatada para consumo pelas gestantes em 14 casos (4,2%). Com relação à cocaína vs *crack*, o percentual foi de 0,6% e à cocaína vs maconha, 2,7% foi o que se revelou. Não houve relato de uso de drogas ilícitas injetáveis (Tabela 6).

As características do primeiro coito encontram-se descritas na Tabela 7.

Tabela 7 - Características da primeira relação sexual, segundo informações das adolescentes gestantes no Distrito Federal, Brasil - 2009

Variável	n (336)	%
<b>Idade (anos)</b>		
11 a 15	206	61,3
16 a 19	130	38,7
<b>Motivações para a realização da atividade sexual</b>		
Vontade	188	56,0
Curiosidade	61	18,2
Não sabe	32	9,5
Pressão do parceiro	22	6,6
Prova de amor	13	3,9
Casamento	11	3,3
Pressão das amigas	05	1,5
Desafiar os pais	03	0,9
Foi obrigada	01	0,3
<b>Métodos preventivos utilizados</b>		
Preservativo	212	63,1
ACO* e preservativo	03	0,9
ACO*	12	3,6
Coito interrompido	01	0,3
Contracepção de emergência	01	0,3
Nenhum	106	31,5
Não sabe	01	0,3

\*ACO: anticoncepcional oral

Quando se analisou a idade da primeira relação sexual entre as adolescentes entrevistadas (Tabela 7), verificou-se que esta ocorrera em média aos 14,8 anos, sendo que, no relato de 206 delas (61,3%), o primeiro coito aconteceu antes dos 15 anos de idade. O principal motivo relacionado pelas entrevistadas para a iniciação sexual foi a própria vontade com 188 citações (56,0%), seguido da curiosidade - 61 adolescentes (18,2%) e da pressão por parte dos parceiros com 22 gestantes (6,6%).

Outras participantes afirmaram que a primeira relação sexual ocorreu como prova de amor ao namorado - 13 (3,9%), ou em função de casamento - 11 (3,3%). Cinco entrevistadas informaram que as amigas influenciaram no processo decisório de iniciação sexual (1,5%). Três adolescentes referiram-se ao fato de que queriam desafiar os pais (0,9%). Uma afirmou que foi obrigada pelo parceiro (0,3%) e 32 (9,5%) não souberam explicar o motivo.

Em relação ao uso de métodos preventivos, 212 entrevistadas (63,1%) relataram o uso de preservativo, o anticoncepcional oral foi utilizado por 12 (3,6%)

adolescentes. Em três casos (0,9%) foi relatado o uso concomitante do preservativo e do anticoncepcional oral. Uma adolescente utilizou o coito interrompido e outra recorreu à contracepção de emergência. Em contrapartida, 106 delas (31,5%) iniciaram a vida sexual sem proteção contra a gravidez/DST/aids (Tabela 7).

A seguir, a Tabela 8 apresenta a distribuição das participantes segundo as características da última relação sexual.

Tabela 8 - Características da última relação sexual descritas pelas gestantes adolescentes, Distrito Federal, Brasil - 2009

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Métodos utilizados (n=336)</b>		
Preservativo	50	14,9
ACO*	13	3,9
Não sabe	02	0,6
Nenhum	271	80,7
<b>Motivo para a não utilização do método preventivo (n=271)</b>		
Estava grávida	122	45,0
Não gosta de usar	49	18,0
Não pensou nisso durante o contato sexual	45	16,6
Parceiro não quis usar	15	5,6
Parceiro fixo	13	4,8
Não planejava ter relações sexuais	08	2,9
Planejava ficar grávida	05	1,9
Não quis usar	03	1,1
Motivos religiosos	02	0,7
Estava alcoolizada	02	0,7
Medo de perder o parceiro	01	0,4
Responsabilidade do parceiro	01	0,4
Não sabe	05	1,9

\*ACO: Anticoncepcional oral

Na análise do uso de métodos preventivos utilizados pelas gestantes na sua última relação sexual (Tabela 8), observou-se uma redução do quantitativo de adolescentes que utilizaram algum método de proteção, em comparação com o relato do primeiro coito. Dessa forma, na última relação sexual, 50 adolescentes (14,9%) faziam uso de preservativo, 13 participantes (3,9%) relataram o uso de anticoncepcional oral, duas delas (0,6%) não souberam informar o método utilizado e 271 delas, ou seja, 80,7% das entrevistadas não utilizaram nenhuma proteção.

As principais razões alegadas para o não uso de um método de proteção contra gravidez/DST/aids na última relação sexual, na totalidade das gestantes

analisadas, foram: a referência à gravidez em curso com 122 casos (45,0%), não gostar de usar métodos preventivos com 49 entrevistadas (18,0%), não pensar nisso no momento do contato sexual (16,6%), parceiro não aceita (5,6%), entre outros fatores. O parceiro fixo foi citado como um dos motivos que levaram à não proteção da adolescente durante o último ato sexual com 4,8% das respostas (Tabela 8).

Na Tabela 9, observam-se aspectos relacionados à saúde da mulher e ao comportamento sexual das adolescentes.

Tabela 9 – Aspectos relacionados à saúde da mulher e ao comportamento sexual das adolescentes gestantes no Distrito Federal, Brasil - 2009

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Número de gestações (n=336)</b>		
Uma	258	76,8
Duas	63	18,8
Três	15	4,5
<b>Papanicolau nos últimos 2 anos (n=336)</b>	193	57,4
<b>Teste sorológico para HIV (n=336)</b>	225	67,0
<b>História de DST (n=336)</b>	30	8,9
<b>Prostituição (n=336)</b>	05	1,5
<b>Hemotransfusão (n=336)</b>	05	1,5
<b>Tatuagem (n=336)</b>	82	24,4
<b>Piercing (n=336)</b>	102	30,4
<b>Frequência do uso do preservativo (n=336)</b>		
Sempre	58	17,3
Raramente	66	19,6
Às vezes	123	36,6
Nunca	88	26,2
Não informado	01	0,3
<b>Uso do preservativo com parceiro fixo (n=336)</b>	138	41,1
<b>Uso do preservativo com parceiro eventual (n=184*)</b>	167	91,0
<b>Acha fácil o acesso ao preservativo (n=336)</b>	272	81,0
<b>Número de parceiros sexuais na vida (n=336)</b>		
Um	138	41,0
Dois a cinco	176	52,4
≥ seis	22	6,6

\*39 não responderam a essa questão e 113 consideraram que nunca tiveram parceiro eventual.

Nesta casuística (Tabela 9), foi observado que 258 adolescentes (76,8%) eram primigestas, 63 registravam a segunda gestação (18,8%) e 15 (4,5%), a terceira gravidez. Mais da metade das entrevistadas (57,4%) realizou o exame de

Papanicolau nos últimos dois anos e o acesso ao teste HIV foi relatado por 67,0% da população pesquisada. Trinta entrevistadas (8,9%) assinalaram doença sexualmente transmissível. Houve registro de prática de prostituição por cinco participantes do estudo (1,5%). Foi observado uso de *piercing* e tatuagem em 24,4% e 30,4% das adolescentes analisadas, respectivamente. E, cinco delas foram submetidas a hemotransfusão (1,5%).

Ao considerar a frequência da utilização do preservativo nos contatos sexuais, destacou-se o uso “sempre” do preservativo relatado por 58 adolescentes (17,3%). Das entrevistadas, 154 (45,8%) declararam sua utilização “raramente ou nunca”. Ficou evidente também que 123 entrevistadas (36,6%) usavam “às vezes” este método preventivo (Tabela 9).

Neste estudo (Tabela 9), ao se analisar o número de parceiros por adolescente grávida, observou-se um registro médio de 2,76 parceiros sexuais por pessoa entrevistada. Cento e trinta e oito adolescentes analisadas afirmaram ter tido um parceiro na vida, atingindo um total de 41,0%, 176 (52,4%) registraram de dois a cinco parceiros sexuais e 22 delas, de seis ou mais parceiros. Quanto ao acesso das adolescentes à camisinha, 272 adolescentes (81%) assinalaram não terem dificuldade na sua aquisição desse método.

As Tabelas 10 e 11 mostram os motivos apresentados pelas gestantes adolescentes para a utilização ou não do preservativo.



Tabela 10 - Justificativa das adolescentes grávidas para o uso ou não do preservativo com parceiro fixo, Distrito Federal, Brasil - 2009

<b>Motivos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Motivos para usar o preservativo com parceiro fixo (n=140)</b>		
Evitar DST/HIV	41	29,7
Evitar DST/HIV e gravidez	27	19,6
Acha mais seguro	19	13,8
Evitar gravidez	14	10,1
Desconfiança no parceiro	14	10,1
Outros	10	7,3
Não sabe	15	9,4
<b>Motivos para não usar o preservativo com parceiro fixo (n=196)</b>		
Confiança no parceiro	85	43,3
Não gosta de usar	49	25,0
Usa ACO*	17	9,0
Estava grávida	13	6,6
Parceiro não aceita	06	3,0
Outros	06	3,0
Não sabe	20	10,2

\*ACO: Anticoncepcional oral

Quando questionadas sobre o uso do preservativo com parceiro fixo, 140 entrevistadas (41,1%) faziam uso. Duas adolescentes não responderam a esse questionamento (0,6%) e 196 (58,3%) informaram que não faziam uso de preservativos quando a relação sexual envolvia parceiro fixo.

Os principais motivos para a utilização do condom com o parceiro fixo envolveram a prevenção de DST/HIV 41,0 (29,7%), para evitar DST/HIV e gravidez 27,0 (19,6%), por segurança 19,0 (13,8%), para evitar a gravidez 14,0 (10,1%) ou porque desconfiavam do parceiro 14,0 (10,1%).

A “confiança no parceiro” foi a principal motivação para a não utilização (43,3%) da camisinha, seguida do “não gostar”, com 25,0% das citações (Tabela 10). Outras motivações para o não uso foram a já utilização do anticoncepcional oral, relatado por 17 adolescentes (9,0%), o fato de “estar grávida” foi a justificativa apresentada por 13 entrevistadas, e seis informaram que o parceiro não aceita o uso. Houve uma citação de que o uso é desconfortável (0,3%). Não saber onde obter o preservativo também foi alegado por uma participante (0,3%) e duas relataram que não pensavam nisso no decorrer do contato sexual (0,6%). Outra gestante informou que o parceiro é saudável e dessa maneira não havia necessidade de utilizá-lo (0,3%), uma outra assinalou que não “dá tempo” para

providenciar o uso da camisinha (0,3%). Outro dado relevante foi o “não sabe” explicar o motivo da busca de proteção, com 10,2% das observações.

Tabela 11 - Justificativa das adolescentes grávidas para o uso ou não do preservativo com parceiro eventual, Distrito Federal, Brasil - 2009

<b>Motivos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Motivos para usar o preservativo com parceiro eventual (n=167)</b>		
Evitar DST/HIV	69	41,2
Desconfiança no parceiro	36	21,3
Evitar DST/HIV e gravidez	28	17,1
Evitar gravidez	15	9,0
Outros	10	6,0
Não sabe	09	5,4
<b>Motivos para não usar o preservativo com parceiro eventual (n=17)</b>		
Não gosta de usar	06	35,2
Confiança no parceiro	03	17,6
Não pensa nisso na hora	01	6,0
Não sabe onde obter	01	6,0
Não sabe	06	35,2

\*ACO: Anticoncepcional oral

Ao se interrogar acerca do parceiro eventual, 113 (33,6%) consideraram que nunca tiveram parceiro eventual e 39 (11,6%) não responderam a essa questão.

A utilização do preservativo com parceiro fixo 167 adolescentes responderam que utilizam o preservativo com parceiro eventual para prevenir DST/HIV 69,0 (41,2%), porque desconfiam do parceiro 36,0 (21,3%), para evitar DST/HIV e gravidez 28,0 (17,1%) ou para evitar a gravidez 15,0 (9,0%).

Dezessete participantes afirmaram não fazer uso do método preventivo. Seis pessoas informaram “não gostar de usar” (35,2%), três referiram-se à “confiança no parceiro” (17,6%), uma, “não pensar nisso na hora” (6,0%) e outra “não sabe onde obter o preservativo”. O relato de “não saber explicar o motivo” foi abordado por seis adolescentes do estudo (35,2%).

A seguir, apresenta-se a atitude da adolescente grávida frente à vontade de utilizar o preservativo com parceiro que não aceita o seu uso (Tabela 12).

Tabela 12 – Atitudes das adolescentes grávidas em relação ao uso do preservativo, Distrito Federal, Brasil - 2009

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Querer o uso do preservativo com parceiro que não o quer (n=335*)</b>		
Sim	111	33,2
Não	224	66,8
<b>Teve relação sexual? (n=111)</b>		
Sim	79	71,2
Não	32	28,8
<b>A relação sexual ocorreu de fato? (n=79)</b>		
Com a utilização do preservativo	27	34,2
Sem a utilização do preservativo	48	60,8
Sem penetração	04	5,1

\* Uma participante não respondeu

Neste estudo (Tabela 12), a adolescente foi questionada se em algum momento da vida quis usar o preservativo com alguém que não o queria. Das 335 que responderam a esta questão, 111 entrevistadas (33,2%) afirmaram que, em algum momento da vida, foram submetidas a esse enfrentamento com o parceiro, no caso, o parceiro não queria fazer o uso da camisinha.

