



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER



ANNA GLÁUCIA COSTA CRUZ

**CONHECIMENTO OBJETIVO E PERCEBIDO SOBRE PRESERVATIVOS ENTRE
ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO**

TERESINA-PI
2017

ANNA GLÁUCIA COSTA CRUZ

**CONHECIMENTO OBJETIVO E PERCEBIDO SOBRE PRESERVATIVOS ENTRE
ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Linha de Pesquisa: Assistência integral à saúde da mulher

Orientadora: Profa. Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes

TERESINA-PI
2017

Ficha Catalográfica elaborada de acordo com os padrões estabelecidos no
Código de Catalogação Anglo – Americano (AACR2)

C955c Cruz, Anna Gláucia Costa
Conhecimento objetivo e percebido sobre preservativos entre
estudantes de ensino médio / Anna Gláucia Costa Cruz. – 2017.
97 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Apresentada ao Programa de Mestrado
Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí.
“Orientadora: Prof.^a Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes.”

1. Educação Sexual. 2. Adolescentes. 3. Anticoncepção.
4. Participação da Família. 5. Preservativos. I. Título.

CDD: 613.951

Bibliotecária Responsável:
Nayla Kedma de Carvalho Santos – CRB 3ª Região/1188

ANNA GLÁUCIA COSTA CRUZ

**CONHECIMENTO OBJETIVO E PERCEBIDO SOBRE PRESERVATIVOS ENTRE
ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes - Presidente
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Profa. Dra. Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa - 1ª Examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Profa. Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes - 2ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Profa. Dra. Karoline de Macêdo Gonçalves - Suplente
Universidade Federal do Piauí - UFPI

“Entrega o teu caminho ao Senhor; confia nele, e ele tudo fará”.

(Salmo 37:5)

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre caminhar ao meu lado iluminando e inspirando minha vida.

À minha amada mãe Antônia por ser minha grande fonte de amor, fé, força e determinação.

Ao meu amado pai Adelino pelo carinho, amor e paciência.

Ao grande amor da minha vida, minha filha Anna Beatriz, por me fazer mais feliz todos os dias.

Às minhas amadas irmãs Angelina, Angela, Angely e Angelane por sempre estarem presentes dando-me força, alegria, amor e sabedoria. Vocês são minhas fontes de inspiração para buscar sempre crescer e ser uma pessoa cada vez melhor. Tudo o que sou, eu devo a vocês.

Ao meu amado irmão Airton, *in memoriam*, pela base sólida de amor que plantou em nossas vidas.

Aos meus queridos sobrinhos Rodrigo, Rodolfo, Airton, Aurélio e Glaucilane por me ajudarem com carinho, disponibilidade e paciência em todos os momentos de que precisei.

Ao meu cunhado Márcio Túlio por me ajudar de forma incansável durante a coleta de dados, acompanhando-me até as escolas mais distantes, no turno da noite, para aplicar questionário aos alunos. Obrigada pela paciência e disposição de sempre!

Às minhas queridas tia Célia e madrinha Maria das Graças pelo apoio, carinho e atenção que a mim dedicaram nesta caminhada.

A todos da minha família que contribuíram muito para esta vitória: tias, tios, madrinha, padrinho, cunhados, primos, primas, sobrinhos e sobrinhas. Amo todos vocês infinitamente!

À Profa. Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes, minha orientadora, a quem tenho muito carinho, admiração e respeito. Agradeço pela paciência, convivência, compreensão e compromisso. Sinto orgulho imenso de ter sido sua orientanda na Universidade, por você ter acreditado e confiado em mim e pela grande oportunidade que Deus me proporcionou de receber suas incansáveis orientações para o desenvolvimento deste trabalho e também para a minha vida.

À Universidade Federal do Piauí - UFPI, em nome da Profa. Dra. Lis Cardoso Marinho Medeiros, coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da UFPI, pelo grande incentivo e apoio que sempre nos deu para o desenvolvimento de nossas atividades e a todos os outros professores do Mestrado que contribuíram muito para a minha formação.

A todos da minha turma de mestrado pelo companheirismo, carinho, união, amizade e grande competência, em especial, ao amigo Inácio.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade da UFPI pela oportunidade dada a mim de ter participado como integrante do estudo sobre a *Situação de saúde de estudantes de ensino médio em Teresina-PI*. Obrigada a todos os professores do Programa pelos ensinamentos. Um agradecimento especial aos mestrandos com os quais compartilhei momentos importantes e aprendi muito: Larisse, Aglaine, Cremilda e Marcondes. A todos os enfermeiros e nutricionistas que contribuíram com nossa coleta de dados e à funcionária Francisca das Chagas de Oliveira (Chaguinha) por sempre me ajudar nos momentos em que precisei nessa caminhada.

À Secretaria Municipal de Educação de Teresina, aos diretores, professores e funcionários das escolas públicas e privadas nas quais realizei a coleta de dados, agradeço pela ajuda e receptividade para a realização deste trabalho.

Às professoras doutoras Fernanda Avelino, Elaine Moura e Samila Gomes da UFPI e à enfermeira Maristella Nascimento por terem contribuído bastante para a minha formação, pela amizade e carinho, incentivando-me e apoiando-me sempre que precisei. Muito obrigada por tudo!

Aos meus queridos amigos do Hospital Universitário da UFPI pela grande ajuda, carinho, amizade e compreensão, o que me permitiu concluir esta caminhada e, em especial, à Luiza Helena, Lais Norberta, Lyon Richardson, Liana Leal, Danielle Dourado, Mariane Duarte, Gabriela do Vales, Janete Arrais, Daniele Vieira, Camila Barbosa, Fernando Gusmão, Sheyla Gomes e Roxana Mesquita.

Aos meus queridos amigos da Maternidade Dona Evangelina Rosa pelo apoio, carinho e compreensão, em especial, à minha responsável técnica, enfermeira Valessa Ximenes, e a todos os meus amigos do Centro Obstétrico, Centro de Parto Normal e Ala C, que contribuíram para o meu sucesso nesta caminhada.

Às professoras doutoras da minha banca de qualificação e de defesa da dissertação pelas brilhantes contribuições dispensadas ao meu trabalho, Dra. Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa, Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes e Dra. Karoline de Macêdo Gonçalves (suplente).

À minha querida amiga Dayana e a todos os meus amigos, que contribuíram direta ou indiretamente para esta vitória, muito obrigada!

CONHECIMENTO OBJETIVO E PERCEBIDO SOBRE PRESERVATIVOS ENTRE ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO

RESUMO

Introdução: O conhecimento adequado sobre preservativos é um dos fatores contribuintes para a promoção de práticas sexuais seguras na adolescência, pois influencia na redução do índice de infecções sexualmente transmissíveis e de gravidez precoce, considerados grandes problemas de saúde pública. Ressalta-se que o conhecimento deve ser analisado tanto pelo componente objetivo como pelo percebido e que a percepção é indicada como importante preditor para atitudes sexuais de risco na adolescência. **Objetivo:** Analisar o conhecimento objetivo e percebido sobre preservativos entre escolares de ensino médio. **Método:** O estudo é transversal com a participação de 674 adolescentes matriculados no ensino médio de escolas públicas e privadas de Teresina-PI. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário com quatro afirmações para determinação do nível de conhecimento objetivo e escala de Likert para avaliação do nível de conhecimento percebido. Analisaram-se as variáveis sociodemográficas, iniciação sexual e variáveis relacionadas ao conhecimento sobre preservativo. **Resultados:** Mais da metade dos adolescentes apresentou baixo conhecimento objetivo (57,4%) e baixo conhecimento percebido (78,6%) sobre preservativos, tendo a afirmação sobre uso do preservativo em relações homossexuais apresentado o menor nível de conhecimento objetivo (57,6%) e também a menor média para conhecimento percebido (2,49). Na análise multivariada, os estudantes que tinham mães com maior escolaridade ($p=0,044$), que cursavam a terceira série do ensino médio ($p=0,002$), com renda familiar maior que dois salários mínimos ($p=0,013$), que tinham iniciado a vida sexual ($p=0,035$) e receberam orientação dos pais sobre sexualidade ($p=0,047$) tinham mais chance de alto conhecimento objetivo. O alto conhecimento percebido foi associado à maior escolaridade da mãe ($p=0,023$), ao aluno cursar a terceira série do ensino médio ($p=0,038$), ter renda familiar maior que dois salários mínimos ($p<0,001$) e ter iniciado a vida sexual ($p=0,029$). **Conclusão:** Os fatores preditores de maior conhecimento apontam para a importância da participação da família na educação sexual dos filhos, bem como do acesso dessas famílias à escolaridade mais elevada e a melhor renda.

DESCRITORES: Planejamento familiar. Anticoncepção. Adolescente. Conhecimento. Preservativos. Comportamento sexual.

OBJECTIVE AND PERCEIVED KNOWLEDGE ABOUT CONDOMS AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS

ABSTRACT

Introduction: Adequate knowledge about condoms is one of the contributing factors to the promotion of safe sex practices in adolescence, as it influences the reduction of sexually transmitted infections and early pregnancy, considered to be major public health problems. It should be emphasized that knowledge must be analyzed by both the objective and the perceived component, and that perception is indicated as an important predictor of risky sexual attitudes in adolescence. **Objective:** To analyze the objective and perceived knowledge about condoms among High School students. **Method:** The study is transversal with 674 teenagers matriculated in High School in public and private schools in Teresina-PI. The data collection was done through a questionnaire with four statements to determine the level of objective knowledge and Likert scale to evaluate the level of perceived knowledge. Sociodemographic variables, sexual initiation and variables related to condom knowledge were analyzed. **Results:** More than half of the teenagers had low objective knowledge (57.4%) and low perceived knowledge (78.6%) about condoms, having the statement about condom use in homosexual relationships showed the lowest level of objective knowledge (57.6%), and also the lowest average for perceived knowledge (2,49). In multivariate analysis, students who had mothers with higher education ($p = 0.044$), who were studying the third grade of High School ($p = 0.002$), with family income bigger than two minimum wages ($p = 0.013$), which had started sex life ($P = 0.035$) and received orientation from parents about sexuality ($p = 0.047$) had more chances of high objective knowledge. The high perceived knowledge was associated with the higher education of the mother ($p = 0.023$), the student attending the third grade of High School ($p = 0.038$), having a family income bigger than two minimum wages ($p < 0.001$) and having started sex life ($P = 0.029$). **Conclusion:** The Predictors Factors of bigger knowledge point to the importance of family participation in the sexual education of children, as well as the access of these families to higher education and better income.

KEYWORDS: Family Planning. Contraception. Teenager. Knowledge. Condoms. Sexual Behavior.

RESUMEN

Se objetivó analizar el conocimiento objetivo y percibido sobre preservativos entre alumnos de enseñanza media. El estudio es transversal con 674 adolescentes matriculados en la enseñanza média de escuelas públicas y privadas de Teresina-PI. La recolección de datos fue realizada por medio de un cuestionario con cuatro afirmaciones para determinar el nivel de conocimiento objetivo y la escala de Likert para evaluar el nivel de conocimiento percibido. Se analizaron variables sociodemográficas, iniciación sexual y variables relacionadas al conocimiento sobre preservativo. Más de la mitad de los adolescentes presentó bajo conocimiento objetivo (57,4%) y bajo conocimiento percibido (78,6%) sobre preservativos, teniendo la afirmación sobre el uso del preservativo en relaciones homosexuales presentado el menor nivel de conocimiento objetivo (57,6% Y el menor promedio para el conocimiento percibido (2,49). En el análisis multivariado, los estudiantes que tenían madres con mayor escolaridad ($p = 0,044$), cursaban la tercera serie de la enseñanza media ($p = 0,002$), con renta familiar mayor que dos salarios mínimos ($p = 0,013$), que habían comenzado la vida ($p=0,035$) y recibieron orientación de los padres sobre sexualidad ($p = 0,047$) tenían más posibilidades de alto conocimiento objetivo. El alto conocimiento percibido fue asociado a la mayor escolaridad de la madre ($p=0,023$), al alumno cursar la tercera serie de la enseñanza media ($p=0,038$), tener renta familiar mayor que dos salarios mínimos ($p<0,001$) y haber iniciado la vida ($p=0,029$). Los factores predictores de mayor conocimiento apuntan a la importancia de la participación de la familia en la educación sexual de los hijos, así como del acceso de esas familias a la escolaridad más elevada y la mejor renta.

DESCRIPTORES: Adolescente. Conocimiento. Preservativos. Comportamiento sexual.

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | Caracterização sociodemográfica de estudantes do ensino médio (n=674). Teresina, PI, Brasil, 2016 | 63 |
| Tabela 2 | Dados sobre iniciação sexual dos estudantes do ensino médio (n=674). Teresina, PI, Brasil, 2016 | 65 |
| Tabela 3 | Análise bivariada entre o conhecimento objetivo e o conhecimento percebido sobre preservativos e as características sociodemográficas e de iniciação sexual dos estudantes do ensino médio (n=674). Teresina, PI, Brasil, 2016 | 67 |
| Tabela 4 | Regressão Logística (análise multivariada) para detecção de fatores preditores de alto conhecimento objetivo e percebido de estudantes do ensino médio (n=674) sobre preservativos. Teresina, PI, Brasil, 2016 | 69 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|------------------|--|----|
| Gráfico 1 | Percentual de acertos das questões de conhecimento objetivo e média de acertos das questões de conhecimento percebido dos estudantes do ensino médio (n=674). Teresina, PI, Brasil, 2016 | 66 |
|------------------|--|----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| GREs | Gerências Regionais de Ensino |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HPV | Papilomavírus Humano |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INEP | Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira |
| IST | Infecção Sexualmente Transmissível |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PAISM | Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher |
| PCAP | Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira |
| PCNs | Parâmetros Curriculares Nacionais |
| PeNSE | Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar |
| PROSAD | Programa de Saúde do Adolescente |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| RIPSA | Rede Interagencial de Informações para a Saúde |
| RLM | Regressão de Logística Múltipla |
| Seduc/PI | Secretaria Estadual de Educação do Estado do Piauí |
| SIDA | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| Sinasc | Sistema de Informações de Nascidos Vivos |
| SM | Salário mínimo |
| SPE | Saúde e Prevenção nas Escolas |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Science</i> |
| TALE | Termo de Assentimento Livre e Esclarecido |

| | |
|--------|--|
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFPI | Universidade Federal do Piauí |
| UNAIDS | Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids |
| UNFPA | Fundo de População das Nações Unidas |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| VIF | <i>Variance Inflation Factor</i> |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema do presente estudo partiu da experiência da autora em desenvolver atividades voltadas ao público adolescente, especialmente na área de saúde sexual e reprodutiva, atuando na estratégia de saúde da família no município de Timon-MA, cidade vizinha a Teresina, e realizando atividades para prevenção de gestação precoce e de infecções sexualmente transmissíveis. Com sua atuação também em escola privada no município de Timon, foi iniciado um projeto sobre saúde na escola e, com o apoio dos professores e coordenadores, foram trabalhados os mais diversos temas transversais com os alunos, entre eles, a sexualidade na adolescência.

A finalização da especialização em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Piauí – UFPI em 2012 proporcionou-lhe amplo conhecimento e melhor atuação no pré-natal, bem como na assistência ao parto normal humanizado, em maternidade de referência do estado do Piauí, sendo esta a área com a qual se identifica muito, faz estudos e pesquisas. Além disso, a enfermagem obstétrica serviu-lhe de motivação para a realização deste trabalho por conta da vivência com mães tão jovens que mal deixaram a infância e já se depararam com o papel de ser mãe. Ao ingressar no Hospital Universitário da UFPI em 2013, houve a oportunidade de desenvolver atividades em setor destinado à saúde da mulher, o que também a motivou para a realização deste trabalho com adolescentes.

A apresentação do estudo foi construída em seis itens que se seguem: 1. Introdução com a contextualização do problema do estudo; 2. Objetivos geral e específicos; 3. Revisão de literatura: adolescência e sexualidade; aspectos epidemiológicos das ISTs na adolescência; gravidez na adolescência; comportamento sexual na adolescência; conhecimento e teorias cognitivas; **políticas públicas em saúde sexual e reprodutiva na adolescência e os desafios**; e o papel da escola e da família na saúde sexual de adolescentes; 4. Método: Tipo de estudo; cenário do estudo; população do estudo; desenho amostral; coleta de dados; análise dos dados e aspectos éticos e legais; 5. Resultados; Discussão; Considerações finais; Artigo Científico.

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 | OBJETIVOS | 19 |
| 2.1 | Geral | 19 |
| 2.2 | Específicos | 19 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 20 |
| 3.1 | Adolescência e sexualidade | 20 |
| 3.2 | Aspectos epidemiológicos das ISTs na adolescência | 21 |
| 3.3 | Gravidez na adolescência | 23 |
| 3.4 | Comportamento sexual na adolescência | 26 |
| 3.5 | Conhecimento e teorias cognitivas | 28 |
| 3.6 | Políticas públicas em saúde sexual e reprodutiva na adolescência e os desafios | 32 |
| 3.7 | O papel da escola e da família na saúde sexual de adolescentes | 35 |
| 4 | MÉTODO | 38 |
| 4.1 | Tipo de estudo | 38 |
| 4.2 | Cenário do estudo | 38 |
| 4.3 | População do estudo | 39 |
| 4.3.1 | Critérios de inclusão..... | 39 |
| 4.3.2 | Critérios de exclusão..... | 39 |
| 4.4 | Desenho amostral | 39 |
| 4.5 | Coleta de dados | 41 |
| 4.6 | Análise dos dados | 43 |
| 4.7 | Aspectos éticos e legais | 44 |
| 5 | RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONSIDERAÇÕES FINAIS: ARTIGO CIENTÍFICO | 45 |
| | REFERÊNCIAS | 74 |
| | APÊNDICES | 87 |
| | ANEXOS | 96 |

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é definida pela Organização das Nações Unidas – ONU como o período compreendido de 10 a 19 anos, sendo uma fase de transição entre a infância e a fase adulta, representada pelo início da puberdade e por transformações psicológicas e sexuais, considerando-se que as meninas vivenciam o início dessa puberdade mais precocemente do que os meninos (UNICEF, 2011).

Em 2017, relatório das Nações Unidas de projeção mundial da população demonstra que a população jovem de 15 a 24 anos corresponde a 16% da população mundial e cerca de 90% desses jovens vivem em países em desenvolvimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE mostrou que, no Brasil, durante o segundo trimestre de 2017, a população estimada de jovens de 14 a 24 anos residentes chegava a 36.490.000 indivíduos, que correspondia a aproximadamente 18% da população total brasileira, sendo a região Nordeste a segunda com maior número. O estado do Piauí possuía, nesse mesmo período, 591.000 jovens, considerando-se que 17,9% deles eram residentes em Teresina, local da realização deste estudo (BRASIL, 2012; IBGE, 2017; UNICEF, 2011; UNICEF, 2014; UNITED NATIONS, 2017).

Assim, os adolescentes representam um contingente populacional muito significativo que necessita de atenção e educação de qualidade, com inserção de temas transversais no ensino que contribuam para aumentar o seu poder de conhecimento e a sua segurança diante de desafios, tais como: a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) - principalmente o vírus da imunodeficiência humana (HIV) causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) - e a gravidez na adolescência (UNICEF, 2011).

Ampliar o conhecimento dos adolescentes para o desenvolvimento de uma vida sexual saudável e livre de riscos é algo que deve ser trabalhado com prioridade pela família, escola, serviços de saúde e toda a sociedade, tendo em vista vários aspectos, tais como: os adolescentes estão iniciando a vida sexual cada vez mais cedo; no Brasil, cerca de 1 milhão de adolescentes engravidam por ano e esse número vem aumentando, o que pode gerar sérios problemas sociais e psicológicos na vida dessas adolescentes; 10 milhões de adolescentes vivem hoje com HIV ou estão propensos a

desenvolver AIDS nos próximos três ou quinze anos; ainda existe muita insegurança e falta de conhecimento em relação ao uso de métodos contraceptivos; o comportamento sexual de risco dos adolescentes é fato muito incidente; o acesso aos métodos contraceptivos é uma barreira, pois os serviços de saúde não estão preparados para acolher o adolescente de forma correta (BOISLARD et al. 2016; CAMINHA et al., 2012; DUARTE, HOLANDA, MEDEIROS, 2012; JARDIM, MADUREIRA, MARQUES, 2010; KNOPF et al., 2017; SALAM et al. 2016; SILVA et al., 2016; SVANEMYR et al. 2017).

O conhecimento sobre métodos contraceptivos, particularmente sobre o preservativo masculino e feminino, é importante para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, pois tende a influenciar no seu comportamento sexual. Estudos sugerem que o adolescente, ao usar o preservativo na sua primeira relação sexual, será influenciado a utilizá-lo nas relações posteriores, demonstrando a importância do conhecimento e da orientação antes do início da vida sexual. E essa atitude do uso de algum método contraceptivo na primeira experiência sexual tende a determinar o padrão de comportamento sexual futuro do adolescente. O uso do preservativo representa um início para a vivência plena da sexualidade na adolescência (ALVES, BRANDÃO, 2009; BORGES et al., 2016; LONGO, 2002; ROCK et al., 2005; SHAFII et al., 2003).

O conhecimento deve ser analisado tanto pelo componente objetivo como pelo percebido, sendo a percepção considerada um antecedente importante para as atitudes sexuais de risco do adolescente. Conhecimento objetivo é o que de fato se sabe sobre determinado assunto naquele momento e conhecimento percebido é o que o indivíduo pensa que sabe ou o quanto é confiante do que julga saber, podendo levá-lo a superestimar o seu conhecimento. Desse modo, dependendo do nível desses conhecimentos, o adolescente pode estar em risco ou não para um início de vida sexual insegura (GOMES, SOUSA, 2009; ROCK et al., 2003; ROCK et al., 2005).

