

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA  
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS**

**PERCEPÇÕES SOBRE SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA ENTRE  
ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-  
PB**

**MICHELLY MEDEIROS SILVA**

**Orientador: Prof. Dr. José Antônio Novaes da Silva**

**JOÃO PESSOA – PB  
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA  
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS**

**PERCEPÇÕES SOBRE SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA ENTRE  
ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-  
PB**

**MICHELLY MEDEIROS SILVA**

**Orientador: Prof.º Dr. José Antônio Novaes da Silva**

Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Ciências Biológicas,  
como requisito parcial à obtenção do grau de  
Licenciada em Ciências Biológicas da  
Universidade Federal da Paraíba.

**JOÃO PESSOA – PB  
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA  
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS**

MICHELLY MEDEIROS SILVA

**PERCEPÇÕES SOBRE SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA ENTRE  
ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-  
PB**

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Biológicas, como requisito parcial à obtenção do grau de Licenciada em Ciências Biológicas.

Data: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. José Antônio Novaes da Silva

Orientador – DBM/CCEN/UFPB

---

Prof. Dr. Pedro Jusselino Filho

Avaliador – CE/UFPB

---

Msc. Sônia Cristina da Nóbrega Carneiro dos Santos

Avaliadora – CE/UFPB

---

Prof<sup>ª</sup>.Dr<sup>ª</sup>. Eliete de Lima Paula Zaraté

Suplente – DSE/CCEN/UFPB

**Ainda que a minha mente e meu corpo enfraqueçam, Deus é a minha força, ele é tudo o que sempre preciso.**

**Salmo 73:26**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora por todo amor e gratidão por segurar minha mão e nunca me deixar fraquejar diante dos medos e das dificuldades impostas ao longo dessa jornada.

A minha mãe, Marilene Gualberto e ao meu pai, Damião Cândido que são meu alicerce e sonharam esse sonho junto comigo durante todos esses anos, apoiando todas as decisões tomadas. Sem vocês eu nada seria. AMO VOCÊS!

Ao meu namorado Sttewart David no qual se fez presente nos momentos finais dessa longa caminhada. Obrigada pelo apoio e pela compreensão.

Agradeço de uma maneira especial, ao meu Professor e Orientador Dr. José Antônio Novaes da Silva. A você minha admiração e todo respeito pela pessoa e profissional que és.

A todos os docentes que colaboraram na minha formação acadêmica, mostrando com amor, dedicação e respeito à verdadeira essência de ser PROFESSOR. Obrigada: Cláudio Gabriel, Eliete, José Antônio, Luis Lopes, Rita Baltazar (In Memoriam), Denise, Pedro Jusselino, Chico Pegado, Izaura, Gustavo, Caliandra.

Aos meus amigos que vivem esse sonho comigo desde o ensino médio, sempre presentes nos momentos de alegria e de tristeza. Aline Cunha, Yasmim Santos, AmaralinaArandas, Priscilla Freitas, Eron Godói. Peço a Deus que permaneçam ao meu lado sempre!

Agradeço a todos/as que foram de grande importância nessa reta final, não deixando desistir nos momentos mais difíceis. Meu muito obrigado Nyelson Nonato, Aline Cunha, Sttewart David, Ariane Leite, Nathalie Cavalcanti, Yasmim Santos, AmaralinaArandas, Arthur César, Eron Godói.

Gostaria de agradecer a minha turma 2011.2, Ariane Leite, Nathalie Cavalcanti, Nyelson Nonato, LaérgiaMirelly, Josilaine dos Santos, Ygor Leitão. Obrigada por todas as palavras amigas, por todo carinho.

Por fim, agradeço a Banca Examinadora por terem aceitado o convite para participarem desse momento tão importante e especial em minha vida. Prof. Dr. José Antônio, Prof. Dr. Pedro Jusselino, Msc. Sônia Cristina e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliete de Lima. Muito Obrigada!

## RESUMO

A adolescência é um período onde ocorrem diversas transformações significativas no corpo, na mente e na forma de como se relacionar com o próximo. Ao iniciar a puberdade, a sexualidade se insere na vida do adolescente e o/a mesmo/a passa a enfrentar diversos desafios e mudanças características dessa fase na qual acarretam em comportamentos de risco tornando esse público vulnerável a gravidez não programada, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). O objetivo geral deste trabalho foi analisar o perfil a respeito da sexualidade e saúde reprodutiva de adolescentes matriculados/as em duas escolas públicas da cidade de João Pessoa (PB). Para o desenvolvimento desta pesquisa foi selecionada turmas das séries finais do ensino fundamental II e da primeira série do ensino médio. Para a coleta de dados utilizou-se questionários contendo 66 questões objetivas e subjetivas abordando perguntas que possibilitassem caracterizar o perfil do discente assim como a percepção sobre os temas relacionados à sexualidade e saúde reprodutiva, os mesmos foram aplicados durante o segundo semestre de 2015. A partir dos resultados obtidos observa-se que os/as adolescentes passaram a ter uma iniciação sexual precoce quando comparado com décadas passadas, o que torna esse público vulnerável a gravidez indesejada, DST e AIDS devido a práticas sexuais de risco. Quando indagados/as se houve utilização do preservativo na primeira vez grande parte afirmou fazer uso do mesmo na primeira relação sexual, pois a prevenção irá depender dos relacionamentos vividos pelo/a adolescente naquele momento. Ao serem questionados/as sobre DST, a AIDS foi a mais citada por eles/as mostrando a eficácia das campanhas periódicas realizadas pelos órgãos responsáveis, sejam eles públicos ou privados. A gonorréia mostrou-se mais comum no conhecimento dos garotos, já que é uma patologia corriqueira no sexo masculino. O HPV apesar de sua importância no meio médico e social encontra-se menos conhecido pelas garotas. Entre os métodos contraceptivos o preservativo foi o mais mencionado pelos/as adolescentes por ter um fácil acesso e sua distribuição ser habitual em campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde, entretanto as garotas participantes da pesquisa demonstraram fazer uso apenas para a prevenção da gravidez, afirmando assim os dados encontrados na literatura onde adolescentes do sexo feminino tem uma maior preocupação em engravidar do que se proteger de uma DST. Quando questionados sobre o que significa sexualidade grande parte associou o termo apenas ao ato sexual e ao prazer desta prática, deixando de lado os fatores históricos, culturais e sociais que são peculiares de cada um. Conclui-se que se faz necessário que os/as adolescentes necessitam de um ambiente que dispõe de pessoas aptas a abordarem a sexualidade de forma confortável e realista, buscando compreender as dúvidas e questionamentos para que esse período seja atravessado de forma tranquila e segura.

**Palavras-chave:** Adolescência, Sexualidade, DST, Métodos Contraceptivos.

## ABSTRACT

Adolescence is a period in which there are many significant transformations in the body, in the mind and in the way of relating to others. At the onset of puberty, sexuality is embedded in the adolescent's life and he / she begins to face several challenges and changes characteristic of this stage in which they lead to risky behaviors making this public vulnerable to unplanned pregnancy, Sexually Transmitted Diseases ( DST) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). The general objective of this study was to analyze the sexuality and reproductive health profile of adolescents enrolled in two public schools in the city of. For the development of this research was selected classes of the final series of elementary education II and the first series of high school. To collect data, questionnaires containing 66 objective and subjective questions were used to address the profile of the student, as well as the perception about sexuality and reproductive health issues, which were applied during the second half of 2015. A From the results obtained it is observed that adolescents started to have an early sexual initiation when compared to previous decades, which makes this public vulnerable to unwanted pregnancies, STDs and AIDS due to sexual practices of risk. When asked if the condom was used the first time, a large number stated that it was used at the first sexual intercourse, because prevention will depend on the relationships experienced by the adolescent at that time. When asked about STDs, AIDS was the most cited by them showing the effectiveness of the periodic campaigns carried out by the responsible agencies, be they public or private. Gonorrhea has been shown to be more common in boys' knowledge, since it is a common pathology in males. HPV despite its importance in the medical and social environment is less known to girls. Among contraceptive methods, condoms were the most mentioned by adolescents because they were easy to access and their distribution was habitual in campaigns carried out by the Ministry of Health. However, the girls participating in the research showed that they were only used for the prevention of pregnancy, The data found in the literature where female adolescents are more concerned about getting pregnant than protecting themselves from an STD. When questioned about what sexuality means, much of it has been associated with the term only to the sexual act and pleasure of this practice, leaving aside the historical, cultural, and social factors that are peculiar to each one. It is concluded that it is necessary that the adolescents need an environment that has people able to approach sexuality in a comfortable and realistic way, seeking to understand the doubts and questions so that this period is crossed in a quiet and safe.

Key words: Adolescence, Sexuality, STD, ContraceptiveMethods.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição étnica por sexo dos/as adolescentes das escolas participantes da pesquisa.....	23
<b>Tabela 2</b> – Distribuição por sexo e religião adotada pelos/as adolescentes participantes da pesquisa.....	25
<b>Tabela 3</b> – Ocorrência da iniciação sexual ou não por “raça” /cor dos/as adolescentes.....	26
<b>Tabela 4</b> – Ocorrência da iniciação sexual ou não por religião adotada dos/as adolescentes.....	27
<b>Tabela 5</b> – Idade que ocorreu a iniciação sexual dos/as adolescentes participantes da pesquisa.....	28
<b>Tabela 6</b> – Utilização ou não do preservativo na primeira relação sexual dos/as adolescentes.....	30
<b>Tabela 7</b> – Motivos os quais levaram os adolescentes a fazer uso ou não do preservativo durante a primeira relação sexual.....	30
<b>Tabela 8</b> –Ocorrência da menarca das adolescentes participantes da pesquisa.....	33
<b>Tabela 9</b> – Doenças sexualmente transmissíveis nos quais os/as adolescentes tinham conhecimento.....	36
<b>Tabela 10</b> – Conhecimento prévio dos/as adolescentes participantes da pesquisa a cerca de métodos contraceptivos.....	38
<b>Tabela 11</b> – Percepção dos/as estudantes com relação à diferença entre os termos sexo e sexualidade.....	40
<b>Tabela 12</b> – Conceito de sexualidade apresentado pelos/as adolescentes participantes da pesquisa.....	41
<b>Tabela 13</b> – Compreensão dos/as discentes a respeito de masturbação de acordo com religião adotada.....	43

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	18
3.1 Caracterização das escolas selecionadas.....	18
3.2 Tipo de pesquisa.....	21
3.3 Procedimentos metodológicos.....	21
3.4 Análise de dados.....	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
4.1 Caracterização do grupo estudado.....	23
4.2 Iniciação sexual.....	26
4.3 Saúde reprodutiva.....	32
4.3.1 Idade da menarca.....	33
4.3.2 Percepção dos/as adolescentes acerca de DST/AIDS.....	35
4.3.3 Conhecimento prévio dos/as estudantes sobre métodos contraceptivos.....	37
4.4 Sexualidade.....	39
5 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXOS.....	56
APÊNCIDES.....	59

## 1. INTRODUÇÃO

A adolescência é um importante processo na vida de todo ser humano no qual ocorrem transformações significativas como o crescimento físico e transição psicossocial. É considerada uma fase conturbada, crítica e de grandes atritos, retratando um período decisivo de um processo de indiferença entre o/a adolescente e o meio familiar. Pode-se afirmar que essa fase é caracterizada principalmente por modificações físicas, psicológicas e sociais, onde o indivíduo torna-se fragilizado de diferentes maneiras e intensidades, tornando-os vulneráveis a uma série de riscos.

Dessa maneira Eisenstein (2005) aponta:

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. (p.6)

É uma fase de modificações profundas no corpo, na mente e na forma de como se relacionar com o próximo. Refere-se à etapa da vida em que ocorre o amadurecimento da sua sexualidade, a irritação com conflitos familiares, o processo de formação e a estagnação de atitudes, valores e comportamentos queirahaver a cobrança de responsabilidades e definição do futuro profissional (BRASIL, 2000).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990 o indivíduo que apresente idade entre doze e dezoito anos é considerado adolescente (BRASIL, 2003, p.1). No entanto a Organização Mundial da Saúde, o Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde (1996) caracterizam o período da adolescência entre os dez e dezenove anos (WHO, 2004).

As transformações físicas desta etapa da vida se dão através da puberdade que acontecem por meio da ação dos hormônios do eixo hipotálamo- hipófise- gonadal.<sup>1</sup>O início desse período ocorre entre os oito e os treze anos para o sexo feminino e entre nove e quatorze anos para o sexo masculino, vale ressaltar que em portadores/as da anemia falciforme esta fase encontra-se atrasada. A idade óssea, o estirão puberal e o desenvolvimento sexual e a menarca ocorre com um retardo médio de dois a três anos (BRASIL, 2008). Nesta fase ocorre a aceleração e a desaceleração do crescimento, distribuição de gordura no corpo (nas garotas

---

<sup>1</sup>Os neurônios hipotalâmicos secretam de maneira bastante específica o hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH). A secreção do mesmo resulta na liberação dos hormônios luteinizante (LH) e o folículo-estimulante (FSH) pela glândula hipófise. Esse processo ocorre durante o sono e, mais tarde, estabelece-se em ciclo circadiano. (Médico Assistente da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do HC-FMUSP)

se localiza na região do quadril), aumento das gônadas e o surgimento dos caracteres sexuais secundários (broto mamário no sexo feminino, aumento dos testículos, desenvolvimento dos pelos pubianos, aparecimento da menarca entre outros). Esse estágio finaliza-se com o desenvolvimento físico completo com a aquisição da capacidade reprodutiva adquirida através do amadurecimento gonadal (BRASIL, 1996; CURITIBA, 2006).

O período puberal é considerado a primeira fase da adolescência, porém são duas etapas do desenvolvimento que embora estejam relacionadas, possuem distinção em seus conceitos. Com isso, Campagna (2006) afirma:

A puberdade diz respeito aos processos biológicos, que culminam com o amadurecimento dos órgãos sexuais. Já a adolescência, por sua vez, compreende as alterações biológicas, mas também as psicológicas e sociais que ocorrem nesta fase de desenvolvimento. (CAMPAGNA, 2006).

Embora tenhamos distinção entre os termos precisamos compreender que a adolescência e a puberdade são etapas que não podem ser estudadas separadamente (OSÓRIO, 1992). O/a adolescente já não é mais criança, porém ainda não é adulto/a. O seu corpo mostra que mudanças estão ocorrendo (SANTOS; NOGUEIRA, 2009, p.48). Essas mudanças fazem com que percam a sua identidade infantil e provoquem a busca de uma nova personalidade.

Segundo Talamoni (2008), essa fase pode ser considerada como uma etapa decisiva de um processo de renúncia, quando o indivíduo se lança ao mundo na busca de uma nova identidade que integralize seu corpo adulto à imagem corporal.

O ser humano atravessa diversas etapas durante o seu desenvolvimento, ele/a localiza em seu corpo zonas erógenas com interesse libidinoso. Libido significa energia que alimenta a conduta sexual (SOUZA, 1993).

A *fase oral* se dá no primeiro ano de vida onde o/a bebê localiza na boca e na pele a maior sensibilidade erótica. O ato de sugar o seio da mãe não funciona apenas para saciar a fome, mais também para rejubilar uma necessidade instintiva. O contato com a pele dos pais durante o banho, os carinhos realizados no decorrer do dia servem para estimulá-lo/a e acalmá-lo/a (SOUZA, 1993).

No segundo ano de vida as zonas erógenas do/a bebê deslocam-se para o pólo terminal do tubo digestivo, o que caracteriza a *fase anal*. O interesse dessa etapa se dá através do controle das evacuações, a descoberta das suas excretas e as sensações que lhe permitem a contração e o relaxamento do ânus (SOUZA, 1993).

Quando a criança atinge os quatro anos de idade a libido passa a ser na região genital (*fase fálica*), onde se dá a descoberta do seu órgão erétil (o pênis no menino e o clitóris na menina). Através da manipulação sensações são despertadas e no contato entre crianças de ambos os sexos, descobrem-se o sexo oposto (SOUZA, 1993).

O *período de latência* segundo Freud é a fase onde os impulsos sexuais encontram-se dormentes e inicia-se por volta dos seis a sete anos de idade. Muitos pesquisadores afirmam que toda a libido é substituída pela atividade intelectual, já que é aonde se inicia a vivência escolar da criança. Atividades físicas também são indicadas durante esse período, já que os músculos encontram-se erotizados e essa prática envolve diversas sensações, inclusive prazerosas (SOUZA, 1990).