Diante da recusa do parceiro, 79 mulheres (71,2%) efetivaram o contato sexual, enquanto as demais - 32 adolescentes (28,8%) - recusaram o coito. Dentre as que informaram ter tido relação sexual, 27 delas (34,2%) utilizaram o preservativo, mais da metade das adolescentes (60,8%) afirmou que não se protegeu e em quatro casos (5,1%) tiveram contato sexual sem penetração. Uma adolescente se recusou a responder a esta questão.

Outro aspecto abordado neste estudo foi a percepção do risco de contrair a infecção pelo HIV. Neste sentido, as adolescentes foram questionadas acerca de como percebiam esta questão em dois momentos distintos da vida: ao engravidar (Tabela 13) e atualmente (Tabela 14).

Tabela 13 - Percepção do risco de adquirir o HIV ao engravidar pelas adolescentes grávidas no Distrito Federal, Brasil – 2009

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Acredita que ao engravidar você correu o risco de adquirir o HIV?</b>		
Sim	112	33,3
Não	224	66,7
<b>Motivos para se considerar em risco (n=112)</b>		
Não utilizou preservativo	44	39,3
Todos correm riscos	21	18,7
Desconfiança no parceiro	11	10,0
Não sabia se o parceiro tem o vírus	07	6,2
Fácil contaminação	05	4,4
Preservativo rompeu	03	2,7
Parceiro nunca fez o teste anti-HIV	02	1,8
Múltiplos parceiros	02	1,8
Não sabe	17	15,1
<b>Motivos para não se considerar em risco (n=224)</b>		
Confiança no parceiro	100	44,6
Parceiro saudável	23	10,2
Parceiro fixo	14	6,2
Fez o teste	13	6,0
Parceiro não tem o vírus	10	4,4
Usou preservativo	06	2,7
Parceiro doava sangue	04	1,8
Primeira relação sexual de ambos	03	1,3
Outros	09	4,0
Não sabe	42	18,8

Nesta casuística, 33,3%, ou seja, 112 gestantes entrevistadas, entendiam que elas foram submetidas ao risco de se infectar com o HIV ao engravidar. As demais gestantes não assinalaram risco (66,7%).

A justificativa para se considerar em risco de contaminação com o HIV foi a de não ter utilizado o preservativo, com predominância de 39,3% dos relatos. Vinte e uma adolescentes (18,7%) acreditavam que todas as pessoas corriam esse risco, 11 delas (10,0%) desconfiavam do parceiro e sete (6,2%), por desconhecerem o perfil viral do companheiro. Outros motivos relacionados por três adolescentes (2,7%) envolviam o rompimento da camisinha. Duas entrevistadas (1,8%) informaram que o parceiro nunca foi submetido ao teste anti-HIV, duas participantes (1,8%) registraram múltiplos parceiros, cinco delas (4,4%) sabiam que a doença pelo HIV era de fácil contaminação e 17 entrevistadas (15,1%) não souberam explicar os motivos (Tabela 13).

Duzentos e vinte e quatro adolescentes (66,7%) acreditavam que não correram qualquer risco de se contaminar com o HIV. Cem entrevistadas (44,6%) justificaram que confiavam no parceiro, 23 casos (10,2%) relataram que o parceiro era saudável, 14 delas possuíam parceiro fixo (6,2%), 13 (6,0%) foram testadas para

a infecção pelo HIV, 10 delas (4,4%) acreditavam que o parceiro não era portador do vírus HIV. Seis entrevistadas (2,7%) utilizaram preservativos - daí se sentirem seguras quanto a não se contaminar com o vírus HIV. Em quatro casos, o parceiro era doador de sangue (1,8%). Ser a primeira relação sexual de ambos foi citado por três entrevistadas (1,3%) e, quarenta e duas adolescentes (18,8%) não souberam responder a este questionamento (Tabela 13).

A Tabela 13 mostra a percepção atual do risco de se contrair a infecção pelo HIV.

Tabela 14 - Percepção atual do risco de adquirir o HIV pelas adolescentes grávidas residentes no Distrito Federal, Brasil - 2009

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Considera-se em risco de adquirir atualmente o HIV?</b>		
Sim	84	25,0
Não	252	75,0
<b>Motivos para se considerarem em risco (n=84)</b>		
Todos correm risco	28	33,3
Desconfiança no parceiro	18	21,4
Não usa preservativo sempre	18	21,4
Fácil contaminação	04	4,8
Não sabe se o parceiro tem o vírus	03	3,6
Sem parceiro fixo	02	2,4
Não sabe	11	13,1
<b>Motivos para não se considerarem em risco (n=252)</b>		
Confiança no parceiro	69	27,4
Parceiro fixo	64	25,4
Parceiro saudável	16	6,4
Fez o teste	11	4,4
Sempre usa preservativo	09	3,6
Sem parceiro	05	1,9
Difícil adquirir o vírus	05	1,9
Parceiro não tem o vírus	02	0,8
Não sabe	71	28,2

Ressalta-se que, da totalidade dos casos estudados, 25,0% das mulheres adolescentes entrevistadas se consideram em risco para contrair a infecção pelo HIV (Tabela 14). Deste total de adolescentes, 28 (33,3%) alegaram que todas as pessoas corriam riscos. Em 18 entrevistadas, os relatos do risco estavam associados (21,4%) à desconfiança do parceiro, 18 delas (21,4%) por não utilizarem camisinha na totalidade das relações sexuais e quatro (4,8%) acreditavam que o HIV era de fácil contaminação. O desconhecimento do perfil viral do parceiro foi descrito por cinco entrevistadas (3,6%). O fato de não possuírem parceiro fixo (2,4%) foi tido

como agravante do risco de aquisição da infecção pelo HIV (2,4%). Onze participantes não responderam à questão.

Cabe ressaltar que a maior parte das entrevistadas não se percebeu em risco de contaminação pelo HIV. As explicações para a “suposta proteção” englobaram a confiança no parceiro - 69 entrevistadas (27,4%) - ter parceiro fixo - 64 das mulheres (25,4%), o parceiro se encontrava saudável - 16 citações (6,4%), ter realizado o teste anti-HIV - 11 entrevistadas (4,4%) e sempre utilizar preservativo com 09 registros (3,6%). Também, entre aquelas gestantes que não perceberam o risco de se infectar com o HIV, o fato de não possuir parceiro no momento foi referido por cinco pessoas (1,9%). Outras cinco adolescentes (1,9%) acreditavam que era difícil adquirir o HIV. Duas, por sua vez, imaginavam que o parceiro se encontrava sem o vírus, o que as levou a acreditar que não correram riscos. Setenta e uma adolescentes (28,2%) não souberam quais os motivos relacionados à suposta proteção ao vírus (Tabela 14).

A distribuição das adolescentes segundo a percepção do risco de adquirir o HIV ao engravidar encontra-se representada nas Tabelas 15 e 16.

Tabela 15 – Distribuição dos participantes segundo a percepção de risco para adquirir o HIV ao engravidar, Distrito Federal, Brasil - 2009

Variáveis	Você acha que ao engravidar correu o risco de adquirir o HIV?		Valor de p*	Total n
	Sim n (%)	Não n (%)		
<b>Idade (anos)</b>				
13 a 17	55 (35,0)	102 (65,0)		157
18 a 19	53 (29,6)	126 (70,4)	0,288	179
<b>Estado Civil</b>				
Solteira	50 (37,9)	82 (62,1)		132
Casada/união Consensuada	58 (28,7)	144 (71,3)	0,080	202
<b>Escolaridade (anos)</b>				
Zero a sete	44 (37,0)	75 (63,0)	0,160	119
≥ oito	64 (29,5)	153 (70,5)		217
<b>Religião</b>				
Católica	57 (32,0)	121 (68,0)	0,565	101
Evangélica	29 (28,7)	72 (71,3)		178
<b>Coabitação</b>				
Pai/Mãe/Pais	44 (37,9)	72 (62,1)	0,111	116
Parceiro/marido	56 (29,2)	136 (70,8)		192

\*Teste do qui-quadrado

Na análise da percepção de risco ou não da infecção HIV da adolescente ao engravidar (tabela 15), verificou-se que aquelas entrevistadas pertencentes ao grupo etário de 13 a 17 anos, perceberam mais risco de adquirir o vírus HIV (35,0%) do que aquelas na faixa de idade de 18 e 19 anos (29,6%), entretanto, não houve associação estatística significativa ( $p=0,288$ ). Na análise da percepção de risco ou não de infecção pelo HIV da adolescente ao engravidar (Tabela 15), verificou-se que, embora as participantes solteiras (37,9%) estejam mais cientes do risco de contaminação com o HIV do que as casadas ou em união consensual ( $p=0,080$ ).

Na comparação dos dados referentes à escolaridade, as adolescentes com até sete anos de estudo perceberam mais o risco de adquirir a infecção pelo HIV (37,0%), sem, todavia, haver associação significativa ( $p=0,160$ ).

Quanto ao efeito do pertencimento religioso, apesar de ter sido observado uma porcentagem maior de entrevistadas católicas com percepção de risco (32,0%), se comparadas às evangélicas (28,7%), essa associação não foi estatisticamente significativa ( $p=0,565$ ).

As adolescentes que moravam com os pais (Tabela 15) perceberam mais o risco da infecção pelo HIV (37,9%) quando comparado com aquelas que residiam com o parceiro (29,2%), embora essa associação não tenha influenciado significativamente na percepção de risco ao engravidar ( $p=0,111$ ).

Tabela 16 – Distribuição dos participantes segundo percepção de risco para adquirir o HIV ao engravidar, Distrito Federal, Brasil - 2009

Variáveis	Você acha que, ao engravidar, correu o risco de adquirir o HIV?		Valor de p*	Total n
	Sim n (%)	Não n (%)		
<b>Nº de gestações</b>				
Uma	83 (32,2)	175 (67,8)	0,984	258
Duas a três	25 (32,1)	53 (67,9)		78
<b>Nº parceiros sexuais na vida</b>				
Um	34 (24,6)	104 (75,4)	0,014	138
Dois ou mais	74 (37,4)	124 (62,6)		198
<b>Frequência do uso de preservativo</b>				
Sempre	20 (34,5)	38 (65,5)	0,736	58
Raramente	24 (36,4)	42 (63,6)		66
Às vezes	39 (31,7)	84 (68,3)		123
Nunca	24 (27,6)	63 (72,4)		87
<b>Uso de bebidas alcoólicas</b>				
Sim	46 (36,2)	81 (63,8)	0,189	127
Não	61 (29,3)	147 (70,7)		208

\*Teste do qui-quadrado

Na comparação do número de gestações vivenciadas pelas adolescentes (Tabela 16) e se elas correram ou não o risco de adquirir o HIV ao engravidar, verificou-se que não foi observada diferença estatística ( $p=0,984$ ).

Os resultados apontaram que 37,4% das adolescentes que tiveram mais de um parceiro sexual na vida perceberam o risco de adquirir o HIV, contra 24,6% das que tinham um parceiro, resultado esse com associação estatística ( $p=0,014$ ). Na investigação da frequência do uso do preservativo (Tabela 16), foi observado que 36,4% das adolescentes que utilizavam o preservativo “raramente” e 34,5% daquelas com uso “sempre” assinalaram percepção de risco da infecção pelo HIV ao engravidar, sem associação estatística ( $p=0,736$ ).

Quanto ao uso de bebida alcoólica, observaram-se que aquelas adolescentes com relato de consumo de álcool nos últimos 12 meses foram as que mais tiveram a percepção de risco da infecção pelo HIV ao engravidar (36,2%), quando comparado àquelas que negaram o consumo desse tipo de bebida (29,3%), embora essa associação não tenha sido significativa ( $p=0,189$ ).

Em seguida, as Tabelas 17 e 18 apresentam a distribuição das adolescentes segundo a percepção atual do risco de se contrair a infecção pelo HIV.