Ressalta-se que estudos que abordam o conhecimento de adolescentes a respeito dos métodos contraceptivos têm mostrado que, entre os métodos mais conhecidos ou usados pelos adolescentes, estão a camisinha masculina e o contraceptivo hormonal oral (BORGES, et al., 2016; GOMES et al., 2008; MARANHÃO et al., 2015; MARTINS et al., 2006; ROMERO et al., 2007). Porém,

observa-se que esse conhecimento apresentado pelos adolescentes não é acompanhado de práticas seguras e se resume, muitas vezes, em saber que o método existe, de forma superficial, ao ponto de não conhecerem principalmente o modo correto de usar, sendo, portanto, um conhecimento inadequado e de baixa qualidade que pode levá-los a pensar ou julgar que detêm determinado conhecimento (DELL'AGLIO, TRONCO, 2012; MARTINS et al., 2006; MOURA et al., 2011; ROMERO et al., 2007).

Assim, em razão das expressivas taxas de ISTs e de gravidez na adolescência que ainda persistem e a lacuna na literatura acerca do conhecimento objetivo e percebido de adolescentes sobre preservativos, é que se buscou identificar, com este estudo, o conhecimento de adolescentes escolares sobre preservativos e analisar os fatores associados ao conhecimento.

OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o conhecimento objetivo e percebido sobre preservativos entre adolescentes escolares de ensino médio.

2.2 Específicos

- Caracterizar os estudantes quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde sexual;
- Identificar os níveis de conhecimento objetivo e percebido dos participantes sobre preservativos;
- Verificar os fatores preditores do conhecimento objetivo e percebido dos estudantes sobre preservativos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Adolescência e sexualidade

As definições cronológicas de adolescência são heterogêneas, sendo definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que juventude engloba a faixa etária dos 15 aos 24 anos de idade e que a população jovem compreende a faixa etária mais abrangente dos 10 aos 24 anos de idade. A adolescência é definida pela ONU e pela OMS como a segunda década de vida abrangendo dos 10 aos 19 anos de idade, e todas essas definições também adotadas pelo Ministério da Saúde. No entanto, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por meio da Lei 8.069, de 1990, a adolescência é definida dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990; BRASIL, 2010).

O adolescente vivencia a passagem da infância para a fase adulta, período marcado por complexas transformações físicas e psicobiológicas que impactam na continuação do desenvolvimento da sua sexualidade de forma acelerada, principalmente devido ao início da puberdade. A puberdade é o conjunto de mudanças biológicas e corporais que acontecem na adolescência e corresponde à maturação sexual, porém, nem sempre essas alterações são acompanhadas do amadurecimento afetivo e cognitivo, o que expõe o adolescente a comportamentos instáveis e à grande vulnerabilidade a riscos (VALIM et al., 2015).

Citar adolescência como passagem ou transição ocorre por conta do contexto histórico, no qual essa fase, por muito tempo, não era vista como uma época distinta de desenvolvimento com características e definições próprias, sendo confundida com a infância até o século XVIII e tendo o seu conceito difundido somente a partir do século XX. Esse fato tem influenciado a forma como a sociedade lida com o adolescente, na qual ele não é mais considerado criança, contudo, também não é adulto. Isso gera conflitos internos, dúvidas, medo, angústia e ansiedade em razão do adolescente estar perdendo a condição de criança - período de maior "proteção" - e estar ganhando uma série de responsabilidades de adulto que, muitas vezes, não lhes são orientadas de forma correta (AMARAL RIBEIRO, CARNEIRO, IPPOLITO, 2015; ARIES, 1986; AVILA, 2005; NOGUEIRA, SANTOS, 2009).

O desenvolvimento da sexualidade se inicia na infância, porém, é na adolescência que acontece o despertar para a sexualidade devido ao amadurecimento sexual, marcado pela ovulação e pela espermatogênese. A sexualidade é influenciada por um conjunto de fatores que vão determinar o comportamento sexual do adolescente, tais como: crenças, normas morais, valores pessoais e familiares, orientação sexual na escola, cultura sexual do grupo em que convive esse adolescente, escolha sexual, tabus, papéis de gênero, classe social e o próprio ambiente onde ele vive. Além disso, o comportamento sexual é também influenciado pela pouca maturidade que ainda está sendo construída, pela instabilidade emocional característica da adolescência e pelo conhecimento insuficiente para a prevenção dos riscos inerentes ao sexo sem proteção (BRÊTAS et al., 2008; VALIM et al., 2015). Portanto, alguns desses fatores colocam o adolescente em situação de grande vulnerabilidade.

A saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes tem estado em profícuo debate nos dias atuais, principalmente pelos sérios problemas de saúde pública aos quais aqueles são mais susceptíveis, como: as ISTs - principalmente a AIDS -, a gravidez precoce e o aborto inseguro. Portanto, proporcionar aos adolescentes saúde sexual e reprodutiva de qualidade, com enfoque na vivência plena da sexualidade, mas livre de riscos e com as informações necessárias deve ser compromisso dos profissionais de saúde, da família, assim como da escola por ser o local onde eles passam a maior parte do tempo e por ser ambiente favorável à difusão desses conhecimentos a essa população.

3.2 Aspectos epidemiológicos das ISTs na adolescência

O termo infecção sexualmente transmissível (IST) tem sido introduzido desde 1999 e a sua utilização é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em substituição a doença sexualmente transmissível (DST) por ser um termo mais oportuno devido ao caráter assintomático de muitas ISTs. E quando se relacionam as ISTs com a adolescência, é preciso atenção especial por ser esta uma fase crítica de desenvolvimento do corpo e da mente, na qual o adolescente pode ser levado a interpretar os riscos de forma inadequada e imatura (BRASIL, 2015; OMS, 2005).

As ISTs podem ser provocadas por vírus, bactérias, fungos e protozoários, sendo transmitidas principalmente de uma pessoa a outra por contato sexual e, algumas delas, por via sanguínea ou ainda por transmissão vertical, da mãe para o filho. Algumas das ISTs, especialmente a AIDS, causada pelo vírus HIV, gera nas pessoas acometidas uma série de problemas psicológicos relacionados ao sentimento de culpa, além de muitos problemas de cunho social relacionados com o estigma e a discriminação pela sociedade (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, os adolescentes, por viverem um período de descobertas em que acontecem as primeiras experiências sexuais, nas quais estes adentram, muitas vezes sem o conhecimento correto sobre prática sexual segura, acabam sendo expostos a uma situação de maior vulnerabilidade às ISTs e ao HIV (SILVA et al., 2015). Relatório Mundial afirma que dois terços dos jovens não têm conhecimento correto e abrangente sobre o HIV, sendo o uso de preservativos muito baixo em todos os grupos populacionais com maior risco de contrair o HIV (UNAIDS, 2016).

Em relação ao início da atividade sexual e ao uso do preservativos e multiplicidade de parceiros sexuais, pode-se citar a “Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada às ISTs e Aids da população brasileira de 15 a 64 anos”. Esta mostrou um resultado que merece muita atenção, no qual um quarto da população brasileira iniciou a atividade sexual antes dos 15 anos e que 35% iniciou a vida sexual entre 15 e 19 anos. Além disso, quase 30% da população de 15 a 49 anos relataram ter múltiplos parceiros sexuais no ano anterior à pesquisa, sendo 47% entre os homens e 18% entre as mulheres. A utilização regular do preservativo nas relações sexuais foi bem insatisfatória, como provam os dados nos quais, entre as pessoas de 15 a 64 anos de idade, o uso do preservativo na última relação sexual foi apenas de 39%, diminuindo para 20% quando há um parceiro fixo, chegando a 55% com parceiro casual (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015).

De acordo com dados da OMS, mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente (OMS, 2013). Entre os adolescentes e jovens, a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), causador do câncer de colo uterino em mulheres e câncer de pênis em homens, é uma das ISTs mais frequentes, sendo a prevalência de infecção pelo HPV elevada nesse grupo, o que sugere que a infecção acontece, em geral, em idade mais precoce, nas primeiras relações sexuais (BRASIL, 2008).

Em relação à situação da epidemia de HIV e SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida), no mundo, desde 2010, o número anual de novas infecções de pessoas de 15 anos e mais manteve-se estático em número estimado de 1,9 milhões, sendo detectadas, em 2015, cerca de 2.000.000 novas infecções por HIV. Ressalta-se que as mulheres jovens de 15 a 24 anos chegaram a representar 20% das novas infecções por HIV entre os jovens em 2015. No Brasil, o número de pessoas vivendo com HIV, considerando-se todas as idades em 2015, era cerca de 800.000 (UNAIDS, 2016).

Destaca-se ainda que, de 1980 a junho de 2016, foram notificados 842.710 casos de AIDS no Brasil, equivalendo à média anual de 41,1 mil casos de AIDS nos últimos cinco anos, sendo 8,6 mil apenas na região Nordeste. No Estado do Piauí, de 1980 a junho de 2016, foram notificados 6.179 casos, o que corresponde a 4,86% das notificações totais da região Nordeste. Em 2014, no Piauí, existiam 509 pessoas de 15 anos e mais vivendo com HIV/AIDS e em tratamento com terapia antirretroviral. Na capital do Estado do Piauí, Teresina, local de realização deste estudo, a taxa de detecção de casos de AIDS foi de 28,7% no ano de 2015. Entre os homens e mulheres de 15 a 19 anos, considerando-se os últimos dez anos no Brasil, houve aumento da taxa de detecção de casos de AIDS (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016). Portanto, torna-se preponderante que os adolescentes e jovens adquiram o conhecimento adequado sobre o uso de preservativos.

3.3 Gravidez na adolescência

Um dos aspectos mais importantes relacionado ao início precoce da vida sexual é a gravidez na adolescência. Esta se constitui em um fenômeno complexo por estar associada a fatores familiares, socioeconômicos, educacionais, culturais e emocionais e por representar uma série de transformações na vida da adolescente. Pode ter como consequências uma interrupção no projeto de vida planejado e sonhado pela adolescente e por sua família, pois, muitas vezes, leva ao baixo rendimento escolar ou ao abandono dos estudos; a falta do apoio familiar, do parceiro e dos amigos podem acontecer e contribuir para a perda da autoestima, potencializando-se a ocorrência de sentimentos de medo e abandono, gerando problemas psíquicos. Além disso, pode predispor à pobreza com consequentes riscos sociais e de saúde para a

adolescente e seu filho (CARNIEL et al., 2006; CHALEM et al., 2007; FARIAS, MORÉ, 2012; MELO et al., 2017; NERY et al., 2011).

Apesar da importância do conhecimento sobre a prevenção de gravidez precoce para os adolescentes, a literatura mostra que a falta de uso dos métodos contraceptivos não necessariamente está relacionada à falta de conhecimento, bem como conhecê-los nem sempre é fator para saber usá-los corretamente (BRANDÃO, HEILBORN, 2006; DIAS, TEIXEIRA, 2010; NERY et al., 2011). A globalização atual das informações possibilita ampla divulgação de conhecimentos, inclusive em relação ao uso do preservativo, entretanto, o adolescente tem a falsa concepção da interferência do preservativo no prazer sexual, de que o uso de um método representa falta de confiança no parceiro e de que relações eventuais não engravidam ou que não se engravida na primeira relação sexual. Somando-se a isso, as diferenças nas relações de gênero conferem fragilidade à mulher para impor o uso do preservativo ao parceiro (FAIAL et al., 2016; NOGUEIRA, SANTOS, 2009).

Por um lado, as intensas mudanças nos valores e opiniões da nossa sociedade em relação às questões sexuais, nos últimos tempos, provocaram maior aceitação tanto do sexo antes do casamento como da gravidez na adolescência, o que tende a favorecer o aumento da gestação em adolescentes (NOGUEIRA, SANTOS, 2009). Por outro lado, mudanças relacionadas ao papel da mulher na sociedade promoveram uma ascensão no nível de escolarização e na capacitação profissional das jovens, reduzindo-se, assim, o panorama da fecundidade feminina (BRANDÃO, HEILBORN, 2006; NERY et al., 2011).

No Brasil, a taxa de fecundidade total era de 2,09 filhos por mulher em 2005, diminuindo para 1,72 filho por mulher em 2015, o que significou uma queda de 17,7%, e, entre as adolescentes de 15 a 19 anos, este indicador passou de 0,065 filho por mulher em 2005 para 0,030 filho por mulher em 2015. No Nordeste, essa taxa foi de 0,083 filho por mulher em 2005, passando para 0,033 em 2015, e no Piauí, a taxa de fecundidade adolescente se mostrou em 0,089 em 2005, diminuindo para 0,036 filho por mulher em 2015, o que evidencia uma grande redução da taxa de fecundidade nos últimos tempos (BRASIL, 2017; IBGE, 2016; RIPSAs, 2008).

A magnitude da gravidez na adolescência tem sido ressaltada no Brasil em dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc). Este mostra que, no ano de 2004, houve 661.290 nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos e, em 2015, houve 547.564 nascidos vivos nessa mesma faixa etária representando uma redução de 17% nesse indicador. A região Nordeste foi a que apresentou o maior índice em 2015, com 180.186 nascidos vivos (32,9%) de mães adolescentes, sendo 10.747 destes nascidos no Piauí. Apesar dessa redução, o Brasil ainda possui elevados índices de gravidez em adolescentes quando comparado a países desenvolvidos como os Estados Unidos, que apresentaram, de 1991 a 2010, uma taxa de 39 partos para cada mil mulheres de 15 a 19 anos, enquanto que, no Brasil, nesse mesmo período e faixa etária, houve uma taxa de 71 partos por mil mulheres (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017; UNFPA, 2013).

A gravidez na adolescência é tratada como um importante problema de saúde pública por conta dos altos índices e também devido às repercussões negativas que causam na vida dos adolescentes. Contudo, é preciso analisar o fenômeno nos diferentes contextos sociais, pois, de fato, podem existir repercussões positivas também. Uma gravidez, mesmo que na adolescência, pode ser um desejo consciente da adolescente de ser mãe e pode representar sinônimo de autorrealização e felicidade. Assim, nos grupos sociais com poder aquisitivo maior, pode não haver tanta interferência nos estudos e profissionalização, já nas classes baixas, pode significar liberdade sexual e reconhecimento pelo fato de a jovem incorporar um papel social de maior valor dentro de sua comunidade, o que pode dar mais sentido à sua vida (BRANDÃO, 2009; CARLOS, 2007; DIAS, TEIXEIRA, 2010; NERY et al., 2011; RODRIGUES et al., 2016).

Desse modo, para a prevenção da gravidez na adolescência, é preciso orientar e educar os adolescentes de forma adequada, ou seja, de forma acessível, prática, acolhedora e clara ofertando um conhecimento de qualidade. Essa atribuição deve ser desenvolvida pela família, pelos serviços de saúde e pela escola, lembrando sempre que os adolescentes são sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos e que a eles deve ser proporcionada uma forma para que compreendam que também possuem deveres e responsabilidades no exercício de sua sexualidade (NERY et al., 2011; TEIXEIRA, 2010).

3.4 Comportamento sexual na adolescência

No século passado, as adolescentes brasileiras eram prometidas aos seus futuros esposos desde cedo, ainda na infância. Assim, os casamentos eram precoces e a gestação na adolescência algo comum. A Revolução Industrial na Europa e o fim da I Guerra Mundial no final do século passado promoveram a abertura de campo de trabalho para as adolescentes e jovens, e uma gravidez naquele momento iria impedir o crescimento na profissão. Com o fim da II Guerra Mundial, houve mudanças de valores sociais e o sexo começou a ser percebido como uma forma de liberdade, a qual se intensificou mais ainda nos anos 50 com a descoberta da pílula anticoncepcional, comercializada inicialmente nos Estados Unidos em 1960 e lançada no Brasil em 1962. A evolução da liberação sexual levou a sociedade a considerar a virgindade algo quase “anormal” tanto para mulheres como para homens nos dias atuais. Assim, em decorrência dessas mudanças, a atividade sexual tem sido iniciada cada vez mais precocemente, de forma imatura e permeada de riscos para gravidez precoce, abortamentos e adquirir ISTs/AIDS (DIAS, TEIXEIRA, 2010; NOGUEIRA, SANTOS, 2009).

Tem sido evidenciado o início da vida sexual do adolescente cada vez mais cedo, haja vista que, em 1984, a idade média do início da vida sexual era de 15,3 anos entre os homens de 16 a 19 anos e de 16 anos para as mulheres dessa mesma faixa etária. Em 1998, a média de início da vida sexual diminuiu para 14,5 anos entre os homens e para 15,2 anos entre as mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Em Teresina-PI, estudo realizado com adolescentes revelou que a média de idade na primeira relação sexual foi de 15,3 anos, variando de 11 a 19 anos, tendo cerca de um terço das adolescentes vivenciado a primeira relação sexual antes de 15 anos de idade (GOMES et al., 2008).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada em 2009, nas capitais brasileiras, detectou situação muito preocupante em que, entre adolescentes de 14 anos que já eram ativos sexualmente, 35,4% iniciaram-se aos 12 anos ou menos, entre os quais 42,3% eram meninos e 19,7% eram meninas (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014).

Esses dados do Brasil reforçam os resultados de pesquisa domiciliar internacional realizada em países em desenvolvimento, onde aproximadamente 10% das adolescentes e 6% dos adolescentes de 15 a 19 anos de idade relatam ter tido relações sexuais antes dos 15 anos (UNICEF, 2011). Entre as nações desenvolvidas, não existem muitas diferenças em relação à idade de início da vida sexual dos adolescentes, visto que, nos Estados Unidos, há tendência discretamente maior a iniciarem-se antes dos 15 anos (MADKOUR et al., 2010).

O início da vida sexual, quanto mais precoce, mais gera comportamento sexual de risco, estando associado ao sexo desprotegido e ao maior número de parceiros sexuais durante a vida. Estudo que analisou a iniciação sexual na adolescência de jovens com antecedentes gestacionais em Teresina-PI revelou que a idade da iniciação sexual apresentou correlação negativa significativa ($p < 0,01$) com o número de parceiros sexuais e de gravidez das jovens, evidenciando-se que, quanto mais cedo o início da vida sexual, maior o número de parceiros e conseqüentemente maior o risco para se adquirir ISTs e uma gravidez indesejada (OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014; SILVA et al., 2015).

O comportamento sexual individual é fortemente influenciado pelo contexto e ambiente onde o adolescente vive. Podem-se citar os fatores sociais, culturais, econômicos, interpessoais, familiares e comunitários como influenciadores de determinado comportamento. Como fatores determinantes, também estão questões de gênero, atitudes individuais e a comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva, ou seja, o meio pelo qual o adolescente busca informações, sendo este último muito importante. Quando as relações de gênero acontecem de forma positiva, com igualdade e respeito aos direitos tanto da mulher quanto do homem, o comportamento sexual passa a ser mais seguro, pois há melhor comunicação entre os parceiros e maior taxa de uso de contraceptivos pelo casal (CÓRDOVA POZO et al., 2015).

Além dos fatores citados, o início da vida sexual precoce também sofre influência de outros aspectos. Estudos citam o uso de substâncias psicoativas e o tabagismo como fatores de risco (BOISLARD, POULIN, 2011; HSER, HUANG, MURPHY, 2012; OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014).

A alta incidência de ISTs/AIDS na adolescência provém de comportamento sexual de risco por conta do sexo sem proteção. Entre os anos de 2000 a 2006, foram registrados, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 3.750 casos de AIDS entre os adolescentes de 13 a 19 anos. Citam-se como causas possíveis para o não uso do preservativo as relações afetivas estáveis, o desconhecimento sobre os métodos anticoncepcionais e a falta de informação (VALIM et al., 2015).

Na adolescência, por ser uma fase de experimentação e curiosidades, o jovem tende a ser influenciado pelo grupo, pela mídia e pela sociedade e essas influências podem atuar tanto como fator de risco quanto fator de proteção. Por isso, o estudo do comportamento de risco e da percepção desse risco na adolescência é de grande importância, sendo esta percepção a forma como os riscos são interpretados dentro de um determinado contexto social e estes compreendem o risco real e o risco percebido (LOPES, PAULINO, 2010).

Para alguns autores, o comportamento de risco seriam ações que possuem riscos de sequelas para o desenvolvimento psicossocial do jovem e/ou provocar ou agravar danos e doenças (HUTZ, KOLLER, 1997; LOPES, PAULINO, 2010). A inteligência e as habilidades cognitivas influenciam diretamente na percepção e no comportamento de risco do adolescente, pois quanto maior o nível destas, maior será a aprendizagem, o saber e o domínio para a tomada de decisões. Portanto, torna-se imperativo educar, informar e orientar a fim de ampliar o conhecimento desse adolescente (LOPES, PAULINO, 2010; ROAZI, SOUZA, 2002).

Percebe-se, então, grandes mudanças no perfil de comportamento sexual do adolescente ao longo do tempo por influência de fatores históricos e mudanças culturais na sociedade, observando-se a necessidade de o adolescente ter conhecimento seguro em relação à prevenção das ISTs e da gravidez na adolescência.

3.5 Conhecimento e teorias cognitivas

Estudos enfatizam que o conhecimento engloba dois componentes: um objetivo e outro percebido e que ambos influenciam no comportamento sexual do adolescente

(ROCK et al., 2003, 2005). Nessa perspectiva, para a análise da construção desses conhecimentos e também do desenvolvimento da inteligência, é necessária a compreensão do processo de aprendizagem por meio das teorias cognitivas, tendo em vista que o aprendizado consiste na mudança de comportamento e atitude (LAKOMY, 2008).