Ao adentrar na adolescência surge a curiosidade e o interesse no próprio corpo e no corpo de outras pessoas. A partir daí surge à *fase genital*, onde tocar-se e examinar-se não só você como o/a outro/a resulta em momentos prazerosos (SOUZA, 1993).

É a partir do surgimento da sexualidade genital que o/a adolescente passa a enfrentar diversos desafios e as mudanças características dessa fase ocasiona comportamentos de riscos, tornando esse público vulnerável quando passam a práticas sexuais inseguras como gravidez indesejada, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), uso abusivo do álcool, drogas, acidentes e diferentes formas de violência (BRASIL, 2005).

A sexualidade é um aspecto do ser humano que compreende identidade sexual, gênero, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional, amor e reprodução. É demonstrada em forma de fantasia, desejo, atitude, pensamento, valores, práticas e relacionamentos. Abramovay (2004) complementa:

Além do consenso de que os componentes socioculturais são críticos para a conceituação da sexualidade humana, existe uma clara tendência, em abordagens teóricas, de que a sexualidade se refere não somente às capacidades reprodutivas do ser humano, mas também ao prazer. Assim, é a própria vida. Envolve, além do nosso corpo, nossa história, nossos costumes, nossas relações afetivas, nossa cultura. (ABRAMOVAY, 2004 p.29)

Entre os doze aos dezoito anos que a sexualidade se insere na adolescência assumindo o seu papel definitivo fazendo com que esse público ao vivenciar esse momento passe a construir a sua identidade sexual (BRASIL, ECA 1990). Neste sentido Osório (1992) afirma:

A adolescência é uma etapa da vida na qual a personalidade está em fase de estruturação e a sexualidade se inserem nesse processo, sobretudo como um elemento estruturante da personalidade. (OSÓRIO, 1992)

Basso e Rosa (1991) relatam que a identidade sexual é um dos elementos fundamentais da identidade geral, que é delineada desde os primeiros momentos da vida e definida na adolescência, compreendendo a interação com os pais, fatores morais, culturais, sociais e religiosos.

Em seu âmbito social o/a adolescente sofre uma forte pressão quando ainda é “virgem”, isso faz com que a iniciação sexual esteja acontecendo cada vez mais cedo, com isso problemas são causados devido a não receberem em seu âmbito familiar informações necessárias que envolvam assuntos relacionados à sexualidade, porém, quando tem acesso, essas informações são passadas de forma errônea provenientes de amigos/as ou de pessoas pouco preparadas para essa função, à falta de conhecimento sobre o assunto causa consequências e preocupação em pais, profissionais da saúde e professores/as, porque problemas como a gravidez indesejada, DST e a AIDS acabam ocorrendo. Conforme apresentado acima, Amaral; Fonseca diz:

O exercício da sexualidade traz implicações no processo reprodutivo e na saúde bio-psico-social do adolescente. A decisão de iniciar as relações sexuais acontece paralelamente a inúmeras modificações na vida do adolescente, podendo gerar situações indesejadas como a ocorrência da gravidez, aborto, DST e outras. Tais situações repercutem não apenas na fase da adolescência como também na vida futura (2006).

Lopes; Maia (1993) abordam uma diminuição na faixa etária de iniciação sexual deste público, visto que no Brasil a idade média da primeira relação é de quinze a dezessete anos para meninas e de treze aos quinze anos para os meninos, esse início precoce acaba que os/as adolescentes não têm cuidados contraceptivos o que, em muitos casos, resulta em uma gravidez não programada, já que segundo os mesmos autores cerca de 40% da população feminina já vivenciou esse momento. Porém, cerca de 30% dos/as adolescentes que possuem o conhecimento sobre métodos contraceptivos preferem iniciar a vida sexual sem proteção (SOUZA, 2000). Os locais mais utilizados para manter as primeiras relações são na própria casa ou na casa de amigos (RIBEIRO, 1993).

Segundo Santos e Nogueira (2009) o conhecimento acerca dos métodos contraceptivos é um tema importante a ser tratado principalmente na adolescência, visto que previne não apenas uma gravidez não programada como evita que meninos e meninas se exponham às DST e à AIDS, podendo assim vivenciar esse momento de maneira segura e saudável.

A sexualidade nesta etapa da vida se dá de diferentes formas. Se os primeiros contatos forem frustrantes, o indivíduo tende a ter uma repressão diante daquilo. Outra atitude é uma aceitação frente ao ato sexual, mesmo que não ocorra nenhum tipo de envolvimento afetivo,

visto que essa é a expressão mais frequente no momento inicial e intermediário da adolescência. De outro ponto de vista a preferência sexual com afeto, na qual se encontra auxiliada pelas vivências que o/a adolescente enfrenta ao longo da vida, sejam elas sexuais, ou não, são ditas como atitudes maduras rotuladas pela sociedade (COSTA et al 2001, p. 219).

A saúde sexual e reprodutiva abrange um lugar significativo na construção de igualdade de gênero e na criação de autonomia dos/as adolescentes e jovens, causa fundamental na formação de indivíduos saudáveis e responsáveis. É indispensável o reconhecimento que as condições no qual se dão a construção da autonomia estão situadas conforme as relações e estruturas sociais em que os/as adolescentes encontram-se inseridos/as, onde por vezes são marcados/as por diferentes formas de desigualdades (BRASIL, 2007).

O impedimento de se garantir o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos está relacionado ao quesito ligado ao controle da sexualidade e a eficácia reprodutiva, pelo processo de socialização e educação das pessoas, uma vez que esses princípios definem o grau de efetuação do indivíduo em junção com o seu corpo, a oportunidade de vivenciar sua sexualidade de maneira gratificante e planejar sua vida reprodutiva (BRAUNER, 2001).

Nas ações práticas realizadas com adolescentes em uma conversa informal, em consultas ou no âmbito escolar é possível observar que a partir do momento que ele/a descobre o desenvolvimento do seu corpo, os relacionamentos, a formação de identidade e o gênero, a temática de seu maior interesse é a sexualidade. Com isso, é a partir desse momento que podemos observar a falta de experiência e resistência por parte de pais, professores/as ou responsáveis pelo/a adolescente de conversar e explorar sobre o assunto. Tal resistência pode ser acarretada por fatores culturais, educacionais entre outros (OLIVEIRA, 2006, p. 101).

Em tempos antigos assuntos referentes á sexualidade eram conceituados como tabus, ate mesmo condenados e evitados no ambiente familiar. Porém, a preocupação com os/as filhos/as e a maneira de como orientá-los/as quanto à saúde sexual e reprodutiva fez com que discussões acerca do tema tenha se tornado corriqueiro (SALOMÃO et al, 2013).

Borges et al (2007) destacam em sua pesquisa que apenas uma porção pequena de adolescentes confessam manter algum diálogo com os pais em relação a sexo, sendo mais evidente essa acessibilidade com a mãe do que com o pai. Com a ausência de informação no ambiente familiar o indivíduo procura ajuda em outras fontes, sendo as mais procuradas os amigos/as (SARVEGNAGO;ARPINI, 2013). Segundo Brêtas et al (2011) os pais aparecem como primeiro recurso, em segundo os amigos/as e por último os professores/as.

A partir daí, o espaço escolar torna-se um ambiente de socialização para questões educativas e preventivas direcionadas a orientação sexual para que possam ser trabalhadas por profissionais capacitados (BRÊTAS et al, 2011). As informações fornecidas na escola não minimizam a função da família, apenas complementa (RODRIGUES; WECHESLER, 2014).

Moizés; Bueno (2010) afirmam que a instituição de ensino possui o dever de proporcionar educação integral a crianças e adolescentes, incluindo a orientação sexual. Por essa razão, é fundamental que o ambiente escolar reveja o seu papel, não com o intuito de censurar, mas de provocar questionamentos e desmistificar visões distorcidas. A educação sexual torna-se um trabalho árduo para os/as docentes, por não ser fácil lidar com esse assunto em sala de aula, principalmente se esse profissional não se encontra apto para esta função.

É imprescindível que o educador/a encontre-se capaz de abordar questões acerca do tema com os/as alunos/as, de forma que seus conhecimentos estejam amplos sobre o conteúdo a ser debatido, para que haja o esclarecimento das dúvidas, o repasse de informações adequadas sem estabelecer suas crenças e seus valores, respeitando a autonomia dos/as estudantes com o intuito de expandir os seus conhecimentos.

A Lei nº 60/2009 de 6 de Agosto, determina a implantação da disciplina de orientação sexual (educação sexual) nas instituições de ensino públicas e privadas, com o propósito da valorização da sexualidade e redução dos comportamentos sexuais de risco tais como: gravidez não programada, e exposições a DST e a AIDS (BRASIL, 2009a). Os conteúdos devem ser explanados ao longo de todos os ciclos de escolarização a partir de duas formas: dentro do planejamento, por meio de temas transversalizados nas diferentes áreas do currículo e como programação extraclasse sempre que houverem questões relacionadas ao assunto (BRASIL, 1998).

Com isso, se faz necessário uma abordagem acerca do tema para que se conheça melhor sobre os mitos, tabus e a realidade sobre sexualidade para que educadores/as, pais e profissionais da saúde possam abordar o assunto de forma mais tranquila mantendo um dialogo franco, buscando compreender as manifestações que se fazem presente nessa fase da vida.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar o perfil a respeito da sexualidade e saúde reprodutiva de adolescentes dos últimos anos do ensino fundamental II e do primeiro ano do ensino médio matriculados/as em duas escolas públicas da cidade de João Pessoa (PB).

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Caracterizar o perfil de acordo com a etnia e religião adotada pelos/as discentes matriculados/as nas escolas participantes da pesquisa;
- Comparar as idades de iniciação sexual dos/as adolescentes;
- Apresentar o conceito sobre sexualidade que os/as discentes expressaram;

### 3. MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 Caracterização das escolas selecionadas

A presente pesquisa foi realizada em duas instituições de ensino público localizadas na cidade de João Pessoa – PB, a Escola Estadual de Ensino Médio Cônego Luiz Gonzaga de Oliveira e a Escola Municipal de Ensino Fundamental Lions Tambaú(Fig.1). As características das mesmas serão descritas a seguir.

**Figura 1**–Muros das escolas participantes da pesquisa fotografadas durante o período de estudo. 2016.



Fonte: Michelly Medeiros,2016.

A Escola Estadual de Ensino Médio Cônego Luiz Gonzaga de Oliveira esta localizada na Rua Janduí Dantas de Nascimento s/n, no bairro de Mangabeira I, no município de João Pessoa – PB. Atualmente a instituição se encontra sob a direção de Mancio Ivo Júnior de Vasconcelos, funcionando nos turnos da manhã com ensino médio regular e no turno da noite na modalidade Educação de Jovens e Adultos (EJA), na qual é dividida em dois ciclos: Ciclo V- abrange 1º e 2º ano e Ciclo VI – abrange 3º ano.

Ao todo possui 246 discentes matriculados/as, destes 136 no turno da manhã e 110 no turno da noite. O corpo docente possui 17 professores/as todos com nível superior e formação pedagógica. O serviço técnico-pedagógico é composto por 01 supervisora escolar, 01 diretor adjunto e o gestor escolar. É importante ressaltar que a escola possui projetos pedagógicos desenvolvidos pelos docentes, porém não tem auxílio financeiro do governo.

Atualmente a escola esta em reforma na qual esta parada desde de 2015, sendo feitos reparos nas salas de aula custiados pelo gestor. Por conta disso, das dez salas de aula disponíveis apenas cinco estão em condições favoráveis para realizar aulas. A instituição conta com 01 sala de professores, 01 sala de vídeo, 01 biblioteca, 01 laboratório de ciências

(no qual é utilizado também para a disciplina de química), 01 laboratório de informática, 01 cozinha, 01 cantina e 01 quadra de esportes (Fig.2).

Sobre os recursos didáticos disponíveis, os/as docentes tem acesso a internet, computadores, projetor de slide, TV, aparelho de som e kits didáticos.

**Figura 2**–Espaços formativos da E.E.E.M.Cônego Luiz Gonzaga de Oliveira.2016.



Fonte: Michelly Medeiros, 2016.

A Escola Municipal de Ensino Fundamental Lions Tambaú esta localizada na Rua Bancário Sergio Guerra, bairro Jardim Cidade Universitária, município de João Pessoa – PB. Encontra-se sob a gestão escolar de Maria da Luz Figueiredo de Albuquerque, funcionando no turno da manhã com Ensino Fundamental I, no turno da tarde com Ensino Fundamental II e no turno da noite na modalidade de Educação de Jovens e Adultos (EJA), onde é dividida em dois ciclos: Ciclo I – abrange 1º, 2º e 3º ano e Ciclo II – 4º e 5º ano, a escola ainda conta com um anexo na comunidade do Timbó (João Pessoa – PB) onde funciona apenas no turno da noite com as turmas de EJA.

O estabelecimento de ensino possui 471 alunos/as matriculados/as, sendo 185 no Fundamental I, 201 no Fundamental II e 85 no EJA. O serviço técnico- pedagógico é composto por 27 professores/as todos/as com nível superior e formação pedagógica, alguns com especialização e pós-graduação, 03 diretoras adjuntas, 01 supervisora escolar, 01 orientadora, 01 gestora, 01 psicóloga e 01 assistente social. Além do ensino básico a escola conta com o Programa Mais Educação financiada pelo Governo Federal e projetos pedagógicos que são desenvolvidos ao longo do ano, tais como: Dando asas à imaginação, Meio Ambiente, A Humanização no Trânsito entre outros, é importante ressaltar que tais projetos não recebem auxílio financeiro.

Sobre a estrutura da instituição de ensino, são disponibilizadas 07 salas de aulas mais 02 salas voltadas para o Programa Mais Educação, além disso, possui 01 sala para professores, 01 sala de vídeo, 01 biblioteca, 01 laboratório de informática, 01 cozinha, 01 almoxarifado e 01 quadra de esportes (Fig.3). É importante ressaltar a ausência de Laboratório de Ciências na instituição.

Os/as discentes têm acesso a internet, computadores, máquina de Xerox, projetor de slides, videoteca, aparelho de DVD, TV, gravador, aparelho de som, jogos educativos e kits didáticos.

**Figura 3**—Espaços formativos da E.M.E.F. Lions Tambaú. 2016.





Quadra de esportes

Bebedouros e cozinha

Fonte: Michelly Medeiros, 2016.

### 3.2 Tipo de pesquisa

O presente estudo teve como pressuposto teórico-metodológico uma abordagem quanti-qualitativa. Além da Pesquisa Bibliográfica tivemos como instrumento de coleta de dados questionários em que buscou-se identificar e descrever as percepções dos/as participantes sobre temas relacionados à sexualidade e saúde reprodutiva.

Os métodos de caráter quantitativo e qualitativo especificam melhor as informações do universo amostral, e assim contribuem de forma eficaz para análise dos dados coletados. Sampiereet al (2006) afirmam que ambos os enfoques são valiosos e realizam contribuições ao avanço do conhecimento.

A pesquisa quantitativa é caracterizada de fatos que são esclarecidos por meio de tabelas e números, ou seja, através da quantificação dos dados obtidos na coleta de dados por meio de técnicas estatísticas (LIRA, 2014).

Sobre a pesquisa qualitativa Lakatos; Marconi (2011) apontam:

A metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento etc.[...] o método quantitativo os pesquisadores valem-se de amostras amplas e de informações numéricas (LAKATOS; MARCONI, 2011, p. 269).

A pesquisa bibliográfica presente também nesse estudo, diz respeito à revisão da literatura existente sendo eles livros, artigos científicos, dissertações e teses sobre determinado assunto, sendo assim, se caracteriza por ser realizada a partir de fontes secundárias (CALIL, 2009; RODRIGUES, 2006).

Por fim, o questionário foi utilizado como instrumento de coleta de informações que pode conter perguntas previamente estabelecidas, ou perguntas abertas que possibilita o individuo expressar sua opinião e julgamento, o questionário deve apresentar a proposta da pesquisa com instruções para seu preenchimento e devolução (LIRA, 2014).

### **3.3 Procedimentos metodológicos**

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2015 onde a direção das duas instituições de ensino foram procuradas para haver esclarecimentos sobre os procedimentos que iriam ser utilizados durante o período de execução da pesquisa e assinaram declarações permitindo a execução da mesma ( **ANEXO A e B**).