Tabela 17 - Distribuição das adolescentes segundo percepção atual do risco de adquirir o HIV, Distrito Federal, Brasil - 2009

Variáveis	Percepção de risco atual de se adquirir o HIV		Valor de p*	Total N
	Sim n (%)	Não n (%)		
<b>Idade (anos)</b>				
13 a 17	41 (26,1)	116 (73,9)	0,447	157
18 a 19	44 (24,7)	134 (75,3)		178
<b>Estado Civil</b>				
Solteira	47 (35,9)	84 (64,1)	0,000	131
Casada/União estável	38 (18,8)	164 (81,2)		202
<b>Escolaridade (anos)</b>				
Zero a sete	28 (23,5)	91 (76,5)	0,521	119
≥ oito	57 (26,4)	159 (73,6)		216
<b>Religião</b>				
Católica	47 (26,4)	131 (73,6)	0,267	178
Evangélica	23 (22,8)	78 (77,2)		101
<b>Coabitação</b>				
Pai/Mãe/Pais	41 (35,3)	75 (64,7)	0,001	116
Parceiro/Marido	33 (17,3)	158 (82,7)		191

Teste de qui-quadrado

Na análise (tabela 17) considerando a faixa etária e a percepção ou não de risco para adquirir o vírus HIV pelas adolescentes entrevistadas, foi observada baixo registro de risco em ambos os grupos. Nesta comparação 26,1% das adolescentes da faixa etária de 13 a 17 anos de idade se consideraram em risco enquanto 24,7% das adolescentes com 18 e 19 anos informaram correr risco de se contaminar com o vírus HIV, não ficou evidenciada associação estatística ( $p=0,447$ ).

Na análise (Tabela 17) que considerou o estado civil e a percepção ou não de risco para adquirir o HIV pelas adolescentes entrevistadas, os resultados apontaram que as adolescentes casadas ou em união consensual (18,8%) perceberam menos o risco de se contaminar com o HIV do que as solteiras, com associação estatística ( $p<0,000$ ).

Na comparação dos dados referentes à escolaridade (Tabela 17), as adolescentes com mais de oito anos de estudo percebem mais o risco de se adquirir a infecção pelo HIV (26,4%) do que aquelas com até sete anos de estudo (23,5%), embora não tenha ocorrido, no caso, associação significativa ( $p=0,521$ ).

Na análise por tipo de religião, as católicas apresentaram maior percepção de risco para a infecção pelo HIV (26,4%), quando comparado às mulheres evangélicas (22,8%), embora sem significância estatística ( $p=0,267$ ).

As adolescentes que coabitavam com parceiro ou marido (17,3%) perceberam menos o risco de se contaminar com o HIV, quando comparadas com aquelas que moravam com os pais (35,3%). Nessa comparação, a associação foi significativa ( $p=0,001$ ).

Tabela 18 - Distribuição das adolescentes segundo a percepção ou não atual de adquirir o HIV atualmente, Distrito Federal, Brasil - 2009

Variáveis	Percepção do risco de se adquirir o HIV atualmente		Valor de p*	Total N
	Sim n (%)	Não n (%)		
<b>Nº de gestações</b>				
Uma	66 (25,7)	191 (74,3)	0,361	257
Duas ou três	19 (24,4)	59 (75,6)		78
<b>Nº parceiros sexuais na vida</b>				
Um	29 (21,0)	109 (79,0)	0,083	138
Dois ou mais	56 (28,4)	141 (71,6)		197
<b>Frequência do uso de preservativo</b>				
Sempre	11 (19,0)	47 (81,0)	0,429	58
Raramente	23 (35,4)	42 (64,6)		65
Às vezes	31 (25,2)	92 (74,8)		123
Nunca	19 (21,8)	68 (78,2)		87
<b>Uso de álcool nos últimos 12 meses</b>				
Sim	38 (30,2)	88 (69,8)	0,121	126
Não	46 (22,1)	162 (77,9)		208

\*Teste de qui-quadrado

Quanto à comparação da percepção de se adquirir ou não o HIV atualmente (Tabela 18) com o número de gestações, foi observado que as participantes que tiveram mais de uma gestação (24,4%) perceberam menos o risco dessa contaminação do que as primigestas (25,7%), sem diferença significativa ( $p=0,361$ ). De maneira semelhante, a associação entre o número de parceiros sexuais e a percepção ou não de adquirir o HIV pelas gestantes adolescentes, também não foi significativa ( $p=0,083$ ).

Ao se analisar a frequência do uso do preservativo na Tabela 18, foi observado que as adolescentes que relataram o uso do preservativo “raramente” foram as que perceberam mais o risco de adquirir a infecção pelo HIV (35,4%), sendo que a análise estatística não mostrou significância ( $p=0,429$ ).

Foi verificado que as adolescentes grávidas que admitiram não utilizar o preservativo com parceiro fixo (Tabela 18) perceberam uma maior probabilidade de se contaminar com o HIV (27,2%), sem associação estatística ( $p=0,387$ ).

O grupo que consumia álcool nos últimos 12 meses foi o que mais se considerou em risco de se contaminar com o HIV (30,2%), quando comparado aos que não consumiram (22,1%), porém, não houve associação estatística significativa ( $p=0,121$ ).

A Figura 2 aponta as principais fontes de informações acerca de DST/aids e gravidez.

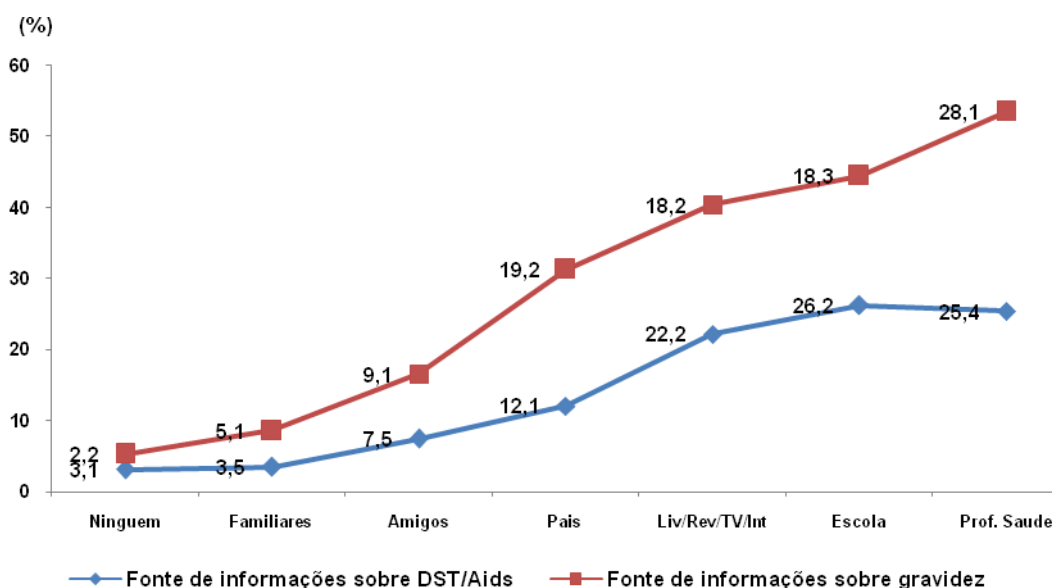


Figura 2 – Fontes principais de informações sobre DST/aids e gravidez para as adolescentes, Distrito Federal, Brasil - 2009

As principais fontes de informações sobre DST/aids relatadas pelas adolescentes (figura 2) foram à escola com 26,2%, os profissionais de saúde contribuíram com 25,4% das citações, seguida de livros, revistas, televisão e internet, 22,2%. Além disso, os pais (12,1%), os amigos (7,5%) e outros familiares também foram citados como sendo as principais fontes de informações das adolescentes, entretanto, 3,1% delas afirmaram que nunca receberam informes sobre DST/aids.

No tocante a orientação sobre gravidez as mais citadas foram profissionais de saúde (28,1%), a escola (18,3%), os pais (19,2%), seguido das revistas, livros, televisão e internet, com 18,2%. As demais fontes de informações referidas foram os amigos (9,1%) e outros familiares (5,1%). Um total de 2,2% das adolescentes referiu que ninguém lhe forneceu orientação sobre gravidez (figura 2).

## 6. DISCUSSÃO

Este estudo apresentou algumas limitações, dentre as quais deve ser assinalada a não contemplação, no inquérito, daquelas adolescentes grávidas que não realizaram o pré-natal ou que fizeram acompanhamento da gestação exclusivamente na Rede Privada de Saúde. Além disso, é possível ter ocorrido viés de informação em relação ao comportamento sexual, uma vez que alguns questionamentos levantados podem ter levado a constrangimento e/ou ocasionado desconfiança das adolescentes quanto ao sigilo das informações coletadas.

Cabe ressaltar que ocorreram algumas dificuldades durante o levantamento dos dados, as quais estiveram ligadas ao fato de as adolescentes menores de 18 anos terem comparecido aos serviços de saúde sem a presença do responsável para autorização da entrevista, o que gerou maior demanda de tempo no período da coleta de dados. É importante assinalar que as adolescentes grávidas ao estabelecerem uma união consensual não se sentem mais sob a tutela dos pais. Nessa situação particular, estudos em outros países consideram adolescentes grávidas emancipadas e aptas a decidirem sozinhas pela participação ou não em pesquisas. Outro aspecto foi que parte das adolescentes entrevistadas procurava atendimento pré-natal em unidades que não correspondiam à área de sua residência e, sim, a locais próximos ao trabalho ou à residência de familiares.

No que se refere à idade, observou-se que a gravidez foi mais frequente entre as adolescentes com maior idade. Segundo dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, em 2008, o Distrito Federal registrou 6.279 nascidos vivos cujas mães eram adolescentes. Deste total, 96,1% tinham idade entre 15 e 19 anos (72), resultado semelhante aos achados deste estudo.

No que diz respeito ao estado civil, a maior parte das adolescentes declarou-se casada ou em união consensual. Estudo realizado em uma maternidade de Teresina/PI, em 2004, mostrou que 69,1% das adolescentes com antecedentes gestacionais eram casadas/união consensual (73). Um estudo domiciliar realizado em 2005 com adolescentes de Ribeirão Preto/SP verificou-se que 80,0% eram solteiras (5). Os achados de Bergamim et al. (7), em levantamento domiciliar feito com adolescentes não gestantes na zona oeste de São Paulo em 2007, registraram um percentual de 93,8% de participantes solteiras. Tais estudos retratam um cenário

no qual predominam as casadas e/ou em união consensual, quando se trata de adolescentes grávidas, coincidindo com os resultados da pesquisa ora relatada. Por sua vez, nas abordagens realizadas com adolescentes não-grávidas, as solteiras são maioria. Segundo Chalem et al. (74) e Bruno et al. (75), a pressão social em decorrência da gravidez favorece a formalização de uma união, o que se reflete no estado civil, seja de maneira formal, seja informal.

Na população objeto da pesquisa, predominou a religião católica, seguida da evangélica. O item “ausência de religião” também foi relevante. Um estudo realizado, em 2008, em João Pessoa/PB apontou que 50,0% dos adolescentes de ambos os sexos, entre 13 e 18 anos, de escolas públicas e privadas, eram católicos e 18,0% evangélicos (76), corroborando os resultados da presente pesquisa. É importante lembrar que a crença religiosa implica a presença de uma ordem moral com padrões de conduta considerados rígidos, sendo que cada religião desenvolve modos específicos de orientar comportamentos e de disciplinar seus seguidores. Entretanto, parece que essas orientações têm tido baixo impacto no comportamento sexual das adolescentes, uma vez que a religião é tida como herança familiar, o que significa tão-somente que o adolescente foi socializado pela moral compartilhada pelo núcleo familiar (77). Por sua vez, as orientações espirituais emitidas pela família parece não ter influência na adesão e a aceitação dos preceitos religiosos pelos adolescentes. Este é o caso da posição oficial da Igreja Católica que é contra a utilização do preservativo e do sexo antes do casamento, contrastando com o resultado obtido neste estudo, que revelou a existência de uma maioria de adolescentes grávidas vivendo em união consensual ou permanecendo solteiras.

Quanto às características da raça/cor, observou-se que mais da metade das entrevistadas declarou-se parda, resultado similar ao encontrado por Ximenes Neto et al. (78), em 2003, no Ceará, com adolescentes grávidas (52,3%). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), referente ao ano de 2008, mostrou que 48,4% da população brasileira se declarou branca e 43,7% considerou-se da cor parda, perfil semelhante ao da população da presente pesquisa (79).

Nesta casuística ocorreu um elevado número de abandono escolar entre as adolescentes grávidas. Um estudo realizado no Ceará mostrou que, após o diagnóstico de gravidez, somente 10,2% das adolescentes continuaram frequentando a escola (78). É oportuno registrar que a proporção de abandono escolar entre a população geral de adolescentes no DF esteve em torno de 15,0%,

segundo o Censo Escolar de 2008 (80), ou seja, o índice de evasão escolar encontrado neste estudo foi quatro vezes maior do que o observado na região, mostrando que a gravidez ampliou a vulnerabilidade do grupo. A literatura tem apontado que a evasão escolar associada à gestação precoce traz consequências negativas para a adolescente, pois uma das formas de inserção social e de ascensão econômica para esse grupo etário se dá por intermédio do sistema educacional (74).

Em relação à escolaridade, a maioria das entrevistadas possuía mais de oito anos de estudo. Uma pesquisa com adolescentes residentes em Vitória/ES, em 2002, mostrou que grande parte dessa população estava cursando o ensino médio (34). Conforme dados levantados em 2008 na PNAD, os adolescentes da região Centro-Oeste possuíam em média 7,1 anos de estudo (79), sendo que esse estudo refletiu o perfil de escolaridade da região.