O conhecimento objetivo é o conhecimento real que se tem sobre determinado assunto, e o conhecimento percebido é o que o indivíduo pensa que sabe e o quanto é confiante do que julga saber sobre determinado domínio de conteúdo, a “ilusão de saber”, podendo levá-lo a superestimar suas habilidades. Um alto componente percebido pode ser uma barreira para o adolescente querer absorver novos conhecimentos. Além disso, o conhecimento percebido corresponde também à incapacidade que o indivíduo possui de reconhecer ou perceber que não tem competência, habilidade ou conhecimento adequado sobre determinado assunto ou atividade, levando-o a crer que possui conhecimento superior ao seu conhecimento real (DUNNING, KRUGER, 1999; ROCK et al., 2003, 2005).

Sendo o conhecimento um antecedente significativo no comportamento sexual dos adolescentes, torna-se fundamental valorizar e analisar esse aspecto importante do conhecimento que é a percepção ou o conhecimento percebido. Este pode ser denominado também de conhecimento subjetivo ou conhecimento autopercebido, caracterizado por um sentimento de saber e autoconfiança que pode ajudar de forma significativa no aprendizado (JACCARD, RADECKI, 1995; LONIAL, MANGOLD, RAJU, 1995; ROCK et al., 2005).

O conceito de aprendizado concentra-se no comportamento. Para tanto, a Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura afirma que o ser humano não aprende apenas por experiências práticas, mas também pela aprendizagem observacional ou vicária. Assim, quando o indivíduo observa o que acontece com os outros ao atuarem no ambiente social, ele aprenderá um novo comportamento sem precisar tê-lo realizado antes ou sem receber reforço para que esse comportamento seja aprendido, gerando, muitas vezes, um processo de aprendizado por imitação. Mais tarde, essa Teoria foi reformulada e recebeu nova denominação, expandida de Teoria Social Cognitiva com uma valorização maior da cognição, tornando o ser humano um sujeito

ativo no processo de aprendizagem (BANDURA, 1977; BANDURA, 1989; LAKOMY, 2008).

As Teorias Cognitivistas, também denominadas de Teorias de Comportamento em Saúde, sugerem que a percepção seja um preditor do comportamento de risco no adolescente, além disso, estas teorias possuem em comum um papel na compreensão do que os indivíduos percebem como verdade ou importante sobre suas ações (ROCK et al., 2003, 2005). Podem-se citar também as teorias cognitivistas de Jean Piaget (Construtivismo Psicogenético), Lev Semynovitch Vygotsky (Teoria Sociointeracionista) e Henri Wallon (Teoria da Afetividade), que também explicam o processo de aprendizagem (LAKOMY, 2008).

A Teoria Social Cognitiva, base do corrente estudo, tem como essência o conhecimento do ser humano sobre tudo aquilo que integra o seu cotidiano, tendo este o poder de modificar o seu próprio meio, utilizando-se, para isso, de seus conhecimentos, habilidades cognitivas e comportamentais a fim de produzir os resultados desejados, o que determina o seu comportamento. Assim, o homem se constitui também como um produto do meio e contribui para sua própria motivação e ação em um modelo no qual fatores cognitivos, afetivos, pessoais e ambientais funcionam como determinantes que se interagem (AZZI, FONTES, 2012; BANDURA, 1989; FLÓRIDE, 2011).

A Teoria Social Cognitiva enfatiza a crença da auto-eficácia, que é a capacidade percebida para executar o comportamento, ou seja, o juízo que o indivíduo constrói em relação à sua potencialidade em realizar determinada ação ou se julga capaz de executar a ação ou ainda o conhecimento que o indivíduo imagina que possui sobre determinado assunto, sendo esse aspecto determinante do comportamento de risco em saúde. Em síntese, é a crença que as pessoas possuem sobre a capacidade de exercer controle diante de eventos que interferem em suas vidas (BANDURA, 1989; DODGE, GUILAMO-RAMOS, FLÓRIDE, 2011; JACCARD, 2005; ROCK et al., 2005).

A auto-eficácia percebida faz uma previsão de que a confiança que o indivíduo possui na realização de suas atividades gera motivação atuando como regulador dos seus comportamentos, ou seja, quanto maior a percepção de eficácia da pessoa, maior será a tendência a comportamentos de persistência e determinação no alcance

de objetivos. Porém, quando os indivíduos erram em suas autoavaliações, eles tendem a superestimar suas capacidades (BANDURA, 1989; FLÓRIDE, 2011).

Pesquisas atuais apontam para a importância da aplicação de teorias de comportamento em saúde como auxílio na previsão de comportamento de risco, por exemplo, para prever a frequência do uso de preservativos entre adolescentes, o que colabora para a projeção de intervenções que promovam o uso consistente do preservativo. Nesse contexto, o modelo sociocognitivo é a teoria mais utilizada no mundo para a prevenção do HIV entre os jovens, o qual utiliza como componente cognitivo: a crença da auto-eficácia, que se refere à confiança do indivíduo na capacidade de atingir um objetivo específico; o componente comportamental, que se refere às consequências individuais de realizar um determinado comportamento, aumentando-se, assim, a possibilidade de o adolescente agir de forma correta por meio da prática; e o componente social, que envolve aspectos do meio ambiente relacionados às consequências sociais dos seus atos e à modelagem social. Somando-se a isso, os modelos ecológicos (resultantes do ambiente), quando aplicados também, podem ser eficazes para a melhoria da prática sexual segura entre os adolescentes (ESPADA et al., 2016; KALOLO, KIBUSI, 2015; KIRBY et al., 2007).

Outro aspecto importante no estudo do conhecimento é a inteligência percebida, que representa o quanto uma pessoa percebe-se como detentora de determinado conhecimento, o que gera autoestima e atua como proteção a comportamentos de risco. Dessa forma, a psicologia cognitiva explica que tanto o conhecimento percebido como a inteligência percebida podem influenciar no comportamento independentemente do nível de conhecimento real e da inteligência real do indivíduo (DODGE, GUILAMO-RAMOS, JACCARD, 2005).

Pode-se evidenciar a relação entre conhecimento percebido e comportamento sexual de risco em estudo realizado com estudantes adolescentes de escolas públicas em 2001, nos Estados Unidos, o qual demonstrou que os estudantes sexualmente ativos com baixo conhecimento percebido sobre sexo tiveram maiores chances de se envolver em comportamentos sexuais de risco (ROCK et al., 2003). No entanto, outro estudo com adolescentes do sexo masculino evidenciou que aqueles com alto conhecimento percebido, especialmente no contexto de baixo conhecimento objetivo,

estariam em maior risco para não usar o preservativo na primeira relação sexual (ROCK et al., 2005).

Portanto, nota-se a relevância do estudo sobre conhecimento percebido por se constituir em um elemento importante do conhecimento que é pouco explorado, bem como a importância da aplicação das teorias de comportamento em saúde nas intervenções educativas para adolescentes visando à promoção de uma abordagem integral e realmente eficaz para a prevenção das ISTs e de uma gravidez indesejada.

3.6 Políticas públicas em saúde sexual e reprodutiva na adolescência e os desafios

O Brasil, nas décadas de 80 e 90, foi contemplado com acontecimentos históricos fundamentais para a ampliação dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes. Em 1985, surgiu o Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo de implementar ações às mulheres adolescentes para a prevenção das DSTs e da gravidez antes dos 15 anos e, em 1989, foi criado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que visava a atenção à saúde do adolescente de forma integral englobando, além dos objetivos do PAISM, a redução da morbimortalidade, a atenção para a violência sexual e o destaque para o importante papel do homem na saúde reprodutiva. Em 1996, destaca-se a promulgação da Lei 9.263/1996, Lei do Planejamento Familiar, a qual define que planejar a família é um direito de todos, assegurando a escolha livre e informada de um método anticoncepcional, bem como a garantia de assistência à concepção, sendo, assim, regulamentado de fato esse direito também aos adolescentes (BRASIL, 1996a; BRASIL, 1996b; BRASIL, 2004; MORAES, VITALLE, 2015).

Em 2007, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens pelo Conselho Nacional de Saúde, baseada no reconhecimento do adolescente e do jovem como seres em construção, em processo de desenvolvimento que requerem atenção especial às suas necessidades emocionais, cognitivas, psicológicas, físicas, espirituais e sociais. A Política enfatiza a promoção da saúde e a prevenção de agravos na atenção básica por meio de uma assistência integral, universal, efetiva, interdisciplinar, intersetorial e participativa abrangendo a garantia da atenção à saúde sexual e reprodutiva com acesso ao

planejamento familiar, aos preservativos, a ações educativas em grupos, preservando os direitos sexuais e reprodutivos deste público (BRASIL, 2010).

Apesar dos programas e legislação a favor da saúde reprodutiva de jovens, o Relatório Mundial cita que, muitas vezes, são negadas aos jovens a informação e a tomada de decisões livres e informadas sobre a sua saúde sexual, e a maioria não possui os conhecimentos necessários para se proteger contra o HIV/AIDS (UNAIDS, 2016). No Brasil, o planejamento familiar e a prevenção de ISTs/AIDS ainda não são acessíveis a todos, e os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com o público adolescente (ALVES, BRANDÃO, 2009; GOMES, MOURA, 2014; LONGO, 2002). Além disso, os serviços de saúde são pouco eficientes e com oferta restrita aos diferentes métodos anticoncepcionais (LEITE, TAVARES, TELLES, 2007). A falta de acessibilidade ao adolescente se deve também à falta de espaço nos serviços de saúde que promovam a participação ativa do adolescente na vivência saudável de sua sexualidade, sendo fundamental o estabelecimento de políticas públicas de planejamento familiar para esta clientela específica (DUARTE, HOLANDA, MEDEIROS, 2012; MARANHÃO et al., 2015).

Os adolescentes sentem-se inseguros e não confiam em conversar com os profissionais de saúde sobre sexualidade, temendo serem julgados por esses profissionais devido serem ativos sexualmente, criando-se, assim, uma barreira entre o serviço de saúde e o adolescente. O respeito à privacidade do adolescente, com garantia de confidencialidade e autonomia, são aspectos que devem existir para que o jovem se sinta bem acolhido. Assim, esses profissionais precisam despir-se de preconceitos, tabus e preocupações morais a fim de que realmente aconteça uma assistência em contracepção efetiva e integral (CÓRDOVA POZO et al., 2015; GOMES, MOURA, 2014).

Essas características dos serviços de saúde acabam por distanciar o adolescente da busca de informações e orientações sobre saúde sexual e reprodutiva com o profissional de saúde. Estudo revelou que 83,0% de 191 adolescentes nunca procuraram serviços de saúde para obter esclarecimentos sobre os temas relacionados à sexualidade e que 72% ($p < 0,0001$) destes também nunca procuraram serviços de saúde para a obtenção de preservativos. Esses resultados foram analisados como norteadores para a necessidade de intervenções mais efetivas a fim

de que não ocorra somente divulgação de informações, mas sim medidas de maior disponibilidade e acessibilidade ao preservativo, bem como o serviço de saúde seja um ambiente mais estimulador e acolhedor na orientação desse público jovem sobre sexualidade (BRUM, CARRARA, 2012).

A profilaxia das ISTs/AIDS é uma questão fundamental para a prática sexual segura por conta da alta prevalência dessas infecções nos adolescentes brasileiros. No período de 2002 a 2011, houve tendência crescente na incidência de casos de HIV em jovens de 15 a 24 anos no Brasil, e, em 2002, foi de 10,3 jovens a cada 100.000 habitantes/ano, passando para 10,9 jovens a cada 100.000 habitantes em 2011 (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014). Somando-se a isso, foi demonstrada tendência à queda no uso do preservativo na Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na população brasileira (PCAP) em 2008, na qual apenas 32,6% dos jovens de 15 a 24 anos responderam usar o preservativo em todas as relações sexuais (VALIM et al., 2015).

Em estudo realizado em Teresina-PI, no ano de 2006, sobre a contracepção entre puérperas adolescentes, verificou-se que quase 95% das jovens estavam fazendo uso de algum método contraceptivo no terceiro mês após a resolução da gravidez e que o preservativo masculino foi o método mais usado entre elas (36,6%) (MARANHÃO et al., 2015). O preservativo, tanto o masculino como o feminino, são uma das principais formas de prevenção das ISTs/AIDS, porém, é imperativo um conjunto de intervenções que devam ser unidas ao uso correto e regular do preservativo, entre elas, são citadas: a orientação ao adolescente, educação sexual e a sensibilização para a redução do número de parcerias sexuais, sendo essas medidas comprovadamente eficazes (BRASIL, 2015).

Assim, além de o adolescente não ter o conhecimento adequado sobre o uso do preservativo e também o acesso limitado à orientação correta sobre a prevenção das ISTs/AIDS e gravidez, ele ainda tem a percepção de invulnerabilidade inerente à fase em que está vivendo, na qual não consegue compreender, muitas vezes, o risco que pode existir diante de suas ações, pois se encontra em uma fase em que a cognição e a tomada de decisão ainda estão em construção. Acrescentam-se a isso as crenças e mitos construídos em relação à interferência do preservativo no prazer e na potência

sexual (JARDIM, SANTOS, 2012; DELL'AGLIO, TRONCO, 2012; DIAS, PATIAS, 2014; BEZERRA et al., 2015).

Dessa forma, prevenir as ISTs/AIDS e a gravidez precoce entre o público adolescente e jovem deve ser um compromisso do serviço de saúde, sendo este um dos pilares importantes para a saúde sexual do adolescente ao lado de outros pilares, que são a família e a escola. Estes devem perceber a importância da utilização de técnicas de abordagem mais dinâmicas e lúdicas que tornem o processo de aprendizado mais atraente aos jovens (BRASIL, 2015).

3.7 O papel da escola e da família na saúde sexual de adolescentes

A escola possui papel fundamental na educação sexual do adolescente, muitas vezes, suprimindo lacunas que deveriam ter sido preenchidas pela família (BRÊTAS, JARDIM, OHARA, 2008). A escola é o local onde o adolescente passa a maior parte do seu tempo, sendo um ambiente que favorece positivamente o comportamento em saúde por meio das atividades curriculares e por conta dos programas educacionais em saúde presentes nas escolas (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014).

Historicamente a inserção de temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva na escola é um fato, de certa forma, recente. Em 1971, foi criada a Lei nº 5.692 de Diretrizes e Bases da Educação objetivando a orientação educacional dos adolescentes, inclusive informando sobre sexualidade, e, em 1974, o Conselho Federal de Educação, por meio do Parecer nº 2.264, tornou legítima a prática da educação em saúde e foi iniciada a introdução de abordagens sobre sexualidade na escola. Mais tarde, com a implantação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) em 1998, a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996, foi incluída a orientação sexual como tema transversal nos currículos de ensino fundamental e médio, de modo a efetivar a sexualidade como um direito do adolescente e proporcionar o seu exercício com conhecimento e responsabilidade (BRASIL, 1998; MORAES, VITALLE, 2015).

A necessidade da orientação sexual na escola surgiu devido ao contexto de mudança comportamental dos jovens desde os anos 60, de reivindicações dos pais para a escola trabalhar educação sexual, em razão da dificuldade de muitos em de

falar sobre esse tema com seus filhos e da preocupação dos professores diante dos muitos problemas de saúde pública que atingem aos jovens, entre estes, o risco de contrair HIV e a gravidez na adolescência (BRASIL, 1998).

Ressalta-se, assim, a grande importância da escola para a melhoria dos indicadores em saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Em estudo realizado em escolas públicas de quatro municípios de Minas Gerais, foi comprovado que os programas de educação sexual nas escolas, com enfoque nos aspectos positivos da sexualidade, trouxeram alterações importantes ao comportamento sexual dos adolescentes aumentando a frequência de uso do preservativo e de métodos contraceptivos modernos sem, contudo, estimular ou precipitar a prática sexual (ANDRADE et al., 2009).

Com o objetivo de formar sensibilizadores em educação sexual, tanto professores, profissionais de saúde e também os próprios jovens, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação iniciaram, em 2003, a política pública de Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) ou projeto SPE. O projeto é voltado para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos do adolescente, para o estímulo à mudança de comportamento de risco do jovem frente ao sexo e para ações mais eficazes, como a distribuição contínua de preservativo masculino na escola para prevenção das ISTs/AIDS. O SPE é uma estratégia muito importante apesar de gerar muitas discussões entre os educadores, os pais e os jovens (AREGUY, RUSSO, 2015; GOMES, VIEIRA 2010).

Mais tarde, em 2007, surge o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, criado pelo Ministério da Saúde e Educação e, a partir de então, o SPE tornou-se um dos componentes de ação específica do PSE com atuação nos aspectos relacionados à promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva. Além disso, o PSE passou a promover ações em outras áreas da saúde para todos os alunos da rede pública de ensino (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011).

Dados do Censo Escolar de 2005 mostraram que 60% das escolas brasileiras possuíam programas de prevenção de ISTs/AIDS, mas apenas 9% ofereciam preservativos aos alunos. Mais tarde, com o Censo Escolar de 2008, foi constatado

um progresso nesse aspecto, verificando-se que 12% das escolas brasileiras já disponibilizavam o preservativo aos alunos e trabalhavam temáticas sobre a profilaxia das ISTs/AIDS (ANDRADE et al., 2009; GOMES, VIEIRA, 2010).

Nesse contexto, além da escola, a família também tem o papel fundamental na educação sexual do adolescente. A família representa um dos elementos mais importantes para a formação da personalidade do adolescente por contribuir com seus ensinamentos e valores para que este adolescente construa a sua percepção de risco (LOPES, PAULINO, 2010).

A família é a base para a educação do adolescente e é imprescindível o seu envolvimento na sua saúde sexual e reprodutiva deste, pois ela, ao criar o ambiente propício para essas discussões, contribui para a prevenção de comportamento sexual de risco entre os adolescentes (CÓRDOVA POZO et al., 2015).

Estudo realizado com 1.386 estudantes do ensino médio de Santa Catarina sobre o papel da experiência sexual no contexto informativo e sociocultural para o risco de transmissão do HIV/AIDS mostrou que a atitude favorável ao uso do preservativo foi influenciada positivamente, ou seja, de forma significativa pela conversa sobre sexualidade com os pais, evidenciando-se que quase metade dos adolescentes (45,5%) declarou que dialogava sobre sexualidade com seus pais (BOTELHO, CAMARGO, 2007). Outro estudo com jovens de 18 a 24 anos em três grandes cidades brasileiras demonstrou que as jovens que engravidaram menos foram aquelas cujas mães conversaram sobre menstruação antes da menarca (AQUINO et al., 2003).

Portanto, é necessário criar estratégias que unam família e escola em prol do conhecimento adequado do adolescente e da melhor comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva. A busca de evidências científicas para a construção de projetos educacionais, técnicas de orientação e metodologias de ensino acessíveis e modernas podem contribuir substancialmente para melhorar a comunicação entre adolescente, família e escola (CÓRDOVA POZO et al., 2015; OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal para análise do conhecimento objetivo e percebido sobre preservativos entre estudantes de ensino médio de escolas públicas e privadas de Teresina-PI. Esta pesquisa é parte de um estudo mais amplo sobre a *Situação de saúde de estudantes de ensino médio em Teresina-PI* desenvolvido por docentes e alunos dos cursos de Mestrado em Saúde e Comunidade e Mestrado em Saúde da Mulher, da Universidade Federal do Piauí – UFPI.

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Teresina, que fica localizada no Centro-Norte do estado, a 366 km do litoral. Possui área territorial de 1.391,981 km² e população, em 2016, estimada em 847.430 habitantes – a população residente de homens estimada é de 380.612 e a população residente de mulheres estimada é de 433.618. É considerado o maior centro urbano do estado do Piauí e destaca-se como referência na assistência à saúde para a população piauiense, para a população do interior e de estados vizinhos. No ano 2015, o número de matrículas no ensino médio em Teresina foi de 44.185 alunos (IBGE, 2016; PIAUÍ, 2013).

O presente estudo foi realizado em escolas públicas estaduais e privadas que possuem o ensino médio regular. O Censo Escolar de 2014, realizado pela Secretaria Estadual de Educação do Estado do Piauí - Seduc/PI, mostrou que, em Teresina, há 155 escolas públicas de gestão estadual e 163 escolas privadas, e que, em ambos tipos de gestão, há nível de ensino fundamental, médio, educação profissional e ensino de jovens e adultos. Algumas dessas escolas oferecem apenas um desses níveis de ensino, enquanto outras podem oferecer dois ou mais níveis (INEP, 2015).

A gestão das escolas públicas estaduais está organizada em quatro Gerências Regionais de Ensino (GRE). As gerências são denominadas 4^a, 19^a, 20^a e 21^a GRE. A 4^a GRE gerencia 51 escolas localizadas na regional Norte da cidade; a 19^a GRE responde por 45 escolas da regional Sul; a 20^a GRE é responsável por 27 escolas da regional Nordeste, enquanto a 21^a GRE administra 32 escolas na regional Sudeste do município. O Censo Escolar mostrou que, em 2014, nas regionais havia o total de

69.507 alunos assim distribuídos: 22.895 – 4ª GRE; 19.697 – 19ª GRE; 13.073 – 20ª GRE e 13.842 – 21ª GRE (SEDUC, 2015).

As escolas privadas, dado o modelo de gestão particular, não estão organizadas ou ligadas às GREs, mas estão distribuídas por toda a área geográfica das GREs.