Posteriormente foi aplicado o questionário estrutural, funcional e pedagógico com a função de adquirir informações sobre a infraestrutura, os recursos didáticos disponíveis aos discentes e serviço técnico-pedagógico (total de alunos/as matriculados/as, total de professores/as) da escola, o mesmo continha oito questões no qual foi aplicado juntamente com os/as gestores/as das instituições de ensino (**APÊNDICE A**). Em seguida foram aplicados questionários aos/as alunos/as dos dois anos finais do Ensino Fundamental II (8º e 9º ano) e o primeiro ano do Ensino Médio contendo 66 questões objetivas e subjetivas, abordando perguntas que possibilitassem caracterizar o perfil do/a discente assim como a percepção sobre os assuntos relacionados à sexualidade e saúde reprodutiva (**APÊNDICE B**). Tais séries foram selecionadas para participar da pesquisa porque já haviam abordado o conteúdo sobre O Corpo Humano (sistema reprodutor masculino e feminino, adolescência, gravidez e parto, ciclo menstrual etc.) em sala de aula com a professora responsável da disciplina de Ciências das instituições.

### **3.4 Análises de dados**

Todos os dados obtidos dos questionários aplicados aos discentes foram tabulados a partir da produção de planilhas construídas no Office Excel 2007 e em seguida analisados por filtragem, uma opção presente no mesmo programa que facilitou a contagem dos dados para que houvesse a obtenção de resultados em porcentagem com o objetivo de obter uma melhor interpretação dos mesmos (CALIXTO, 2015).

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Caracterização do grupo estudado

O público-alvo foi constituído pelos dois Anos finais do Ensino Fundamental II, sendo 45 alunos/as do 8º Ano e 28 discentes do 9º ano e do 1º Ano do Ensino Médio, totalizando 37 aprendentes. O grupo participante da pesquisa foi classificado como adolescente, segundo o Artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa de doze anos de idade incompletos, e adolescentes os indivíduos entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, ECA 1990).

No total participaram da pesquisa 110 adolescentes, sendo 51% do sexo feminino, 46,3% do sexo masculino e 2,7% não identificaram o sexo. Desde o ano de 1991 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) empregou um sistema de classificação com cinco categorias utilizadas para investigar a “raça”/cor da população, são elas: branca, parda, negra, amarela e indígena nas quais as mesmas foram colocadas na pesquisa (IBGE, 2010) (Tab.1). Os/as discentes tiveram a oportunidade de se autodeclararem por meio de categorias nativas como morena/o, mulata/o entre outras/os.

**Tabela 1** – Distribuição étnica por sexo dos/as adolescentes das escolas participantes da pesquisa.

	FEMININO		MASCULINO		VAZIAS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Amarelo/a</b>	5	4,5	2	1,8	0	0	7	6,4
<b>Branco/a</b>	14	12,7	19	17,3	0	0	33	30
<b>Indígena</b>	1	0,9	3	2,7	1	0,9	5	4,5
<b>Pardas</b>	26	23,6	20	18,2	2	1,8	48	43,6
<b>Preto/a</b>	8	7,3	6	5,5	0	0	14	12,7
<b>Vazias</b>	2	1,8	1	0,9	0	0	3	2,7
<b>Total</b>	56	50,9	51	46,4	3	2,7	110	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Identifica-se que a maioria dos/as adolescentes declara-se negros/as, totalizando 56,3%. Tal grupo foi fundamentado de acordo com o trabalho de Novaes; Fonseca (2010) que adotam a categoria negra (homens e mulheres) apresentando a seguinte composição: pardos/as (43,6%) e pretos/as (12,7%) na qual Batista (2005) aponta que tais categorias estão ligadas a uma ancestralidade africana. A respeito do conceito de raça Carneiro (2003) aponta:

A subdivisão de uma espécie, formada pelo conjunto de indivíduos com caracteres físicos semelhantes, transmitidos por hereditariedade: cor da pele, forma do crânio e

do rosto, tipo de cabelo etc. Raça é um conceito apenas biológico, relacionado somente a fatores hereditários, não incluindo condições culturais, sociais ou psicológicas. Para a espécie humana, a classificação mais comum distingue três raças: branca, negra e amarela.

Na mesma tabela podemos observar que 12,7% das adolescentes se declararam brancas, 4,5% amarelas, 0,9% indígena e 1,8% não identificaram a “raça”/cor. Sobre os garotos, 17,3% se declararam brancos, 2,7% indígenas, 1,8% amarelos e 0,9% não identificaram a “raça/cor.

No presente trabalho, optou-se pela coleta do quesito “raça” /cor por ser um forte dado identificador de mecanismos de preconceito e discriminação (NOVAES; FONSECA, 2010). Com isso, Munanga (1999) afirma:

A valorização e o reconhecimento da cor da pele, categoria cognitiva herdada da história da colonização, apresenta um conteúdo mais ideológico do que biológico, sendo, portanto, um importante elemento na construção da identidade etnicorracial (MUNANGA, 1999).

Lopes (2005) também afirma que a “raça” /cor é um dado de profunda importância, segundo ela, “Indígenas, negros/as e brancos/as ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer”.

Grande parte dos/as cristãos/as fundamentalistas, sejam eles/as católicos/as ou protestantes recém- convertidos/as, justificam sua conversão em razão de circunstâncias individuais ou familiares devido aos caminhos da “perdição”, desemprego, desilusão e “vida perdida” (PAIVA, 2000). O fato é que, adolescentes e jovens que tomaram essa iniciativa pertencem a um grupo vulnerável ao HIV, devido as suas “histórias passadas”.

Estudos realizados com mulheres portadoras do vírus que contraíram a doença pelos seus maridos, relatam que conheceram seus cônjuges na igreja ou no culto e não tinham a dimensão de suas vidas pregressas. Muitas mencionam que esses foram seus únicos parceiros sexuais na vida (PAIVA, 2000).

A realidade é que, a partir do momento que esses indivíduos estão inseridos em grupos religiosos fundamentalista torna-se proibida a discussão sobre o tema, já que para algumas seitas é pecado, a não ser que estejam “pregando”.

Sobre a distribuição de religião por sexo, podemos observar (Tab.2):

**Tabela 2** –Distribuição por sexo e religião adotada pelos/as adolescentes participantes da pesquisa.

	Feminino		Masculino		Vazias		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Católico/a</b>	30	27,3	26	23,6	2	1,8	58	52,7
<b>Protestante</b>	18	16,4	13	11,8	1	0,9	32	29,1
<b>Mórmom</b>	1	0,9	0	0	0	0	1	0,9
<b>Sem Religião</b>	5	4,5	9,0	8,2	0	0	14	12,7
<b>Testemunha de Jeová</b>	1	0,9	0	0	0	0	1	0,9
<b>Outra</b>	1	0,9	0	0	0	0	1	0,9
<b>Vazias</b>	0	0	3,0	2,7	0	0	3	2,7
<b>Total</b>	56	50,9	51	46,4	3	2,7	110	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Para compreender a questão da diversidade religiosa no âmbito escolar é pertinente promover discussões que contextualizem o ofício da cidadania no qual é contemplado no artigo XVIII da Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Toda a pessoa tem o direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletiva, em público ou em particular (UNESCO, 1948).

É crucial que os/as docentes promovam reflexões e ações transformadoras no que se diz respeito à intolerância religiosa presente na contemporaneidade.

Até a década de 1970 o principal aspecto religioso presente no nosso país era os adeptos ao catolicismo, já que tal característica se dava por todo o processo de colonização e do atributo estabelecido pela religião majoritária do Estado até a Constituição de 1891. As demais religiões praticadas no Brasil tinham números significativamente menores de adeptos (IBGE, 2010).

Os dados presentes na pesquisa corroboram com as informações apresentadas no Censo Demográfico de 2010, onde se observou o aumento da diversidade religiosa no Brasil, mostrando uma maior quantidade de adeptos em áreas mais urbanizadas e populosas, no entanto o catolicismo permaneceu-se majoritário, porém houve também o crescimento da população que se declarava protestante (IBGE, 2010).

Conforme a informação apresentada na tabela acima se observou que 52,7% dos/as discentes participantes da pesquisa consideram-se católicos/as (27,3% do sexo feminino e 23,6% do sexo masculino) e 29,1% protestantes (16,4% do sexo feminino e 11,8% do sexo

masculino), o que se pode comprovar que não houve uma diferença relativamente considerável entre as duas religiões.

Sobre as demais religiões apresentadas, 0,9% das adolescentes se consideram Testemunha de Jeová ou Mórmon ou possuem outra religião não expressa no questionário. Apenas 2,7 não responderam, sendo eles do sexo masculino e 12,7% não possuem religião (4,5% do sexo feminino e 8,2% do sexo masculino).

#### 4.2 Iniciação sexual

A iniciação sexual na adolescência funciona como um rito de passagem da infância para a idade adulta. Muitas são as razões relatadas pelos/as adolescentes para iniciar o sexo: curiosidade, urgência física, pressão grupal, prova de amor ao parceiro, expressão de rebeldia parental, social ou religiosa (TIBA, 1993; WENSTEIN; ROSEN, 1991).

Segundo Heilborn e Cabral (2006) é nessa fase que os/as adolescentes experimentam relações afetivas que expandem o universo de laços relacionais para além da família e dos ciclos de amizade. As mesmas autoras afirmam que, a demonstração da masculinidade e a atividade sexual estão ligadas, assim como a feminilidade e a passividade das jovens

Os/as discentes durante a aplicação dos questionários foram perguntados/as se já haviam iniciado a vida sexual (Tab.3).

**Tabela 3** – Ocorrência da iniciação sexual ou não por “raça” /cor dos/as adolescentes.

	Branco/a		Negro/a		Indígena		Amarelo/a		Vazias		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Masculino</b>	<b>Sim</b>	5	9,8	6	11,8	2	3,9	0	0	0	0	13	25,4
	<b>Não</b>	13	25,5	18	35,3	1	2,0	2	3,9	1	2,0	35	68,6
	<b>Vazias</b>	1	2,0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	5,8
	<b>Total</b>	19	37,3	26	51,0	3	5,9	2	3,9	1	2,0	51	100
<b>Feminino</b>	<b>Sim</b>	3	5,4	9	16,1	0	0	1	1,8	1	1,8	14	25
	<b>Não</b>	9	16,1	22	39,3	1	1,8	4	7,1	1	1,8	37	66,0
	<b>Vazias</b>	2	3,6	3	5,4	0	0	0	0	0	0	5	8,9
	<b>Total</b>	14	25	34	60,7	1	1,8	5	8,9	2	3,5	56	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Observamos que os/as adolescentes que já tiveram iniciação sexual são em sua grande maioria negros/as totalizando 27,9% (16,1% sexo feminino e 11,8% sexo masculino) enquanto os brancos/as atingem 15,2% (9,8% sexo masculino e 5,4% sexo feminino).

Estudos realizados na Europa indicam que a escolaridade do/a adolescente apresenta relação inversamente proporcional com a idade da primeira relação sexual (MADKOUR et al 2010). Já em pesquisa realizada em países africanos, a escolaridade e o uso de álcool

apresentaram relação significativa com a iniciação sexual precoce apenas entre as meninas, enquanto o consumo de tabaco esteve associado à iniciação sexual precoce somente entre a população masculina (PELTZER, 2010). Outros autores vão de acordo com tal estudo, em que o grau de escolaridade pode gerar impactos no início da vida sexual do/a adolescente (ABRAMOVAY, 2004; BORGES, 2007; BOZON, 2006; HEILBORN, 2006; NOVAES et al, 2005).

Determinadas características próprias tornam os/as negros/as vulneráveis, as quais são relacionadas, independentemente da faixa etária ou a região em qual residem: às piores condições socioeconômicas, dificuldades de acesso a serviços de saúde, menores índices de conhecimento adequado sobre sexualidade e saúde reprodutiva (DST, HIV/AIDS) e aos mais baixos percentuais de uso referido do preservativo (PINHO, 2002).

Sobre aqueles/as que não iniciaram sua vida sexual os/as negros/as apresentam 74,6% (39,3% sexo feminino e 35,3% sexo masculino) e os/as brancos/as 41,6% (25,5% sexo masculino e 16,1% sexo feminino).

Relacionou-se também a iniciação sexual dos/as adolescentes com a religião adotada por eles/as (Tab.4):

**Tabela 4** – Ocorrência da iniciação sexual ou não por religião adota dos/as adolescentes.

		Católico		Protestante		Mórmon		Testemunha de Jeová		Outra		Sem Religião		Vazias		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	Sim	8	14	4	7,1	0	0	0	0	0	0	1	1,8	0	0	13	23,2
	Não	20	36	11	19,6	1	1,8	1	1,8	1	1,8	3	5,4	0	0	37	66,1
	Vazias	2	3,6	3	5,4	0	0	0	0	0	0	1	1,8	0	0	6	10,7
	Total	30	54	18	32,1	1	1,8	1	1,8	1	1,8	5	8,9	0	0	56	100
Masculino	Sim	5	9,8	3	5,9	0	0	0	0	0	0	4	7,8	1	2,0	13	25,5
	Não	20	39	8	15,7	0	0	0	0	0	0	5	9,8	2	3,9	35	68,6
	Vazias	1	2	2	3,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5,9
	Total	26	51	13	25,5	0	0	0	0	0	0	9	0	3	5,9	51	100

Fonte: Dados da pesquisa. 2015.

Grande parte dos/as adolescentes que iniciaram a vida sexual pertencem à religião católica (14% sexo feminino e 9,8% sexo masculino), assim como os/as que não tiveram sua primeira relação sexual (39% masculino e 36% feminino). Em seguida apresentam-se os/as protestantes, sendo 13% que já haviam iniciado a vida sexual e 35,3% não haviam iniciado

sexualmente. Tais dados corroboram com a pesquisa apresentada por Santos (2014), onde cerca de 10,9% dos/as católicos/as (rapazes e moças) já tinham iniciado sua vida sexual e 36,5% não tinham vivenciado essa experiência.

Referente às informações apresentadas Bozon; Heilborn (2006) afirmam que as iniciações sexuais tardias ocorrem em pessoas praticantes do cristianismo, principalmente católicos/as pentecostais. Os mesmos autores/as apontam que “oriundos/as de uma família pentecostaldiferenciam-se igualmente por um cronograma mais tardio.” (BOZON; HEILBORN, 2006 p. 171).

Para Galland (1997) a iniciação sexual é dita como um rito de passagem onde envolve distintos trânsitos entre a infância, a adolescência e a juventude. Esse caminho se dá à confirmação da virilidade e a busca por autonomia, que popularmente é conhecido como “torna-se homem” e o “fazer-se mulher” (NOLASCO, 1993).

Essas novas experiências podem desencadear sentimentos de medo e insegurança, e como o sexo é algo desconhecido a iniciação sexual tem sido cada vez mais precoce muitas vezes influenciado/a por pressão do grupo social em que o/a adolescente se encontra engajado (FERNANDES, 1999).

Com isso, foi questionada a idade em que ocorreu a iniciação sexual dos/as discentes (Tab.5):

**Tabela 5** –Idade que ocorreu a iniciação sexual dos/as adolescentes participantes da pesquisa.

Idade	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
7-8 anos	0	0	1	3,8	1	3,8
9- 10 anos	0	0	1	3,8	1	3,8
12-13 anos	3	11,5	7	26,9	10	38,5
14-15 anos	10	38,5	3	11,5	13	50,0
16-17 anos	0	0	1	3,8	1	3,8
<b>Total</b>	13	50	13	50	26	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Percebe-se que 50% (38,5% sexo feminino e 11,5% sexo masculino) tiveram sua primeira relação sexual entre 14 e 15 anos, enquanto 38,5% (26,9% sexo masculino e 11,5% sexo feminino) entre 12 e 13 anos. A idade média feminina foi de 14,5 anos e para os masculinos 12,5. Tais dados vão de acordo com Abramovay; Rua (2004), que afirmam “A idade média da primeira relação sexual é significativamente mais baixa entre os alunos do sexo masculino do que entre as estudantes do sexo feminino”.

Pensando-se em um panorama regional os dados apresentados na pesquisa vão de acordo, já que a idade da iniciação sexual feminina ocorre em uma ampla faixa etária que vai dos 13,2 anos na cidade de Cabedelo - PB, até 16,8 anos na cidade de Coremas - PB. Já a iniciação masculina abrange um período que vai dos 12,1 anos de idade até os 14,5 anos (NOVAES et al,2015). Fazendo uma comparação com o cenário nacional, a idade média da primeira relação sexual é de 14 anos para o sexo masculino e 15 anos para o feminino (BORGES, 2005)

Conforme estudo realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) o valor mediano do início da vida sexual na década de 90 foi de 16 anos entre as mulheres com idade de 16 a 19 anos. No ano de 1998, a idade verificada diminuiu para 15 anos. Para os adolescentes que tiveram a primeira relação sexual até os 14 anos de idade foi de 35,2% em 1984, no ano de 1998 esses percentuais subiram para 46,7%.