A grande maioria das adolescentes deste inquérito possuía renda familiar de até dois salários mínimos e 78,3% delas não trabalhavam. Segundo dados da PNAD (79), cerca de um terço das famílias da região Centro-Oeste possuía renda de até dois salários mínimos. A situação econômica desfavorável das adolescentes entrevistadas e de suas famílias corrobora com a associação entre gravidez na adolescência e baixo nível socioeconômico (74). Ficou evidente que a precariedade das condições socioeconômicas gera a necessidade de trabalho para sustentar o filho, o que, por sua vez, inviabiliza os estudos da adolescente. Adicionalmente, a dependência financeira influencia no poder de decisão nas relações sexuais da adolescente, dificultando a negociação quanto ao uso do condom (81) e a compra do preservativo, dentre outros obstáculos.

Neste levantamento, observou-se o uso de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas pelas gestantes, com destaque para a maconha. Um estudo multicêntrico relatado por Bertoni et al. (11), envolvendo escolas públicas de doze municípios de Minas Gerais, com adolescentes não grávidas, no grupo etário de 15 e 19 anos, mostrou que 34,2% e 8,8% delas já haviam utilizado álcool e tabaco, respectivamente, e que o uso de maconha foi de 4,7%. Em estudo de Chalem et al. (74) realizado com adolescentes grávidas em São Paulo foi observado o consumo de tabaco (17,3%), ingestão de álcool (26,6%) e maconha (1,7%). Este aspecto evidencia que o consumo de drogas, sejam lícitas, sejam ilícitas, está presente na vida dos adolescentes em diferentes contextos e regiões do País, incluindo grávidas

e não grávidas. A associação da gravidez ao uso de drogas apresenta como decorrência uma menor adesão ao pré-natal (82), complicações da gestação (descolamento de placenta, parto prematuro (83), baixo peso do recém-nascido (83, 84) aborto (83, 85) e outras complicações para mãe e feto. Da mesma forma, o uso de drogas entre adolescentes tem sido apontado como um fator que contribui para o relaxamento das medidas protetoras, contribuindo para o não uso do preservativo (86).

A idade média de iniciação sexual situou-se em 14,9 anos, resultado similar ao do estudo realizado em Marília/SP, também com adolescentes gestantes, cuja média de idade do primeiro coito ocorreu aos 14,7 anos (87). Na Colômbia e no Texas (EUA), a média de idade de iniciação sexual registrada foi de 14,0 e de 14,8 anos, no sexo feminino, respectivamente (6, 88). Os estudos, mencionados, realizados em diferentes países e com adolescentes grávidas ou não, apresentam resultados semelhantes, corroborando a tendência de antecipação do início da vida sexual pelas adolescentes (4, 5, 6, 7). Experiência realizada nos Estados Unidos, (89) revelou que a presença da educação sexual no currículo da educação formal dos adolescentes, antes da primeira relação sexual, está associada à postergação do primeiro coito e a um incremento no uso de medidas protetoras. Esse resultado sugere que tal componente curricular pode ser um aliado importante para a conscientização dos adolescentes em relação ao uso de proteção. Daí a relevância da introdução da discussão sobre sexualidade na escola, por meio de conteúdos pedagógicos que viabilizem o empoderamento das mulheres ainda na adolescência precoce.

Neste estudo, as adolescentes apontaram vários motivos para a iniciação sexual, dentre os quais se destacaram a manifestação espontânea e a curiosidade. Borges et al. (4), analisando a iniciação sexual dos adolescentes em São Paulo no ano de 2002, constatou que a curiosidade levou 14,9% dos adolescentes de ambos os sexos a iniciarem a vida sexual. Este autor ressaltou que, em certo momento da vida, os adolescentes se sentem pressionados a perder a virgindade. Essa forma de pressão parece estar relacionada a um código de condutas de cunho cultural, servindo como elemento de pressão para a realização do ato sexual. Neste sentido os fatores como a idade, o meio social, os valores culturais podem ter influenciado o processo decisório de iniciação sexual das adolescentes deste estudo.

Outras adolescentes descreveram que a primeira relação sexual ocorreu por pressão do parceiro, e uma entrevistada informou que foi forçada a manter relação sexual. Esse fato também foi levantado em um estudo realizado, em 2004, com escolares da Irlanda, onde um terço das adolescentes se sentiu pressionada a iniciar a atividade sexual (90), corroborando os resultados encontrados no Distrito Federal. Tal constatação revela, assim, possíveis situações de coerção ou violência sexual com adolescentes do sexo feminino, o que termina também por afastar a possibilidade do uso de proteção contra gravidez e DST/HIV.

Neste estudo, outra situação que influenciou a decisão da adolescente para a vida sexual ativa foi a pressão dos amigos. Um estudo transversal conduzido em 2005, com adolescentes de 15 a 19 anos de idade, de ambos os sexos, em moradores da área adscrita à unidade de saúde da família no município de São Paulo/SP, mostrou que mais da metade dos adolescentes referiu-se ao fato de que os amigos foram os maiores incentivadores da iniciação sexual precoce (4). Dessa forma, possivelmente parte das adolescentes do estudo iniciou a vida sexual para se sentir mais aceita pelo grupo de amigos.

Neste estudo o amor pelo parceiro não foi o motivo principal para a primeira relação sexual. Este dado discorda dos resultados encontrados em São Paulo no ano de 2002, onde a maior parte das adolescentes alegou ter sido este o motivo para a iniciação sexual Borges et al. (4). Pesquisa qualitativa realizada em Panambi/RS, no ano de 2005, verificou uma desvalorização do envolvimento emocional com o outro, na iniciação sexual (91), ou seja, o amor ou a paixão pelo parceiro não foram considerados determinantes na decisão da iniciação sexual. Assim, este estudo discorda dos achados de Borges et al. (4), mas coincide com os relatos de Carmo et al. (91).

A análise da primeira e da última relação sexual indicou que houve uma diminuição na utilização do preservativo nos últimos contatos. Enquanto na primeira relação o preservativo foi o método predominante, no último coito, menos de 15,0% utilizaram essa proteção. Uma pesquisa que analisou informações do Programa Nacional de DST/aids, no ano de 2005, apontou que 62,5% das adolescentes (16 e 19 anos) assinalaram o uso do preservativo na primeira relação sexual (92). Em outro estudo domiciliar realizado em 2005, com adolescentes de Ribeirão Preto/SP, observou-se que 71,1% das adolescentes fizeram o uso do preservativo na primeira relação sexual e 37,1% relataram o uso no último coito (5). Outros achados descritos



por Teixeira et al (35), Bralock et al. (39), Saldanha et al. (76) e Teva et al. (86) também levantaram dados confirmando estes resultados, similares ao estudo no DF. Ou seja, a pesquisa ora relatada revela uma redução, ao longo do tempo, no uso de medidas preventivas, indicando uma tendência ao abandono do uso de preservativo no ultimo coito. Para Madureira et al. (8), o uso descontinuado do preservativo pode aumentar a exposição das adolescentes aos riscos de DST/HIV. Segundo Doreto et al. (5), as adolescentes provavelmente abandonam o uso do preservativo em virtude do relacionamento com parceiro fixo, uma vez que a preocupação dos casais em um relacionamento estável está mais voltada para a prevenção da gravidez.

A justificativa para o não uso continuado de um método preventivo pelas entrevistadas desta pesquisa esteve relacionada ao grande número de gestantes com parceiro fixo, à própria gravidez em curso e ao uso de anticoncepcional oral. Pode-se supor que, tratando-se de adolescentes grávidas, o uso do preservativo foi considerado desnecessário, não sendo levados em conta os riscos das DST e da infecção pelo HIV. Segundo Teixeira et al. (35) em relacionamentos considerados estáveis ocorre a substituição do preservativo pelo anticoncepcional oral, entretanto, essa escolha não garante a prevenção do HIV.

Grande parte das adolescentes era primigesta e cerca de um quarto delas estava vivenciando a segunda ou a terceira gestação. A reincidência de gravidez foi analisada a partir de um estudo de coorte realizado com adolescentes grávidas vinculadas a um serviço de atendimento do estado do Ceará. Ao se estudar a coorte, verificou-se que, cinco anos após a primeira gestação, 61,0% das adolescentes engravidaram novamente e 40,0% delas tiveram mais de uma gravidez no período (75). Esses estudos vêm mostrando que nem a vivência de gravidez anterior, nem tampouco suas consequências levaram à adoção de um comportamento de proteção sexual, seja em relação à aids, seja para evitar nova gravidez. Segundo Chalem et al. (74), parece que as condições econômicas desfavoráveis associadas à baixa escolaridade, à dificuldade de inserção no mercado de trabalho e à gravidez contribuem para criar um círculo vicioso difícil de ser rompido.

Nesta casuística, 57,4% das adolescentes tiveram acesso ao exame de Papanicolau. Comparando-se com resultados obtidos entre as adolescentes de Vitória/ES (34), verificou-se um percentual de 44,6%, ou seja, menor do que o encontrado neste estudo. No entanto é preciso considerar que o exame

citopatológico está incorporado ao pré-natal. Isto justifica o percentual mais elevado neste estudo, quando comparado com as adolescentes sem diagnóstico de gravidez. Yassoyama et al. (93) reitera que a gravidez representa uma oportunidade de realização de atividade de prevenção, como o exame de Papanicolau no pré-natal.

No grupo estudado, 67,0% das gestantes relataram ter realizado o teste anti-HIV durante o pré-natal. Um estudo realizado no Distrito Federal em 1999 analisou a aceitabilidade do exame anti-HIV entre as gestantes e mostrou que 87,0% das entrevistadas aceitaram realizar o teste, tendo sido observada uma maior aceitabilidade entre as mulheres mais jovens (14). Dessa maneira, a incorporação do teste anti-HIV ao pré-natal possibilita o acesso precoce ao diagnóstico da infecção HIV/aids entre as mulheres brasileiras (92). O Ministério da Saúde recomenda a realização do teste com aconselhamento e, após consentimento, para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal. Sempre que possível, deve ocorrer a repetição da sorologia para HIV, no início do 3º trimestre, com teste rápido (94). Como as adolescentes se encontravam em diferentes idades gestacionais, é provável que até o momento da entrevista algumas ainda não tivessem realizado o teste, mas provavelmente, todas as gestantes do estudo, independentemente de sua situação de risco para o HIV, tiveram o direito ao teste anti-HIV durante o pré-natal.

A presença de história de DST ocorreu em 8,9% das adolescentes analisadas. O estudo realizado em Vitória/ES mostrou que 12,9% das entrevistadas admitiram ter tido alguma DST na vida (34). Em Ribeirão Preto/SP, foi observado que 3,3% dos entrevistados referiram-se a doença sexualmente transmissível (5), corroborando os resultados obtidos neste estudo. Ressalta-se que, com o avanço da epidemia da aids, essas doenças assumiram um papel ainda mais relevante, principalmente porque aumentam o risco de transmissão do HIV (46). Além disso, no grupo estudado, a presença dessas doenças poderia levar a complicações da gravidez.

Os presentes achados confirmaram que menos de dois por cento das adolescentes relataram história de prostituição. Percentuais semelhantes (3,1%) foram encontrados por Taquette et al. (29) no Rio de Janeiro, em 2002. Estes achados corroboram com os resultados deste estudo e assinalam a exploração sexual de adolescentes, contribuindo para a exclusão, a violência e a dificuldade desse grupo se colocar como ator social.

Nesta casuística, 1,5% das entrevistadas informou ter realizado hemotransfusão. No município de Blumenau/SC, em 2008, a frequência de transfusões sanguíneas entre adolescentes de ambos os sexos atendidos em postos de saúde foi de 1,3% (95), percentuais semelhantes aos encontrados neste estudo. É importante salientar, porém, que, com a introdução dos testes de alta sensibilidade para candidatos a doadores de sangue, nos anos 90, reduziu-se dramaticamente o risco de contágio do HIV por transfusão de sangue e de produtos biológicos derivados do sangue. Dessa maneira, a transmissão do HIV por meio da transfusão de sangue teve baixa importância no contágio da doença, sendo que os principais mecanismos de transmissão do HIV em mulheres foram a relação heterossexual e o uso de drogas injetáveis (96).

Cerca de um terço das adolescentes do estudo possuía *piercing* e/ou tatuagens. No município de Blumenau/SC, foi observado que 3,3% dos adolescentes eram portadores de *piercing* e/ou tatuagens (95). Destaca-se que essas práticas podem aumentar a exposição ao vírus da hepatite B e C (95). Sendo assim, a população estudada apresentou um risco cerca de oito vezes maior quando comparada aos adolescentes de Santa Catarina.