4.3 População do estudo

Como já foi citado, para o estudo em pauta, foi incluída a população escolar das instituições públicas estaduais e privadas de Teresina, que disponibilizam o ensino médio regular ou integral.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram considerados, como critérios de inclusão, os adolescentes que estavam matriculados e frequentando ativamente o ensino médio regular ou integral de escolas públicas estaduais ou privadas com idade até 19 anos. Esta idade está de acordo com o que é preconizado pela ONU e OMS, nas quais a adolescência corresponde à faixa etária dos 10 aos 19 anos.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo base os adolescentes que apresentavam necessidades especiais e adolescentes grávidas em razão de haver variáveis antropométricas, tais como: peso e altura. Todavia, não houve, dentre os sorteados, estudantes que atendessem a esses critérios.

4.4 Desenho amostral

Os participantes do estudo eram adolescentes de 10 a 19 anos de idade (WHO, 1986), estudantes ativos do ensino médio regular ou integral de escolas públicas estaduais e privadas. Atendiam a esse critério de inclusão 101 das 155 escolas públicas existentes, sendo 31 na 4ª GRE, 31 na 19ª, 21 na 20ª e 18 na 21ª GRE. Atendiam ao critério de inclusão 67 das 163 escolas privadas, com 28 na área correspondente à 4ª GRE, 10 na 19ª, 24 na 20ª e 05 na 21ª GRE.

A Secretaria de Educação Estadual é que distribui as escolas públicas pelas GREs, porém, a distribuição das escolas privadas, segundo cada área geográfica das GREs, foi realizada pelos pesquisadores, uma vez que são gerenciadas privativamente. Considerando-se que se dispunha de uma lista com as escolas públicas distribuídas por cada uma das quatro GREs, foram traçados os supostos limites dessas áreas, nas quais foram localizadas as escolas privadas em um mapa. Assim, obteve-se a distribuição de todas as 168 escolas que fizeram parte da população de escolas a serem amostradas.

Para a seleção das escolas participantes, foi utilizada amostragem aleatória simples. O sorteio de uma escola pública e uma privada de cada porte em cada área foi a opção dos pesquisadores para que se evitasse a possibilidade de aglomeração de escolas em uma mesma área da cidade e de um mesmo porte se esse critério não tivesse sido adotado. Dessa forma, o município foi organizado em quatro áreas e, para cada área, sorteou-se o mesmo número de escolas por porte e tipo de gestão. O sorteio aleatório das escolas garantiu chances iguais de participação no estudo para todas as escolas que atendiam ao critério de inclusão de oferecer ensino médio regular ou integral.

Inicialmente as escolas foram agrupadas por porte: pequeno (até 115 alunos), médio (116 a 215 alunos) e grande (mais de 215 alunos), dependendo do número de alunos matriculados e frequentes no ensino médio, no primeiro semestre de 2016. Foram sorteadas uma escola pública e uma privada de cada porte para a área geográfica correspondente a cada GRE, totalizando-se 12 escolas públicas e 12 escolas privadas, com 06 escolas por área. Em caso de recusa da escola sorteada, outra era sorteada, mas de mesmo porte, tipo de gestão e área que a primeira.

A amostra é do tipo probabilística estratificada proporcional (LUIZ et al., 2005), calculada no programa Epi Info 6.04d (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos*), em que a população de alunos do ensino médio tanto de escolas privadas quanto públicas estaduais somou 40.136 segundo dados do Censo Escolar de 2014 (SEDUC, 2015), com intervalo de 95% de confiança (IC95%), incidência de 50% do evento (maximizando-se a amostra, pois vários foram os eventos estudados), precisão de 5%, efeito de desenho amostral de 1,5 e nível de

significância de 5% (ARMITAGE, 1981). A amostra mínima exigida seria de 571 adolescentes.

Considerando-se que poderia haver perda de casos, pois para o estudo base alguns participantes necessitariam estar em jejum para a coleta de sangue e, com isso, a amostra mínima poderia não ser conseguida, foram sorteados 20% a mais da amostra de cada escola, distribuídos com as mesmas características que o grupo dos 100% iniciais de cada série. Assim, a amostra calculada foi de 685 estudantes de ambos os sexos. Entretanto, houve perda de 11 casos na coleta de dados por recusa, contando a amostra final com a participação de 674 estudantes.

A amostra foi distribuída nas escolas sorteadas proporcionalmente ao número de alunos existentes nas escolas públicas e privadas no município. A seguir, a disposição da amostra passou a ser feita: segundo o porte da escola; conforme a série do ensino médio; segundo o sexo e, por último, proporcional à idade, nessa ordem. Esses sorteios foram realizados mediante disponibilização da lista de alunos matriculados e ativos no ano 2016, em cada escola sorteada que aceitava participar da pesquisa.

Considerando-se que o estudo não buscava comparar as GREs, não foi realizada a distribuição da amostra proporcional ao número de alunos de cada área geográfica. Além disso, essa proporcionalidade às GREs poderia gerar, em algumas delas, a necessidade de mais de uma escola do mesmo porte para se alcançar o número mínimo de alunos, perdendo-se a opção inicial da inclusão de uma escola por porte e tipo de gestão para cada uma das quatro áreas.

A análise da amostra refere-se ao conjunto amostral e não ao conjunto de cada escola.

4.5 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por enfermeiros e nutricionistas voluntários, bem como por quatro desses profissionais mestrandos dos Programas de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade e em Saúde da Mulher/UFPI, incluindo-se a autora deste trabalho. A supervisão de campo foi realizada pelos mestrandos e todos tiveram

supervisão e treinamento ministrados pelos docentes dos mestrados envolvidos na pesquisa.

Os dados foram coletados na escola durante o primeiro período letivo de 2016, tendo se estendido até o mês de agosto do mesmo ano. O horário de coleta dos dados foi determinado pela direção de cada escola conforme adequação ao calendário/horário de aulas da instituição.

Para a coleta de dados com os estudantes, foi utilizado questionário semiestruturado, pré-codificado e pré-testado (APÊNDICE A). O estudo piloto foi realizado com 16 alunos do ensino médio do Colégio Técnico de Teresina/UFPI, o que corresponde a 2,8% do total da amostra.

As variáveis contidas no questionário foram organizadas em variáveis independentes (características sociodemográficas e sexuais) e variáveis dependentes (conhecimentos objetivo e percebido sobre preservativos masculinos e femininos). Foram formuladas pelos pesquisadores, quatro afirmações sobre as principais características inerentes aos preservativos para verificar o conhecimento objetivo. As possibilidades de respostas eram “verdadeiro”, “falso” ou “não sei”. Somente o acerto das respostas de todas as quatro afirmações foi considerado como alto conhecimento objetivo. O acerto de nenhuma até três respostas às afirmações feitas foi considerado como baixo conhecimento objetivo.

Para identificar o conhecimento percebido do aluno, foi feito um questionamento ao final de cada pergunta relativa ao conhecimento objetivo sobre o quanto o adolescente se sentia confiante com a resposta que deu. As possibilidades de resposta eram distribuídas em uma escala de Likert em: completamente confiante, muito confiante, moderadamente confiante, pouco confiante e nada confiante (OLIVEIRA, 2001; RICHARDSON, 1999; SIPRAKI, TROJAN, 2015). Somente os alunos que responderam completamente confiante para todas as quatro afirmações foram considerados como tendo alto conhecimento percebido. Alunos que responderam diferente de completamente confiante para pelo menos uma das afirmações foram considerados como tendo baixo conhecimento percebido. Verificou-se também a média de acertos da resposta relativa à afirmação feita para medir o conhecimento objetivo e, de fato, o aluno marcava que estava completamente seguro

da resposta que havia dado. Considerou-se uma média alta quando a resposta era correta para as quatro afirmações e o aluno havia marcado que estava completamente seguro de que havia dado a resposta correta para cada uma delas. Seria uma média baixa quando a resposta estava errada pelo menos uma vez e ele havia marcado que estava completamente seguro da resposta dada.

Uma ficha de identificação para o estudante (APÊNDICE B) foi utilizada para fins de controle das perdas de casos. Quando o participante deixava perguntas sem resposta, eram efetuadas ligações telefônicas para essa pessoa a fim de se esclarecerem eventuais dúvidas.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados com a utilização dos aplicativos: *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 17.0 e R-Project, versão 3.0.2. Ressalta-se que as variáveis abertas foram categorizadas a fim de se tornarem fechadas para a viabilização da análise estatística.

Desse modo, para a análise univariada, foi usada a estatística descritiva. Na bivariada, utilizou-se o Teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) para associar as variáveis qualitativas e Regressão Logística Simples para quantitativas conforme adequação (ARMITAGE, BERRY, MATHEWS, 2002; GAGEIRO, PESTANA, 2003).

Para explicar o efeito conjunto das variáveis sobre o conhecimento objetivo e percebido dos estudantes do ensino médio sobre preservativos, foi utilizada a Regressão de Logística Múltipla (RLM) com razão de chance ajustada. O critério para a inclusão de variáveis no modelo logístico foi a associação ao nível de $p < 0,200$ na análise bivariada (HOSMER; LEMESHOW, 2000). O critério de significância das variáveis no modelo, por sua vez, foi a associação em nível de $p < 0,05$.

O modelo final de RLM foi feito por meio do método *Enter*, que força a entrada de todas as variáveis no modelo, uma vez que a finalidade é explicar, não prever ou classificar futuros casos (AYÇAGUER; UTRA, 2004).

A confiabilidade do instrumento de medida e a consistência interna foram avaliadas pelo coeficiente Alfa de Cronbach segundo as adequações do tipo de escala

(MOHSEN, TAVAKOL et al., 2011). O valor do coeficiente encontrado está dentro dos parâmetros aceitáveis (GARCIA-MARQUES, MAROCO, 2006).

O teste de multicolinearidade (teste de Hosmer e Lemeshow) necessário para a RLM foi realizado pelo VIF (*Variance Inflation Factor*), adotando-se como ponto de corte para o diagnóstico de multicolinearidade um VIF acima de quatro (GARSON, 2010). Contudo, o teste não detectou multicolinearidade entre as variáveis estudadas.

4.7 Aspectos éticos e legais

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI (ANEXO A), estando em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Foi solicitada permissão à Secretaria de Educação Estadual para a realização da pesquisa nas escolas públicas incluídas no estudo, assim como a anuência do gestor de cada escola privada. Antes do início da coleta de dados, também foi solicitada a permissão a cada gestor das escolas públicas.

Todas as pessoas participantes da pesquisa foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) após os devidos esclarecimentos. Em relação a participantes menores de 18 anos, foi solicitada a assinatura do TCLE por um responsável de maior idade, bem como a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE D) pelo participante.

5 RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONSIDERAÇÕES FINAIS: ARTIGO CIENTÍFICO

Esta dissertação foi desenvolvida no formato de artigo e nele estão descritos os resultados, a discussão e conclusão desta pesquisa.

Título do artigo: Conhecimento objetivo e percebido sobre preservativos entre estudantes de ensino médio

Nome do periódico: Cadernos de Saúde Pública

Área de avaliação: Medicina III

Qualis do periódico: B2

Conhecimento objetivo e percebido sobre preservativos entre estudantes de ensino médio

Anna Gláucia Costa Cruz¹; Keila Rejane Oliveira Gomes¹; Malvina Thaís Pacheco Rodrigues²; Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas²; Karoline de Macedo Gonçalves Frota²; Telma Maria Evangelista de Araújo².

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher, da Universidade Federal do Piauí – Teresina (PI), Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, da Universidade Federal do Piauí – Teresina (PI), Brasil.

Autor correspondente: Anna Gláucia Costa Cruz. Universidade Federal do Piauí. Centro de Ciências e Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher. Avenida Frei Serafim, 2280 – Centro (Sul), 64001-020 – Teresina-PI, Brasil. E-mail: annaebatriz@hotmail.com

Conflito de interesse: ausência.

Financiamento: autofinanciamento

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (Parecer nº 1.495.975).

RESUMO

O propósito deste estudo foi analisar o conhecimento objetivo e percebido sobre preservativos entre escolares de ensino médio. O estudo foi transversal com 674 adolescentes matriculados no ensino médio de escolas públicas e privadas de Teresina-PI. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário com quatro afirmações para determinação do nível de conhecimento objetivo e escala de Likert para avaliação do nível de conhecimento percebido. Analisaram-se variáveis sociodemográficas, iniciação sexual e variáveis relacionadas ao conhecimento sobre preservativo. Mais da metade dos adolescentes apresentou baixo conhecimento objetivo (57,4%) e baixo conhecimento percebido (78,6%) sobre preservativos. A afirmação sobre uso de preservativos em relações homossexuais apresentou o menor nível de conhecimento objetivo (57,6%) e também a menor média para conhecimento percebido (2,49). Na análise multivariada, os estudantes que tinham mães com maior escolaridade ($p=0,044$), cursavam a terceira série do ensino médio ($p=0,002$), com renda familiar maior que dois salários mínimos ($p=0,013$), que haviam iniciado a vida sexual ($p=0,035$) e receberam orientação dos pais sobre sexualidade ($p=0,047$) apresentaram mais chance de alto conhecimento objetivo. O alto conhecimento percebido foi associado à maior escolaridade da mãe ($p=0,023$), ao aluno cursar a terceira série do ensino médio ($p=0,038$), ter renda familiar maior que dois salários mínimos ($p<0,001$) e ter iniciado a vida sexual ($p=0,029$). Os fatores preditores de maior conhecimento apontaram para a importância da participação da família na educação sexual dos filhos, bem como o acesso dessas famílias à escolaridade mais elevada e à melhor renda.

DESCRITORES: Planejamento familiar; Anticoncepção; Adolescente; Conhecimento; Preservativos; Comportamento sexual.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze objective and perceived knowledge about condoms among high school students. The study was transversal with 674 teenagers matriculated in High School in public and private schools in Teresina-PI. The data collection was done through a questionnaire with four statements to determine the level of objective knowledge and Likert scale to evaluate the level of perceived knowledge. Sociodemographic variables, sexual initiation and variables related to condom knowledge were analyzed. More than half of the teenagers had low objective knowledge (57.4%) and low perceived knowledge (78.6%) about condoms. The statement about condom use in homosexual relationships showed the lowest level of objective knowledge (57.6%), and also the lowest average for perceived knowledge (2,49). In multivariate analysis, students who had mothers with higher education ($p = 0.044$), who were studying the third grade of High School ($p = 0.002$), with family income bigger than two minimum wages ($p = 0.013$), which had started sex life ($P = 0.035$) and received orientation from parents about sexuality ($p = 0.047$) had more chances of high objective knowledge. The high perceived knowledge was associated with the higher education of the mother ($p = 0.023$), the student attending the third grade of High School ($p = 0.038$), having a family income bigger than two minimum wages ($p < 0.001$) and having started sex life ($P = 0.029$). The Predictors Factors of bigger knowledge pointed to the importance of family participation in the sexual education of children, as well as the access of these families to higher education and better income.

KEYWORDS: Family Planning. Contraception. Teenager. Knowledge. Condoms. Sexual Behavior.

INTRODUÇÃO

Em 2012, o mundo possuía 1.185.392,000 adolescentes de 10 a 19 anos, correspondendo a 17% da população mundial. Cerca de 90,0% desses adolescentes viviam em países em desenvolvimento, e os países menos desenvolvidos abrigam cerca de um em cada seis adolescentes. No Brasil, em 2012, a população estimada de adolescentes residentes chegava a 34.745.214 indivíduos, o que correspondia a aproximadamente 18% da população total brasileira, sendo a região Nordeste a segunda com maior número. O Estado do Piauí possuía, nesse mesmo ano, 620.032 adolescentes e 23,9% deles eram residentes em Teresina, local da realização deste estudo ^{1, 2, 3}.

As Nações Unidas projetaram que a população mundial de jovens de 15 a 24 anos em 2017 corresponderia a 16,0% da população mundial ⁴. No Brasil, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE mostrou que, durante o segundo trimestre de 2017, a população estimada de jovens de 14 a 24 anos residentes correspondeu a aproximadamente 18% da população total brasileira ⁵.

A adolescência é o período compreendido entre 10 a 19 anos, sendo uma fase de transição entre a infância e a fase adulta, representada pelo início da puberdade e por transformações psicológicas e sexuais, considerando-se que as meninas vivenciam o início da puberdade mais precocemente do que os meninos ². Assim, expandir e melhorar a qualidade do conhecimento dos adolescentes para o desenvolvimento de uma vida sexual saudável e livre de riscos deve ser trabalhado com prioridade pela família, escola, serviços de saúde e toda a sociedade, tendo em vista os problemas de saúde pública relativos a essa temática e grupo populacional, tais como: comportamento sexual de risco do adolescente caracterizado pela iniciação sexual precoce, risco de infecções sexualmente transmissíveis – ISTs, gravidez na adolescência e abortamentos. Somado a esses fatores, os serviços de saúde ainda não são acessíveis a esse público nem a educação sexual praticada no currículo das escolas ou discutida no cotidiano das famílias ^{6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13}.

A Organização Mundial de Saúde – OMS calcula que mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente ¹⁴. Entre os adolescentes e jovens, a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), apontado como causa do câncer de colo uterino

em mulheres e câncer de pênis em homens, é uma das ISTs mais frequentes, sendo a prevalência de infecção pelo HPV elevada nesse grupo, sugerindo-se que a infecção acontece, em geral, em idade mais precoce, nas primeiras relações sexuais ¹⁵. Em relação ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causa da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o número de pessoas vivendo com HIV no Brasil, considerando-se todas as idades em 2015, era cerca de 800.000 ¹⁶. Destaca-se que, entre os adolescentes de 15 a 19 anos, nos últimos dez anos, no Brasil, houve aumento da taxa de detecção de casos de AIDS, visto que as mulheres jovens de 15 a 24 anos chegaram a representar 20% das novas infecções por HIV em 2015. Já no Piauí, de 1980 a junho de 2016, os casos notificados de AIDS corresponderam a 4,9% das notificações totais da região Nordeste ^{17, 18}.

A gravidez na adolescência é outro desdobramento que pode ser problemático nesse período da vida, haja vista a repercussão que pode haver no futuro da mãe e da prole ^{19, 20}. No ano de 2004, os nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos no Brasil representaram 21,8%, já em 2015, foram 18,1% filhos de mães nessa mesma faixa etária, com redução de 17% nesse indicador. A região Nordeste foi a que apresentou o maior indicador em 2015, com 32,9% de nascidos vivos de mães adolescentes, sendo o Piauí o sétimo estado do Nordeste com maior proporção de gravidez na adolescência em 2015. Apesar da redução da proporção de gravidez na adolescência no Brasil entre os anos de 2004 e 2015, ao analisar o desfecho em parto, observa-se que os indicadores permanecem altos ao serem comparados com países desenvolvidos como os Estados Unidos, que apresentaram de 1991 a 2010 uma taxa de 39 partos para cada mil adolescentes de 15 a 19 anos, enquanto no Brasil, nesse mesmo período e faixa etária, houve uma taxa de 71 partos por mil adolescentes ^{21, 22, 23}.

O preservativo é um dos métodos contraceptivos mais conhecidos e também mais utilizados pelos adolescentes, sendo considerado uma escolha extremamente adequada e necessária nessa fase por ser o único método que oferece dupla proteção, tanto contra gravidez indesejada como contra as ISTs/HIV/AIDS, e também por não apresentar contraindicações ou efeitos colaterais. O uso do preservativo deve ser sempre enfatizado e estimulado ao público adolescente, mesmo na vigência da utilização de um outro método contraceptivo. Apesar de ser um dos métodos mais

conhecidos pelos adolescentes, as ISTs e gravidez ainda são muito presentes entre os jovens, demonstrando que o conhecimento que possuem sobre preservativos é frágil e que não é apenas o conhecimento que influencia no uso do preservativo, evidenciando-se, assim, a maior vulnerabilidade desse público ^{24, 25, 26, 27, 28, 29}.

Considerando-se a complexidade da cognição, o conhecimento sobre preservativos deve ser analisado tanto pelo componente objetivo como pelo percebido, sendo a percepção considerada um antecedente importante para as atitudes sexuais de risco do adolescente ^{30, 31}. Conhecimento objetivo é o que de fato se sabe sobre determinado assunto naquele momento, e conhecimento percebido é o que o indivíduo pensa que sabe ou o quanto é confiante do que julga saber, podendo levá-lo a superestimar o seu conhecimento. Desse modo, dependendo do nível desses conhecimentos, o adolescente pode estar em risco ou não para um início de vida sexual insegura ^{19, 32, 33}.

Tendo em vista que o adolescente está inserido em um contexto de transição de intensas mudanças e novas adaptações relacionadas principalmente à sexualidade e que essa vivência inicial será a base para seu comportamento sexual futuro, é fundamental avaliar o conhecimento dos adolescentes sobre preservativos, bem como o nível de confiança e segurança que eles têm sobre o conhecimento que possuem. Dessa forma, este estudo visa analisar o conhecimento objetivo e percebido sobre preservativos entre adolescentes escolares de ensino médio.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal para análise do conhecimento objetivo e percebido sobre preservativos entre estudantes de ensino médio de escolas públicas e privadas de Teresina, capital do Piauí. Esta pesquisa é parte de um estudo mais amplo sobre a “Situação de saúde de estudantes de ensino médio em Teresina-PI”, desenvolvido por docentes e alunos de dois programas de pós-graduação *stricto sensu* da universidade pública executora.

O estudo foi realizado em escolas públicas estaduais e privadas que ofertavam o ensino médio regular. O Censo Escolar de 2014 realizado pela Secretaria Estadual de Educação do Estado do Piauí - Seduc/PI mostrou que em Teresina há 155 escolas

públicas de gestão estadual e 163 escolas privadas, com ambos tipos de gestão disponibilizando ensino fundamental, médio, educação profissional e ensino de jovens e adultos. Algumas dessas escolas oferecem apenas um desses níveis de ensino enquanto outras podem oferecer dois ou mais níveis ^{34, 35}.