Sobre o fato das adolescentes iniciarem sua vida sexual após os garotos, Borges (2009) aponta:

As mulheres priorizam o sentimento de “entrega e amor” na primeira relação sexual, ao mesmo tempo em que existe o desejo de se descobrir, impõe-se a necessidade de se “preservar”. Em contrapartida, a experiência sexual masculina é vista como um ganho, sustentando o poder da masculinidade

É importante ressaltar que o início prematuro da sexualidade quando realizado sob condições de vulnerabilidade pode ser considerado uma via de transmissão do HIV/AIDS e demais DST, além da gravidez não planejada (KAESTLE et al, 2005), já que segundo Novaes et al (2005), pesquisas comprovam que metade dos casos de AIDS em todo o mundo se concentra em adolescentes de ambos os sexos. Isso ocorre porque na maioria das vezes os/as adolescentes não fazem uso do preservativo na relação sexual.

A maior parte das iniciativas de educação sexual relacionado a esse público focaliza ações voltadas para a prevenção de novos casos de HIV/AIDS ou da gravidez não planejada, em especial, para a faixa etária dos 15 aos 19 anos (PAIVA et al, 2006; SVARE et al, 2002).

Com isso, foi perguntado aos discentes se houve o uso ou não do preservativo na primeira relação sexual (Tab.6):

**Tabela 6** – Utilização ou não do preservativo na primeira relação sexual dos/as adolescentes.

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sim</b>	8	30,8	8	30,8	16	61,5
<b>Não</b>	4	15,4	3	11,5	7	26,9
<b>Vazias</b>	1	3,8	2	7,7	3	11,5
<b>Total</b>	13	50	13	50	26	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

De acordo com os dados apresentados cerca de 61,5% dos adolescentes (30,8% sexo masculino e 30,8% sexo feminino) fizeram o uso do preservativo na primeira relação sexual. Em relação ao não uso do preservativo 26,9% (15,4% sexo masculino e 11,5% sexo feminino). Sobre os/as adolescentes que optaram por não responder: 11,5% (7,7% sexo feminino e 3,8% sexo masculino).

Os dados apresentados corroboram com que os autores/as citam na literatura em que o uso de preservativo na primeira relação sexual nos últimos sete anos foi expressivo, tanto no contexto de relações estáveis (48,5% vs. 67,7%) quanto em situações de sexo casual (47,2% vs. 62,6%) (CALAZANSet al 2005). Tal resultado é consistente com a literatura nacional e internacional que indicam o aumento no uso de preservativos entre adolescentes em geral e, particularmente, no contexto da iniciação sexual (RISSELet al,2003).

De acordo com Narring (2000) estudos relacionados ao início da vida sexual e uso de contraceptivos e preservativos tem indicado que adolescentes tendem a não usá-los quando: iniciam a vida sexual muito cedo e definem a relação como casual ou no caso de adolescentes do sexo feminino quando possuem parceiros mais velhos.

Com isso, os/as discentes foram questionados/as por quais motivos os levou a fazer ou não o uso do preservativo (Tab.7):

**Tabela 7** – Motivos os quais levaram os/as adolescentes a fazer uso ou não do preservativo durante a primeira relação sexual.

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Prevenção de doenças</b>	4	15,4	5	19,2	9	34,6
<b>Evitar gravidez</b>	3	11,5	6	23,1	9	34,6
<b>Não senti vontade de usar</b>	0	0	1	3,8	1	3,8
<b>Não sei o motivo</b>	3	11,5	1	3,8	4	15,4
<b>Não conhecia</b>	3	11,5	0	0	3	11,5
<b>Total</b>	13	50	13	50	26	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Sobre a prevenção de doenças (DST) 34,6% (19,2% feminino e 15,4% sexo masculino) fizeram uso do preservativo. Conforme estudo realizado por Abramovay et al (2004) cabe ao homem exercer a função de prevenção de DST enquanto as mulheres zelam pelos cuidados com a fecundidade, o que vai de acordo com as informações apresentadas na tabela 6.

Para evitar uma gravidez não programada 23,1% das garotas se preveniram em relação aos garotos (11,5%). Pesquisas mostram que evitar a gravidez mostrou ser uma motivação mais forte para a utilização do preservativo por adolescentes do sexo feminino, pois é vista como uma ameaça mais próxima do que DST ou a AIDS (PAIVA, 2000), o que vai de acordo com os dados apresentados na pesquisa. Segundo a literatura quando a gravidez se torna a principal preocupação entre as adolescentes sexualmente ativas, a prevenção das DST fica em segundo plano, aumentando assim a sua vulnerabilidade à contaminação pelo vírus HIV por meio da relação sexual (ROYE, 2001).

Giffin (1995); Silveira (2002) concordam que há dificuldade das adolescentes firmarem práticas sexuais mais seguras devido à diferença de poder entre gêneros. Tais diferenças colocam as mesmas em desvantagem sexual com relação à sua autoproteção.

A respeito das informações presentes na pesquisa, alguns adolescentes apontaram não conhecer o preservativo (11,5%) e outros por não saber o motivo (11,5% sexo masculino e 3,8% sexo feminino). Apenas uma garota (3,8%) não sentiu vontade de usar o preservativo durante a relação sexual.

Teixeira (2006) afirma que o uso do preservativo é determinado não apenas por fatores socioculturais, como também situacionais e individuais, sendo ele o método mais efetivo para evitar a transmissão do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis, no entanto, embora seu uso esteja aumentando, sobretudo nos últimos anos, está muito longe de atingir níveis satisfatórios (PAIVA, 2000).

Porém, pesquisas mostram o aumento do uso do preservativo em países desenvolvidos. Na Suíça, um estudo usando entrevista telefônica entre indivíduos do sexo feminino e masculino de 17 a 30 anos, com parceiros casuais, mostrou que o uso consistente do preservativo aumentou de 8% para 56% entre 1987 e 1999 (DUBOIS et al, 1997).

Mesmo em países da África, onde a utilização da camisinha era relativamente baixa, houve aumentos nos últimos anos; em Uganda, o uso consistente do preservativo entre mulheres passou de 1% em 1989 para 6% em 1995 e 16% em 2002. Entre os homens, aumentou de 16% em 1995 para 40% em 2002 (HEARST, 2003)

Vieira (2004) mostra que em países desenvolvidos apresentam um número maior de estudos sobre comportamento sexual que os países em desenvolvimento, porém no Brasil desde a década de 90 possui uma política nacional de controle do HIV/AIDS onde tem como foco promover o uso do preservativo e a diminuição de parceiros/as por meio de uma perspectiva não supressiva (PAIVA et al, 2006). Dentre os demais grupos, os/as adolescentes têm apresentado maiores proporções de uso do preservativo no Brasil. Tais proporções são típicas de uma geração que teve sua vida sexual iniciada com o apoio das campanhas de prevenção do HIV/AIDS e especialmente relevantes quando considerado que o uso de preservativo no início da vida sexual está associado ao seu uso subsequente (SHAFII, 2004).

Com isso, Taquette (2004) aponta:

No Brasil não há informações sobre a prevalência de DST entre adolescentes. As únicas DST de notificação compulsória são a sífilis e a AIDS e, além disso, cerca de 70% das pessoas com alguma DST busca tratamento em farmácias, o que faz com que o número de casos notificados fique abaixo da estimativa.

Segundo Abramovay; Castro; Silva (2004) as causas que levam aos/as adolescentes terem relações desprotegidas vão desde dificuldades objetivas de acesso aos serviços de saúde até razões culturais. Com isso, pode-se mencionar a falta de comunicação entre pais e filhos/as sobre contracepção, falta de informação nas escolas e/ou livros didáticos, pouca quantidade de programas voltados para a sexualidade e saúde sexual, entre outros (SANTOS et al, 2016)

No Brasil, adolescentes com mais de 14 anos tiveram o acesso ao preservativo ampliado, assim como, cresce o número de escolas que desenvolvem atividades de prevenção contra DST e HIV/AIDS por meio de palestras e distribuição de material educativo (PAIVA et al, 2006).

### **4.3 Saúde reprodutiva**

De acordo com a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo – Egito em 1994, o conceito de saúde reprodutiva implica que os indivíduos possam ter uma vida sexual prazerosa e segura, por meio de informações sobre sexualidade e prevenção de DST/AIDS, e a liberdade para optarem por ter filhos/as, quando e com que frequência irá tê-los/as, através do acesso à informação e aos métodos contraceptivos. Os cuidados relacionados à Saúde Reprodutiva constituem-se por um conjunto de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo para mulheres e homens ao longo do seu ciclo de vida (SNS, 2016).

Conforme o conceito apresentado será discutido três dados presentes nos questionários aplicados durante a presente pesquisa.

#### 4.3.1 Idade da menarca

A adolescência constitui-se como uma fase crítica do processo de crescimento e desenvolvimento humano, na qual é marcada por várias transformações relacionadas aos aspectos físicos, psíquicos e sociais do indivíduo (SAITO; LEAL, 2008).

O período da puberdade é definido por mudanças biológicas e representam para o/a adolescente o início da capacidade reprodutiva. Constitui-se por um estágio relativamente curto, com duração de cerca de dois a quatro anos, no qual ocorrem todas as modificações físicas desse momento de transição da infância para a fase adulta (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Uma importante característica sexual presente no período puberal das meninas é a ocorrência da menarca, sendo considerado um marco significativo na vida da adolescente, por caracterizar o início de sua vida reprodutiva no qual envolve grandes transformações de ordem somática, metabólica, neuromotora e psicossocial (BROOKS-GUNN et al., 1987).

A primeira menstruação, embora não se relacione diretamente com o ciclo ovulatório normal, representa o estágio de amadurecimento uterino, porém não significa que a garota tenha atingido a fase de função reprodutiva completa, pois os primeiros ciclos menstruais são geralmente anovulatórios, ou seja, tendo um período de esterilidade que dura cerca de 1 a 18 meses. (BORGES; MOREIRA et al., 2006; SCHWARZTBACH, 2003).

De acordo com as informações apresentadas, foi solicitado que as adolescentes informassem a idade na qual ocorreu a menarca (Tab.8):

**Tabela 8** – Ocorrência da menarca nas adolescentes participantes da pesquisa.

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>10 - 11 anos</b>	19	33,9
<b>12-13 anos</b>	28	50
<b>14 -15 anos</b>	3	5,4
<b>Não Lembram</b>	3	5,4
<b>Não Responderam</b>	2	3,6
<b>Ainda não menstruei</b>	1	1,8
<b>Total</b>	56	100

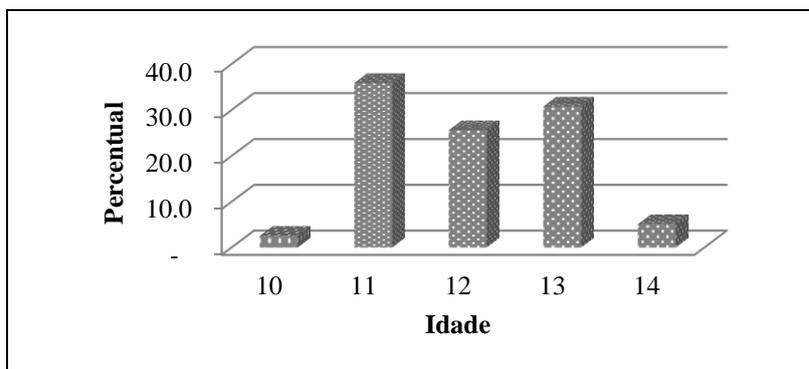
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Vários autores propõem divisões diferentes acerca do período em que ocorreu a primeira menstruação, a mais aceita é aquela que considera precoce como a aparição do

primeiro sangramento menstrual nas idades menores de 12 anos, normal entre 12 e 14 anos e acima desta idade consideram como tardia (BAKER, 1995; COOPER et al,1996; ERIKSSON et al, 1999 ERIKSSON et al,2000GILMAN ; OKEN, 2003; VICTORA et al,2001). Podemos afirmar que os dados presentes na pesquisa, apontam que a metade das adolescentes possui uma menarca normal (50%), precoce (33,9%) e tardia (5,4%).

O gráfico 1 indica estudo realizado por Amorim (2013), no qual ela demonstra que 32,8% das garotas vivenciaram a primeira menstruação aos 11 anos.

**Gráfico 1** – Idade Mediana da Menarca das adolescentes.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Sobre as demais informações apresentadas: 5,4% não lembram a idade da primeira menstruação, 3,6% optaram por não responder e 1,8% não haviam menstruado.

Inúmeros autores realizaram estudos acerca da idade da primeira menstruação de meninas brasileiras, nas quais corroboram com os resultados apresentados.

Silva; Padez (2006) analisando a idade de ocorrência da primeira menstruação de meninas amazonenses constataram uma diminuição na faixa etária que passou de 14,5 naquelas nascidas entre 1930 para 12,8 entre as que nasceram em 1980. Outro estudo realizado com 2.053 mulheres que nasceram entre 1931 e 1977 encontrou uma idade média de 12,3 na primeira menstruação (JUNQUEIRA DO LAGO, 2003). Kacet et al (2003) pesquisando acerca das mulheres do Rio de Janeiro ente 1920 e 1979, verificou uma diminuição da idade de 13,0 para 12,4 anos.

Análise realizada com meninas que residem em São Paulo apontou 12,6 como à idade que marcou a menarca (BIASSIO, 2004; CASTILHO et al, 2005; DUARTE, 1993; SCHOR et al, 1998; TAVARES et al, 2000; VITALLE et al, 2003) e pesquisas feitas no Rio Grande do Sul mostraram que as garotas tinham sua primeira menstruação aos 11 anos (BOLSON, 1998; TRÊS et al, 2005). Neste estudo a idade média de ocorrência da foi de 12,2 anos e

quando comparados esses dados as informações relatada por Duarte (1993) na década de 80 onde a média foi de 12,9, nota-se uma redução na faixa etária de ocorrência em meninas brasileiras.

É notável que as melhorias das condições de vida no nosso país e conseqüentemente o acesso expandido aos serviços de saúde nas ultimas décadas, tiveram efeito considerável na redução da idade da primeira menstruação (DUARTE, 1993).

Dunger et al (2006) aponta em seus estudos que a idade da primeira menstruação está influenciada não somente por mudanças biológicas, mas também socioeconômicas, atuando em conjunto com os fatores comportamentais tais como dieta, atividade física entre outras.

Outro fator ligado a variação de idades é demonstrado por uma pesquisa realizada por Kuh et al (2003), onde meninas que consomem maior quantidade de fibras apresentam a menarca tardia do que aquelas que ingerem uma menor porção. Outro estudo refere-se aquelas garotas que comem maior quantidade de alimento de origem animal têm maior risco de apresentar a primeira menstruação precoce comparadas com aquelas que possuem dieta rica em vegetais (COOPER et al, 1996).

O excesso de peso adianta a puberdade feminina, fazendo com isso se torne um fator para que menstruem mais cedo (SOLORZANO, 2010; WANG, 2002). Com isso, estudos recentes têm sugerido que a idade da menarca pode estar se estabilizando, sendo a antecipação percebida decorrente do aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade e não mais relacionada com a melhora nutricional (DUNGER, 2005; Kaplowitz, 2006; Kaplowitz, 2008; ONG, 2006)

#### **4.3.2 Percepção dos/as adolescente acerca de DST/AIDS**

Doenças sexualmente transmissíveis são patologias infecciosas nas quais sua transmissão ocorre através de relações sexuais sem métodos contraceptivos com um indivíduo contaminado/a. Revelam-se por meio de lesões, secreções, bolhas ou verrugas, causadas principalmente por microorganismos como: fungos, bactérias, vírus e protozoários.

As DST são consideradas como um dos problemas de saúde pública mais frequente, embora sua relevância seja desconhecida, estima-se que nos países desenvolvidos seja uma das cinco causas constantes de busca por serviços de saúde (OMS, 2005).

Um fato marcante na sociedade de hoje é o início precoce da vida sexual dos/as adolescentes, com a falta de conhecimento é o grupo que está mais vulnerável a DST, HIV e uma gravidez indesejada. Aproximadamente 25% de todas as DST são diagnosticadas em jovens com menos de 25 anos (BRAVERMAN, 2000), segundo relatório sobre a juventude,

publicado pela Organização Mundial da Saúde 18% da população mundial encontra-se sob risco de vulnerabilidade à epidemia da HIV/AIDS. O documento mostra que 10 milhões de adolescentes e jovens com idade entre 15 a 24 anos estão infectados pelo HIV (PLANO IBERO, 2009).