Ao considerar a frequência da utilização do preservativo de forma consistente nos contatos sexuais, poucas adolescentes relataram o uso “sempre” do preservativo, situação que se agrava quando se considera que pouco mais de um quarto delas declarou não uso no último coito. O inquérito domiciliar realizado em Ribeirão Preto/SP mostrou que 35,2% das adolescentes utilizaram essa proteção em todas as relações sexuais e 25,9% nunca haviam utilizado o preservativo (5). O estudo transversal realizado em 2002 com adolescentes de Vitória/ES mostrou que 23,4% dos participantes usaram o condom de forma consistente, enquanto 14,1% nunca o utilizaram (34). Constatou-se, portanto, baixa frequência no uso consistente do preservativo entre as adolescentes, o que é extremamente preocupante, sobretudo porque, o preservativo é o único método efetivo na prevenção das DST/HIV/aids.

A adolescente encontra dificuldades para o uso consistente do preservativo, uma vez que as relações sexuais ocorrem, de modo geral, sem o conhecimento dos pais. Dessa maneira, elas não “podem” ter a camisinha na bolsa, relegando ao parceiro a responsabilidade pela proteção. Por sua vez, mesmo tendo o acesso e a intenção de utilizar o preservativo, muitas delas são vistas com desconfiança pelo

parceiro, que interpreta a precaução como sinal de infidelidade ou da existência de alguma infecção, inclusive o HIV. É nesse contexto que emergem as assimetrias de gênero (14), limitando o poder de negociação das mulheres durante os relacionamentos sexuais, evidenciando a submissão feminina e, conseqüentemente, a dificuldade de proteção efetiva contra as DST, a infecção pelo HIV e a gravidez (13, 14).

A análise do acesso ao preservativo apontou que mais de 80,0% das adolescentes acreditavam que era fácil conseguir o condom. Para avaliar este aspecto, um estudo realizado com 384 puérperas, entre 12 e 42 anos de idade, internadas em uma maternidade de São Paulo em 2000, revelaram que 68,0% delas afirmaram que se tivessem acesso gratuito ao preservativo continuariam sem usá-lo (97), sugerindo que não é somente o aumento da oferta que contribuirá para expandir sua utilização. Embora este estudo com puérperas seja diferente do realizado com adolescentes no DF, elas representaram a população de mulheres que, influenciadas por questões de gênero, possuíam dificuldades para negociar o uso do preservativo com o parceiro (13). E neste estudo possivelmente a elevada proporção de adolescentes que não utilizavam este método de maneira consistente não ocorreu em decorrência da falta de acesso aos preservativos.

A média de parceiros sexuais na vida das adolescentes situou-se em 2,8/pessoa, o que não é muito distante dos valores revelados em inquérito domiciliar na zona leste de São Paulo, em 2005, no qual as entrevistadas declararam 2,1 parceiros sexuais na vida (4). Auslander et al. (88), no Texas, registrou uma média de quatro parceiros entre adolescentes escolares de ambos os sexos no ensino médio dos Estados Unidos. A literatura tem apontado que as mulheres em geral têm menor número de parceiros sexuais quando são comparadas aos homens. As concepções de gênero fazem com que elas vinculem a diversidade de parceiros à promiscuidade sexual (35), o que as leva a utilizar com menor frequência o preservativo, uma vez que, entre a população feminina, as relações são consideradas estáveis e o número de parceiros é reduzido (98).

Com relação ao uso consistente de preservativo, as proporções variaram de acordo com a situação do parceiro. Das 184 adolescentes que disseram ter tido relações sexuais com parceiro casual, o uso consistente de preservativo foi relatado por 91,0% delas. Em se tratando de parceria fixa, das 336 adolescentes do estudo, 41,1% faziam uso do preservativo. Bertoni et al. (11) descreveu que entre as

adolescentes o uso consistente de preservativo com parceiro eventual foi de 63,7%. Quando o relacionamento envolvia um parceiro fixo, o percentual de uso da camisinha caiu para 42,7%. Em outro estudo realizado com adolescentes atendidos pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Rio de Janeiro, em 2003, foi observado que as gestantes adolescentes fizeram referência a menos utilização do preservativo com parceiro fixo, quando comparadas aos demais adolescentes (38). Segundo dados da pesquisa sobre “Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/aids” realizada em 2005 o uso de preservativo é sempre maior nas relações sexuais com parceiros eventuais do que com estáveis (98). Enfim, essa diferença no perfil do uso do preservativo encontra concordância com outros estudos (11, 38, 98) e aponta, por sua vez, para uma seleção de parceiros pelas adolescentes, aos quais foi atribuído um provável risco de adquirir a infecção pelo HIV, sendo que a decisão de não utilizar preservativo esteve condicionada também ao tempo do relacionamento. Parece também existir um período de transição em que um parceiro passa de casual a fixo, merecendo a confiança e com isso não é necessário o uso do condom.

Os motivos apontados para o uso do preservativo com parceiro fixo envolveram principalmente a prevenção de DST/HIV e gravidez. Em relação ao parceiro casual os principais motivos estiveram relacionados a prevenção de DST/HIV e a desconfiança no parceiro. As justificativas para o uso do condom mostraram que as participantes possuíam conhecimento acerca da importância do uso do preservativo, entretanto, ainda há ressalvas quanto ao uso de forma consistente.

Quando questionadas sobre os motivos para a não utilização do preservativo, foi observado que tanto em se tratando do parceiro fixo quanto do parceiro eventual, os principais motivos alegados pelas adolescentes foram a confiança no parceiro e “não gostar de usar”, aspectos também registrados nos trabalhos de Griep et al. (38) e Bertoni et al. (11). Conforme apontado por Aquino et al. (40), há uma tendência de relaxamento nas práticas de proteção, à medida que se consolidam relacionamentos mais estáveis. E nesses relacionamentos a prioridade deixa de ser a proteção contra as DST/HIV/aids e passa a ser a proteção contra a gravidez (5, 27, 35) daí o uso do anticonceptivo oral por algumas entrevistadas. Configura-se, dessa maneira, um sentimento de proteção ao HIV ligado ao sentimento de amor e ao afeto. Isso contribui para o avanço da feminização da epidemia do HIV/aids, além de evidenciar

o processo de submissão e opressão ao qual as mulheres são submetidas, dando visibilidade às experiências cotidianas que fazem parte de suas vidas. E, para essas mulheres com parceiro fixo que depositam na relação afetiva a certeza da proteção, a questão da prevenção vai além da aquisição de informações e do uso do preservativo (14).

Quando se analisou a atitude da adolescente quanto ao uso ou não do preservativo diante da recusa do parceiro, observou-se que a maioria efetivou a relação sexual. A maior parte daquelas que tiveram a relação sexual, não se protegeu e pouco mais de um terço conseguiu convencer o parceiro a utilizar a camisinha. A investigação realizada por Miranda et al. (34) mostrou que, diante do enfrentamento com o parceiro, embora 31,8% das adolescentes tenham recusado o ato sexual sem o uso do condom, 44,9% das participantes tiveram a relação sexual sem preservativo e apenas 21,5% convenceram o parceiro a aceitar o uso do preservativo, corroborando, assim, os achados deste estudo no DF e evidenciando as dificuldades de negociação quanto ao uso da camisinha, pois, diante da intenção declarada de utilizar o preservativo, poucas adolescentes conseguiram convencer o parceiro. Diante deste cenário, a vulnerabilidade feminina aumenta, uma vez que existem limitações quanto à negociação do uso do preservativo com o parceiro (39, 81, 99, 100). Essas limitações envolvem questões de gênero que estão arraigadas na formação moral das mulheres (14) e evidenciam as fragilidades do sexo feminino em relação ao masculino. Por sua vez, é oportuno observar que o empoderamento das adolescentes pode constituir uma estratégia importante para uma redução da desigualdade de gênero e vulnerabilidade desse segmento populacional (12, 14), para que elas possam vivenciar o sexo de maneira saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e das DST/aids, além de ser um direito que possibilita cada vez mais ao ser humano o exercício da sexualidade desvinculado da procriação (76).

Cerca de um terço das adolescentes do presente estudo entendia que foram expostas ao risco de se infectar com o HIV na gravidez. E apenas 25,0% se perceberam, na ocasião, suscetíveis ao HIV. Cabe assinalar que o estudo de Doreto et al. (5) mostrou que 65,5% das entrevistadas não se consideravam em risco de adquirir o HIV. Neste mesmo sentido, outra pesquisa realizada em Portugal com adolescentes que frequentaram o ensino médio, em 2005, foi verificada que cerca de 60,0% deles não se percebiam em risco de contrair a infecção pelo HIV (41), tais

estudos concordam com os resultados do presente inquérito. Considerando que a gravidez na adolescência revela uma prática sexual não segura, com riscos de infecção pelo HIV e outras DST (8), o grupo estudado se mostrou vulnerável. Essa constatação evidencia, ainda, a deficiência dos programas de educação em saúde, seja na escola, seja nos serviços de saúde, os quais deveriam levar os adolescentes a uma reflexão acerca da importância da prevenção da gravidez precoce e, conseqüentemente, do risco de infecção pelo HIV e, ao mesmo tempo, criar condições para permitir o acesso ao preservativo (vulnerabilidade social e programática).

A maior parte das entrevistadas que consideraram o risco de adquirir o HIV atribuíram esse risco, seja na gravidez ou não, à não utilização consistente do preservativo. Destarte, pode-se inferir que a compreensão da prevenção da infecção pelo HIV com o uso do preservativo se encontra incorporada na concepção das entrevistadas, embora não se tenha observado a adoção de comportamento protetor que possibilitasse identificar, nas adolescentes, sua capacidade de se empoderar como mulher e cidadã.

Dentre as adolescentes que não percebiam o risco de infecção pelo HIV, ao engravidar ou atualmente, a maioria afirmou que confiava no parceiro, aspecto apontado também no estudo de Doreto et al. (5). Valores sociais e culturais sobre amor e fidelidade incorporados pelas pessoas casadas ou em união estável dificultam a adoção de comportamentos preventivos, tornando-os vulneráveis à infecção pelo HIV (101). O aumento no número de casos entre mulheres com parceiros fixos (13) corroboram essas percepções conjugais que na verdade expressam as representações de gênero e hierarquização das relações afetivo-sexuais (101). É importante assinalar que algumas adolescentes provavelmente não receberam o apoio da família e foram acolhidas pelo parceiro. Tal contexto, modificado em decorrência da gravidez, dificulta pensar na possibilidade de infecção pelo HIV junto ao parceiro estável, contribuindo para a continuidade de posturas sexuais de risco sem proteção adequada. Além disso, a vivência de uma gravidez na adolescência além de aflorar o contexto de desigualdade de gênero contribui para a maior dependência financeira em virtude do abandono escolar, impõe dificuldade de acesso a postos de trabalho de qualidade e, não raras vezes inviabiliza a autonomia da mulher e reforça a dominação masculina. Considerando este aspecto, houve um

aumento da vulnerabilidade em função da gravidez e suas consequências sociais na vida da entrevistada.

Na análise da percepção do risco frente à infecção pelo HIV notou-se que independentemente da idade da entrevistada, todas possuíam pouca percepção de risco, porém as adolescentes entre 13 e 17 anos de idade foram as que mais consideraram a possibilidade de adquirir a infecção pelo HIV, quando comparadas com as entrevistadas de 18 e 19 anos de idade. Praça et al. (97) encontrou resultados semelhantes em estudo com puérperas em São Paulo. Provavelmente a diferença entre os grupos etários pode estar relacionada ao fato de as adolescentes mais jovens terem recebido mais informações pelos meios de comunicação ou na escola. Por sua vez, o início sexual cada vez mais precoce acarreta uma série de modificações na vida da mulher expondo-a ao risco de gravidez e/ou DST/HIV e levanta a necessidade de acesso às informações em idade mais tenra, corroborando a pertinência da abordagem desse tema na escola, que se dá ao redor dos 13 anos de idade (6).

A menor percepção de risco para adquirir a infecção pelo HIV foi encontrada entre as adolescentes casadas/união consensual e entre as adolescentes que coabitavam com parceiro ou marido. Em 2001, estudo realizado com jovens entre 15 e 24 anos, em Moçambique, revelou que as mulheres solteiras consideraram mais o risco de infecção pelo HIV, quando comparadas com as casadas (102). Possivelmente, ter parceiro fixo trouxe uma falsa ilusão de proteção, visto que existe a confiança na fidelidade do parceiro para a manutenção do relacionamento e esse sentimento levou ao relaxamento das medidas de proteção. Praça et al. (97) assinalou que, na maioria das vezes, a mulher acredita no senso de responsabilidade de seu companheiro para que ela e sua família se mantenham saudáveis. Uma das dificuldades encontradas por elas é introduzir a discussão sobre a aids no contexto de um relacionamento “estável”, uma vez que o tema pode gerar questionamentos na relação afetiva com o parceiro (12). Assim, valores morais relacionados ao casamento/parceiro estável vêm interferindo na adoção de um comportamento protetor, colocando a mulher em situação de vulnerabilidade em relação ao fator risco. Não raro, esta prefere abdicar da proteção, para manter o relacionamento com o parceiro, constituindo-se verdadeiras escravas do risco<sup>2</sup> (14).

---

<sup>2</sup> Expressão proposta por Guilhem na obra: *Escravas do risco: bioética, mulheres e aids* (14).