A amostra é do tipo probabilística estratificada proporcional ³⁶, calculada no programa Epi Info 6.04d (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos*), cujo cálculo utilizou a população de alunos do ensino médio tanto de escolas privadas quanto públicas estaduais que somou 40.136 segundo dados do Censo Escolar de 2014 ³⁵, com intervalo de 95% de confiança (IC95%), prevalência de 50% do evento (maximizando-se a amostra, pois vários foram os eventos analisados no estudo base), precisão de 5%, efeito de desenho amostral de 1,5 e nível de significância de 5% ³⁷, totalizando como amostra mínima 571 adolescentes.

Considerando-se que poderia haver perda de casos, pois, para a execução do estudo base, alguns participantes necessitariam estar em jejum para a coleta de sangue e, com isso, a amostra mínima poderia não ser conseguida, foram sorteados 20% a mais da amostra de cada escola, distribuídos com as mesmas características do grupo inicial de cada série. Portanto, a amostra final calculada passou a ser de 685 estudantes. Entretanto, houve perda de 11 casos na coleta de dados por recusa, contando a amostra final com 674 estudantes.

Para a seleção das escolas participantes, foi utilizada amostragem probabilística estratificada ³⁶ a partir de uma lista com a totalidade das escolas que atendiam ao critério de oferecer ensino médio regular. Para isso, organizou-se o município em quatro áreas e, para cada área, sorteou-se o mesmo número de escolas por porte e tipo de gestão, se pública ou privada. O sorteio aleatório das escolas garantiu chances iguais de participação no estudo para todas as escolas, e a organização em quatro áreas geográficas evitou a possibilidade de aglomeração de escolas numa mesma área da cidade e de um mesmo porte se esse critério não tivesse sido adotado. Inicialmente, agruparam-se as escolas por porte, em pequeno (até 115 alunos), médio (116 a 215 alunos) e grande (mais de 215 alunos), dependendo do número de alunos matriculados e frequentes no ensino médio, no primeiro semestre de 2016. Sortearam-se uma escola pública e uma privada de cada porte para cada área geográfica, totalizando-se 12 escolas públicas e 12 privadas, sendo 06 escolas por área. Em caso

de recusa da escola sorteada, outra escola era sorteada, mas de mesmo porte, tipo de gestão e área geográfica que a primeira.

Os dados foram coletados na escola durante o primeiro período letivo de 2016, tendo se estendido até o mês de agosto do mesmo ano. As variáveis contidas no questionário foram organizadas em variáveis independentes (características sociodemográficas e sexuais) e variáveis dependentes (conhecimentos objetivo e percebido sobre preservativos masculinos e femininos). Foram formuladas pelos pesquisadores quatro afirmações sobre as principais características inerentes aos preservativos para verificar o conhecimento objetivo. As possibilidades de respostas eram “verdadeiro”, “falso” ou “não sei”. Somente o acerto das respostas de todas as quatro afirmações foi considerado como alto conhecimento objetivo. O acerto de nenhuma até três respostas às afirmações feitas foi considerado como baixo conhecimento objetivo.

Para identificar o conhecimento percebido do estudante, questionou-se, ao final de cada pergunta relativa ao conhecimento objetivo, sobre o quanto o adolescente se sentia confiante com a resposta dada. As possibilidades de resposta eram distribuídas em uma escala de Likert em: completamente confiante, muito confiante, moderadamente confiante, pouco confiante e nada confiante ^{38, 39, 40}. Somente os alunos que responderam completamente confiante para todas as quatro afirmações foram considerados como tendo alto conhecimento percebido. Alunos que responderam, para pelo menos uma das afirmações, diferente de completamente confiante, foram considerados como tendo baixo conhecimento percebido. Verificou-se também a média de acertos da resposta relativa à afirmação feita para medir o conhecimento objetivo, se de fato o aluno marcava que estava completamente seguro da resposta que havia dado. Considerou-se uma média alta de conhecimento percebido quando a resposta era correta para as quatro afirmações relativas ao conhecimento objetivo e o aluno havia marcado que estava completamente seguro de que havia dado a resposta correta para cada uma delas. Seria uma média baixa de conhecimento percebido quando a resposta dada às questões concernentes ao conhecimento objetivo estava errada pelo menos uma vez e ele havia marcado que estava completamente seguro da resposta dada.

Os dados foram analisados com a utilização dos aplicativos: *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 17.0 e R-Project, versão 3.0.2.

Desse modo, para a análise univariada, foi utilizada a estatística descritiva. Na bivariada, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) para associar as variáveis qualitativas e a Regressão Logística Simples para quantitativas conforme adequação ^{41, 42}.

Para explicar o efeito conjunto das variáveis sobre o conhecimento objetivo e percebido dos estudantes do ensino médio sobre preservativos, foi utilizada a Regressão de Logística Múltipla (RLM) com razão de chance ajustada. O critério para a inclusão de variáveis no modelo logístico foi a associação ao nível de $p < 0,200$ na análise bivariada ⁴³. O critério de significância das variáveis no modelo, por sua vez, foi a associação em nível de $p < 0,05$.

O modelo final de RLM foi feito por meio do método *Enter*, que força a entrada de todas as variáveis no modelo, uma vez que a finalidade é explicar, não prever ou classificar futuros casos ⁴⁴.

A confiabilidade do instrumento de medida e a consistência interna foram avaliadas pelo coeficiente Alfa de Cronbach segundo as adequações do tipo de escala ⁴⁵. O valor do coeficiente calculado está dentro dos parâmetros aceitáveis ⁴⁶.

O teste de multicolinearidade (teste de Hosmer e Lemeshow) necessário para a RLM foi realizado pelo VIF (*Variance Inflation Factor*), adotando-se como ponto de corte para o diagnóstico desse pressuposto um VIF acima de quatro ⁴⁷. Contudo, o teste não detectou multicolinearidade entre as variáveis independentes estudadas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade pública executora, estando em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde ¹.

RESULTADOS

Os 674 estudantes participantes do estudo tinham, em média, 16,4 anos de idade (DP=1,2); sendo a maioria mulheres (56,7%); distribuídos de forma equilibrada

pelas três séries do ensino médio; com predomínio dos que informaram cor da pele não branca (85,6% - soma das frequências das demais cores); com estado civil solteiro (96,0%); morando acompanhado (99,7%), principalmente com os pais (87,1% - soma dos que moram acompanhados); com média de 4,3 pessoas residentes no domicílio do estudante; e ser católico (59,9%). Preponderaram-se ainda as características da maior escolaridade da mãe do adolescente (60,8%); estudantes que não exerciam atividade remunerada (83,1%); dependentes financeiramente de alguém (83,1%); tendo como a principal ocupação estudar (65,6%); e como renda familiar mensal na faixa > 1/2 SM a 1 SM (30,6%) (Tabela 1).

Quanto à saúde sexual dos estudantes, a maioria ainda não havia iniciado a vida sexual (61,9%) e parcela significativa deles respondeu que tanto os pais (86,2%) quanto a escola (89,5%) deram-lhes orientações sobre como evitar filhos e/ou infecções sexualmente transmissíveis (Tabela 2).

O gráfico 1 mostra que o maior percentual de acertos referentes ao conhecimento objetivo foi verificado na afirmativa de que o preservativo masculino previne tanto a gravidez quanto as ISTs quando usado corretamente (93,0%), seguido da afirmativa sobre a existência de um modelo de camisinha criado para ser usado pela mulher (92,3%). Em relação à média de acertos referentes ao conhecimento percebido, a maior média se refletiu sobre a existência da camisinha feminina (3,28), seguida da proteção da camisinha de gravidez e ISTs (3,18). Nota-se que, para a afirmativa da necessidade do uso da camisinha masculina ou feminina nas relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, o percentual de acertos para o conhecimento objetivo foi o menor (57,6%), bem como teve a menor média de acertos para o conhecimento percebido (2,49).

Na tabela 3, é mostrada a análise bivariada entre o conhecimento objetivo e o conhecimento percebido sobre preservativos e as características sociodemográficas e de saúde sexual dos estudantes revelando que as variáveis idade ($p=0,021$), raça/cor branca ($p=0,137$), maior escolaridade da mãe ($p=0,048$), cursar o 3º ano do ensino médio ($p=0,001$), renda familiar maior que dois salários mínimos ($p=0,001$), ter iniciado a vida sexual ($p=0,013$) e ter recebido orientação dos pais (0,086) alcançaram o ponto de corte escolhido para a inclusão no modelo multivariável ($p<0,200$), sendo nesse nível de análise o que aumenta a chance do estudante ter alto conhecimento objetivo. Também

demonstra que o aumento da idade a cada ano ($p=0,043$), sexo masculino ($p=0,010$), maior escolaridade da mãe ($0,017$), cursar o 3º ano do ensino médio ($p=0,024$), renda familiar maior que dois salários mínimos ($p<0,001$) e ter iniciado a vida sexual ($p=0,019$) foram significativos, aumentando-se também a chance do estudante deter alto conhecimento percebido. Na variável idade do adolescente, o *Odds Ratio* bruto e o intervalo de confiança de 95% mostram que, para cada um ano de idade, a propensão do adolescente deter alto conhecimento objetivo aumenta em 37% e, para cada um ano de idade, aumenta em 19% a propensão do adolescente deter um alto conhecimento percebido.

Na análise multivariada, utilizando-se o nível de confiança de 5% ($p<0,05$), cálculo de *Odds Ratio* ajustado e intervalo de confiança de 95%, mantiveram-se estatisticamente associadas à presença de alto conhecimento objetivo as variáveis: maior escolaridade da mãe ($p=0,044$); cursar a 3ª série do ensino médio ($p=0,002$); renda familiar maior que dois salários mínimos ($p=0,013$); ter iniciado a vida sexual ($p=0,035$) e ter recebido orientação dos pais ($p=0,047$), de modo que essas variáveis repercutem em 81,0% o alto conhecimento objetivo. Associadas ao alto conhecimento percebido foram as variáveis: maior escolaridade da mãe ($p=0,023$); cursar a 3ª série do ensino médio ($p=0,038$); renda familiar maior que dois salários mínimos ($p<0,001$) e ter iniciado a vida sexual ($p=0,029$), com essas variáveis explicando 73,3% do alto conhecimento percebido dos estudantes. Portanto, essas foram as variáveis consideradas preditoras do alto conhecimento objetivo e percebido dos participantes do estudo. O teste de Hosmer e Lemeshow comprovou que os modelos propostos de fato explicaram o resultado observado conforme tabela 4.

O baixo conhecimento objetivo e percebido foi identificado em 50,9% de todos os participantes do estudo, enquanto que o alto conhecimento objetivo e percebido foi identificado somente em 14,8% da amostra total de estudantes (dados não mostrados).

DISCUSSÃO

O estudo apontou para a importância de se fomentar a maior escolarização materna, a elevação da renda familiar e o diálogo entre pais e filhos a respeito da

saúde sexual e reprodutiva para que se aumentem as chances de alto conhecimento objetivo dos filhos adolescentes sobre preservativos.

A escolaridade materna tem elevado impacto na educação dos filhos, sendo a maior escolaridade da mãe relacionada diretamente ao domínio mais alto de conhecimentos e informações, o que pode contribuir para a comunicação mais efetiva e para uma postura de suporte emocional e apoio frente a ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, prevenindo-se o comportamento sexual de risco ^{48, 49}. Pesquisa nacional sobre comportamento sexual em adolescentes brasileiros detectou que a predominância de relação sexual foi menor entre estudantes filhos de mães com maior escolaridade, ou seja, 78,6% dos adolescentes que tinham mães com ensino superior completo não tiveram relação sexual e 17,8% dos adolescentes que tinham mães com ensino superior completo tiveram relação sexual, porém, com uso do preservativo ⁵⁰.

Corroborando com esses dados, outros estudos mostram que a menor escolaridade materna esteve associada ao menor uso de preservativo pelos filhos adolescentes ^{50, 51, 52} e que a escolaridade da mãe está associada ao uso do preservativo para ambos os sexos tanto na iniciação sexual como na última relação sexual, mostrando a tendência de que quanto maior o uso do preservativo pelos filhos adolescentes, maior a escolaridade materna. Além disso, esse mesmo estudo demonstrou que as mães superaram os pais como suporte às primeiras informações dadas às filhas e aos filhos sobre métodos anticoncepcionais ⁵².

Somado ao fator da escolaridade da mãe, está o maior número de anos de estudo do adolescente, visto que o conhecimento deve aumentar à medida que aumenta o número de anos de estudo e seja também um fator para se ter conhecimento mais elevado sobre sexualidade. Isso também foi o que mostrou a pesquisa com adolescentes sobre as formas de transmissão do vírus HIV, na qual 82,8% dos adolescentes que disseram conhecer a transmissão do agravo estavam cursando o ensino médio, comparado a níveis inferiores de escolaridade ⁵³. Outros estudos com adolescentes revelaram que o uso de qualquer método contraceptivo foi menor entre aqueles com menos anos de estudo ^{54, 55}. Com o passar dos anos, o desenvolvimento cognitivo normal do ser humano aumenta, assim, na fase da adolescência acontece o amadurecimento das características da vida adulta e o

indivíduo alcança um nível intelectual chamado de operações formais, no qual o adolescente muda a sua forma de raciocinar sobre si mesmo e sobre o mundo ⁵⁶.

O Piauí, em relação ao poder aquisitivo da população, apresentou um crescimento na renda domiciliar *per capita* nos últimos tempos, passando de R\$ 254,80 em 2001 para R\$ 394,60 em 2009, chegando a R\$ 747,00 em 2016. Apesar do aumento da renda familiar, o Piauí ainda se mantém em posição inferior a outros estados do Nordeste, como também inferior à média nacional ^{5, 57}.

Essa situação de baixa renda familiar reflete profundamente no nível de conhecimento do adolescente e conseqüentemente influencia no comportamento sexual, como pode ser observado em estudo desenvolvido em Teresina com adolescentes, no qual se demonstrou, que quanto menor a renda, mais cedo aconteceu a primeira relação sexual ⁵³. Portanto, a baixa renda familiar observada no estudo tem impacto negativo nessa questão, pois está associada a comportamentos sexuais de risco na adolescência que favorecem a gravidez precoce e/ou a contaminação por IST, além de colaborar para a perpetuação da pobreza ⁵⁸. Outro estudo mostrou que adolescentes nordestinos com menor renda familiar não conheciam preservativos quando comparados aos que tinham renda familiar acima de três salários mínimos ⁵⁹.

Observa-se, no presente estudo, que predominaram adolescentes que ainda não haviam tido relação sexual, contrapondo-se a outros estudos em que a maioria dos adolescentes já havia iniciado atividade sexual, um deles realizado em Teresina-PI (57,1%) e outro realizado em Natal-RN (60%). Ambos mostrando a maioria dos adolescentes iniciando a vida sexual dos 14 aos 16 anos ^{12, 53}.

O fato dos adolescentes com experiência sexual demonstrarem alto conhecimento objetivo, comparado ao baixo conhecimento daqueles que não haviam tido iniciação sexual, permite inferir-se que a experiência prévia com a prática sexual tenha motivado a busca por mais conhecimento sobre sexualidade e uso de preservativo ou que as informações veiculadas pela família, escola ou serviço de saúde tenham contribuído para esse maior conhecimento.

A identificação de que a orientação dada pelos pais foi associada significativamente ao alto conhecimento objetivo sobre preservativo contrapõe-se a estudo realizado em três capitais brasileiras que mostrou que a maioria dos jovens não adquiriu as primeiras informações sobre contracepção com os pais, denotando-se que a escola e os serviços de saúde, se atuantes e acessíveis, podem contribuir bastante para a melhor qualidade do conhecimento do adolescente sobre métodos contraceptivos principalmente quando não há participação dos pais nessa etapa da educação sexual dos filhos ⁵².

O apoio, acolhimento e orientação da família contribuem significativamente para a prevenção de comportamentos de risco na adolescência, uma vez que a família é um dos pilares da orientação dos jovens para vivenciarem o período, muitas vezes turbulento, da adolescência ⁶⁰. Tem sido mostrado que adolescentes com percepção negativa sobre suas relações com a família e a religião ficam suscetíveis ao alto envolvimento em comportamento sexual de risco e que o monitoramento positivo dos filhos pelos pais reduz a frequência de comportamentos sexuais de risco na adolescência ^{61, 62}. Nesse sentido, estudo demonstrou que adolescentes que vivem com suas famílias quando comparados aos institucionalizados para cumprimento de medida socioeducativa, apresentam média mais baixa de comportamento sexual de risco, o que proporciona maiores chances do desenvolvimento sexual saudável ao adolescente ⁶³.

Para o conhecimento percebido, aquele que avalia o nível de confiança do adolescente no seu próprio conhecimento, foi constatada também a importância da maior escolaridade materna, maior renda familiar e a iniciação sexual para que os filhos adolescentes tivessem maior chance de ter alto conhecimento percebido sobre preservativos. No entanto, verificou-se que o conhecimento objetivo dos estudantes sobre preservativos foi superior ao conhecimento percebido.

Assim, dependendo do nível desses conhecimentos sobre preservativos, podem ser desencadeados problemas aos adolescentes em sua vida presente e futura. O conhecimento objetivo elevado diante de um baixo conhecimento percebido, resultado desse estudo, significa a incerteza do adolescente quanto à informação que tem, sobretudo entre aqueles que responderam corretamente às questões de avaliação do conhecimento objetivo, o que pode expor o adolescente a práticas sexuais de risco.

Já um baixo conhecimento objetivo diante de um elevado conhecimento percebido expressa que os estudantes possuem a certeza da informação que possuem, porém, na realidade, esse excesso de confiança não condiz com a informação de fato correta, ou seja, eles superestimam seus conhecimentos ^{19, 32, 33}. Essa situação da superestimação, além de colocar o adolescente em risco sexual, ainda pode representar um fator que contribuirá para ele não buscar mais informações e orientações sobre preservativos, tendo em vista que já entende que detém muito conhecimento.

Reitera-se que tem sido demonstrado que adolescentes com baixo conhecimento objetivo e alto conhecimento percebido têm menos probabilidade de relatar o uso do preservativo na primeira relação do que aqueles com outros níveis de conhecimento objetivo e percebido ³². O alto conhecimento percebido sobre controle de natalidade foi mostrado como o que teve maior probabilidade de levar adolescentes ao envolvimento em relação sexual desprotegida aumentando-se a probabilidade de uma gravidez precoce, independentemente do nível de conhecimento objetivo dos adolescentes ³⁰. Portanto, percebe-se que um baixo conhecimento objetivo sobre preservativos, frente a um elevado conhecimento percebido, tem maiores chances de expor os adolescentes a situações sexuais de risco.

Os conhecimentos objetivo e percebido foram elevados para as questões sobre a proteção do preservativo contra gravidez e ISTs e sobre a existência de um preservativo feminino. Esse resultado é similar a outros estudos que relatam o preservativo como um dos métodos contraceptivos mais conhecidos e, apesar de saberem que previne contra gravidez e ISTs, esse método ainda não é utilizado pelos adolescentes de forma eficaz e regular devido a muitos fatores, como a falta de conhecimento prático para a colocação da camisinha; a disseminação de mitos sobre o uso do preservativo entre os jovens, tais como a interferência do preservativo no prazer sexual e a falsa ideia que não se engravida na primeira relação sexual. Além disso, há as diferenças nas relações de gênero que muitas vezes interferem no posicionamento da mulher frente ao homem para a utilização do método ^{60, 64, 65, 66, 67}.

Ressalta-se que o preservativo feminino, embora conhecido, é bem menos utilizado pelos adolescentes do que o preservativo masculino, como mostrado em estudo realizado com adolescentes do sexo feminino, em que apenas 1,3% delas

usaram o preservativo feminino em relações com penetração vaginal⁶⁸. Esse achado aponta para a necessidade de estratégias que levem as adolescentes a utilizarem esse método, principalmente por favorecer a autonomia das mulheres na prática sexual segura e levá-las a valorizarem esse aspecto da questão, podendo inclusive ser uma estratégia valiosa para convencê-las a usarem esse método em suas relações sexuais.

Foi demonstrado o menor nível de ambos conhecimentos na questão sobre o uso do preservativo nas relações homossexuais. Esse conhecimento deve ser disseminado de forma mais clara entre os adolescentes, inclusive por ser uma oportunidade importante para conversar com eles sobre relacionamentos homossexuais, que continuam permeados de preconceitos pela sociedade, o que pode tornar os adolescentes homossexuais mais vulneráveis que os heterossexuais para comportamentos sexuais de risco. Nesse sentido, pesquisa realizada em dez estados do Brasil, com estudantes de 15 a 19 anos de idade, do segundo ano do ensino médio de escolas públicas e particulares, detectou que adolescentes homossexuais e bissexuais relataram utilizar menos preservativo de forma regular (74,2%) do que estudantes heterossexuais (48,6%)⁶⁹. Outro estudo apontou para a falta de apoio dos profissionais de saúde na assistência integral à saúde da mulher homossexual, observada na ausência de orientações sexuais voltadas para esse público, bem como a falta de ambiente acolhedor, com profissionais preparados para a assistência sem preconceito em relação à orientação sexual e à identidade de gênero⁷⁰.