Com base nisso, os/as discentes participantes da pesquisa foram questionados/as se tinham conhecimento sobre alguma DST (Tab.9):

**Tabela 9**–Doenças sexualmente transmissíveis nos quais os/as adolescentes tinham conhecimento.

	Masculino		Feminino		Vazias		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>HIV/AIDS</b>	26	23,6	30	27,3	2	1,8	58	52,7
<b>Gonorréia</b>	5	4,5	3	2,7	0	0	8	7,3
<b>Sífilis</b>	5	4,5	1	0,9	0	0	6	5,5
<b>Hepatite B/C</b>	1	0,9	1	0,9	1	0,9	3	2,7
<b>Herpes</b>	1	0,9	2	1,8	0	0	3	2,7
<b>HPV</b>	0	0	1	0,9	0	0	1	0,9
<b>Não sei</b>	5	4,5	8	7,3	0	0	13	11,8
<b>Vazias</b>	8	7,3	10	9,1	0	0	18	16,4
<b>Total</b>	51	46,4	56	50,9	3	2,7	110	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No presente estudo observa-se que os/as adolescentes tinham conhecimento sobre algumas DST, sendo a mais mencionada HIV/AIDS (52,7%). Tais dados vão de acordo com os resultados encontrados na pesquisa realizada por Carletoet al (2010) onde as doenças mais conhecidas foram AIDS, HIV, Sífilis, Gonorréia, HPV e Herpes. A mesma autora relatou que poucos/as adolescentes apontaram cancro mole, corrimento, hepatite e candidíase.

Outro estudo realizado por Brêtas et al (2009) na região de Santo Eduardo, São Paulo, os/as adolescentes declararam conhecer gonorréia (73% sexo feminino/33% sexo masculino), sífilis (69% ambos os sexos), herpes genital (68% feminino/62% masculino), cancro mole (26% feminino/22% masculino) e candidíase (15% feminino/9% masculino).

Sobre as informações presentes na Tabela 7, observa-se que a gonorréia mostrou uma porcentagem de 7,3%, sendo 4,5% sexo masculino e 2,7% sexo feminino. O índice mais elevado de garotos que têm conhecimento sobre a doença deve-se ao fato de ser uma patologia que acomete mais o sexo masculino, apesar de atingir ambos os sexos (PASSOS et al, 1995). De acordo com isso Camarteet al (2010) afirma:

Um dos principais motivos de consultas médicas masculinas relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis ainda é, nos dias de hoje, a gonorréia, apesar de todas as

campanhas educativas e propagandas sobre as DST/AIDS e importância do uso do preservativo (CAMARTE et al, 2010).

O Condiloma Acuminado (Papiloma vírus Humano – HPV) mostrou-se o menos conhecido com 0,9% (Tab.7), confirmando outro estudo realizado com adolescentes na periferia da cidade de São Paulo (BRÊTAS et al, 2003). Trata-se de um dado preocupante, pois de acordo com informações mundiais, aproximadamente 40% das adolescentes com vida sexual ativa foram infectadas pelo HPV (KAPLAN et al, 2001), responsável pelo Condiloma Acuminado no qual é uma doença infecciosa, popularmente chamada de crista de galo (BRÊTAS et al, 2006).

As DST representam um impacto considerável na saúde reprodutiva dos/as adolescentes podendo causar problemas como: esterilidade, doença inflamatória pélvica, câncer do colo uterino, gravidez ectópica, infecções puerperais, além de interferir na auto-estima de forma negativa (DOLLABETTA et al, 1997).

Embora pesquisas apontem que os/as adolescentes possuam um maior conhecimento sobre DST que os/as adultos, estudos constataram que uma grande proporção de adolescentes se engaja em contatos sexuais, como sexo anal e oral, sem identificar como fonte de contágio de doenças sexualmente transmissíveis (BOEKELOO; HOWARD, 2002)

Basicamente, faz-se crucial que o debate sobre DST/AIDS proporcione acesso a informações adequadas que favoreçam mudança de comportamento em relação a prática sexual. Desta maneira, é pertinente que os serviços de saúde bem como as instituições de ensino juntamente com o núcleo familiar sejam integrantes nas ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes (MOURA 2011).

#### **4.3.3 Conhecimento prévio dos/as estudantes sobre métodos contraceptivos**

A anticoncepção é um ponto importante, particularmente na adolescência, considerando a relevância social conferida pela ocorrência de gravidez não programada e a probabilidade de exposição as DST e AIDS (BELO; SILVA, 2004). A conscientização dos/as adolescentes proporciona um conhecimento acerca do seu corpo e da diversidade de métodos contraceptivos que podem fazer uso ao darem início a sua vida sexual, sendo essencial para que essa fase seja de forma segura e saudável.

Diante disso os/as aprendentes foram indagados/as a mencionar métodos que tinham conhecimento (Tab.10):

**Tabela 10**– Conhecimento prévio dos/as adolescentes participantes da pesquisa a cerca de métodos contraceptivos.

	Masculino		Feminino		Vazias		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Camisinha</b>	36	32,7	27	24,5	2	1,8	65	59,1
<b>Pílula anticoncepcional</b>	1	0,9	15	13,6	1	0,9	17	15,5
<b>Pílula do dia seguinte</b>	3	2,7	4	3,6	0	0	7	6,4
<b>Vasectomia/laqueadura</b>	1	0,9	1	0,9	0	0	2	1,8
<b>DIU</b>	0	0	2	1,8	0	0	2	1,8
<b>Diafragma</b>	0	0	1	0,9	0	0	1	0,9
<b>Tabelinha</b>	0	0	3	2,7	0	0	3	2,7
<b>Coito interrompido</b>	2	1,8	0	0	0	0	2	1,8
<b>Não sei</b>	3	2,7	0	0	0	0	3	2,7
<b>Vazias</b>	5	4,5	3	2,7	0	0	8	7,3
<b>Total</b>	51	46,4	56	50,9	3	2,7	110	100

Fonte: Dados da pesquisa. 2015.

O método mais conhecido entre os/as adolescentes foi à camisinha (59,1%), pílula anticoncepcional (15,5%) sendo as garotas com 13,6%, já que é um método mais frequente na população feminina, a pílula do dia seguinte (6,4%) e a tabelinha (2,7%).

As informações apresentadas no presente estudo corroboram com os dados existentes na literatura. Oliveira et al (2009) em sua pesquisa, aponta que o preservativo foi o mais citado entre os/as participantes, seguido das pílulas anticoncepcionais. No mesmo estudo um dado interessante é que 16,9% dos adolescentes citaram relacionamentos monogâmicos como forma de prevenção contra DST, tal dado não foi mencionado pelos/as estudantes participantes da presente pesquisa. O preservativo a todo o momento é o método mais indicado por adolescentes. A ampla divulgação e/ou distribuição habitual nas campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde, nos últimos anos, é capaz de explicar a popularidade da camisinha entre o público jovem (BRASIL, 1997).

Em geral, eles/as têm o conhecimento que a camisinha é o único método que oferece dupla-proteção, sendo eficaz na prevenção de DST/HIV e gravidez não programada. Ainda assim, não fazem uso da mesma por esquecimento, falta de confiança, medo, vergonha ou desprazer na relação sexual (BRASIL, 2005; BRÊTAS et al, 2011; CAMARGO, 2007; MOURA et al, 2011).

Acerca de disso, Alves; Lopes (2008) afirmam:

Das relações sexuais entre adolescentes, 40,3% não são planejadas, cerca de 23,1% considera que o preservativo diminui o prazer sexual e que 42% não tem o costume de levar a camisinha aos encontros.

Todos/as adolescentes dispõem o direito à educação sexual, a discrição sobre sua vida íntima, ao acesso e disponibilidade gratuita do teste do HIV e aos demais serviços de prevenção. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade do/a adolescente, estimulando a responsabilidade com sua própria saúde. O respeito a sua autonomia faz com que eles passem de objeto a sujeito de direito (BRASIL, 2005).

#### **4.4 Sexualidade**

Nos primórdios da história da sexualidade, as crianças não tinham acesso aos assuntos relacionados a sexo, pois, naquele tempo acreditava-se que esses pequenos indivíduos não tinham “sexo”, momento apropriado para proibi-los/as de falarem sobre esse tema, razão para fechar os olhos e tapar os ouvidos onde quer que venha a manifestá-lo/a (FOUCAULT, 1984).

No século XIX foi consolidada a “família” que se conhece nos dias atuais. Até meados do século XVI, a família existia como linhagem, instituição política e não como espaço doméstico. No ambiente familiar todos eram criados dormindo juntos (nus ou seminus) e os jovens conviviam com a nudez, viam se uns aos outros vestirem-se, fazer sexo. O espaço familiar era um grande recinto de sociabilidade bem delimitado comandados pelo chefe da família. (ARIES, 1981; CHAUI, 1984).

Na metade do século XX a sexualidade foi marcada por dois eventos importantes que deram novos incentivos para os estudos acerca do tema, bem como aos seus sistemas de práticas e representações sociais: “O desenvolvimento de métodos contraceptivos que rompe com a associação, até então existente entre o exercício da sexualidade e a reprodução da espécie; O surgimento de novas reflexões derivadas da interseção entre a mobilização de alguns segmentos da sociedade civil organizada e de estudos realizados no âmbito da academia” (CASTRO, 2004, p. 30-31).

Tais acontecimentos apontam como esse tema foi construído ao longo da história expondo o olhar do sujeito em relação ao mundo a sua volta, a sua cultura, seu desenvolvimento cognitivo e psicológico, desejos e percepções. Desse modo, é necessário entendê-lo do ponto de vista histórico-cultural, para desmistificar a perspectiva biológica do indivíduo que inclui este termo unicamente nos aspectos fisiológicos e anatômicos do sistema reprodutor (SANTOS 2014).

Em 2002, consultores técnicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceram o conceito de sexualidade com a finalidade de colaborar com a discussão em relação à saúde sexual, segundo eles:

Sexualidade é um aspecto central do ser humano durante toda sua vida e abrange o sexo, as identidades e os papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada e expressada nos pensamentos, nas fantasias, nos desejos, na opinião, nas atitudes, nos valores, nos comportamentos, nas práticas, nos papéis e nos relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem todas são sempre experimentadas ou expressadas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, cultural, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007)

É um tema multidisciplinar, no qual a Biologia a partir dos estudos sobre os sistemas reprodutores, orientação sexual, gênero biológico, aborda aspectos anatômicos e fisiológicos, a Sociologia e a História debatem os comportamentos sexuais e suas origens, a Antropologia investiga a sua evolução cultural e a Psicologia examina os sentimentos envolvidos e como se progride no indivíduo.

Quando este tipo de discurso biológico é abordado, a sexualidade fica exclusivamente ligada à obtenção de conhecimentos científicos acerca dos sistemas reprodutores masculinos e femininos (CASTRO et al, 2004), gerando, dessa maneira, um “supersaber cultural, social, científico e teórico da sexualidade” (FOUCAULT, 2010).

Ao longo do tempo este assunto esteve associado à obscenidade, algo pecaminoso e proibido, fazendo com que não houvesse educação sexual direcionada aos jovens, prejudicando as orientações fundamentais à realização da saúde sexual da sociedade. Ainda que haja tal grau de conhecimento teórico em relação ao assunto, existe ao mesmo tempo insciência do próprio indivíduo a respeito de sua sexualidade. O discurso biológico de docentes interpostos pelos medos e tabus associados ao tema provocam o desconhecimento e o medo da sexualidade (FOUCAULT, 2010).

A tabela 11 nos mostra se os/as discentes possuem o conhecimento sobre os termos sexo e sexualidade:

**Tabela 11** – Percepção dos/as estudantes com relação à diferença entre os termos sexo e sexualidade.

	Masc.		Fem.		Vazias		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sim</b>	30	27,3	27	24,5	1	0,9	58	52,7
<b>Não</b>	4	3,6	9	8,2	0	0	13	11,8
<b>Não Sei</b>	16	14,5	18	16,4	2	1,8	36	32,7
<b>Vazia</b>	1	0,9	2	1,8	0	0	3	2,7
<b>Total</b>	51	46,4	56	50,9	3	2,7	110	100

Fonte: Dados da pesquisa. 2015.

Quando foram questionados/as se há diferença entre sexo e sexualidade 52,87% afirmou que existe, sendo 27,3% sexo masculino e 24,5% sexo feminino. Os/as que disseram que não havia diferença foram 11,8%, os/as que não sabiam (32,7%) e 2,7% não responderam. A falta de conhecimento dos/as professores interfere na formação do sujeito e pode se observar isso analisando a Tabela 12, onde fica comprovada essa intervenção nos/as estudantes.

**Tabela 12** – Conceito de sexualidade apresentado pelos/as adolescentes participantes da pesquisa.

	Masculino		Feminino		Vazias		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>A sexualidade pode ser entendida após o estudo dos órgãos genitais</b>	11	12,9	6	7,1	2	2,4	19	22,4
<b>Sexualidade é quando duas pessoas do mesmo sexo transam</b>	4	4,7	7	8,2	1	1,2	12	14,1
<b>A sexualidade somente passa a existir após a puberdade</b>	2	2,4	6	7,1	0	0	8	9,4
<b>Animais irracionais, tais como macacos e onças também tem sexualidade</b>	3	3,5	0	0,0	0	0	3	3,5
<b>Sexualidade é uma forma de se ter prazer sem se praticar sexo</b>	2	2,4	3	3,5	0	0	5	5,9
<b>Sexualidade é quando duas pessoas de sexo diferentes</b>	3	3,5	2	2,4	0	0	5	5,9
<b>Não responderam</b>	15	17,6	21	24,7	0	0	36	42,4
<b>Total</b>	40	47,1	45	52,9	0	0	85	100

Fonte: Dados da pesquisa. 2015.

Os dados apresentados corroboram com as informações de Santos (2014), em que se verifica que nenhum dos/as discentes caracterizou sexualidade de forma holística, prezando todos os aspectos do seu ser, como sua cultura, educação e história e sim estabeleceu tal termo ligado ao prazer e ao ato sexual. A mesma autora afirma que “tais discursos estão permeados pelas próprias repressões sexuais sejam elas oriundas do docente, dos pais ou da sociedade de maneira geral, as quais são interiorizadas pelos/as discentes.”

É imprescindível compreender que a sexualidade é complementar e pertencente do ser humano, não implicando absolutamente em seu aspecto reprodutivo no qual os valores sexuais podem ser vivenciados de forma diferente de uma pessoa para outra. Em uma sociedade, a dessemelhança de valores e crenças é um fator natural (GHEPELLI, 1996).

O/a docente apresenta papel fundamental na abordagem desse tema, é importante que ele/ela esteja preparado/a para lidar com valores, tabus, medos e preconceitos, porém não apresentam conhecimento suficiente para lidar com essas adversidades e acabam dando a elas enfoque pessoal declarando seus próprios questionamentos, ansiedades e receios, compondo

verdades discriminatórias e desviando a sexualidade dos/as estudantes de seus próprios corpos (SANTOS, 2014).

No início do século XIX a discussão sobre sexo ganhou novas questões. A psiquiatria começou a desencadear novos discursos, na qual se destacava a masturbação, prática essa que foi motivo de intensa intervenção. (SANTOS, 2014). Costumava-se declarar que o onanismo levava ao emagrecimento ou até mesmo a loucura. Em uma segunda fase, entendeu-se que tudo não passava de mitos e houve uma repressão razoável, porém os adultos manifestavam desaprovação e proibiam o ato porque segundo eles era pecado. Posteriormente houve a permissão, em que crianças e adolescentes poderiam se masturbar livremente e os adultos apenas tinham o papel de instruir sobre a importância de manter a privacidade. (FIGUEIRO, 2010)

Vários autores definem a masturbação como o ato de estimular, manipular ou acariciar as zonas erógenas e não apenas os órgãos sexuais com objetivo de atingir o orgasmo. (ANDRADE, 1996; BRÁS, 2008; RODRIGUES, 1998).

A prática masturbatória tornou-se motivo de abominação e condenação moral como Heilborn (2006) afirma:

A masturbação aglutinou grande parte do esforço pedagógico relativo à sexualidade. Em torno dela elaboraram-se discursos centrados na idéia de que sua prática produzia efeitos nefastos sobre a saúde dos indivíduos, conduzindo a degeneração. A manipulação dos órgãos genitais para obtenção de prazer era objeto de profunda condenação moral. (HEILBORN et al, 2006, p.228)

A masturbação ainda permanece como uma esfera de insciência entre as mulheres, estando evidente uma dificuldade verbal, informações de um estudo realizado com francesas em 1992, mostra acréscimo da prática entre mulheres jovens, mesmo que permaneça dificuldade em assumir (HEILBORN et al, 2006).