Na análise da escolaridade e percepção de risco acerca da infecção pelo HIV não houve associação estatística significativa semelhante aos achados de Praça em pesquisa com puérperas internadas em maternidades de São Paulo em 2000 (97).

Mas ao observar a escolaridade e a percepção de risco da infecção pelo HIV ao engravidar verificou-se que as adolescentes com até sete anos de estudo perceberam mais o risco da infecção pelo HIV. Aspecto que se contrapõe ao referencial teórico, segundo o qual pessoas com maior escolaridade conseguem perceber melhor o risco de contrair a aids (103). Em relação à percepção de risco atual, as adolescentes com mais de oito anos de estudo foram as que mais revelaram a percepção deste risco, corroborando com Ferreira et al. (103). Pode-se inferir que a escolaridade é uma característica importante na análise da percepção do risco. Entretanto, é preciso considerar que mesmo com maior poder aquisitivo, grau mais elevado de instrução/escolaridade e independência financeira, a mulher ainda tem pouco espaço de negociação nas relações com o parceiro sexual, percebendo-se menos exposta ao risco (13), sugerindo que outros aspectos do contexto social e econômico do indivíduo também devem ser considerados na percepção do risco. Embora as adolescentes do estudo tenham nascido após o surgimento da aids parece que elas não conseguiram se reconhecer nas mensagens educativas acerca do HIV. Estes resultados sugerem que as campanhas educativas realizadas pelos programas de controle da epidemia de aids no Brasil e a abordagem das questões sobre sexualidade realizadas pela escola e demais setores sociais não interferiram na percepção de risco da adolescente acerca da infecção pelo HIV. Este cenário levanta a necessidade de repensar as estratégias educativas direcionadas a este grupo.

A análise da percepção de risco ou não da infecção pelo HIV da adolescente ao engravidar ou atualmente mostrou que as adolescentes católicas foram as que mais perceberam o risco de adquirir o HIV. Em pesquisa qualitativa realizada em São Paulo, em 2007, com homens e mulheres entre 15 e 23 anos, os participantes católicos indicaram que é possível viver a tradição religiosa sem participar efetivamente dos rituais e atividades na comunidade (77). Essa flexibilidade dos jovens pode ter atuado como facilitador de posicionamentos independentes da moral católica, como no caso do uso do preservativo, e parece ter contribuído para uma maior percepção do risco do HIV.

Este estudo apontou que tanto as primigestas quanto as que já haviam vivenciado outras gestações tinham pouca percepção de risco de infecção pelo HIV, com uma discreta diferença, sinalizando que as participantes que tiveram mais de uma gestação consideraram menos a possibilidade de contaminação com o HIV do que as primigestas. Este fato chama atenção porque, mesmo após outras gestações, as adolescentes não vislumbraram à vulnerabilidade ao HIV e se colocam em risco continuamente.

Na análise dos fatores que interferiram na percepção do risco da infecção pelo HIV ao engravidar ou atualmente, constatou-se uma maior percepção de risco nas adolescentes que relataram ter mais de um parceiro. Um estudo realizado com adolescentes de ambos os sexos do ensino médio de Santa Catarina, em 2000, indicou que pessoas com mais de um parceiro sexual se sentiram mais expostas ao risco de adquirir a infecção pelo HIV (104). Investigação realizada na República de Zâmbia, em 2007, revelou que a percepção de risco foi maior entre as mulheres com mais de um parceiro (105). Embora, em tais estudos, tenham sido empregadas amostras e metodologias diferentes, eles apontaram a mesma tendência do presente estudo, isto é, adolescentes com mais de um parceiro se sentiram mais expostas ao risco de se infectar com o HIV.

Ao se analisar a frequência do uso do preservativo, foi observado que as adolescentes que afirmaram usar “raramente” esse recurso foram as que perceberam mais o risco de adquirir a infecção pelo HIV. Provavelmente muitas dessas adolescentes, apesar de relacionarem a não utilização do condom aos riscos desse tipo de infecção na relação sexual, tiveram dificuldade de negociação com o parceiro, no sentido de ampliar o poder de decisão para sair dessa situação de vulnerabilidade (81).

A análise do consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses apontou que as adolescentes que confirmaram esse tipo de consumo foram as que mais perceberam o risco de adquirirem o HIV, ao engravidar e atualmente, sinalizando que as adolescentes que consumiam bebidas alcoólicas entendiam que o álcool interferia na proteção contra o HIV. Em um estudo realizado com adolescentes em Santa Catarina, em 2000, o consumo abusivo de álcool esteve relacionado à atitude menos favorável à utilização do preservativo (104). Ou seja, a ingestão do álcool parece influenciar na proteção dos jovens, contribuindo para o não-uso do preservativo (13) e conseqüentemente na percepção de risco à infecção pelo HIV.

Na avaliação das fontes de informações sobre a gravidez, os profissionais de saúde foram os mais lembrados, seguidos dos pais, da escola, e de livros/revistas/TV/Internet. Estudo realizado com adolescentes em uma escola pública de Guararema/SP em 2001 apontou que os pais e os amigos foram as principais fontes de informações sobre sexualidade (25). Em outro inquérito transversal realizado em Bogotá com adolescentes (10 e 19 anos), em 2006, foi constatado que a escola e os pais foram os principais veículos de informações sobre sexualidade (6). Enfim, a literatura é unânime em apontar a influência dos pais e da escola na veiculação de informações aos adolescentes, coincidindo com os dados desse estudo. Por sua vez, a família possui um papel fundamental no que se refere à prevenção de gravidez precoce e DST/aids. Entretanto, muitas vezes as orientações oferecidas por ela apresentam caráter proibitivo, limitado à explicação de regras de conduta apoiadas em valores rígidos (25), de forma punitiva que em nada favorece no empoderamento da adolescente.

Quanto às fontes de informações sobre DST/aids, verificou-se que a escola, os profissionais de saúde, os livros, revistas, TV, Internet e por último os pais foram os mais citados. A análise realizada em 2000 por Camargo et al. (104) com adolescentes escolares de Santa Catarina mostrou que a escola, a televisão e a família foram fontes importantes de informações sobre aids. Cabe ressaltar que a família tem dificuldade de abordar os temas DST/HIV, ficando a cargo da escola a maior parte desses ensinamentos. E a escola, como um espaço de exercício da cidadania, poderia influenciar e cooperar nos três níveis de vulnerabilidade – individual, social e programática. Isso implica que esta informação deve ter um caráter contínuo, participativo e que a comunicação deve ser capaz de gerar uma reflexão por parte dos adolescentes que extrapole os espaços da educação formal (57, 58). Segundo Ayres et al. (57, 58), a escola precisa desenvolver um papel de articulação intersetorial para facilitar o acesso a serviços e recursos preventivos, como, por exemplo, acesso ao preservativo, testagem e aconselhamento, dentre outros serviços de suporte à saúde reprodutiva. Convém apontar que, apesar das adolescentes terem destacado a escola como veículo de informações, parece que essa instituição não conseguiu conscientizar as adolescentes para a adoção de um comportamento sexual protetor contra as DST/HIV e a própria gestação.

Destaca-se que os livros, revistas, televisão e Internet foram veículos importantes de informação sobre gravidez/DST/HIV lembrados pelas adolescentes

do estudo. Cabe assinalar que, embora televisão seja um importante veículo de disseminação de informações, a falta de qualidade da sua programação e a mercantilização da sexualidade humana ainda são problemas que dificultam a oferta adequada de informações, por esse meio, para a população adolescente (104). Por outro lado, o acesso à Internet está cada vez mais presente na vida das adolescentes, que, se utilizada de maneira correta, pode contribuir para esclarecer dúvidas e melhorar o acesso a informações sobre a prevenção da infecção HIV.

As adolescentes destacaram os profissionais de saúde como os principais veiculadores de informações sobre DST/HIV/aids e gravidez. Entretanto, esses achados não foram condizentes com a literatura pesquisada que aponta que os profissionais de saúde têm pouca participação no fornecimento de informações sobre prevenção de DST/ aids aos adolescentes (25, 104). Provavelmente, como as gestantes foram selecionadas junto ao Programa de Pré-natal e estavam sob seguimento na Unidade de Saúde, isso deve ter influenciado no conjunto de informações recebidas pela entrevistada.

O perfil identificado afirma a importância das ações educativas direcionadas aos adolescentes com envolvimento de diversos atores como escolas, família, unidades de saúde, estratégia de saúde da família, organizações não-governamentais, meios de comunicação em massa. Essas ações deverão abordar as questões de gênero com o intuito de buscar o empoderamento das mulheres ainda na adolescência. Além do mais, existe a necessidade de disponibilizar espaços para programas de orientação vocacional e discussão do projeto de vida de cada adolescente com vistas à inclusão social.

Por fim, os resultados do estudo expressam com maior clareza a percepção de risco que as adolescentes grávidas do Distrito Federal possuíam acerca da infecção HIV e poderão contribuir para a ampliação do conhecimento e para a intervenção sobre o uso dos métodos preventivos na adolescência, não somente subsidiando a reflexão sobre a problemática da vulnerabilidade à infecção HIV e direcionando as abordagens educativas nos programas de saúde para as escolas, mas também orientando as ações dos Programas do adolescente e de DST/aids do Distrito Federal.

Em resumo, os resultados do estudo ressaltam a vulnerabilidade das adolescentes em relação ao risco de adquirir a infecção HIV no Distrito Federal. Ressalta-se que a complexidade e a relevância do tema exigem políticas públicas

abrangentes, especialmente destinadas ao grupo, a fim de que, cada vez mais, uma parcela maior dessa população passe a utilizar preservativos de forma consistente, como forma de prevenir não só a gravidez precoce, como também a transmissão de DST/HIV/aids. Para isso, as ações educativas do setor saúde e da escola devem se pautar no empoderamento das adolescentes, como estratégia para a redução da desigualdade de gênero, conferindo-lhes poder e estimulando-as na busca permanente de valores para a construção da cidadania.

## 7. CONCLUSÕES

A amostra estudada pode ser considerada representativa da população de adolescentes grávidas do Distrito Federal no ano de 2009. A maioria das adolescentes era procedente de Ceilândia, Samambaia, Gama, Recanto das Emas e Taguatinga, consideradas áreas de periferia do Distrito Federal. A análise apontou que a maior parte das adolescentes tinha idade entre 18 e 19 anos, viviam em união consensual, residiam com o parceiro, declararam-se católicas e eram pardas. Observou-se também elevado abandono escolar, ausência de ocupação remunerada e situação de baixa renda familiar.

Em relação ao estilo de vida das entrevistadas, parte delas consumia bebidas alcoólicas, utilizavam tabaco e ou drogas ilícitas.

A média de idade de iniciação sexual foi de 14,8 anos. A maioria das adolescentes usou o preservativo no primeiro coito, entretanto, verificou-se uma queda na utilização dessa medida preventiva na última relação sexual.

Considerando o número de gestações por adolescente, a maioria era primigesta. Grande parte das gestantes realizou o teste anti-HIV durante o pré-natal, e foi submetida ao exame de Papanicolau nos últimos dois anos e poucas gestantes relataram DST.

As adolescentes entrevistadas tiveram em média 2,8 parceiros sexuais na vida. Quanto ao uso de método preventivo, menos da metade das gestantes utilizava o preservativo com parceiro fixo, justificando-o pela confiança no parceiro. Não houve dificuldade de acesso ao preservativo, segundo as adolescentes grávidas. No caso de contato sexual com parceiro eventual, quase a totalidade das gestantes utilizou o preservativo.

Os principais fatores relacionados ao uso inconsistente do preservativo foram as assimetrias de gênero, tais como as dificuldades para negociação com o parceiro do uso do preservativo e a negação explícita do parceiro sobre o uso da camisinha. Adicionalmente, a sequência de gravidez da adolescente, a confiança estabelecida por meio do vínculo afetivo, a transferência de responsabilidade de sua saúde para o outro, a dependência financeira, a baixa percepção de risco acerca da infecção HIV e as condições socioeconômicas desfavoráveis, contribuíram para o relaxamento das práticas sexuais protegidas.

Os fatores que mais contribuíram para o uso do preservativo estiveram relacionados ao fácil acesso aos preservativos, desconfiança no parceiro, conscientização da importância do condom, a concordância do parceiro e, também o fato de o parceiro ser eventual.

Quanto à percepção de risco em relação ao HIV ao engravidar, um terço das adolescentes se percebeu vulnerável pelo fato de não utilizar o preservativo. As adolescentes com mais de um parceiro sexual na vida perceberam-se em maior risco de adquirir infecção pelo HIV.

Quando comparada à percepção de risco da infecção pelo HIV entre as gestantes adolescentes ao engravidar e as variáveis idade, estado civil, escolaridade, religião, coabitação, número de gestações, frequência de uso do preservativo e bebidas alcoólicas, não houve significado estatístico.

Um quarto das adolescentes entrevistadas percebeu o risco de adquirir a infecção pelo HIV, atualmente, visto que, como as demais pessoas, elas também corriam esse risco. As adolescentes casadas ou em união consensual, que residiam com o parceiro, tiveram menor percepção do risco de adquirir a infecção pelo HIV atualmente do que aquelas adolescentes solteiras que moravam com os pais.