Os percentuais verificados no estudo relativos ao conhecimento objetivo e percebido dos estudantes sobre preservativos demonstra que as políticas e programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva do adolescente no Brasil, em especial os objetivos do Programa Saúde na Escola, não estão alcançando o público a que se destinam e precisam ser melhorados. Ao se observar que mais da metade dos adolescentes de ensino médio participantes do estudo possui baixo conhecimento objetivo sobre preservativo e que parcela significativa não sabe sobre a necessidade do uso do preservativo em todas as formas de relação sexual, mesmo frequentando a escola e informando que tanto a escola quanto os pais orientam sobre sexualidade, reflete-se que tanto a escola quanto a família e os serviços de saúde precisam investir

em melhores oportunidades e formas de abordagem para a educação sexual e reprodutiva dos adolescentes dotando-os de conhecimentos adequados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores preditores para os conhecimentos objetivo e percebido sobre preservativos reafirmaram o quanto aspectos, como a escolaridade da mãe, renda familiar e orientação dos pais contribuem para que o adolescente obtenha conhecimento de melhor qualidade, reduzindo potencialmente as chances de se exporem a comportamento sexual de risco.

Oportunamente os baixos níveis de conhecimentos objetivo e percebido dos estudantes sobre preservativos refletem a carência da efetividade de programas e projetos sobre sexualidade a esse público dentro das escolas e nos serviços de saúde integrando também a família a essas temáticas. O sucesso dessas estratégias seria refletido na melhoria do conhecimento percebido dos adolescentes e, dessa forma, eles teriam confiança em seu conhecimento e mais segurança ao utilizar o preservativo. Além disso, a educação sexual deveria ser trabalhada de forma mais ampla preenchendo lacunas que existem no conhecimento sobre o preservativo feminino e sobre o uso do preservativo em práticas homossexuais, inclusive, identificando-se outras lacunas.

Os resultados deste trabalho revelaram que persistem muitos desafios e dificuldades para a implementação efetiva da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e do Programa Saúde na Escola – PSE, essencialmente no que se refere às questões relativas à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, tendo em vista o conhecimento sobre preservativos estar limitado à minoria dos participantes mesmo sendo o método de escolha para adolescentes.

Estudos de avaliação do conhecimento de adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva que enfocam a questão da percepção devem ser mais estimulados no Brasil em razão da magnitude dos problemas de saúde pública que podem ser gerados em decorrência de conhecimento inadequado sobre preservativos. A prática sexual do adolescente, em um cenário de baixo conhecimento, predispõe-no à gravidez indesejada, ISTs e abortamentos. Portanto, é fundamental unir esforços da

família, escola, profissionais de saúde e gestores para estimular o adolescente ao autoconhecimento, auto-eficácia e autodeterminação à prática do sexo protegido principalmente com o uso de preservativos.

Diante disso, é primordial o acolhimento dos adolescentes no serviço de saúde, diálogo entre pais e filhos sem repressão, havendo a vivência de uma relação mais aberta com a escola sobre a sexualidade na adolescência. Com isso, os resultados deste estudo podem subsidiar a avaliação adequada do conhecimento em saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, bem como contribuir para a implementação das políticas públicas de saúde que propiciem a educação sexual com utilização de metodologias ativas, grupos de discussão e vivências, assim como a aplicação das modernas tecnologias de informação e comunicação voltadas para a educação em saúde, tais como: as redes sociais e os aplicativos.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS/IBGE: População residente – projeções intercensitárias [Internet]. 2012 – [citado 2015 ago. 21]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popbr.def/>.
2. UNICEF. Situação Mundial da Infância 2011: Adolescência uma fase de oportunidades [Internet]. 2011 – [citado 2015 ago. 16]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf/.
3. UNICEF. The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts Revealing disparities, advancing children's rights [Internet]. 2014 – [citado 2017 fev. 24]. Disponível em: <https://www.unicef.org/sowc2014/numbers/>.
4. UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables [Internet]. 2017 – [citado 2017 ago. 20]. Disponível em: https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf/.
5. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral [Internet]. 2º Trimestre de 2017. – [citado 2017 ago. 18]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5918/>.
6. BOISLARD PMA, et al. Sexuality (and Lack Thereof) in Adolescence and Early Adulthood: A Review of the Literature. *Behav. Sci.* 2016 March;6(1): 8.
7. CAMINHA NO, et al. Caracterização de Puérperas Adolescentes quanto à Utilização de Métodos Contraceptivos Prévios – Estudo Descritivo. *Cienc Cuid Saúde* 2012 jul./set.; 11(3):514-521.

8. DUARTE CF, HOLANDA LB, MEDEIROS ML. Avaliação de conhecimento contraceptivo entre adolescentes grávidas em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal. *J Health Sci Inst.* 2012; 30(2):140-3.
9. JARDIM DP, MADUREIRA L, MARQUES IR. Contracepção na adolescência: Conhecimento e Uso. *Cogitare Enferm.* 2010 jan/mar.; 15(1):100-5.
10. KNOPF AS, et al. Sexual learning among East African adolescents in the context of generalized HIV epidemics: A systematic qualitative meta-synthesis. *Plos One.* 2017 March 9:1-20.
11. SALAM RA, et al. Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions. *Journal of Adolescent Health*; 2016 Oct.;59(4): S11 e S28.
12. SILVA R da, et al. Adolescent students knowledge about transimtion, prevention and risky behavior related to STD/HIV/AIDS. *J. res.: fundam. care. online.* 2016 out./dez.; 8(4):5054-5061.
13. SVANEMYR J, et al. The health status of adolescents in Ecuador and the country's response to the need for differentiated healthcare for adolescents. *Reproductive Health.* 2017 Feb. 28;14:29.
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexually Transmitted Infections (STIs), The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health [Internet]. 2013 – [citado 2017 mar. 20]. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/index.html/.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 – [citado 2017 mar. 01]. Disponível em: http://www.dst.uff.br/publicacoes/Prevalencias%20DST%20Brasil%20capitais_para_web.pdf/.
16. UNAIDS. Prevention Gap Report [Internet]. Geneva; 2016 – [citado 2017 mar. 17]. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf/.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico: HIV e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2014 – [citado 2017 mar. 17]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf/.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico: HIV e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2016 – [citado 2017 abr. 10]. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf/.

19. GOMES KRO, SOUSA MCR. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2009 mar.;25(3):645-654.
20. MOURA LNB, et al. Multiparidade entre adolescentes e jovens e fatores de risco em Teresina/Piauí. *Adolescência e Saúde*. 2014 jul./set.;11(3):51-62.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti* [Internet]. 2016 – [citado 2017 fev. 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2015_2016.pdf/.
22. BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS: Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC [Internet]. 2017 – [citado 2017 jul. 05]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def/>.
23. UNFPA. Situação da População Mundial 2013 / Maternidade Precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência [Internet]. Nova York: Nações Unidas. 2013 – [citado 2017 jul. 05]. Disponível em: <http://unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf/>.
24. BEZERRA, et al. Representações sociais de adolescentes acerca da relação sexual e do uso do preservativo. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2015 jan./mar.;36(1):84-91.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica nº 26 - Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*. Brasília-DF [Internet]. 2010 – [citado 2017 nov. 4]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf/.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. *Cuidando de Adolescentes: Orientações Básicas para a Saúde Sexual e a Saúde Reprodutiva*. Brasília, 2016. – [citado 2017 nov. 21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf/.
27. DELL'AGLIO DD, TRONCO CB. Caracterização do Comportamento Sexual de Adolescentes: Iniciação Sexual e Gênero. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*. jul.-dez. 2012;5(2):254-269.
28. GIORDANO LA, GIORDANO MV. Contracepção na adolescência. *Adolescência & Saúde*. 2009 out.;6(4):11-16.

29. LUBIANCA JN. Opções de Anticoncepção na Adolescência. OPAS/OMS – Representação Brasil. 2016 out.;1(17):1-12
30. DODGE T, GUILAMO-RAMOS V, JACCARD J. Metacognition, Risk Behavior, and Risk Outcomes: The Role of Perceived Intelligence and Perceived Knowledge. *Health Psychology*. 2005; 24(2):161–170.
31. JACCARD J, RADECKI CM. Perceptions of knowledge, actual knowledge, and information search behavior. *J Exp Soc Psychol*. 1995 March;31(2):107–138.
32. ROCK EM, et al. To know that we know what we know: perceived knowledge and adolescent sexual risk behavior. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003;16(6):369–376.
33. ROCK EM, et al. A rose by any other name? Objective knowledge, perceived knowledge, and adolescent male condom use. *Pediatrics*. 2005;115(3):667-72.
34. BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira [INEP]. Educação Básica. Censo Escolar [Internet]. 2014 – [citado 2015 jun. 14]. Disponível em:
<http://www.dataescolabrasil.inep.gov.br/dataEscolaBrasil/home.seam/>.
35. PIAUÍ. Secretaria de Estado da Educação do Piauí [SEDUC]. Coordenação de Estatística. Censo Escolar 2014 (em Excel). Teresina; 2015.
36. LUIZ RR, et al. Planejamento amostral. In: Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P, organizadores. *Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica*. São Paulo: Editora Atheneu; 2005. 91-130 p.
37. ARMITAGE P. *Statistical method in medical research*. New York: John Wiley & Sons; 1981.
38. OLIVEIRA TMV. Escalas de mensuração de atitude: Thrstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. *Revista Administração online*, São Paulo. 2001 abr./maio/jun.;2(2):1-21.
39. RICHARDSON RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Editora Atlas; 1999.
40. SIPRAKI R, TROJAN RM. Perspectivas de estudos comparados a partir da aplicação da escala Likert de 4 pontos: um estudo metodológico da pesquisa TALIS. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*. 2015;10(2):1-26.
41. ARMITAGE P, BERRY G, MATTHEWS, JNS. *Statistical methods in medical research*. 3rd. ed. London (GB): Blackwell Scientific Publications; 2002.
42. GAGEIRO JN, PESTANA MH. *Análise de dados para ciência sociais: a complementaridade do SPSS*. 3.ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.

43. HOSMER DW, LEMESHOW S. Applied logistic regression. 2. ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.
44. AYÇAGUER LCS, UTRA IMB. Regressión logística. Cuadernos de Estadística. Madri: La Muralla; 2004.
45. TAVAKOL M, DENNICK REG. Making sense of Cronbach's alpha. International Journal of Medical Education. 2011; 2:53-55.
46. GARCIA-MARQUES T, MAROCO J. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas. Laboratório de Psicologia. 2006;4(1):65-90.
47. GARSON GD. Multiple Regression from Statnotes: Topics in Multivariate Analysis [Internet]. 2010 – [citado 2017 jun. 05]. Disponível em: <http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/pa765/statnote.htm/>.
48. DIAS S, et al. Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. Análise Psicológica. 2007;4(XXV): 625-634.
49. GOMES KRO, MOURA LNB. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2014; 19(3):853-863.
50. OLIVEIRA-CAMPOS M, et al. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). Revista Brasileira Epidemiologia Suppl PeNSE. 2014;116-130.
51. CRUZEIRO ALS, et al. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. Ciência & Saúde Coletiva. 2010 .15(Supl. 1):1149-1158.
52. TEIXEIRA AMFB, et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2006 jul.;22(7):1385-1396.
53. ARAÚJO TME, et al. Fatores de Risco para Infecção por HIV em Adolescentes. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro. 2012 abr./jun.; 20(2):242-7.
54. MOURA LNB, et al. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. Acta Paul Enferm. 2011;24(3):320-26.
55. ROCHA CLA, et al. Uso de métodos anticoncepcionais em adolescentes sexualmente ativos de 15 a 18 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007 dez. 23(12):2862-2868.
56. CARNEIRO SNV, SILVA PSM, VIANA MN. O Desenvolvimento da adolescência na teoria de Piaget. Psicologia. PT [Internet]. 2011- [citado 2017 nov. 06]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0250.pdf/>.

57. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Situação Social nos Estados: Piauí. Brasília [Internet]. 2012 – [citado 2017 jul. 01]. Disponível em: http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14212/.
58. NERY IS, et al. Gravidez na adolescência: Prevenção e riscos. Teresina: EDUFPI; 2011.
59. CESAR JA, HARTMANN JM. Conhecimento de preservativo masculino entre adolescentes: estudo de base populacional no semiárido nordestino, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2013 nov.;29(11):2297-2306.
60. ARAÚJO EC, CARVALHO KEG. Exercício da Sexualidade na Adolescência: Uso do Preservativo Masculino por Adolescentes. Ciênc Cuid Saúde. 2013 out./dez.; 12(4):648-653.
61. DELATORRE MZ, DIAS ACG, PATIAS ND. Práticas Educativas e Relacionamento entre Pais e Filhas Adolescentes Grávidas e Não-grávidas. Journal of Human Growth and Development. 2015;25(2):141-150.
62. DELL'AGLIO DD, ZAPPE JG. Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. J Bras Psiquiatr. 2016;65(1):44-52.
63. DELL'AGLIO DD, ZAPPE JG. Risco e Proteção no Desenvolvimento de Adolescentes que Vivem em Diferentes Contextos: Família e Institucionalização. Rev. colomb. psicol. 2016 Julio-Diciembre;25(2):289-305.
64. ARAÚJO AKL, et al. Contracepção na adolescência: conhecimento, métodos escolhidos e critérios adotados. J. res.: fundam. care. online. 2015 jul./set.;7(3):2815-2825.
65. GARBIN CAS, et al. Percepção de Adolescentes em relação a doenças sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos. DST - J Bras Doenças Sex Transm. 2010;22(2):60-63.
66. MARANHÃO TA, et al. Contracepção entre Puérperas Adolescentes. J Health Sci Inst. 2015 Jan;33(1):50-5.
67. PANNEFLEX P, et al. Conhecimentos, Crenças e Práticas dos Adolescentes da Cultura Caribenha na Contracepção. Rev. Cuid. 2016; 7(1):1204-9.
68. TAQUETTE SR. Interseccionalidade de Gênero, Classe e Raça e Vulnerabilidade de Adolescentes Negras às DST/AIDS. Saúde Soc. São Paulo. 2010;19(supl.2):51-62.
69. ASSIS SG, GOMES R, PIRES TO. Adolescência, Comportamento Sexual e Fatores de Rev. Saúde Pública. 2014;48(1):43-51.
70. GOMES R, VALADÃO RC. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2011;21(4):1451-1467.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de estudantes do ensino médio (n=674). Teresina, PI, Brasil, 2016.

| Característica | μ | Σ | N | % |
|--|-------------|------------|----------|----------|
| Idade | 16,4 | 1,2 | - | - |
| Sexo | | | | |
| Masculino | - | - | 292 | 43,3 |
| Feminino | - | - | 382 | 56,7 |
| Cor da pele | | | | |
| Branca | - | - | 97 | 14,4 |
| Parda | - | - | 421 | 62,5 |
| Preta | - | - | 101 | 15,0 |
| Amarela | - | - | 38 | 5,6 |
| Indígena | - | - | 17 | 2,5 |
| Estado civil | | | | |
| Solteiro(a) | - | - | 647 | 96,0 |
| Casado(a) | - | - | 6 | 0,9 |
| Viúvo(a) | - | - | 1 | 0,1 |
| União estável | - | - | 20 | 3,0 |
| Moradia | | | | |
| Acompanhado | - | - | 672 | 99,7 |
| Sozinho(a) | - | - | 2 | 0,3 |
| Número de pessoas residentes | 4,3 | 1,5 | - | - |
| Religião | | | | |
| Católica | - | - | 404 | 59,9 |
| Evangélica | - | - | 160 | 23,7 |
| Não tem religião | - | - | 89 | 13,3 |
| Outra | - | - | 21 | 3,1 |
| Série do ensino médio que cursa | | | | |
| 1ª do EM | - | - | 222 | 32,9 |
| 2ª do EM | - | - | 242 | 35,9 |
| 3ª do EM | - | - | 210 | 31,2 |
| Escolaridade da mãe | | | | |
| Não alfabetizada | - | - | 20 | 3,0 |
| Analfabeta funcional (menos de 4 anos) | - | - | 41 | 6,1 |
| Ensino fundamental incompleto (4 a 7 anos) | - | - | 149 | 22,1 |
| Ensino fundamental completo | - | - | 54 | 8,0 |
| Ensino médio incompleto | - | - | 70 | 10,4 |

Continua na próxima página

Continuação da tabela 1

| Característica | μ | Σ | N | % |
|--|----------|----------|------------|------------|
| Ensino superior incompleto | - | - | 29 | 4,3 |
| Ensino superior completo | - | - | 110 | 16,3 |
| Atividade remunerada | | | | |
| Sim | - | - | 114 | 16,9 |
| Não | - | - | 560 | 83,1 |
| Atual ocupação/profissão | | | | |
| Do lar/sem ocupação | - | - | 442 | 65,6 |
| Trabalho não remunerado com a família | - | - | 118 | 17,5 |
| Trabalhador(a) autônomo(a) | - | - | 85 | 12,6 |
| Trabalhador(a) com carteira assinada | - | - | 29 | 4,3 |
| Dependente financeiramente | | | | |
| Sim | - | - | 560 | 83,1 |
| Parcialmente | - | - | 65 | 9,6 |
| Não | - | - | 49 | 7,3 |
| Renda familiar (mês anterior à coleta de dados) | | | | |
| Até 1/2 SM | - | - | 75 | 11,1 |
| > 1/2 SM a 1 SM | - | - | 206 | 30,6 |
| > 1 SM a < 2 SM | - | - | 200 | 29,7 |
| > 2 SM a 3 SM | - | - | 85 | 12,6 |
| > 3 SM | - | - | 108 | 16,0 |
| Total | - | - | 674 | 100 |

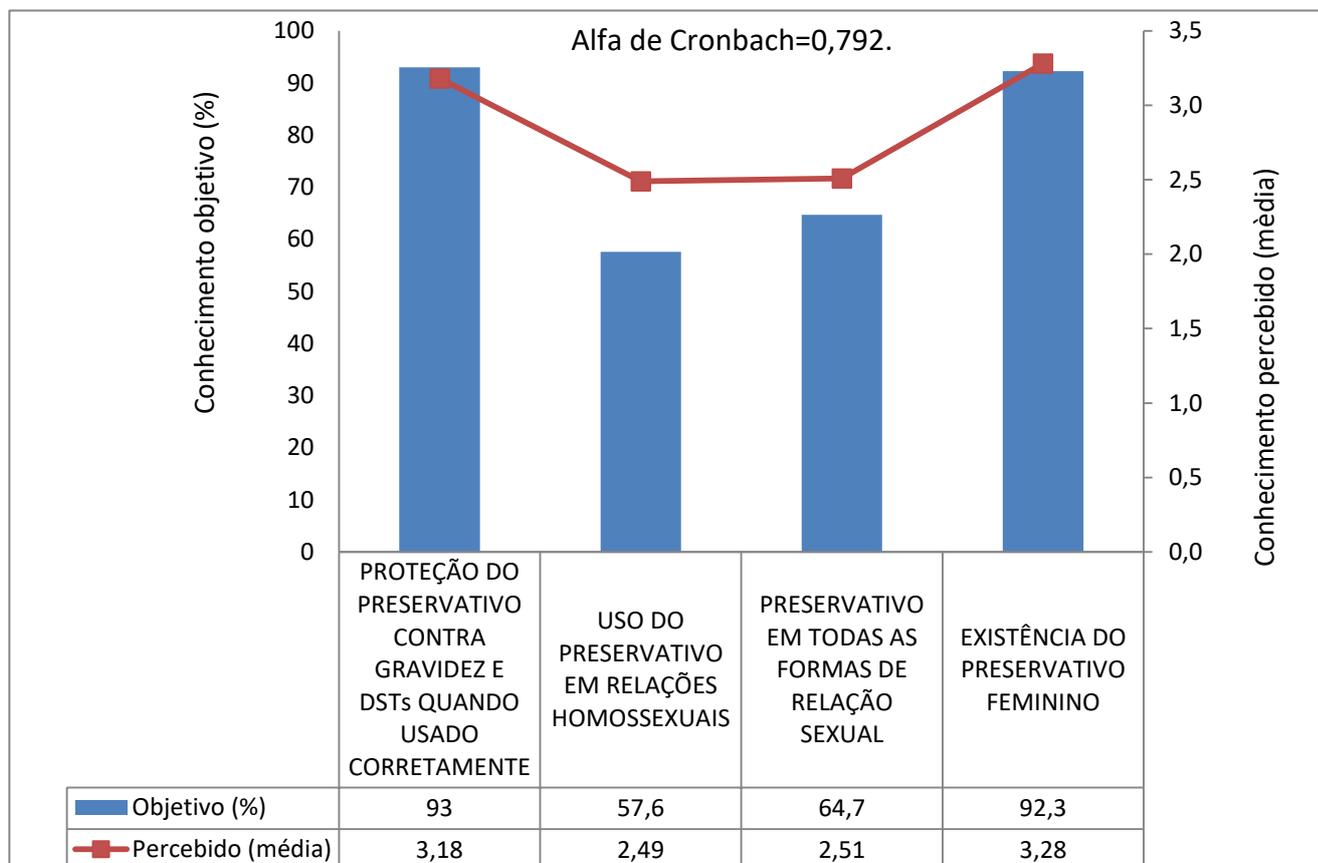
Legenda: μ : média; Σ: desvio padrão; SM: salário mínimo (R\$ 880,00; vigência: 01/01/2016)

Tabela 2 - Dados sobre a iniciação sexual dos estudantes do ensino médio (n=674). Teresina, PI, Brasil, 2016.

| Variável | n | % |
|---|------------|--------------|
| Relação sexual genital | | |
| Sim | 257 | 38,1 |
| Não | 417 | 61,9 |
| Orientações dos pais sobre como evitar filhos e/ou doenças sexualmente transmissíveis | | |
| Sim | 581 | 86,2 |
| Não | 93 | 13,8 |
| Orientações na escola sobre como evitar filhos e/ou doenças sexualmente transmissíveis | | |
| Sim | 603 | 89,5 |
| Não | 71 | 10,5 |
| Total | 674 | 100,0 |

Legenda: IST: infecção sexualmente transmissível

Gráfico 1 - Percentual de acertos das questões de conhecimentos objetivo e média de acertos das questões de conhecimento percebido dos estudantes do ensino médio (n=674). Teresina, PI, Brasil, 2016.