Na tabela 13 iremos analisar o que os/as adolescentes julgam ser a prática masturbatória conforme a religião adotada.

**Tabela 13** –Compreensão dos/as discentes a respeito de masturbação de acordo com a religião adotada.

	Católica		Protestante		Testemunha de Jeová		Sem Religião		Outra		Vazia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Busca de prazer</b>	34	30,9	12	10,9	1	0,9	8	7,3	1	1	2	1,8	58	53
<b>Algo que provoca curiosidade</b>	3	2,7	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0	0	0,0	4	3,6
<b>Algo prejudicial àsaúde</b>	3	2,7	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	4	3,6
<b>Busca de auto-conhecimento</b>	6	5,5	3	2,7	0	0,0	2	1,8	0	0	0	0,0	11	10
<b>Um pecado</b>	5	4,5	7	6,4	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	12	11
<b>Um ato de amor</b>	2	1,8	2	1,8	1	0,9	0	0,0	0	0	0	0,0	5	4,5
<b>Um ato repugnante</b>	4	3,6	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0	1	0,9	6	5,5
<b>Um ato proibido</b>	1	0,9	2	1,8	0	0,0	1	0,9	0	0	0	0,0	4	3,6
<b>Não Respondeu</b>	0	0,0	4	3,6	0	0,0	2	1,8	0	0	0	0,0	6	5,5
<b>Total</b>	58	52,7	32	29,1	2	1,8	14	12,7	1	1	3	2,7	110	100

Fonte: Dados da pesquisa. 2015.

Mais da metade dos/as adolescentes mencionaram a prática masturbatória como uma busca de prazer (53%), essa informação também está presente no estudo realizado por Niedersberg (2008), em que os/as adolescentes participantes declararam os sentimentos presentes na masturbação, sendo os mais relatados: excitação, prazer e necessidade.

Os/as estudantes que consideram a prática um pecado, 4,5% são católicos/as e 6,4% protestantes. Esses dados são descritas na pesquisa realizada por Santos (2014), no qual ela aponta que a masturbação é vista como uma busca de prazer de forma individual ou a dois (antes do casamento), sendo essa o principal motivo pela qual a prática se torna um pecado no qual segundo a igreja é a através da masturbação que o indivíduo satisfaz as vontades da carne. Segundo Matos (2011) a condenação cristã do onanismo foi duríssima durante muitos séculos, chegando mesmo por vezes extrapolar, o que é extraordinário, em que era imposta ao incesto.

Os/as que consideram a masturbação como busca de autoconhecimento, 5,5% são católicos/as e 2,7% protestantes. Conforme apontado no estudo de Santos (2014) esta prática de autoconhecimento é mais assíduo na área da psicologia.

Conforme Bardi; Leyton; Martinez (2003), a adolescência é definida por uma etapa onde se encontra a maior frequência masturbatória. Esse comportamento está evidente tanto nos garotos como nas garotas, a conduta que diversos “adultos” adotam de repreender ou castigar um/a adolescente por masturbar-se pode originar sentimentos de culpa e vergonha em relação à sua sexualidade. A ausência integral da masturbação no decorrer da adolescência para Blos (1998) indica uma inexperiência de lidar com as pulsões sexuais da puberdade.

A literatura menciona a compreensão do onanismo como uma atividade aceita na sociedade, uma prática legítima para adolescentes e indivíduos privados de atividade sexual com parceiro/a (HEILBORN et al, 2006). Essa concepção de limitar a prática masturbatória a condições em que não se tem parceiro/a difunde a idéia da sexualidade esta ligada aos impulsos sexuais e ao autocontrole.

## 5 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Por meio deste estudo pode-se constatar a importância do âmbito familiar e da instituição de ensino na formação dos/as adolescentes acerca da sexualidade, no entanto pode-se verificar a dificuldade que pais e professores têm em abordar o assunto com seus filhos/as ou alunos/as, o que faz com que esse indivíduo procure pessoas que não estão aptas a tratar esse tema e em consequência disso o/a adolescente passa a ser alvo de comportamentos sexuais de risco como: gravidez não programada, DST, HIV/AIDS.

Em relação à saúde sexual, observamos que esse público passou a ter uma iniciação sexual precoce, o que não traz benefícios quando começada de forma errôneas as informações necessária como a utilização de métodos contraceptivos por exemplo. Isso se faz necessário para que o indivíduo atravessasse essa fase da vida de forma segura. Os/as adolescentes participantes da pesquisa afirmaram fazer uso do preservativo na sua primeira vez, porém isso não significa que eles façam uso do mesmo durante todas as suas relações sexuais, visto que o uso de métodos contraceptivos depende do tipo de relação que aquele/a adolescente esta vivenciando.

Quando se trata de DST a AIDS é mais conhecida entre o público pesquisado, mostrando a eficácia das campanhas realizadas por órgãos públicos, porém o HPV ainda se encontra menos conhecido entre as garotas. Entre os métodos contraceptivos o mencionado foi o preservativo pelo seu fácil acesso e sua distribuição habitual em campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde, no entanto grande parte das garotas demonstraram fazer uso apenas para a prevenção de gravidez, afirmando assim os dados encontrados na literatura, onde adolescentes do sexo feminino tem uma maior preocupação em engravidar do que se proteger de uma DST. Foi mostrado que elas possuem dificuldade em negociar o uso do preservativo com o parceiro, colocando assim sua proteção em risco.

Foi visto que todos os estudantes associaram o termo sexualidade apenas ao ato sexual e ao prazer desta prática, deixando de lado os fatores históricos, culturais e sociais que são peculiares de cada um.

Conclui-se com essa pesquisa que os/as adolescentes necessitam de um ambiente que dispõe de pessoas aptas a abordarem a sexualidade de forma realista, tranquila, buscando compreender as dúvidas e questionamentos que eles apresentam.

## REFERÊNCIAS

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis /2000.**
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola/** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M.G.; SILVA, L.B.; **Juventudes e sexualidade.** Brasília (DF): UNESCO Brasil; 2004.
- AGROSINO, M. **Etnografia e observação participante.** Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ALVES A.; LOPES M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativos entre adolescentes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2008; 61:11-7.
- AMARAL, M. A.; FONSECA, R. M. G. (2006). Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. *Revista de enfermagem USP.* 40(4); 469-76.
- AMORIM, J.P. **Informações sobre a sexualidade e saúde reprodutiva dos estudantes de uma escola pública da cidade de Coremas – PB.** Monografia (graduação). CE/UFPB. João Pessoa, 2013.
- ANDRADE, M. I. (1996) – **Labirintos da Sexualidade.** Porto. Porto Editora.
- ARIÉS, Philippe. **História Social da Criança e da Família.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- BARKER, D.J. **Fetal originsofcoronaryheartdisease.** *Bmj* 1995; 311(6998): 171-4.
- BASSO, S.C. **Sexualidade Humana.** Montevideo, Brasília: OPS - OMS; 1991.p.232
- BATISTA, L.E. **Mortalidade adulta no estado de São Paulo.** I Seminário Saúde da População Negra 2005.
- BIASSIO, L. E.; MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, K. R. Impacto da menarca nas variáveis antropométricas e neuromotoras da aptidão física, analisado longitudinalmente. **R BrasCi e Mov.,** Brasília, v. 12, n. 2, p. 97-101, jun. 2004.
- BOEKELOO, B.O.; HOWARD, D.E. Oral sexual experienceamongyoungadolescentsreceiving general healthexaminations. **Am J Health Behav** 2002; 26:306- 14.
- BOLSON, B. **Maturação sexual em escolares do sexo feminino na cidade de Santa Maria - RS.1998.** Dissertação (Mestrado em Ciência do Movimento Humano) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1998
- BORGES, A. L. V. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. **RevEscEnferm USP,** 2007; v. 41, n. 4, p. 597-604.

BORGES, A.L.V.; LATORRE, M.R.D.O.; SCHOR, N. Fatores Associados ao Início da Vida Sexual de Adolescentes Matriculados em uma Unidade de Saúde da Família da Zona Leste do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p. 1583-1594, jul,2007.

BORGES, A.L.V.; NAKAMURA, E. Normas sociais de iniciação sexual entre adolescentes e relações de gênero. **RevLatinoamEnferm** 2009; 17:94-100

BORGES, A.L.V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2005; 21:499-507.

BORGES, G.A.; SCHWARZTBACH, C. Idade da menarca em adolescentes de Marechal Cândido Rondon-PR. **VerBrasCineantropom. Desempenho Hum**, Florianópolis, v.5, n. 2, p. 15-21, 2003.

BOZON, M.; HEILBORN, M. L. **Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais.** In: O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Organização Heilborn, et al. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, 155:2193.

BRÁS, M. A. M. (2008) – **A Sexualidade do Adolescente: a Perspectiva do Profissional de Enfermagem.** ICBAS. Universidade do Porto

BRASIL. lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Disponível em: <http://eca.claretianas.br>. Acesso em 08/05/13.

BRASIL. lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Disponível em: <http://eca.claretianas.br>. Acesso em 26/08/16

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. Brasília: 2 ed. Ministério da Saúde, 1996.32p.

BRASIL. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL. Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Brasília: MECSEF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). Pesquisa sobre comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Adolescentes promotores de saúde: uma metodologia para capacitação. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Educação em Saúde. Autocuidado na Doença Falciforme. Brasília, v.1, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CEB n. 05, 17 dez. 2009. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 dez. 2009.

BRAUNER, M.C.C. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma abordagem a partir dos direitos humanos. **Revista Direito**, Santa Cruz do Sul, n.16, p.67-84, jul/dez 2001.

BRÊTAS, J.R.S.; OLIVEIRA, J.R.; AGUIAR JUNIOR, W. Doenças sexualmente transmissíveis. In: Brêtas ACP, Gambá MA. **Enfermagem e saúde do adulto**. São Paulo: Manole; 2006. p. 249-63.

BRÊTAS, J.R.S.; MORENO, R.S.; EUGENIO, D.S.; SALA, D.C.P.; VIEIRA, T.F.; BRUNO, P.R. **Rituais de passagem segundo adolescentes**. Acta Paul Enferm. 2008; 21(3): 404-11.

BRÊTAS, J.R.S.; OHARA, C.V.S.; JARDIM, D.P.; MUROYA, R.L. Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção. **Acta Paul Enferm** 2009; 22(6): 786-792.

BRÊTAS, J.R.S. et al. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência & Saúde**  
BRITO, I. **Ansiedade e depressão na adolescência**. Rev. Port.Clin.Geral. 2011;27(2):208 14.

BRÊTAS, J.R.S. et.al. Aspectos da Sexualidade na Adolescência. **Ciênc. Saúde Coletiva**. V.16, n.7, p. 3221-3228, Rio de Janeiro, 2011.

BROOKS-GUNN, J. Validity of self-report measures of girl's pubertal status. **Child Development**, Chicago, v. 58, p. 829-841, 1987

CALAZANS, G.; ARAUJO, T.W.; VENTURI, G.; FRANÇA, J, I. **Factors associated with condom use among youth**. AIDS. 2005; 19(Supl 4):S42-50.

CALIL, P. **O professor- pesquisador no ensino de ciências**. 1. ed. Curitiba: Ibpex, 2009.

CALIXTO, P.S. **Discussão sobre contextualização no ensino de citologia considerando a percepção de alunos da educação de jovens e adultos**. João Pessoa , 2015.

CAMARTE, E.M.;MATTA, M.F.B.; FERRO,V.R.B.;PASSOS,M.R.L. **Uretrite gonocócica em pacientes masculinos do Setor DST-UFF**. ISSN: 0103-0465. *DST- J. Brás Doenças Sex Transm* 12(6): 17-30, 2000

CAMPAGNA V.M.; SOUZA, A.S.L. **Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina**. Bol Psicol. 2006; 56(124): 9-35.

CARLETO, A.P.; FARIA, C.S.; MARTINS, C.B.G.;SOUZA, S.P.S.; MATOS, K.F. **Conhecimentos e práticas dos adolescentes da Capital de Mato Grosso quanto as DST/AIDS**. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2010; 22(4): 206-211 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264

CARNEIRO, M. L. Tucci. **O racismo na História do Brasil**. São Paulo: Ática, 2003.

- CASHMORE, E. **Dicionário das relações étnicas e raciais**. Ed. Seio Negro, São Paulo, 2000.
- CASTILHO, S. D.; SAITO, M. I.; BARROS FILHO, A. A. Crescimento pós-menarca em uma coorte de meninas brasileiras, **ArqBrasEndocrinolMetab.**, São Paulo, v. 49, n. 6, dez., 2005
- CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; DA SILVA, L. B. **Juventude e sexualidade**. 2004.
- CHAUÍ, Marilena. **Repressão Sexual: essa nossa (des) conhecida**. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- CHUMLEA, W. C. et al. **Age atmenarcheand racial comparisons in US girls**. **PEDIATRICS**, v. 111, no. 1, p. 110-113, Jan., 2003. **Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3221-3228, 2011.
- COOPER, C.; KUH, D.; EGGER, P.; WADSWORTH, M.; BARKER, D. Childhoodgrowthand age atmenarche. **Br J ObstetGynaecol** 1996;103(8):814-7.
- COSTA, Maria Conceição O.; et al. Artigo de revisão. **Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção**. Bahia: Jornal de pediatria, 2001, v. 77, p 217-224.
- CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saude do adolescente**. Curitiba: SMS/PR,2006. 2ed,2006.122p.
- DUARTE M. F. S. **Estudo longitudinal sobre a velocidade de altura máxima pubertal e componentes morfológicos e funcionais relacionados em crianças brasileiras**. 1993. Tese (Doutorado em Biodinâmica do Movimento Humano)-Urbana, Illinois: Universityof Illinois, E.U.A., 1993b
- DUBOIS-ARBER, F.; JEANNIN, A.; KONINGS, E.; PACCAULD, F. Increasedcondom use withoutother major changes in sexual behavioramong general population in Switzerland. **Am J Public Health**, v.87, n.4, Apr, p.558- 566, 1997.
- DUNGER, D.B.; AHMED, M.L.; ONG, K.K. Earlyand late weightgainandthe timing ofpuberty. **Mol CellEndocrinol** 2006.
- DUNGER, D.B.; AHMED, M.L.; ONG, K.K. Effectsofobesityongrowthandpuberty. **Best Pract Res ClinEndocrinolMetab**. 2005; 19(3): 375-90. Editora Idéia, 2010.
- EISENSTEIN, E. (2005). **Adolescência: definições, conceitos e critérios**. *Adolescência & Saúde*, 2(2), 6-7p
- ERIKSSON, J.G.; FORSEN, T.; TUOMILEHTO, J.; WINTER, P.D.; OSMOND, C.; BARKER, D.J. **Catchupgrowth in childhoodanddeathfromcoronaryheartdisease: longitudinal study**. *Bmj* 1999; 318(7181): 427-31
- ERIKSSON, J.; FORSEN, T.; TUOMILEHTO, J.; OSMOND, C.; BARKER, D. **Fetal andchildhoodgrowthandhypertension in adultlife**. *Hypertension* 2000; 36(5): 790-4.
- FENWICK, E.; SMITH, T. **Adolescência – Guia de sobrevivência para pais e adolescentes**. São Paulo: Ática; 1996.

FERNANDES et al. **Gravidez na Adolescência um Problema Social: visão de um grupo.** In: Alves MDS, Pagliuca LMF, Barroso MGT, organizadores. *Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo, família.* Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/ Universidade Federal do Ceará; 1999.

FOUCAUT, M. **Ética, Sexualidade, Política.** Organizador: Manoel de Barros da Motta. Coleção Ditos e Escrito. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. A voz dos adolescentes. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br>> Acesso em: 10 de novembro 2016.

GALLAND, O. *Sociologie de la jeunesse.* Paris: Armand Colin, 1997.

GHEPELLI, M.H.B. A educação preventiva em sexualidade na adolescência. São Paulo: FDE; 1996.

GIFFIN, K.; LOWNDES, C. M. **Gêneros, sexualidades e doenças sexualmente transmissíveis.** Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Nov, 24p. 1995.

HEARST N, CHEN S. Condoms promotion for aids prevention in the developing world - a review of the scientific literature. **Reporto UNAIDS.** 2003. Geneva

HEILBORN, M. L; CABRAL, C. S. **Parentalidade juvenil: transição condensada para a vida adulta.** In: O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Organização Heilborn, et al. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, p. 212-265.