Quando comparada à percepção atual das adolescentes acerca do risco de adquirir a infecção pelo HIV e idade, escolaridade, religião, número de gestações e parceiros sexuais na vida, frequência do uso do condom e consumo de bebidas alcoólicas, não houve diferença estatística.

As adolescentes destacaram a escola, os profissionais de saúde, os pais, os livros, as revistas, a televisão e a internet como as principais fontes de informações sobre as DST/aids e a gravidez.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aponta a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção da infecção HIV/DST junto aos adolescentes na escola, nos serviços de saúde e na mídia, cada dia mais cedo, uma vez que a iniciação sexual tem se dado de forma precoce. Além disso, a facilidade de acesso ao preservativo fortaleceria o uso e criaria o hábito no comportamento de proteção do adolescente antes de se colocar em situação de risco.

Por sua vez, a presença da adolescente grávida no serviço de pré-natal deve ser aproveitada como oportunidade para abordar temas relacionados à saúde sexual, com vistas à prevenção, não apenas de uma nova gestação, mas também das DST/HIV. É importante ressaltar que muitas vezes, após a gravidez, os serviços de saúde são os únicos locais onde as adolescentes têm a chance de receber informações direcionadas à prevenção da infecção por DST e HIV.

Adicionalmente, os profissionais de saúde precisam estar preparados para acolher as demandas nesse momento da vida dos adolescentes, que incluem além do cuidado com a gestação, o apoio afetivo e emocional, além do encorajamento ao exercício da cidadania e melhoria da auto-estima para o enfrentamento da gravidez e da criação do filho.

Trata-se, pois, de ações complexas, cuja execução exige a atuação de uma equipe multiprofissional que tenha uma visão integral do ser humano.

Finalmente, outros estudos devem ser realizados, procurando entender como a escola, a família e os serviços de saúde têm atuado para diminuir a vulnerabilidade relativa à percepção do risco de infecção por HIV e quais as alternativas para auxiliar e tirar os adolescentes de situações de risco e de gravidez precoce. Outras reflexões poderão ser desenvolvidas de forma que se possa compreender as condições socioeconômicas e o impacto da gravidez nas famílias dessas adolescentes e verificar a influência da escolaridade na percepção de risco acerca da infecção por HIV. Por outro lado, análises de variáveis preditivas de gravidez na adolescência, de risco de infecção pelo HIV e de violência sofrida pela adolescente seja psicológica, afetiva, sexual, familiar ou pelo parceiro durante a gravidez, devem ser também objeto de estudos.



## REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Aider les jeunes a faire des choix sains en matiere de sexualité et de procreation, declare le directeur general de l'OMS. Geneva: 1999.
- (2) Albino GC, Vitalle MSS, Schussel EY, Batista NA. A sexualidade pelo olhar das jovens: contribuições para a prática do médico de adolescentes. Rev Paul Pediatría. 2005;23(3):124-29.
- (3) Diniz RF, Saldanha AAW. Comportamento sexual e aids em adolescentes de escolas públicas e privadas. 2008. 9º Congresso Virtual HIV/aids. [acessado em 20/abr/10]. Disponível em: [http://www.aidscongress.net/article.php?id\\_comunicacao=371](http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=371).
- (4) Borges ALV, Latorre MRDO, Schor N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(7):1583-94.
- (5) Doreto DT, Vieira EM. O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(10):2511-16.
- (6) González JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad em una población adolescente escolar. Revista de salud Pública. 2009;11(1):14-26.
- (7) Bergamim MD, Borges ALV. Fatores associados à iniciação sexual entre adolescentes da zona oeste do município de São Paulo. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(3):420-8.
- (8) Madureira L, Marques IR, Jardim DP. Contracepção na adolescência: conhecimento e uso. Cogitare Enferm. 2010;15(1):100-5

- (9) Paiva V, Peres C, Blessa C. Jovens e adolescentes em tempos de aids: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Psicol USP*. 2002;13(1):55-78.
- (10) Benincasa M, Rezende MM, Coniaric J. Sexo desprotegido e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Psicol Teor Prat*. 2008;10(2):121-34.
- (11) Bertoni N, Bastos FI, Mello MB, Makuch MY, Sousa MH, Osis MJ, Faúndes A. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1350-60.
- (12) Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto a vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):401-6.
- (13) Ministério da Saúde (Brasil), Coordenação Nacional de DST/aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- (14) Guilhem D. Escravas do risco: bioética, mulheres e aids. Brasília: Editora Universidade de Brasília: Finatec; 2005.
- (15) Ministério da Saúde (Brasil). Boletim epidemiológico: aids. Ano VI nº 1 julho a dezembro de 2008/janeiro a junho de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- (16) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Informações de saúde. Estatísticas vitais 2006. [acessado em 18/mar/10]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.
- (17) Ministério da Saúde (Brasil). Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

- (18) Ramos FRS, Pereira SM, Rocha CRM. Viver e adolescer com qualidade. In: Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto acolher*. Brasília: ABEn; 2001. p. 19-32.
- (19) Brasil. Estatuto da criança e do adolescente. Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990. Diário oficial da União, 1990.
- (20) Costa MCO, Lopes CPA, Souza RP, Patel BN. Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. *J Pediatría*. 2001;77:217-24.
- (21) Nascimento LCS, Lopes CM. Atividade sexual e doenças sexualmente transmissíveis em escolares do 2º grau de Rio Branco-Acre, Brasil. *Rev Latino-am enfermagem*. 2000 Jan;8(1):107-13.
- (22) Saito MI. Visão histórica da sexualidade: reflexões e desafios. In: Saito MI, Silva LEV. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 121-127.
- (23) Souza RP. Adolescência: abordagem do adolescente. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ e cols. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.305-12.
- (24) Cárdenas CJ. *Adolescendo: um estudo sobre a constituição da identidade do adolescente no âmbito da escola [Tese]*. Instituto de Psicologia: Universidade de Brasília; 2000.
- (25) Romero KCT, Medeiros EHGR, Vitalle MSS, Wehba J. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. *Rev Assoc Méd Bras*. 2007;53(1):14-9.
- (26) Saito MI. Adolescência, sexualidade e educação sexual. *Pediatria moderna*. 2001 Mai;37;Edição especial:3-6.

- (27) Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relação de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):499-07.
- (28) Taquette SR, Ruzany MH, Meirelles Z, Ricardo I. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/aids. *Cad Saúde Pública*. 2003 set/out;19(5):1437-44.
- (29) Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2004 Jan/Fev;20(1):282-90.
- (30) Martins LBM, Paiva LC, Osis MJD, Sousa MH, Neto AMP, Tadini V. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(1):57-64.
- (31) Vitalle MSS. Alguns pontos conceituais sobre sexualidade na adolescência. *Rev Paul Pediatría*. 2003 Jun;21(2):89-94.
- (32) Borges ALV, Latorre MRDO, Schor N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007 Jul;23(7):1583-94.
- (33) Souza RP, Costa MCO, Lopes CPA. Comportamento sexual. In: Costa MCO, Souza RP. *Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais*. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 202-210.
- (34) Miranda AE, Gadelha AMJ, Szwarcwald CL. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, espírito Santo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2005 Jan/Fev;21(1): 207-16.

- (35) Teixeira AMFB, Knauth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saúde Pública*. 2006 jul;22(7):1385-96.
- (36) Kabiru CW, Orpinas P. Factors associated with sexual activity among high-school students in Nairobi, Kenya. *Journal of adolescence*. 2009;32:1023-39.
- (37) Geluda K, Bosi MLM, Cunha AJLA, Trajman A. “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006 ago;22(8):1671-80.
- (38) Griep RH, Araujo CLF, Batista SM. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/aids no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Epidemiologia e serviços de saúde*. 2005;14(2):119-26.
- (39) Bralock A, Koniak-Griffin D. What do sexually active adolescent females say about relationship issues? *Journal of pediatric nursing*. 2009;24(2):131-40.
- (40) Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl 2):377-88.
- (41) Almeida ADL, Silva CF, Cunha GS. Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre SIDA dos adolescentes portugueses do meio urbano e não-urbano. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):180-6.
- (42) Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Rev Soc Bras Med Tropical*. 2004 Mai/Jun;37(3):210-14.

- (43) Bamidele JO, Abodunrin OL, Adebimpe WO. Sexual behavior and risk of HIV/AIDS among adolescents in public secondary schools in Osogbo, Osun State, Nigeria. *Int J Adolesc Med Health*. 2009;21(3):387-94.
- (44) Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Tropical*. 2000 Mar/Abr;34(2):207-17.
- (45) Gomes WA, Costa MCO, Sobrinho CLN, Santos CAST, Bacelar EB. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. *J Pediatr*. 2002;78(4):301-8.
- (46) Ministério da Saúde (Brasil). Programa Nacional de DST/aids. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- (47) Mandú ENT. Adolescência: saúde sexualidade e reprodução. In: Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto acolher*. Brasília: ABEn; 2001. p. 59-74.
- (48) Lima YAR, Alves MFC. O sistema imune da mucosa do trato genital feminino e o impacto das doenças sexualmente transmissíveis. *Revista de Patologia Tropical*. 2008 out/dez;37(4):295-309.
- (49) Bastos FI, Szwarcwald CL. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(Suppl 1):65-76.
- (50) Brabin L, Roberts SA, Fairbrother E, Mandal D, Higgins SP, Chandiok S, Wood P, Barnard G, Kitchener HC. Factors affecting vaginal pH levels among female adolescents attending genitourinary medicine clinics. *Sex Transm Infect*. 2005;81:483-87.
- (51) Petri V. Aids e adolescência. In: Saito MI, Silva LEV. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 351-361.

- (52) Longo LAFB. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. *Rev Bras de Estudos de População*. 2002 ;19(2):229-47.
- (53) Villela WV, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2467-72.
- (54) Leite IC, Rodrigues RN, Fonseca MC. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões sudeste e nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004 Mar/Abr;20(2):474-81.
- (55) Guimarães AMDN, Vieira MJ, Palmeira JA. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. *Rev. Latino-am enfermagem*. 2003 Mai/Jun;11(3):293-98.
- (56) Mann J, Tarantola D, Netter T. *Aids in the world*. Cambridge: MA, Harvard University Press; 1992.
- (57) Ayres JRJM, Calazans GJ, Filho HCS. Adolescência e vulnerabilidade ao HIV/AIDS: avaliação de uma estratégia de prevenção entre escolares de baixa renda na cidade de São Paulo. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2003 Dez;29:93-114.
- (58) Ayres JRJM, Freitas AC, Santos MAS, Filho HCS, Júnior IF. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface* 2003;7(12):123-38.
- (59) Ayres JR, Júnior IF, Calazans G, Filho HS. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p.49-72.

- (60) Ferreira MP, Grupo de estudos em população, sexualidade e aids. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. Rev. Saúde Pública. 2008;42(Supl 1):65-71.
- (61) Barbosa RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p.73-88.
- (62) Asinelli-Luz A, Fernandes Junior N. Gênero, adolescências prevenção ao HIV/aids. Pro-Prosições. 2008;19(2):81-97.
- (63) Pereira MG. Métodos empregados em epidemiologia. In: Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p. 269-88.
- (64) Governo do Distrito Federal (Brasil). Portal do cidadão. Tudo sobre o Distrito Federal: 2010. [acessado em 18/mar/10]. Disponível em: [http://www.gdf.df.gov.br/045/04501009.asp?ttCD\\_CHAVE=14365](http://www.gdf.df.gov.br/045/04501009.asp?ttCD_CHAVE=14365).
- (65) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Hospitais e Regionais. [acessado em 13/abr/09]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br>.
- (66) Ministério dos Transportes (Brasil). Mapas e informações. Mapas de transportes: Distrito Federal. [acessado em 13/abr/09]. Disponível em: <http://www.transportes.gov.br/bit/mapas/mapas-print/estados/DF.htm>.
- (67) Gottens LBD, Evangelista MSN, Pires MRGM, Silva AFM, Silva PA. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. Cad Saúde Pública. 2009;25(6):1409-19.



- (68) Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. New York: John Wiley and Sons Inc; 1974.
- (69) Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa nacional de DST/aids. Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- (70) Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual técnico de pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- (71) Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. [acesso em 12/mar/08]. Disponível em:  
<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/res19696.htm>.
- (72) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Dados e Indicadores Epidemiológicos do Distrito Federal 2008. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. [acessado em 18/mar/10]. Disponível em:  
<http://www.saude.df.gov.br>.
- (73) Sousa MCR, Gomes KRO. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. Cad Saúde Pública. 2009; 25(3):645-654.
- (74) Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sóciodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007 Jan;23(1):177-186.
- (75) Bruno, ZV, Feitosa FEL, Silveira KP, Moraes IQ, Bezerra MF. Reincidência de gravidez em adolescentes. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009 out;31(10):480-4.