Legenda: DST: doença sexualmente transmissível; Percentual: conhecimento objetivo; Média: conhecimento percebido.

Tabela 3 – Análise bivariada entre o conhecimento objetivo e o conhecimento percebido sobre preservativos e as características sociodemográficas e de iniciação sexual dos estudantes do ensino médio (n=674). Teresina, PI, Brasil, 2016.

| Variável | Total | | Conhecimento objetivo | | P | Conhecimento percebido | | P |
|----------------------------|-------|-------|-----------------------|------|--------------|------------------------|------|------------------|
| | | | Alto | | | Alto | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Idade (+ 1 ano) | | | | | | | | |
| ORb (IC 95%) | 674 | | 1,37 (1,09-1,65) | | 0,021 | 1,19 (1,02-1,47) | | 0,043 |
| Sexo | | | | | | | | |
| Masculino | 292 | 100,0 | 126 | 43,2 | 0,794 | 76 | 26,0 | 0,010 |
| Feminino | 382 | 100,0 | 161 | 42,1 | | 68 | 17,8 | |
| Raça/cor | | | | | | | | |
| Branca | 97 | 100,0 | 48 | 49,5 | 0,137 | 23 | 23,7 | 0,542 |
| Não branca | 577 | 100,0 | 239 | 41,4 | | 121 | 21,0 | |
| Estado civil | | | | | | | | |
| Sem companheiro | 648 | 100,0 | 276 | 42,6 | 0,977 | 138 | 21,3 | 0,828 |
| Com companheiro | 26 | 100,0 | 11 | 42,3 | | 6 | 23,1 | |
| Escolaridade (mãe) | | | | | | | | |
| Menor escolaridade | 264 | 100,0 | 100 | 37,9 | 0,048 | 44 | 16,7 | 0,017 |
| Maior escolaridade | 410 | 100,0 | 187 | 45,6 | | 100 | 24,4 | |
| Série do EM | | | | | | | | |
| 1ª ou 2ª série | 464 | 100,0 | 178 | 38,4 | 0,001 | 88 | 19,0 | 0,024 |
| 3ª série | 210 | 100,0 | 109 | 51,9 | | 56 | 26,7 | |
| Ocupação | | | | | | | | |
| Sem ocupação | 442 | 100,0 | 183 | 41,4 | 0,393 | 90 | 20,4 | 0,381 |
| Com ocupação | 232 | 100,0 | 104 | 44,8 | | 54 | 23,3 | |
| Renda familiar | | | | | | | | |
| ≤ 2 SM | 481 | 100,0 | 186 | 38,7 | 0,001 | 78 | 16,2 | <0,001 |
| > 2 SM | 193 | 100,0 | 101 | 52,3 | | 66 | 34,2 | |
| Relação sexual | | | | | | | | |
| Sim | 257 | 100,0 | 125 | 48,6 | 0,013 | 67 | 26,1 | 0,019 |
| Não | 417 | 100,0 | 162 | 38,8 | | 77 | 18,5 | |
| Orientação dos pais | | | | | | | | |
| Sim | 581 | 100,0 | 255 | 43,9 | 0,086 | 128 | 22,0 | 0,292 |
| Não | 93 | 100,0 | 32 | 34,4 | | 16 | 17,2 | |

Continua na próxima página

Continuação da tabela 3

| Variável | Total | | Conhecimento objetivo | | P | Conhecimento percebido | | P |
|-----------------------------|------------|------------|-----------------------|-------------|----------|------------------------|-------------|----------|
| | | | Alto | | | Alto | | |
| | n | % | N | % | n | % | | |
| Orientação da escola | | | | | | | | |
| Sim | 603 | 100,0 | 258 | 42,8 | 0,754 | 132 | 21,9 | 0,332 |
| Não | 71 | 100,0 | 29 | 40,8 | | 12 | 16,9 | |
| Total | 674 | 100 | 287 | 42,6 | - | 144 | 21,4 | - |

Legenda: SM: salário mínimo (R\$ 880,00; vigência: 01/01/2016). ORb = *Odds Ratio* bruto. IC 95% = intervalo de 95% de confiança para *Odds Ratio* bruto. Menor escolaridade: não alfabetizada - 1º grau completo. Maior escolaridade: a partir do ingresso no 2º grau.

Tabela 4 - Regressão Logística (análise multivariada) para detecção de fatores preditores de alto conhecimento objetivo e percebido de estudantes do ensino médio (n=674) sobre preservativos. Teresina, PI, Brasil, 2016.

| Variável | Conhecimento objetivo* | | | Conhecimento percebido* | | |
|----------------------------|------------------------|-------------|--------------|-------------------------|-------------|------------------|
| | ORaj | IC 95% | P | ORaj | IC 95% | P |
| Escolaridade (mãe) | | | | | | |
| Menor escolaridade | 1,00 | - | 0,044 | 1,00 | - | 0,023 |
| Maior escolaridade | 1,32 | (1,13-1,52) | | 1,61 | (1,37-1,85) | |
| Série do EM | | | | | | |
| 1ª ou 2ª série | 1,00 | - | 0,002 | 1,00 | - | 0,038 |
| 3ª série | 1,49 | (1,27-1,71) | | 1,45 | (1,23-1,67) | |
| Renda familiar | | | | | | |
| ≤ 2 SM | 1,00 | - | 0,013 | 1,00 | - | <0,001 |
| > 2 SM | 1,62 | (1,38-1,87) | | 2,36 | (2,01-2,68) | |
| Relação sexual | | | | | | |
| Não | 1,00 | - | 0,035 | 1,00 | - | 0,029 |
| Sim | 1,51 | (1,28-1,74) | | 1,47 | (1,25-1,69) | |
| Orientação dos pais | | | | | | |
| Não | 1,00 | - | 0,047 | - | - | - |
| Sim | 1,34 | (1,14-1,54) | | - | - | |

Legenda: SM: salário mínimo (R\$ 880,00; vigência: 01/01/2016).

*Referência = Alto nível. ORaj = *Odds Ratio* ajustado. IC 95% = intervalo de 95% de confiança para *Odds Ratio* ajustado. Pseudocorrelação (conhecimento objetivo = 81,02%; conhecimento percebido = 73,27%). Teste de Hosmer e Lemeshow: conhecimento objetivo (p=0,881); conhecimento percebido (p=0,913).

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. A.; BRANDÃO, E. R. **Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):661-670, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a35v14n2.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- AMARAL RIBEIRO, L. M.; CARNEIRO, C.; IPPOLITO, R. **Adolescência, Modernidade e a Cultura dos Direitos.** R. Inter. Interdisc. INTERthesis, Florianópolis, v.12, n.1, p.176-191, Jan-Jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/18071384.2015v12n1p176/29660>>. Acesso em: 11 jun. 2017.
- ANDRADE, H. H. S. M. et al. **Changes in sexual behavior following a sex education program in Brazilian public schools.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(5):1168-1176, maio, 2009. Disponível em: Acesso em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/23.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2015.
- AQUINO, E. M. L. et al. **Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19 supl. 2, p. 377-388, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a19v19s2.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.
- ARIES, P. **História social da criança e da família.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- ARMITAGE P.; BERRY, G.; MATTHEWS, J.N.S. **Statistical methods in medical research.** 3rd. ed. London (GB): Blackwell Scientific Publications; 2002.
- ARMITAGE, P. **Statistical method in medical research.** New York: John Wiley & Sons, 1981.
- ASSIS, S. G.; GOMES, R.; PIRES, T. O. **Adolescência, Comportamento Sexual e Fatores de Risco à Saúde.** *Rev. Saúde Pública* 2014;48(1):43-51. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0043.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2015.
- AVILA, S. F. O. **A adolescência como ideal social.** An. 1 Simp. Internacional do Adolescente May. 2005. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200008&script=sci_arttext>. Acesso: em 10 set. 2015.
- AYÇAGUER, L. C. S.; UTRA I. M. B. **Regressión logística.** Madri: La Muralla; 2004. (Cuadernos de Estadística; 27).
- AZZI, R. G; FONTES, A. P. **Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva.** *Estudos de Psicologia I Campinas I* 29(1) I 105-114 I janeiro – março, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000100012>. Acesso em: 05 jan. 2017.

BANDURA, A. **Human Agency in Social Cognitive Theory**. American Psychologist, September 1989. Disponível em: <<https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1989AP.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

BANDURA, A. **Self-efficacy**: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, vol. 84, nº 2, 191-215, 1977. Disponível em: <<https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

BARBOSA, S. M.; GUBERT, F. A.; PINHEIRO, P.N.C.; SANTOS A. C. L.; VIEIRA, N. F. C. **Modelo de crenças em saúde e vulnerabilidade ao HIV**: percepções de adolescentes em Fortaleza-CE. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 out/dez;12(4):705-10. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a16.htm>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BEZERRA, E. O. et al. **Representações sociais de adolescentes acerca da relação sexual e do uso do preservativo**. Rev Gaúcha Enferm. 2015 mar; 36(1):84-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n1/pt_1983-1447-rgenf-36-01-00084.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2017.

BOISLARD, P. MA. et al. **Sexuality (and Lack Thereof) in Adolescence and Early Adulthood: A Review of the Literature**. Behav. Sci. 2016, 6, 8; Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez17.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC4810042/pdf/behavsci-06-00008.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

BOISLARD, P. MA., POULIN, F. **Individual, familial, friends-related and contextual predictors of early sexual intercourse**. J Adolesc. 2011; 34(2): 289-300. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20630578>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

BORGES, A. L. V. et al. **ERICA**: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. Rev. Saúde Pública vol. 50 suppl. 1 São Paulo: 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102016000100307&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 mar. 2017.

BOTELHO, L. J; CAMARGO, B. V. **Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV**. Rev Saúde Pública 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102007000100009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 jun. 2017.

BRANDÃO, E. R. **Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde**. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 14, n. 4, p. 1063-1071, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a08v14n4.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. **Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1421-1430, jul. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700007>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS/IBGE: População residente – projeções intercensitárias [INTERNET]. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS: **Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 05 jul. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira [INEP]. Educação Básica. **Censo Escolar 2014**. Disponível em: <<http://www.dataescolabrasil.inep.gov.br/dataEscolaBrasil/home.seam>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

BRASIL. **Lei do Planejamento Familiar**. Lei Federal nº 9.263 de 12/01/1996. Brasília: 1996a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm>. Acesso em: 25 jun. 2017.

BRASIL. **LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo Programa Saúde na Escola - PSE: Tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. CONITEC**: 2015, Ministério da Saúde.

Disponível em:

<http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na Escola**. Cadernos de Atenção Básica nº 24. Brasília: 2009. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf>. Acesso em 17 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico: HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico: HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

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

<http://www.dst.uff.br/publicacoes/Prevalencias%20DST%20Brasil%20capitais_para_web.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: 2004. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2017.

BRASIL. **Programa Saúde do Adolescente – PROSAD: Bases Programáticas**. Brasília: 1996b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2017.

BRASIL. **Saúde Brasil 2015/2016: Uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti***. Ministério da Saúde. Brasília-DF: 2016.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais**. Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/ttransversais.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

BRÊTAS, J. R. S.; JARDIM, D. P.; OHARA, C. V. S. **O Comportamento Sexual de Adolescentes em Algumas Escolas no Município de Embu, São Paulo, Brasil.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre (RS) 2008 dez; 29(4): 581-7.

Disponível em:

<<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3875/6543>>. Acesso em: 01 ago. 2015.

BRUM, M. M.; CARRARA, K. **História individual e práticas culturais: efeitos no uso de preservativos por adolescentes.** Estudos de Psicologia I Campinas I 29(Supl.) I 689s-697s I outubro - dezembro 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2012000500005&script=sci_abstract&tlng=pt>.

Acesso em: 04 dez. 2016.

CAMINHA, N. O.; DAMASCENO, A. K. C.; FREITAS, L. V.; MONTE, A. S. **Caracterização de Puérperas Adolescentes quanto à Utilização de Métodos Contraceptivos Prévios – Estudo Descritivo.** Cienc Cuid Saude 2012 Jul/Set; 11(3):514-521. Disponível em:

<http://www.researchgate.net/publication/273269566_Caracterizao_de_purperas_adolescentes_quanto_utilizao_de_mtodos_contraceptivos_prvios_-_estudo_descritivo>. Acesso em: 15 ago. 2015.

CARLOS, A. I. et al. **Comportamento parental de mães adolescentes.** Análise Psicológica, v. 2, n. XXV, p. 183-194, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n2/v25n2a02.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

CARNIEL, E. F. et al. **Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil.** Ver. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, v. 6, n. 4, p. 419-426, out./dez. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292006000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 jun. 2017.

CHALEM, E. et al. **Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, jan. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100019>. Acesso em: 15 jun. 2017.

COLETA, M. F. D. **O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde.** Temas em Psicologia: 1999, Vol. 7, nº 2, 175-182. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1999000200007>. Acesso em: 15 jan. 2017.

CÓRDOVA POZO. K. et al. **Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health in Latin America: Reflections from an International Congress.** Reproductive Health 12 (2015): 11. PMC. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25616439>>. Acesso em: 28 set. 2015.

D'AMORIM, M. A. **A teoria da ação racional nos comportamentos de saúde.** Temas em Psicologia da SBP. 2000, vol. 8 nº 1, 39-44. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v8n1/v8n1a05.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2017.

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

DIAS, A. C. G.; PATIAS, N. D. **Sexarca, informação e uso de métodos contraceptivos:** comparação entre adolescentes. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 19, n. 1, p. 13-22, jan./abril 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n1/a03v19n1.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. **Gravidez na adolescência:** um olhar sobre um fenômeno complexo. Paideia jan.-abr. 2010, Vol. 20, No. 45, 123-131. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000100015>. Acesso em: 10 jun. 2017.

DIAS, J. P.; FREITAS, M. F. R. L. **Teoria Social Cognitiva:** conceitos básicos. Ciências & Cognição 2010; Vol. 15 (3): 204-205. Disponível em: <[file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/338-3131-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/338-3131-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 15 out. 2015.

DUARTE, C. F.; HOLANDA, L. B.; MEDEIROS, M. L. **Avaliação de conhecimento contraceptivo entre adolescentes grávidas em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal.** J Health Sci Inst. 2012;30(2):140-3. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/02_abr-jun/V30_n2_2012_p140-143.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

DUNNING, D.; KRUGER J. **Unskilled and unaware of it:** how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. J Pers Soc Psychol 1999; 77:1121-34. Disponível em: <http://psych.colorado.edu/~vanboven/teaching/p7536_heurbias/p7536_readings/kruger_dunning.pdf>. Acesso: 07 jan. 2017.

EISENSTEIN, E. **Adolescência:** definições, conceitos e critérios. Adolescência e Saúde: volume 2, nº 2, junho 2005. Disponível em: <[file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/v2n2a02%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/v2n2a02%20(2).pdf)>. Acesso em: 10 set. 2015.

ELKALMI, R. M. et al. **Knowledge, awareness, and perception of contraception among senior pharmacy students in Malaysia:** A pilot study. J Pharm Res Pract. Apr-2015 Jun; 4 (2): 94-98. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418143/>>. Acesso em: 07 ago. 2015.

ESPADA, J. P. et al. **Predicting condom use in adolescents:** a test of three socio-cognitive models using a structural equation modeling approach. BMC Public Health (2016) 16:35. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26762643>>. Acesso: 09 dez. 2016.

FAIAL, L. C. M. et al. **Vulnerability in Adolescents: a timely área for the practice of health: integrative review.** J Nurs UFPE on line., Recife, 10(9):3473-82, Sept., 2016. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8341/pdf_11063>. Acesso em: 15 jun. 2017.

FARIAS, R.; MORÉ, C. O. O. **Repercussões da Gravidez em Adolescentes de 10 a 14 Anos em Contexto de Vulnerabilidade Social.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 25 (3), 596-604, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000300020>. Acesso em: 15 jun. 2017.

FLÓRIDE, M. A. **Revisão de Literatura: Teoria Social Cognitiva e Crenças de Auto-Eficácia.** XI CONGRESSO DE EDUCAÇÃO DO NORTE PIONEIRO. Anais: UENP-Universidade Estadual do Norte do Paraná – Centro de Ciências Humanas e da Educação e Centro de Letras Comunicação e Artes. Jacarezinho, 2011. ISSN – 18083579. p. 678-688. Disponível em:

<<http://www.uenp.edu.br/trabalhos/cj/anais/congressoEducacao2011/Marcia%20Augusta%20Floride.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

GAGEIRO, J.N.; PESTANA, M.H. **Análise de dados para ciência sociais: a complementaridade do SPSS.** 3.ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

GARCIA-MARQUES, T.; MAROCO, J. **Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach?** Questões antigas e soluções modernas. Laboratório de Psicologia, 4(1): 65-90 (2006). Disponível em:

<[http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf)> Acesso em: 10 de junho de 2017.

GARSON, G. D. **Multiple Regression from Statnotes:** Topics in Multivariate Analysis. 2010. Disponível em:

<<http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/pa765/statnote.htm>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

GOMES, K. R. O. et al. **Contraceptive Method Use by Adolescents in Brazilian State Capital.** Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. Volume 21, Issue 4, August 2008, Pages 213-219. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez17.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1083318807002094>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

GOMES, K. R. O.; MOURA, L. N. B. **Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(3):853-863, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00853.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

GOMES, K. R. O; SOUSA, M. C. R. **Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais.** Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300019>. Acesso em 10 ago. 2015.

GOMES, M. R. O.; VIEIRA, V. N. **Saúde e Prevenção nas Escolas: Promovendo a Educação em Sexualidade no Brasil**. Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva: 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/798/786>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

HAMILTON, L. C. Interpreting multinomial logistic regression. **Stata Tech Bull** v.13, p. 24-8, 1993.

HOLMES, K.; SHAFII, T.; STOVEL, K.; **Condom use at sexual debut and subsequent condom use: a test of the imprinting hypothesis**. J Adolesc Health. 2003; 32:130. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com.ez17.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1054139X02006341>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, 2000.

HUANG, D. Y.; MURPHY, D.A; HSER, Y.I. **Developmental trajectory of sexual risk behaviors from adolescence to young adulthood**. Youth Soc 2012; 44(4): 479-99. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3663329/>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

HUTZ, C., & KOLLER, S. Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. **Estudos de Psicologia**, 2, 175-197, 1997. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23102/000191382.pdf?sequence=1>>. Acesso: 04 fev. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades. População. Informações completas**. IBGE 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=221100&search=piauil|teresina|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 5 jan. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2016**. Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral**. 2º Trimestre de 2017. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5918>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

IRELAND M.; MCNEELY C. A.; RESNICK M. D.; ROCK, E. M. **A rose by any other name? Objective knowledge, perceived knowledge, and adolescent male**

condom use. Pediatrics 2005; 115:667-72. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15741370>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

IRELAND M.; ROCK, E. M.; RESNICK M. D. **To know that we know what we know:** perceived knowledge and adolescent sexual risk behavior. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2003; 16:369–376. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez17.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1054139X02006602>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

JACCARD, J.; DODGE, T.; GUILAMO-RAMOS, V. **Metacognition, Risk Behavior, and Risk Outcomes:** The Role of Perceived Intelligence and Perceived Knowledge. Health Psychology 2005, Vol. 24, No. 2, 161–170. Disponível em: <<http://psycnet-apa-org.ez17.periodicos.capes.gov.br/journals/hea/24/2/161.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

JACCARD, J.; RADECKI, C. M. **Perceptions of knowledge, actual knowledge, and information search behavior.** J Exp Soc Psychol, 1995;31:107–138. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/222881375_Perceptions_of_Knowledge_Actual_Knowledge_and_Information_Search_Behavior>. Acesso: 15 jan. 2016.

JARDIM, D. P.; MADUREIRA, L.; MARQUES, I. R. **Contracepção na adolescência:** Conhecimento e Uso. Cogitare Enferm 2010 Jan/Mar; 15(1):100-5. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/17179-60200-3-PB.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2015.

JARDIM, D. P.; SANTOS E. F. **Uso do preservativo masculino por adolescentes no início da vida sexual.** Adolesc Saúde. 2012;9(2):37-44. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=314>. Acesso em: 22 mar. 2017.

KALOLO, A. & KIBUSI, S. M. **The influence of perceived behaviour control, attitude and empowerment on reported condom use and intention to use condoms among adolescents in rural Tanzania.** Reproductive Health (2015) 12:105. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4643513>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

KIRBY, D. B.; LARIS, B. A.; ROLLERI, L. A. **Sex and HIV education programs:** their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. J Adolescent Health. 2007;40:206–17. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17321420>>. Acesso: 17 maio 2017.

KNOPF, A. S. et al. **Sexual learning among East African adolescents in the context of generalized HIV epidemics: A systematic qualitative meta-synthesis.** PLOS ONE| DOI:10.1371/journal.pone.0173225 March 9, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi-nlm-nih.gov.ez17.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC5344379/pdf/pone.0173225.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

LAKOMY, A. M. **Teorias Cognitivas da Aprendizagem**. IBPEX: 2ª ed. Curitiba: 2008. Disponível em: <xa.yimg.com/kq/groups/22707168/1495987342/name/livro>. Acesso em: 13 ago. 2017.