In: DOLLABETTA, G.; LAGA, M.; LAMPTEY, P. organizadores. Controle das doenças sexualmente transmissíveis. **Manual de planejamento e coordenação de programas.** São Paulo: Associação Saúde da Família/Editora Te Corá; 1997. p. 1-22.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo demográfico, 2010. Brasília: IBGE. Acesso em: 24 de novembro 2015

JUNQUEIRA DO LAGO, M. et al. Family socio-economic background modified secular trends in age at menarche: evidence from the Pró-Saúde Study (Rio de Janeiro, Brazil). **Ann Hum Biol, London,** v. 30, no. 3, May-June, 2003.

KAESTLE, C.E.; HALPERN, C.T.; MILLER, W.C.; FORD, C.A.; **Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults.** Am J Epidemiol. 2005; 161(8): 774-80.

KAPLAN, D.W.; FEINSTEIN, R.S.; FISHER, M.M.; KLEIN, J.D.; OLMEDO, L.F.; ROME, E.S. et al. Committee on Adolescence. Condom use by adolescents. **Pediatrics.** 2001; 107(6): 1463-9.

KAPLOWITZ, P.B. Pubertal development in girls: secular trends. **Curr Opin Obstet Gynecol.** 2006; 18(5): 487-91.

KAPLOWITZ, P.B. **Link between body fat and the timing of puberty.** *Pediatrics.* 2008; 121(Suppl 3):S208-17.

KUH, D.; BEN-SHLOMO, Y.; LYNCH, J.; HALLQVIST, J.; POWER, C. Life course epidemiology. **J Epidemiol Community Health** 2003; 57(10): 778-783.

L'UNESCO, *unprogrammement mondial.* Analyse d'un programme de l'UNESCO pour 1949 voté par la Conférence Générale à Beyrouth. Paris: UNESCO, 1948.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade; *Metodologia científica.* 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LIRA, B. C. **O passo a passo do trabalho científico.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. **Fundação Nacional de Saúde.** - Brasília: Funasa, 2005.

LOPES, G.; MAIA, M. Desinformação sexual entre gestantes adolescentes de baixa renda. **Rev. Sexol.** v. 2, n. 1, p. 30-33, jan./julho 1993.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L.B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Rev Med (São Paulo).** 2010 abr.-jun.;89(2):70-5.

MADKOUR, A.S.; FARHAT, T.; HALPERN, C.T.; GODEAU, E.; GABHAINN, S.N. **Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations.** *J Adolesc Health* 2010; 47:389-98.

MARIA, A.S.; VIEIRA, E.; GUIMARÃES, M.B.; BARBOSA, M. A.; TURCHI, M.D.; ALVES, M. F. C.; SEIXAS, M. S. C.; GARCIA, M.M.D.; MINAMISAVA R. Fatores associados ao uso do preservativo em adolescentes do gênero feminino no município de Goiânia. **DST – J Brás Doenças Sexualmente Transmissíveis** 16(3): 77-83, 2004

Ministério da Saúde (1996). Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>> Acesso em: 8 março 2009.

MOIZÉS, J.S.; BUENO, S.M. Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental. **Rev Esc Enferm.** V.44, n. 1, n. 205-12, 2010.

MOREIRA, D. M. et al. Níveis maturacional e socioeconômico de jovens sambistas do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte,** São Paulo, v.10, n.1, p. 16-23, jan./fev, 2004.

MOURA, L.N.B. et al. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. **Acta Paulista Enfermagem,** v. 24, n. 3, p. 320-326, 2011

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra**. Petrópolis: Vozes, 199.

NARRING, F.; WYDLER, H.; MICHAUD, P.A. First sexual intercourse and contraception: a cross-sectional survey on the sexuality of 16–20-year-olds in Switzerland. *SchweizMedWochenschr.* 2000; 130(40): 1389-98

NOLASCO, S. A. *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

NOVAES, J.A.; ARAÚJO, C.A.L.; BARBOSA, A.F.M. **Iniciação sexual e o uso de preservativo: estudo realizado com adolescentes matriculados em escolas públicas e particulares da Grande João Pessoa**. Conceitos. Agosto de 2005.

NOVAES, J.A.S; FONSECA, I.S. **Gestantes negras: vulnerabilidade, percepção de saúde e tratamento no pré-natal na grande João Pessoa (Paraíba)**. João Pessoa: Ideia, 2010. 141 p.

OKEN, E.; GILLMAN, M.W. **Fetal origins of obesity**. *Obes Res* 2003; 11(4): 496-506.

OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T.; RIBEIRO, M.C.M.; PONTES. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 out-dez; 13 (4): 833-41

OLIVEIRA, D.L. Sexo e saúde na escola: isto não é coisa de médico? In: Meyer DE, Dalla Zen MI, Xavier MLF, organizadora. **Saúde e sexualidade na escola**. Porto Alegre (RS): Mediação; 2006. P 97-109

OMS. **Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual**. 2005.

ONG, K.K.; AHMED, M.L.; DUNGER, D.B.; Lessons from large population studies on timing and tempo of puberty (secular trends and relation to body size): **The European trend**. *Mol Cell Endocrinol.* 2006; 254-255:8-12

OSÓRIO, L.C. O que é adolescência, afinal? In: **Adolescente Hoje**. 2ª. Ed. Porto Alegre. Artes Médicas. 1992.

PAIVA, V. Fazendo arte com camisinha. **Sexualidades jovens em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, 2000.

PAIVA, V.; PUPO, L.R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev Saude Publica**. 2006; 40(Supl): 109-19.

PASSOS. Mauro Romero Leal et al. **DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4º. Ed. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica Ltda. 1995. 552 p. Cap.8.p. 121-137.

PELTZER, K. Early sexual debut and associated factors among in school adolescents in eight African countries. **Acta Paediatr** 2010; 99:1242-7

PFÄFF, N. Etnografias em contextos escolares pressupostos gerais e experiências interculturais no Brasil e na Alemanha. In: **Metodologia da pesquisa qualitativa em educação: teoria e pratica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010

- PINHO, M.D.; BERQUÓ, E.; LOPES, F.; OLIVEIRA, K.A.; LIMA, L.C.A.; PEREIRA, N. Juventudes, raça e vulnerabilidades. **Rev Bras Estud Popul.** 2002; 19(2): 277-94.
- REITH, F. A iniciação sexual na juventude de mulheres e homens. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 77-91, junho de 2002.
- RIBEIRO, M. **Educação sexual: novas idéias e novas conquistas.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1993.p.413
- RISSEL, C.E.; RICHTERS, J.; GRULICH, A.E.; VISSER, R.O.; SMITH, A.M. Sex in Australia: first experiences of vaginal intercourse and oral sex among a representative sample of adults. **Aust N Z J Public Health.** 2003; 27(2): 131-7.
- RODRIGUES, A. J. **Metodologia Científica.** São Paulo: Avercamp, 2006.
- RODRIGUES, C. et al., (1998) – **Manual de Psicologia / 2: Motivação.** Porto. Edições Contraponto.
- RODRIGUES, C.P.; WECHESLER, A.M. A sexualidade no Ambiente Escolar: a visão dos professores de educação infantil. **Cadernos de Educação: Ensino e Sociedade**, v.1, n.1, p.89-104, 2014.
- ROSA, M. **Psicologia Evolutiva.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1991.p.105
- ROYE, C. F.; SEALS, B. **A qualitative assessment of condom use decisions by female adolescents who use hormonal contraception.** J Assoc Nurses AIDS Care, v.12, n.6, Nov-Dec, p.78-87. 2001.
- SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V.; LEAL, M.M. **Adolescência: prevenção e risco.** 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
- SALOMÃO, R.; SILVA, M.A.I.; TEDESCHI, C. Sexualidade do Adolescente na Percepção dos Pais, sob a Perspectiva de Foucault. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. V.15, n.3, p. 609-18, 2013.
- SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Mcgraw-hill, 2006.
- SANTOS A.; CARVALHO, C.V. **Gravidez na adolescência: um estudo exploratório.** Boletim de Psicologia. 2006; LVI(125): 135-51.
- SANTOS, S. C. N. C. **Faces, discursos e práticas: visões e vivências da sexualidade e da saúde sexual entre adolescentes de uma escola pública de João Pessoa-PB.** Dissertação (mestrado). PPGE/UFPB. João Pessoa, 2014.
- SANTOS. C. A. C.; NOGUEIRA., K. T.. **Gravidez na adolescência: falta de informação?** Rio de Janeiro, V.6, n.1, p.48-56, Abr. 2009.
- SAVEGNAGO, S.D.O.; ARPINI, D.M. Conversando sobre Sexualidade na Família: olhares de meninas de grupos populares. **Cadernos de Pesquisa** v.43 n.150 p.924-947 set./dez. 2013.
- SCHOR, N. et al. **Adolescência: vida sexual e anticoncepção.** In: **ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP.** 11. 1998. Caxambu. Anais... Caxambu: Hotel Glória, 1998. p. 215- 139.

SHAFIL, T.; STOVEL, K.; DAVIS, R.; HOLMES, K. **Is condom use habit forming? Condom use at sexual debut and subsequent condom use.** Sex Transm Dis. 2004;31(6):366-72.

SILVA, C.V; BRÊTAS, J.R.R; FERNANDES, C.N. Conhecimento de adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis/Aids. **Rev. Paul Enferm.** 2003; 22(1): 12-21

SILVA, H.P.; PADEZ, C. Secular trends in age at menarche among Caboclo populations from Pará, Amazonia, Brazil: 1930-1980. **Am J Hum Biol, London**, v.18, p. 83-92, 2006.

SILVA, J. A. N.; FONSECA, I. S. **Gestantes Negras: vulnerabilidade, percepções de saúde e tratamento no pré-natal na Grande João Pessoa (Paraíba).** João Pessoa,

SILVEIRA, F. M.; BEIRA, J. U.; HORTA, B. L; TOMARI, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.6, p.670-677. 2002.

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

SOLORZANO, C.M.B.; MCCARTNEY, C.R. **Obesity and the puberal transition in girls and boys.** Reproduction. 2010; 140(3): 399-410.

SOUSA, F. S. et al. As metodologias usadas por professores de Ciências e Biologia no processo de ensino/aprendizagem. **Revista da SBEnBio**. n. 7, 2014.

SOUSA, L. B.; BARROSO, M. G. T. Pesquisa etnográfica: evolução e aplicação. **Esc Anna Nery Rev. Enferm**, v. 12, n. 1, p. 150- 155, 2008.

SOUZA, C.F. Manual de Saúde Escolar. Diretoria de Publicações da Sociedade Brasileira de Pediatria, 1990.

SOUZA, R.P. Sexualidade - Riscos - Escola. In: Morais de Sá CA, Passos MRL, Kalil RS. **Sexualidade humana.** Rio de Janeiro: Revinter; 2000.p.160.

SOUZA, R.P.; OSÓRIO, L.C. A educação sexual filhos. Porto Alegre: Editora: Mercado Aberto, 1993.

SVARE, E.I.; KJAER, S.K.; THOMSEN, B.L.; BOCK, J.E.; **Determinants for non-use of contraception at first intercourse: a study of 10,841 young Danish women from the general population.** Contraception. 2002; 66(5): 345-50.

TALAMONI, BISCALQUINI, A. C. Cadernos de História da Ciência – Instituto Butantã. **Corpo, educação e saúde: percepções de jovens adolescentes:** vol. 4, p. 73-73. 2008.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M. de.; PAULA, M. C. de. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 282-290, jan-fev, 2004

TAQUETTE, S.R.; VILHENA, M.M.; PAULA, M.C. **Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco.** RevSocBrasMedTrop. 2004; 37(3): 210-4.

TAVARES, C. H. F. et al. Idade da menarca em escolares de uma comunidade rural do sudeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.3 p.709-715, jul-set, 2000.

TRÊS, F. et al. **Perfil dos adolescentes escolares de Passo Fundo em relação ao sobrepeso e a obesidade**, Infarma, Brasília, v.17, n. 5/6, 2005.

TEXEIRA, A.M.F.B.; KNAUTH, D.R.; FACHEL, J.M.G.; LEAL, A.F.; Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cad. Saúde Pública**. 2006; 22:1385-96.

TIBA, I. **Sexo e adolescência**. São Paulo, Ática, 1993. 95p.

VERIANO, T.J. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. **Horiz. Antropol. Vol.8 no.17 Porto Alegre June 2002**.

VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; HORTA, B.L.; Martorell R. Short-term benefits of catch-up growth for small-for-gestational-age infants. **Int J Epidemiol** 2001; 30(6): 1325- 30.

VITALLE, M. S. S. et al. Índice de massa corporal, desenvolvimento puberal e sua relação com a menarca, **RevAssocMéd Brás**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 429-33, 2003.

WANG, Y. **Is obesity associated with early maturation? A comparison of the association in American boys versus girls**. *Pediatrics*. 2002; 110(5): 903-10.

WENSTEIN, E. ; ROSEN, E. **The development of adolescent sexual intimacy: implications for counseling**. *Adolescence*, v. 26, n. 102, p. 331-39, 1991.

WILLIAMS, R.L.; CREASY, R.K.; CUNNINGHAM, G.C.; Hawes WE, Norris FD, Tashiro M. Fetal growth and perinatal viability in California. **Obstetrics & Gynecology** 1982; 59:624-32.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual health**. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <[http://www.who.int/reproductivehealth/gender/sexual\\_health.html#2](http://www.who.int/reproductivehealth/gender/sexual_health.html#2)>. Acesso em: 9 agosto 2007.

WU, T.; MENDOLA, P.; BUCK, G.M. **Ethnic differences in the presence of secondary sex characteristics and menarche among US girls: The third national health and nutrition examination survey, 1988–1994**. *PEDIATRICS*, v. 110, no. 4, p. 752-757, 2002.

# ANEXOS

ANEXO A – Documento direcionado a direção escolar acerca do desenvolvimento do TACC.

EEEM. CÔNEGO LUIZ GONZAGADE OLIVEIRA  
 Dec Lei 11.256 de 04/03/1986  
 Rua. Janduí Dantas S/N - Mangabeira  
 Cep. 58 056-140  
 João Pessoa - PB



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da Educação e Cultura

Escola Estadual de Ensino Médio Inovador Cônego Luiz Gonzaga de Oliveira  
 Rua Janduí Dantas, s/n, Mangabeira I.  
 CEP 58056-140. João Pessoa – PB.  
 Tel. (83) 3213-9802

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, que a EEEMI Cônego Luiz Gonzaga de Oliveira, localizada no bairro de Mangabeira I, participará como Instituição colaboradora do Projeto de Monografia intitulado **“PERCEPÇÕES SOBRE SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA ENTRE ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB** sob orientação do Professor José Antônio Novaes da Silva.

Confirmamos também ter ciência do projeto, seus objetivos e metodologia, e estamos de acordo em disponibilizar os dados solicitados e receber nos termos ali estipulados, a estudante de graduação envolvida no projeto.

João Pessoa, 27 de setembro de 2016.




---

Mancio Ivo Júnior de Vasconcelos

Diretor Geral  
 Mancio Ivo Júnior de Vasconcelos  
 Gestor Escolar  
 Mat. 171.439-2

ANEXO B – Documento direcionado a direção escolar acerca do desenvolvimento do TACC.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E CULTURA  
ESCOLA MUNICIPAL DE ENSINO FUNDAMENTAL LIONS TAMBAÚ



### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a EMEF Lions Tambaú, localizada no bairro Jardim Cidade Universitária, participará como Instituição colaboradora do Projeto de Monografia intitulado “**PERCEPÇÕES SOBRE SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA ENTRE ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB** sob orientação do Professor José Antônio Novaes da Silva.

Confirmamos também ter ciência do projeto, seus objetivos e metodologia, e estamos de acordo em disponibilizar os dados solicitados e receber nos termos ali estipulados, a estudante de graduação envolvida no projeto.

João Pessoa, 27 de Setembro de 2016.

M<sup>te</sup> do Carmo Rocha de Castro  
Gestor Adjunto  
23.045-6

Maria do Carmo Rocha de Castro

Vice-Diretora

# APÊNDICES

APÊNDICE A – Diagnóstico estrutural, funcional e pedagógico aplicado juntamente com o/a diretor/a da instituição de ensino.