- (76) Saldanha AAW, Carvalho EAB, Diniz RF, Freitas ES, Félix SMF, Silva EAA. Comportamento sexual e vulnerabilidade à aids: um estudo descrito com perspectiva de práticas de prevenção. *DST - J Bras Doenças Sex Transm.* 2008;20(1):36-44.
- (77) Silva CG, Santos AO, Licciardi DC, Paiva V. Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. *Psicol Estud.* 2008;13(4):683-69.
- (78) Ximenes Neto FRG, Dias MSA, Rocha J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(3):279-85.
- (79) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de indicadores 2008. [acesso em 19/abr/10]. Disponível em:  
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm>.
- (80) Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (Brasil). Dados e avaliações. Senso escolar 2008. [acessado em 01/abr/10]. Disponível em:  
<http://www.se.df.gov.br>.
- (81) Evangelista MSN, Madalena M, Tavares LL, Azevedo AMF, Fonseca NV. Percepción del riesgo de la infección VIH entre hombres y mujeres con infecciones de transmisión sexual (ITS). *Cienc enferm.* 2007;13(1):69-80.
- (82) Roberts SC, Nuru-Jeter A. Women's perspectives on screening for alcohol and drug use in prenatal care. *Women's Health Issues* 2010; 20(3):193-200.
- (83) von Mandach U. Drug use in pregnancy. *Ther Umsch* 2005; 62(1):29-35.
- (84) Aliyu MH, Wilson RE, Zoorob R, Brown K, Alio AP, Clayton H, Salihu HM. Prenatal alcohol consumption and fetal growth restriction: potentiation effect by concomitant smoking. *Nicotine Tob Res.* 2009 Jan;11(1):36-43.

- (85) Pedersen W. Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population-based longitudinal study. *Addiction*. 2007 Dec;102(12):1971-8.
- (86) Teva I, Bermúdez MP, Buela-Casal G. Characteristics of sexual behavior in Spanish adolescents. *The Spanish journal of psychology*. 2009;12(2):471-84.
- (87) Caputo VG, Bordin IA. Gravidez na adolescência e uso freqüente de álcool e drogas no contexto familiar. *Rev Saúde Pública* 2008;42(3):402-10.
- (88) Auslander BA, Perfect MM, Succop PA, Rosenthal SL. Perceptions of sexual assertiveness among adolescent girls: initiation, refusal and use of protective behaviors. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20:157-62.
- (89) Mueller TE, Gavin LE, Kulkarni A. The association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use at first sex. *Journal of adolescent health*. 2008;42:89-96.
- (90) Drennan J, Hyde A, Howlett E. Sexual behaviour and knowledge among adolescents in Ireland. *Sex Health*. 2009 Sep;6(3):245-9.
- (91) Carmo R, Van der Sand ICP. O discurso dos adolescentes sobre vida sexual na adolescência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2007 Mai/Ago;9(2): 417-431.
- (92) Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(Suppl):109-19.
- (93) Yassoyama MCBM, Salomão MLM, Vicentini ME. Características das mulheres que realizam exame preventivo do colo do útero durante a gestação: bases para estratégias do Programa de Saúde da Família (PSF). *Arq ciênc Saúde*. 2005 Out/Dez;12(4):172-6.

- (94) Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- (95) Livramento A, Cordova CMM, Spada C, Treitinger A. Avaliação do nível de conhecimento de adolescentes a respeito da transmissão e prevenção das hepatites B e C. *Rev Patol Trop*. 2009 Jul/Set;38(3):155-163.
- (96) Silva ACM, Barone AA. Fatores de risco para infecção pelo HIV em pacientes com o vírus da hepatite C. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(3):482-8.
- (97) Praça NS, Latorre MRDO, Hearst N. Fatores associados à percepção de risco de infecção pelo HIV por puérperas internadas. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):543-551.
- (98) Berquó E, Barbosa RM, Lima LP, Grupo de estudos em população, sexualidade e aids. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(Suppl 1):34-44.
- (99) Taquette SR, Andrade RB, Vilhena MM, Paula MC. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Rev Assoc Med Bras* 2005;51(3):148-152.
- (100) Berten H, Rossem RV. Doing worse but knowing better: an exploration of the relationship between HIV/AIDS knowledge and sexual behavior among adolescents in Flemish secondary schools. *Journal of adolescence*. 2009;32:1303-19.
- (101) Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(2):242-8.

- (102) By Prata N, Morris L, Mazive E, Vahidnia F, Stehr M. Relationship between HIV risk perception and condom use: evidence from a population-based survey in Mozambique. *International Family Planning Perspectives* 2006;32(4): 192–200.
- (103) Ferreira MP. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl 2):213-22.
- (104) Camargo BV, Botelho LJ. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. *Rev Saúde Pública*. 2007 Fev;41(1):61-8.
- (105) Do M, Meekers D. Multiple sex partners and perceived risk of HIV infection in Zambia: attitudinal determinants and gender differences. *AIDS Care* 2009;21(10):1211-21.

## APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

---

Universidade de Brasília Faculdade de Ciências da Saúde Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde <b>Título do trabalho: Percepção de risco da infecção pelo HIV entre adolescentes grávidas no Distrito Federal</b> Pesquisador: Kelly Aparecida Palma Alves Orientador: Maria do Socorro Nantua Evangelista		Data ___/___/___  Centro de Saúde nº___  Região Administrativa _____
<b>Instrumento de coleta de dados</b>		
<b>I. Dados de identificação e socioeconômicos</b>		
<b>1. Idade</b>		
1. ( ) 10 anos	3. ( ) 12 anos	5. ( ) 14 anos
2. ( ) 11 anos	4. ( ) 13 anos	6. ( ) 15 anos
		7. ( ) 16 anos
		8. ( ) 17 anos
		9. ( ) 18 anos
		10. ( ) 19 anos
<b>2. Estado civil:</b>		
1. ( ) solteira	3. ( ) união estável/morando junto com parceiro	5. ( ) viúva
2. ( ) casada	4. ( ) separada/divorciada/desquitada	6. ( ) não informado
<b>3. Cidade em que reside:</b>		
<b>4. Com quem reside:</b>		
1. ( ) pai	4. ( ) com amigos	7. ( ) sozinha
2. ( ) mãe	5. ( ) avós	8. ( ) outros. _____
3. ( ) pais	6. ( ) com o parceiro/marido/namorado	
<b>5. Renda da família</b>		<b>6. Escolaridade (anos de estudos concluídos)</b>
1. ( ) Até 1 salário mínimo		1. ( ) nenhuma
2. ( ) Mais de 1 a 2 salários mínimos		4. ( ) De 8 a 11
3. ( ) Mais de 2 a 5 salários mínimos		2. ( ) De 1 a 3
4. ( ) Mais de 5 a 10 salários mínimos		5. ( ) De 12 a mais
5. ( ) Mais de 10 salários mínimos		3. ( ) De 4 a 7
<b>7. Frequente escola</b>		<b>8. Tem atividade profissional remunerada (trabalha)</b>
1. ( ) sim	2. ( ) não	1. ( ) sim. Qual _____
		2. ( ) não
<b>9. Religião</b>		<b>10. Raça/cor</b>
1. ( ) Espírita	6. ( ) Católica	1. ( ) branca
2. ( ) Umbanda/candomblé	7. ( ) Judaica/israelita	4. ( ) amarela
3. ( ) Religiões orientais	8. ( ) Outra _____	2. ( ) parda
4. ( ) Evangélica	9. ( ) Sem religião	5. ( ) indígena
5. ( ) Protestante		3. ( ) preta
<b>II. Hábitos de vida</b>		
<b>11. Você fuma?</b>		<b>12. Se sim. Quantos cigarros por dia?</b>
1. ( ) sim	2. ( ) não	1. ( ) 1 a 4 cigarros
		3. ( ) 10 a 19 cigarros
		2. ( ) 5 a 9 cigarros
		4. ( ) mais de 20 cigarros
<b>13. Você usou álcool nos últimos 12 meses?</b>		<b>14. Se sim. Com que frequência usou álcool nos últimos 12 meses?</b>
1. ( ) sim	2. ( ) não	1. ( ) 1 vez por semana
		2. ( ) 1 vez por mês
		3. ( ) mais de 1 vez por semana
		4. ( ) outro. _____
<b>15. Você fez uso de drogas ilícitas nos últimos 12 meses?</b>		<b>16. Se sim, qual a(s) droga(s) consumida(s) nos últimos 12 meses?</b>
1. ( ) sim	2. ( ) não	1. ( ) maconha
		5. ( ) heroína
		2. ( ) cocaína aspirada
		6. ( ) anfetaminas
		3. ( ) cocaína injetável
		7. ( ) outras. _____
		4. ( ) crack





<b>V. Percepções acerca do preservativo</b>	
<b>32. Você tem facilidade para conseguir o preservativo?</b> 1. ( ) sim                      2. ( ) não	<b>33. Qual a frequência que você usa o preservativo?</b> 1. ( ) sempre                      3. ( ) às vezes 2. ( ) raramente                      4. ( ) nunca
<b>34. Você usa o preservativo com parceiro fixo?</b> 1. ( ) sim. Porque _____ 2. ( ) não. Porque _____	<b>35. Você usa preservativo com parceiro eventual?</b> 1. ( ) sim. Porque _____ 2. ( ) não. Porque _____
<b>36. Já aconteceu de você querer usar o preservativo com parceiro que não queria?</b> 1. ( ) sim                      2. ( ) não	<b>39a. Se sim. Você teve a relação sexual?</b> 1. ( ) sim                      2. ( ) não  <b>39b. Se sim. Na última vez que isso aconteceu o que você fez?</b> 1. ( ) utilizou o preservativo 2. ( ) teve a relação sexual sem preservativo 3. ( ) teve a relação sexual sem penetração
<b>VI. Percepção acerca da infecção HIV</b>	
<b>40. Você acha que ao engravidar correu o risco de adquirir o vírus HIV?</b> 1. ( ) sim. Porque _____ 2. ( ) não. Porque _____	<b>41. Você se considera em risco para adquirir a infecção HIV?</b> 1. ( ) sim. Porque _____ 2. ( ) não. Porque _____
<b>VII. Fonte de informação</b>	
<b>42. Onde você obtém informações sobre DST/HIV/AIDS?</b> 1. ( ) pais 2. ( ) amigos 3. ( ) outros familiares 4. ( ) profissionais de saúde. Qual _____ 5. ( ) ninguém 6. ( ) escola 7. ( ) revista/radio/TV 7. ( ) outros. Quais _____	<b>43. Onde você obtém informações sobre gravidez?</b> 1. ( ) pais 2. ( ) amigos 3. ( ) outros familiares 4. ( ) profissionais de saúde. Qual _____ 5. ( ) ninguém 6. ( ) escola 7. ( ) revista/radio/TV 7. ( ) outros. Quais _____

## APÊNDICE B - Unidades de Saúde selecionadas para coleta de dados

---

1. Centro de Saúde do Varjão
2. Unidade Mista de Saúde de Taguatinga
3. Centro de Saúde nº 01 Brazlândia
4. Centro de Saúde nº 01 de Samambaia
5. Centro de Saúde nº01 de Santa Maria
6. Unidade Mista de Saúde de São Sebastião
7. Centro de Saúde nº 01 de Sobradinho
8. Centro de Saúde nº 01 do Gama
9. Centro de Saúde nº 01 do Recanto das Emas
10. Centro de Saúde nº 02 do Núcleo Bandeirante
11. Centro de Saúde nº 03 de Planaltina
12. Centro de Saúde nº 03 de Taguatinga
13. Centro de Saúde nº 03 do Gama
14. Centro de Saúde nº 03 do Guará
15. Centro de Saúde nº 04 de Ceilândia
16. Centro de Saúde nº 04 de Samambaia
17. Centro de Saúde nº 06 do Gama
18. Centro de Saúde nº 07 de Brasília
19. Centro de Saúde nº 07 de Ceilândia
20. Centro de Saúde nº 08 de Taguatinga
21. Centro de Saúde nº 08 de Brasília
22. Centro de Saúde nº 10 de Ceilândia

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

---

## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

Você está sendo convidada a participar do projeto: **Percepção de risco da infecção pelo HIV entre adolescentes grávidas no Distrito Federal**, desenvolvido pela pesquisadora Kelly Aparecida Palma Alves, mestranda da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. A pesquisa tem como objetivo estudar a percepção de risco das adolescentes grávidas acerca da infecção pelo HIV.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação será através de uma entrevista que você deverá responder no setor de pré-natal na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de: 20 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para a realização da entrevista. Sendo respeitado o tempo de cada um para respondê-la. Informamos que a você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para você no seu entendimento.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília e Secretaria de Saúde do Distrito Federal, podendo inclusive ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Kelly Aparecida Palma Alves, no Hospital Regional da Samambaia, telefone: (61) 30324301 ou (61) 34589883, no horário: 13:00 às 19:00.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa, podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

---

Adolescente

---

Responsável legal

---

Kelly Aparecida Palma Alves  
Pesquisadora Responsável

---

**ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética**

---