LEITE, I. C.; TAVARES, L. S.; TELLES, F. S. P. **Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil**. Rev Bras Epidemiol 2007; 10(2): 139-48. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/01.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

LONGO, L. A. F. B. **Juventude e contracepção**: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. Revista Brasileira de Estudos de População, v.19, n.2, jul./dez. 2002. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/viewFile/320/pdf_301>. Acesso em: 13 abr. 2017.

LONIAL, S. C.; MANGOLD, W. G.; RAJU, P. S. **Differential Effects of Subjective Knowledge, Objective Knowledge, and Usage Experience on Decision Making: An Exploratory Investigation**. JOURNAL OF CONSUMER PSYCHOLOGY, 1995, 4(2), 153- 180. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/235710818_Differential_Effects_of_Subjective_Knowledge_Objective_Knowledge_and_Usage_Experience_on_Decision_MakingAn_Exploratory_Investigation>. Acesso: 19 jun. 2016.

LOPES, R. F. F.; PAULINO, J. A. **Relação entre percepção e comportamento de risco e níveis de habilidades cognitivas em um grupo de adolescentes em situação de vulnerabilidade social**. Psicol. cienc. prof. vol.30 no.4 Brasília Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932010000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 out. 2015.

MADKOUR, A. S. et al. **Early Adolescent Sexual Initiation as a Problem Behavior: A Comparative Study of Five Nations**. J Adolesc Health 2010; 47 (4): 389-98. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20864009>>. Acesso em: 03 out. 2015.

MANFRÉ, C. C.; QUEIROZ, S. G., MATTHES, A. C. S. **Considerações atuais sobre gravidez na adolescência**. R. Bras. Med. Fam. e Comun., Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 48-54, jan./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/205/155>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

MARANHÃO, T. A. et al. **Contracepção entre Puérperas Adolescentes**. J Health Sci Inst. 2015;33(1):50-5. Disponível em: <https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/01_janmar/V33_n1_2015_p50a55.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2016.

MARTINS, L. B. M. et al. **Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes**. Rev Saúde Pública 2006; 40:57-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100010>. Acesso em: 10 abr. 2017.

MELO, J. S. et al. **Trend of Pregnancy in adolescence in Brazil**. J Nurs UFPE on line., Recife, 11(5):1958-62, May., 2017. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/11077>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

Ministério da Saúde. **Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/AIDS**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS; 2006. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/168comporamento.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

MORAES, S. P.; VITALE, M. S. S. **Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência**: interações ONU-Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, 20(8): 2523-2531, Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2523.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

MOURA, L. N. B. et al. **Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez**. Acta Paul Enferm 2011;24(3):320-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/03.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

NERY, I. S. et al. **Gravidez na adolescência**: Prevenção e riscos. Teresina: EDUFPI, 2011.

NOGUEIRA, K. T.; SANTOS, C. A. C. **Gravidez na adolescência**: falta de informação? Adolescência e Saúde: volume 6, nº 1, abril 2009. Disponível em: <[file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/v6n1a1%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/v6n1a1%20(2).pdf)>. Acesso em: 22 set. 2015.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. **Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012)**. Revista Brasileira Epidemiologia Suppl PeNSE 2014; 116-130. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00116.pdf>. Acesso em: 01 out. 2015.

OLIVEIRA, D. C. **Iniciação sexual na adolescência e sua repercussão na vida sexual e reprodutiva de jovens**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Ciências e Saúde. Universidade Federal do Piauí. Teresina-PI.

OLIVEIRA, T. M. V. **Escalas de mensuração de atitude**: Thrstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. Revista Administração online, São Paulo, v.2, n.2, abr./jun. 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art22/tania.htm>. Acesso em: 12 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Orientações para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis**. Biblioteca da OMS, 2005. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42782/2/9248546269_por.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2017.

PCN. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Orientação Sexual**. MEC: 1998. Disponível em: <<http://cptstatic.s3.amazonaws.com/pdf/cpt/pcn/volume-10-6-temas-transversais-orientacao-sexual.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

PIAUÍ. Prefeitura Municipal de Teresina. 2013. Disponível em:

<<http://www.teresina.pi.gov.br>>. Acesso em: 5 jan. 2017.

PIAUÍ. Secretaria de Estado da Educação do Piauí [SEDUC]. Coordenação de Estatística. **Censo Escolar 2014** (em Excel). Teresina, 2015.

PIONEIRO. Anais: UENP-Universidade Estadual do Norte do Paraná – Centro de Ciências Humanas e da Educação e Centro de Letras Comunicação e Artes. Jacarezinho, 2011. ISSN – 18083579. p. 678-688. Disponível em: <<http://www.uenp.edu.br/trabalhos/cj/anais/congressoEducacao2011/Marcia%20Augusta%20Floride.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, 2008.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Editora Atlas; 1999.

RODRIGUES, F. R. A. et al. **Semiótica de ser mãe adolescente: construção identitária de adolescentes em ciclo gravídico-puerperal**. Cultura de Los Cuidados: 2º Cuatrimestre 2016 • Año XX - N.º 45126. Disponível em: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57359/1/CultCuid_45_14.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2017.

SALAM, R. A., et al. **Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions**. Journal of Adolescent Health 59 (2016) S11 e S28 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez17.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC5026684/pdf/main.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

SILVA, A. S. N. et al. **Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil**. Rev Pan-Amaz Saude 2015; 6(1):27-34. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v6n3/v6n3a04.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

SILVA, R. da et al. **Adolescent students knowledge about transmittion, prevention and risky behavior related to STD/HIV/AIDS**. J. res.: fundam. care. online 2016. out./dez. 8(4): 5054-5061. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3634/pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

SIPRAKI, R.; TROJAN, R. M. **Perspectivas de estudos comparados a partir da aplicação da escala Likert de 4 pontos: um estudo metodológico da pesquisa TALIS**. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação. 2015;10(2). Disponível em: <<https://doaj.org/article/d932b5b68d7b40e088e7f773e1336ab6?gathStatIcon=true>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

SONFIELD, A. **Working to eliminate the world's unmet needs for contraception.** Guttmacher Pol Rev.2006; 9:10–3. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/pubs/gpr/09/1/gpr090110.html>>. Acesso em: 01 out. 2015.

SVANEMYR, J. et al. **The health status of adolescents in Ecuador and the country's response to the need for differentiated healthcare for adolescents.** Reproductive Health (2017) 14:29. Disponível em: <https://www-ncbi-nlm-nih.gov.ez17.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC5331697/pdf/12978_2017_Article_294.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.

UNAIDS. **Prevention Gap Report.** Geneva, 2016. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2017.

UNFPA. **Situação da População Mundial 2013 / Maternidade Precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência.** 2013. Disponível em: <<http://unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2017.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2011: Adolescência uma fase de oportunidades.** 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2015.

UNICEF. **The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts** Revealing disparities, advancing children's rights. 2014. Disponível em: <<https://www.unicef.org/sowc2014/numbers>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables.** New York: 2017. Disponível em: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf> Acesso em: 20 ago. 2017.

VALIM, E. M. A et al. **Utilização de preservativo masculino entre adolescentes de escolas públicas na cidade de Uberaba (MG), Brasil: conhecimentos e atitudes.** Cad. Saúde Coletiva, 2015, Rio de Janeiro, 23 (1): 44-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2015000100044&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 set. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually Transmitted Infections (STIs):** The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/index.html>. Acesso: 20 mar. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER:
NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL

CONHECIMENTO OBJETIVO E PERCEBIDO SOBRE PRESERVATIVOS ENTRE ADOLESCENTES DE ENSINO MÉDIO

Coordenação: Profa. Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes

ORDEM Nº _____ FORMULÁRIO Nº _____ DATA ____/____/____

ESCOLA: _____

QUESTIONÁRIO PARA OS ALUNOS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Vamos lhe fazer algumas perguntas sobre você, seus estudos, trabalho e família

1- Qual a sua idade?

(anos completos) _____

2- Sexo

(1) Masculino (2) Feminino

3- Qual a cor da sua pele?

- (1) Branca
- (2) Parda
- (3) Preta
- (4) Amarela
- (5) Indígena

4- Qual seu estado civil?

- (1) Solteiro(a)
- (2) Casado(a)
- (3) Divorciado/Separado(a)
- (4) Viúvo(a)
- (5) União estável/Junto

5- Você mora com quem?

- (1) Com os pais
- (2) Com o cônjuge
- (3) Sozinho(a)
- (4) Outra(s) pessoa(s) _____

6- Qual a sua religião?

- (1) Católica
- (2) Evangélica
- (3) Outra: _____
- (4) Não tem religião

7- Qual série/ano em que você estuda?

8- Qual a escolaridade de sua mãe?

- (1) Não alfabetizada
- (2) Analfabeta funcional (menos de 4 anos de estudo)
- (3) Ensino fundamental incompleto (de 4 a 7 anos de estudo)
- (4) Ensino fundamental completo
- (5) Ensino médio incompleto
- (6) Ensino médio completo
- (7) Ensino superior incompleto
- (8) Ensino superior completo

9- Você tem alguma atividade remunerada?

- (1) Sim (2) Não

10- Qual a sua atual ocupação/profissão?

- (1) Estudante
- (2) Do lar
- (3) Trabalhador(a) autônomo(a)
- (4) Trabalhador(a) com carteira assinada
- (5) Outra: _____

11- Depende financeiramente de alguém?

- (1) Sim, parcialmente
- (2) Sim, totalmente
- (3) Não (vá para a questão 13)

12- De quem você depende financeiramente?

- (1) Companheiro
- (2) Seus Pais
- (3) Pais de seu/sua companheiro(a)
- (4) Outra(s) pessoa(s)

13- Incluindo você, quantas pessoas da família ou agregados moram em sua casa? (Não incluir visitantes e/ou moradores temporários).

14- A renda total de sua família no mês passado (que antecede esta entrevista) foi:

- (1) Até $\frac{1}{2}$ salário mínimo (SM) (*até R\$ 440,00*)
- (2) Mais $\frac{1}{2}$ até 1 SM (*de 440,01 a R\$ 880,00*)
- (3) Mais de 1 e até 2 SM (*de 880,01 a R\$ 1.760,00*)
- (4) Mais de 2 e até 3 SM (*de 1.760,01 a 2.640,00*)
- (5) Mais de 3 SM (*R\$ 2.640,01 ou mais*)

DADOS SOBRE INICIAÇÃO SEXUAL

Vamos lhe fazer algumas perguntas sobre características reprodutivas e sexuais

15- Você já teve relação sexual genital?

(1) Sim (2) Não

16- Seus pais já o orientaram sobre como evitar filhos e/ou doenças sexualmente transmissíveis?

(1) Sim (2) Não

17- A escola já o orientou sobre como evitar filhos e/ou doenças sexualmente transmissíveis?

(1) Sim (2) Não

CONHECIMENTOS OBJETIVO E PERCEBIDO

Agora você irá ler algumas afirmações sobre o uso de preservativos e as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Após cada questão, você deve marcar a alternativa sobre o quanto se sente confiante sobre a resposta que deu.

(Solicite à pessoa que aplica o questionário a entrega da cartilha com a resposta correta de todas as questões)

18- A camisinha masculina previne tanto a gravidez quanto as DSTs quando usada corretamente.

| Verdadeiro | Falso | Não sei

18.1- O quanto você se sente confiante sobre a resposta que deu?

| 1 | Completamente confiante
| 2 | Muito confiante
| 3 | Moderadamente confiante
| 4 | Pouco confiante
| 5 | Nada confiante

19- Camisinha masculina ou feminina precisa ser usada também nas relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo.

| Verdadeiro | Falso | Não sei

19.1- O quanto você se sente confiante sobre a resposta que deu?

| 1 | Completamente confiante
| 2 | Muito confiante
| 3 | Moderadamente confiante
| 4 | Pouco confiante
| 5 | Nada confiante

20- A camisinha masculina deve ser usada em qualquer relação sexual (oral, vaginal ou anal), mesmo se há uso de outro método contraceptivo.

| Verdadeiro | Falso | Não sei

20.1- O quanto você se sente confiante sobre a resposta que deu?

| 1 | Completamente confiante
| 2 | Muito confiante
| 3 | Moderadamente confiante
| 4 | Pouco confiante
| 5 | Nada confiante

21- Existe um modelo de camisinha criado para ser usado pela mulher.

| Verdadeiro | Falso | Não sei

21.1- O quanto você se sente confiante sobre a resposta que deu?

| 1 | Completamente confiante
| 2 | Muito confiante
| 3 | Moderadamente confiante
| 4 | Pouco confiante
| 5 | Nada confiante

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER:
NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL

CONHECIMENTOS OBJETIVO E PERCEBIDO SOBRE PRESERVATIVOS ENTRE ADOLESCENTES DE ENSINO MÉDIO

Coordenação: Profa. Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes

FICHA DO ADOLESCENTE

Ordem nº _____ Questionário nº _____ Data ____/____/2016

Escola: _____ Série _____

Nome do adolescente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: masculino () feminino ()

Autorizou contato para pesquisa futura? Sim () Não ()

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

Telefone para contato: _____

Tipo de moradia: (1) taipa (2) alvenaria/tijolo (3) papelão (4) outros: _____

Eletricidade: sim () não ()

Água:

1 Rede pública canalizada dentro de casa: sim () não ()

1.1 Se não, qual o método de obtenção de água? _____

Coleta de lixo: sim () não ()

Esgoto: sim () não ()

Fossa séptica: sim () não ()

Asfalto: sim () não ()

ATENÇÃO - O preenchimento das questões abaixo será feito pelo pesquisador.

Houve perda do caso? () Sim () Não

Se sim, qual o motivo?

() Recusa

() Outro: _____

APÊNDICE C

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER:
NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) estudante / seu responsável:

Você ou seu dependente está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada: “**SAÚDE NA ESCOLA: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL NO ENSINO MÉDIO**”. Você decide se quer participar ou não, todavia, sua participação é um **ato de cidadania**, visto que a sociedade ganha com os resultados da pesquisa divulgados para os gestores da área da educação e da saúde.

Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar ou permitir que seu dependente faça parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Também esclarecemos que, a qualquer momento, você ou seu dependente terá o direito de retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo na sua etapa final, sem nenhum ônus ou prejuízo. As informações são sigilosas e somente os pesquisadores terão acesso.

Objetivo do estudo: Avaliar a situação de saúde dos estudantes do ensino médio.

Justificativa: Diante das vulnerabilidades às doenças cardiovasculares, imunopreveníveis e das questões sexuais e reprodutivas, a população deve ser sensibilizada quanto ao objetivo de reduzir a morbimortalidade e também a violência. Assim, surgiu o desenvolvimento deste projeto, que busca avaliar a situação de saúde dos estudantes do ensino médio.

Procedimentos: Sua participação ou de seu dependente consistirá em responder aos questionários que abordam as questões de interesse. Os estudantes também terão punção venosa ou digital para a coleta de sangue venoso. Serão realizadas algumas medidas antropométricas e ainda verificada a pressão arterial, além ser de fotografado o cartão vacinal.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre os temas abordados e espera-se que, com seu desenvolvimento, reduzam-se os indicadores negativos dos problemas abordados nesta pesquisa, como a diminuição da incidência de infecções sexualmente transmissíveis entre os adolescentes, a elevação da cobertura vacinal de adolescentes e que haja uma maior adesão da população do estudo ao esquema de imunização preconizado pelo Ministério da Saúde, além da redução da violência escolar. Os estudantes participantes receberão os resultados dos exames realizados, cartilha com respostas corretas sobre saúde reprodutiva e imunização, além de serem informados sobre suas medidas antropométricas e pressão arterial.

Riscos: O preenchimento deste formulário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você ou seu dependente. Algumas perguntas de ordem pessoal poderão trazer certo desconforto, mas elas serão utilizadas apenas no âmbito da pesquisa. O material utilizado para coletar o sangue é descartável e haverá apenas o desconforto da picada da agulha, mas que é perfeitamente suportável. Informamos também que, em qualquer etapa do estudo, se necessitar esclarecer dúvidas ou receber qualquer outra informação, você terá garantia de acesso à profissional responsável pelo estudo: Profa. Dra. Keila Rejane Oliveira

Gomes, na coordenação do Mestrado em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí. Telefone para contato: (86) 3215-4647. Endereço para correspondência: Av. Frei Serafim, 2280 – Teresina/PI. O Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI poderá ser contatado, em caso de dúvidas, pelo telefone (86) 3237-2332, pelo fax (86) 2337-2332, pelo e-mail cep.ufpi@ufpi.edu.br e pelo endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela – Pró-Reitoria de Pesquisa, Ininga, CEP 64049-550, em Teresina-PI.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Você e a escola não serão identificados em nenhum momento, e ainda quando divulgados os resultados, será impossível para o leitor identificar quem respondeu ou mesmo qual a escola participante.

Consentimento de participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar ou que meu dependente de nome _____ participe do estudo intitulado **“SAÚDE NA ESCOLA: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL NO ENSINO MÉDIO”** como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação ou de meu dependente está isenta de despesas. Concordo voluntariamente na participação deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante, sem penalidades ou prejuízos.

Telefone(s) para contato:

_____ / _____ / _____ (Escrever os números)

- () Autorizo que a pesquisadora entre em contato comigo ou com meu dependente para **pesquisas posteriores em continuidade à atual.**
- () Não autorizo que a pesquisadora entre em contato comigo para **pesquisas posteriores em continuidade à atual**, mas sei que pode ser necessário o contato posterior para esclarecimento de alguma questão da pesquisa atual.

ESCOLA: _____ SÉRIE: _____

Local e data: _____

Assinatura do sujeito () ou responsável () Marque um X

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Local e data: _____

Assinatura do pesquisador responsável ou representante

ORDEM Nº: _____ FORMULÁRIO Nº: _____ DATA: ____/____/____

APÊNDICE D

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER:
NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) estudante:

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada: “**SAÚDE NA ESCOLA: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL NO ENSINO MÉDIO**”. Seus pais ou responsáveis já permitiram que você participe da pesquisa, mas você decide se quer ou não.

Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de não aceitar participar, você não será prejudicado(a). Também esclarecemos que, a qualquer momento, você terá o direito de desistir de participar da pesquisa, mesmo na sua etapa final, sem nenhum prejuízo. Somente os pesquisadores terão acesso às suas informações.

Objetivo do estudo: Avaliar a situação de saúde dos estudantes do ensino médio.

Justificativa: Diante da grande exposição dos adolescentes às doenças do coração, anemia, às doenças preveníveis por vacinas, a problemas de ordem sexual e reprodutiva, além da violência, a população deve ser informada quanto ao objetivo de se reduzir o número de pessoas que adoecem ou morrem em decorrência dessas doenças. Assim, surgiu o desenvolvimento deste projeto, que busca avaliar a situação de saúde dos estudantes do ensino médio.

Procedimentos: Sua participação consistirá em responder aos questionários que abordam os assuntos citados acima. Será realizada coleta de sangue com uma picada no dedo ou na veia do braço e algumas medidas corporais (ex.: peso, altura, tamanho da cintura, entre outros), e ainda verificada a pressão arterial, além de fotografado o cartão de vacina.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema e espera-se reduzir os riscos dos problemas abordados nesta pesquisa, como infecções sexualmente transmissíveis, doenças do coração, anemia, violência escolar e aumentar a adesão da população do estudo ao esquema de imunização recomendado pelo Ministério da Saúde. Os estudantes participantes receberão os resultados dos exames realizados, cartilha com respostas corretas sobre saúde reprodutiva e imunização, além de serem informados sobre suas medidas corporais e pressão arterial.

Riscos: O preenchimento deste formulário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. Algumas perguntas de ordem pessoal poderão trazer certo desconforto, mas elas serão utilizadas apenas no âmbito da pesquisa. O material utilizado para coletar o sangue é descartável e haverá apenas o desconforto da picada da agulha, mas que é perfeitamente suportável. Informamos também que, em qualquer etapa do estudo, se necessitar esclarecer dúvidas ou receber qualquer outra informação, você terá garantia de acesso à profissional responsável pelo estudo: Profa. Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes, na coordenação do Mestrado em Saúde e Comunidade, da Universidade Federal do Piauí. Telefone para contato: (86) 3215-4647. Endereço para correspondência: Av. Frei Serafim, 2280 – Teresina/PI. O Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI pode ser contatado, em caso de

dúvidas, pelo telefone (86) 3237-2332, pelo fax (86) 2337-2332, pelo e-mail cep.ufpi@ufpi.edu.br e pelo endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela – Pró-Reitoria de Pesquisa, Ininga, CEP 64049-550, em Teresina-PI.

Sigilo: As informações fornecidas pelos participantes têm privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Você e a escola não serão identificados em nenhum momento, e ainda quando divulgados os resultados, será impossível para o leitor identificar quem respondeu ou mesmo qual a escola participante.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “**SAÚDE NA ESCOLA: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL NO ENSINO MÉDIO**” como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu assentimento a qualquer momento, antes ou durante, sem penalidades ou prejuízos.

Telefone(s) para contato:

_____ / _____ / _____ (Escrever os números)

- () Autorizo que a pesquisadora entre em contato comigo para **pesquisas posteriores em continuidade à atual.**
- () Não autorizo que a pesquisadora entre em contato comigo para **pesquisas posteriores em continuidade à atual**, mas sei que pode ser necessário o contato posterior para esclarecimento de alguma questão da pesquisa atual.

ESCOLA: _____ SÉRIE: _____

Local e data: _____

Assinatura do participante

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Assentimento deste sujeito de pesquisa para a participação neste estudo.

Local e data: _____

Assinatura do pesquisador responsável ou representante

ORDEM Nº: _____ FORMULÁRIO Nº: _____ DATA: ____/____/____

ANEXOS