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA</p> <p>CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA</p> <p>PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO A DOCÊNCIA- PIBID</p>
---	--

## O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DE BIOLOGIA E A ALFABETIZAÇÃO BIOLÓGICA

DIAGNÓSTICO: Estrutural, Funcional e Pedagógico da Escola

### 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Escola: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Diretor: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

### 2. ESTRUTURA FUNCIONAL:

2.1. Número total de alunos matriculados na escola: \_\_\_\_\_

Ensino Fundamental: \_\_\_\_\_ Ensino Médio: \_\_\_\_\_

2.2. Número de alunos por turno:

Matutino: E. Fundamental \_\_\_\_\_ E. Médio \_\_\_\_\_

Vespertino: E. Fundamental \_\_\_\_\_ E. Médio \_\_\_\_\_

Noturno: E. Fundamental \_\_\_\_\_ E. Médio \_\_\_\_\_

2.3. Números de professores da Escola:

E. Fundamental \_\_\_\_\_ E. Médio \_\_\_\_\_

Nível de Formação Profissional:

( ) Nível Superior com Formação Pedagógica

( ) Nível Médio com Formação Pedagógica

( ) Outros: \_\_\_\_\_

2.4. Serviço Técnico-Pedagógico existente:

Supervisor Escolar: \_\_\_\_\_

Orientador Escolar: \_\_\_\_\_

Gestor Escolar: \_\_\_\_\_

Psicólogo Escolar: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

2.5. A escola possui projeto pedagógico: ( ) Sim ( ) Não

### 3. INFRAESTRUTURA:

3.1. Número de salas de aula da escola: \_\_\_\_\_

3.2. Estrutura presente e em boas condições de uso:

( ) SALA DOS PROFESSORES ( ) SALA DE SUPERVISÃO

( ) SALA DE ESTUDO E PLANEJAMENTO ( ) SALA DE VIDEO

( ) SALA DE ATENDIMENTO AO ALUNO ( ) BIBLIOTECA

( ) AUDITÓRIO ( ) LABORATÓRIO DE CIÊNCIAS

( ) LABORATÓRIO DE INFORMÁTICA ( ) COZINHA ( ) CANTINA

( ) BEBEDOUROS ( ) ALMOXARIFADO ( ) QUADRA DE ESPORTES

( ) CAMPO DE FUTEBOL ( ) GINÁSIO COBERTO

OUTROS: \_\_\_\_\_

### 4. RECURSOS DIDÁTICOS PRESENTES E DISPONÍVEL PARA USO:

( ) INTERNET ( ) COMPUTADOR ( ) SOFTWARE ( ) CD ROM

( ) MÁQUINA DE XEROX ( ) RETROPROJETOR

( ) PROJETOR DE SLIDES ( ) VIDEOTECA ( ) VIDEOS CASSETE

( ) APARELHO DE DVD ( ) TV ( ) GRAVADOR

( ) MICROSYSTEM (APARELHO DE SOM) ( ) ÁLBUM SERIADO

( ) JOGOS EDUCATIVOS ( ) KITS DIDÁTICOS

OUTROS: \_\_\_\_\_

### 5. ASPECTOS DO AMBIENTE E FUNCIONAMENTO ESCOLAR:

5.1. Área construída (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

5.2. Área Livre (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

5.2.1. Quanto ao Fornecimento de Água e Energia:

5.2.2. Costuma faltar água?

( ) Sim ( ) Não

5.2.3. Procedência de água:

CAGEPA: \_\_\_\_\_ Poço: \_\_\_\_\_

5.2.4. Existe Saneamento Básico na área da Escola? \_\_\_\_\_

5.2.5. Costuma faltar energia?

( ) Sim ( ) Não

5.3. A escola é murada?

- ( ) Sim ( ) Não
- 5.4. A escola é pintada?  
( ) Sim ( ) Não
- 5.5. Quanto à arborização do pátio da escola:  
( ) Inexistente ( ) até 10 árvores ( ) de 10 a 20 árvores  
( ) Jardins ( ) o entorno da escola é bem arborizado
- 5.6. Quanto à Merenda Escolar:  
( ) Fornecimento diário ( ) Esporádico ( ) Não oferece

## 6. QUANTO A INFORMATIZAÇÃO:

- 6.1. Número de computadores que a escola dispõe: \_\_\_\_\_
- 6.2. Usuários dos computadores:  
( ) Professores ( ) Alunos ( ) Funcionários ( ) Comunidade
- 6.3. A escola possui assinatura de algum provedor de internet?  
( ) Sim ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_

## 7. CONDIÇÕES MATERIAIS E MANUTENÇÃO DA ESCOLA:

- 7.1. Cadeira em condições de uso e suficientes?  
( ) Sim ( ) Não
- 7.2. Há "Birôs" para professores em todas as salas?  
( ) Sim ( ) Não
- 7.3. Armários individuais para professores?  
( ) Sim ( ) Não
- 7.4. O material de expediente (papel, grampo, clips, pincel, atômico, giz, etc) é disponível e acessível a funcionários e professores?  
( ) Sim ( ) Não
- 7.5. As salas de aulas recebem influência externa de barulho?  
( ) Sim ( ) Não
- 7.6. Estado geral das janelas, portas paredes, pisos e telhados:  
( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim
- 7.7. Iluminação natural das salas de aula:  
( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim
- 7.8. Ventilação natural das salas de aula:  
( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim
- 7.9. Condições de acústica das salas de aula:  
( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim
- 7.10. Estado geral dos banheiros:  
( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim
- 7.11. Estado geral dos bebedouros:  
( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

**8. DAS FINANÇAS:**

- 8.1. A escola recebe algum tipo de recurso financeiro?  
( ) Sim ( ) Não
- 8.2. Se recebe, qual a origem da fonte de renda?  
( ) Governo Federal ( ) Governo Estadual ( ) Governo Municipal  
( ) Outros: \_\_\_\_\_
- 8.3. Valor estimado da verba da anual da escola: \_\_\_\_\_
- 8.4. Quem gerencia esta verba?  
( ) Direção  
( ) Comissão-Membros: \_\_\_\_\_  
( ) Outros: \_\_\_\_\_
- 8.5. O uso dos recursos é direcionado à que áreas (em porcentagem)?  
Material didático: \_\_\_\_\_  
Manutenção da escola: \_\_\_\_\_  
Merenda dos alunos: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

**MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!**

APÊNDICE B – Questionário sobre sexualidade e saúde reprodutiva aplicado aos/as adolescentes das séries finais do ensino fundamental II e da primeira série do ensino médio.

### QUESTIONÁRIO SOBRE SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA: ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO

Nome da escola:	
Nome do bairro onde você mora:	
Cidade:	Nº de Irmãos:
Escola pública: Municipal ( ) Estadual ( )	Escola Particular ( )
Ensino: Fundamental ( ) Médio ( )	Turno: Manhã( ) Tarde ( ) Noite ( )
Idade:	Sexo: Masc. ( ) Fem. ( )
Renda Familiar:	Você contribui para a renda familiar? Sim ( ) Não ( )
Religião: ( ) Católica. ( ) Protestante. ( ) Candomblé. ( ) Umbanda. ( ) Sem Religião. ( ) Outra. Qual?	
Cor/Etnia: Branca( ) Preta( ) Parda( ) Amarela( ) Indígena( ) Outra( ) Qual?	

<b>1. Para você a masturbação significa: (anote SÓ uma resposta)</b>							
Um pecado ( )	Um ato de amor ( )	Busca de prazer ( )	Busca de auto-conhecimento ( )	Algo que provoca curiosidade ( )	Um ato proibido ( )	Um ato repugnante ( )	Algo prejudicial à saúde ( )

<b>2.</b>	Você já transou?	Sim ( )	Não ( )
<b><u>CASO NÃO TENHA TRANSADO PULE PARA O NÚMERO 13</u></b>			

<b>3.</b>	<b>Caso já tenha transado, responda:</b>
Qual era a sua idade na primeira vez? _____ anos.	Qual era a idade do seu(sua) parceiro(a)? _____ anos.

<b>4. Na sua primeira vez você transou com: um(a) primo(a) ( ), um(a) namorado(a) ( ), um(a) amigo(a)( ), Outro ( ). Qual?</b>	
<b>5.</b>	<b>Nesta sua primeira transa você usou algum tipo de preservativo? Sim ( ) Não ( )</b>

<b>6.</b>	<b>Você sabe dizer porque usou ou deixou de usar preservativo na sua primeira transa?</b>
-----------	---

--

<b>7.</b>	<b>Sua primeira transa aconteceu devido a:</b>				
	Curiosidade ( )	Paixão ( )	Desejo (atração) ( )	Pressão de amigos ( )	Outros ( )
<b>8.</b>	<b>Caso já tenha transado, você transa:</b>				
	Uma vez por semana ( )				
	Uma vez por mês ( )				
	Quando pinta uma chance ( )				

<b>9.</b>	<b>Se você já transou, seus pais sabem que isto aconteceu?</b>				
	Sim ( )		Não ( )		

<b>10.</b>	<b>Nos últimos meses você transou com:</b>				
	Prostitutas ( )	Namorado(a) ou Esposo(a) ( )	Quando surgiu um clima ( )		
	Não transei nos últimos 4 meses ( )		Outra ( ) Qual?		

<b>11.</b>	<b>Você usou preservativo em sua última transa? Sim ( )   Não ( )</b>				
<b>12.</b>	<b>Você sabe dizer porque usou ou deixou de usar o preservativo na sua última transa?</b>				

<b>13.</b>	<b>Neste exato momento você tem um preservativo com você? Sim ( )   Não ( )</b>				
<b>14.</b>	<b>Se você respondeu SIM na anterior. Seus pais sabem que você possui preservativos?</b>				
	Sim ( )		Não ( )		

<b>15.</b>	<b>Seus pais conversam sobre sexo com você? Sim ( )   Não ( )</b>				
<b>16.</b>	<b>Você transaria com uma pessoa do mesmo sexo que o seu? Sim ( )   Não ( )</b>				
<b>17.</b>	<b>Os preservativos tem data de validade e não podem ser usados após o vencimento?</b>				
	Sim ( )		Não ( )		

<b>18.</b>	<b>Para você, transar é: (se preciso anote mais de uma resposta)</b>				
Um ato de amor ( )	Busca de prazer ( )	Busca de autoconhecimento ( )	Algo que provoca curiosidade ( )	Um ato proibido ( )	Um ato repugnante ( )
<b>19.</b>	<b>Se você tivesse uma DST contaria para seus pais? Sim ( )   Não ( )</b>				

<b>20.</b>	<b>Você poderia “ficar” com uma pessoa:</b>				
	Branca ( )	Negra ( )	Indígena ( )	Cigana ( )	A cor não faria diferença ( )

<b>21.</b>	<b>Você namoraria uma pessoa:</b>				
	Branca ( )	Negra ( )	Indígena ( )	Cigana ( )	A cor não faria diferença ( )

22. Você casaria com uma pessoa:				
Branca ( )	Negra ( )	Indígena ( )	Cigana ( )	A cor não faria diferença ( )
23. Você transaria com uma pessoa:				
Branca ( )	Negra ( )	Indígena ( )	Cigana ( )	A cor não faria diferença ( )

24. Para você, transar é: (se necessário marque mais de uma pergunta)					
Sexo Vaginal ( )	Sexo anal ( )	Sexo oral ( )	Um beijo de língua ( )	Carícias nos órgãos genitais ( )	Outro ( ) Qual?

25. A gravidez apresenta maior chance de ocorrer quando se transa:					
Alguns dias antes da menstruação ( )	Alguns dias após a menstruação ( )	O risco é o mesmo não importa a época do mês ( )	Durante a menstruação ( )	Durante ou próximo a ovulação ( )	Não sei ( )
26. Evitar uma gravidez não programada é responsabilidade do(a):					
Mulher ( )		Homem ( )		Casal (dos dois) ( )	

27. A menstruação ocorre nos dias indicados pela letra "M". Anote abaixo o período fértil.						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15M	16M	17M	18M	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

28. Se você tivesse alguma dúvida para tirar sobre sexo você procuraria:								
Um tio ( )	Um amigo ( )	Um médico ( )	Uma professora ( )	Um Professor ( )	Seu Pai ( )	Sua Mãe ( )	Um(a) farmacêutico(a) ( )	A pessoa com a qual se transou ( )

29. Para você a homossexualidade (homoerotismo) é um(a):					
Doença incurável ( )	Pecado ( )	Preferência sexual de uma pessoa ( )	Problema da vida moderna ( )	Situação inaceitável ( )	Doença incurável ( )

30. Você teria um(a) amigo (a) homossexual? Sim ( ) Não ( ) Não sei ( )
---

31. A ovulação acontece no 14º dia do ciclo menstrual, isto significa que ele ocorre: a) todo dia 14h) a cada 14 dias c) no 14º dia após o início da menstruação
---

32. Existe diferença entre sexo e sexualidade? Sim ( ) Não ( ) Não sei ( )
33. Se você tiver respondido SIM na pergunta anterior, assinale qual das frases abaixo está relacionada com a sexualidade (marque somente UMA resposta): A) ( ) Sexualidade é quando duas pessoas do mesmo sexo transam. B) ( ) Sexualidade é uma forma de se ter prazer sem se praticar sexo. C) ( ) Sexualidade é quando duas pessoas de sexos diferentes transam. D) ( ) A sexualidade pode ser entendida após o estudo dos órgãos genitais.

- E) ( ) A sexualidade somente passa a existir após a puberdade.  
 F) ( ) Animais irracionais, tais como macacos e onças também têm sexualidade.

<b>34. Você concorda que o pênis grande propicia maior prazer durante a relação sexual?</b>			
Sim ( )	Não ( )	Não sei ( )	
<b>35. SOMENTE PARA AS MULHERES Com qual idade você menstruou pela 1ª vez?</b>			
_____ idade	Não sei ( )	Não me lembro ( )	Ainda não menstruei ( )
<b>36. Você acha que pessoas negras(mulher ou homem) são melhores parceiros sexuais?</b>			
Sim( )	Não ( )	Não sei ( )	Já ouvi falar ( )

<b>37.</b>	<b>Você usa atualmente algum método anticoncepcional? Sim ( ) Não ( )</b> Caso use, cite o nome do método:
------------	---

Marque um X na afirmativa que você considera a mais correta.  
 (Para cada pergunta, assinale apenas uma resposta)

	Sim	Não	Não sei
Todos os métodos de evitar filhos prejudicam a saúde da mulher			
<b>38) Usada de maneira correta a pílula não falha e se pode confiar nela.</b>			
<b>39) Uma mulher que liga as trompas pode ter mais filhos se ela quiser.</b>			
<b>40) A camisinha não é um método seguro porque falha muito.</b>			
<b>41) A vasectomia(ligação masculina) causa impotência sexual.</b>			
<b>42) É muito melhor a mulher fazer a operação para evitar filhos (ligação) do que o homem.</b>			
<b>43) A operação para não se ter mais filhos (ligação masculina ou feminina) é o único método que se pode confiar.</b>			
<b>44) Depois da ligação a mulher perde o interesse sexual.</b>			
<b>45) A pílula pode prejudicar a saúde da mulher.</b>			
<b>46) Pode-se iniciar o uso da pílula qualquer dia do mês.</b>			
<b>47) As adolescentes que fazem a tabelinha para evitar filhos estão usando um método seguro.</b>			
<b>48) Existem pílulas mais apropriadas para adolescentes.</b>			
<b>49) É importante que a mulher se case virgem.</b>			
<b>50) O homem deve ter mais experiência sexual que a mulher.</b>			
<b>51) A menstruação e o muco vaginal podem transmitir AIDS.</b>			
<b>52) Falar de sexo e sexualidade na escola poderá incentivar a prática de relações sexuais pelos alunos.</b>			
<b>53) A transa mulher com mulher não transmite o HIV.</b>			
<b>54) Conhecer o corpo e o seu funcionamento ajuda na discussão sobre sexualidade.</b>			
<b>55) A mulher não engravida na sua primeira transa.</b>			
<b>56) Ter uma DST provoca imunidade e a pessoa fica protegida desta doença não a contraindo novamente.</b>			
<b>57) O homem precisa mais de sexo do que a mulher.</b>			
<b>58) Uma das formas mais seguras de se proteger da AIDS é transar apenas com mulheres limpinhas (higiênicas)</b>			
<b>59) Transar em pé é uma maneira segura de se evitar filhos.</b>			
<b>60) O preservativo masculino deve ser todo desenrolado antes de ser colocado no pênis.</b>			

61) Lavar a vagina após a transa é uma maneira segura de evitar filhos.			
62) A transmissão vertical da aids ocorre durante o parto ou durante a amamentação.			
62) Escreva o nome das DSTs que você conhece:			

63) Cite os métodos de se evitar filhos que você conhece:

64) Depois de quanto tempo de conhecimento com uma pessoa você acha que não precisa mais usar preservativo para transar com ela?

65) Escreva no espaço abaixo os assuntos sobre os quais você gostaria de ouvir uma palestra ou receber algum tipo de informação:

66) Você participaria de uma entrevista? SIM ( ) NÃO ( )

Se sua resposta foi um SIM, preencha as informações abaixo:

Nome completo:

