

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Adolescência e anticoncepção: iniciação sexual e uso de
métodos anticoncepcionais em adolescentes da Ilha de
Santiago, Cabo Verde - África Ocidental

Carlos Mendes Tavares

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Doutor em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil
Orientadora: Profa. Dra. Néia Schor

São Paulo
2009

Adolescência e Anticoncepção: iniciação sexual e uso de
métodos anticoncepcionais em adolescentes da Ilha de
Santiago, Cabo Verde - África Ocidental

Carlos Mendes Tavares

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Doutor em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil
Orientadora: Profa. Dra. Néia Schor

São Paulo
2009

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

DEDICATÓRIA

A minha mãe, Joana Mendes Landim,
pelo amor, carinho e pela compreensão. Ela me ofereceu
tais sentimentos no decurso da minha vida. Eles foram, contudo, reforçados no
processo deste meu doutoramento.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato essencial. Principalmente após a conclusão de um trabalho tão árduo e extensivo como foi a realização dessa tese de doutoramento, a qual contou, em cada instante do processo, com a participação de diversas pessoas e instituições.

Obtive a felicidade de lograr amparo e ajuda de pessoas que contribuíram à concretização desta pesquisa. Assim, se faz oportuno manifestar a minha gratidão àquelas pessoas que participaram, direta ou indiretamente, do processo. Em especial:

À Professora Titular Néia Schor, minha orientadora, pelo apoio incondicional durante todo o processo de desenvolvimento da tese; pela confiança, depositada em mim, a qual se transformou num extraordinário estímulo; pelo ensinamento e pela generosidade com que compartilhou o seu conhecimento; pela prontidão nas sugestões, as quais se refletiam, muitas vezes, em alterar direções.

Ao Professor Doutor Ivan França Júnior e à Professora Doutora Simone Diniz, pelas sugestões e pelos sucessivos apoios no desenvolvimento deste trabalho.

À Professora Doutora Augusta Thereza de Alvarenga, pelo apoio e pelas sugestões na elaboração do meu projeto de pesquisa. Além do carinho e amizade.

Aos professores das diversas disciplinas, as quais eu cursei no Programa de Pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Agradeço os conhecimentos que me foram transmitidos.

A Rosalina Tavares, minha esposa, pelo amor, carinho, apoio e companheirismo.

A minha mãe, responsável pelo alicerce da minha educação, por tantas histórias e gestos singelos de carinho a mim e aos meus irmãos.

Ao Carlos Alberto de Rosário Mendes, meu grande amigo, pelo apoio, carinho e pela amizade.

À Andréa Kanikadan e à Paula Kanikadan, pelo apoio, carinho e pela amizade.

Ao Marco Aurélio, à Sirlândia Shappo e ao José Maria, pelo apoio e, sobretudo, pela amizade.

Agradeço àquelas pessoas que me apoiaram no início desta pesquisa. A importância delas não será esquecida por mim.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, aos docentes, aos funcionários e aos colegas do departamento de Saúde Materno-Infantil.

À Universidade de São Paulo, por ser-me favorável e aceitar-me como discente da Faculdade de Saúde Pública.

Ao Instituto Nacional de Estatísticas de Cabo Verde, pela concessão de licença de serviço, sem a qual não seria possível completar este doutorado.

Ao programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação PEC-PG/Capes, pelo apoio financeiro necessário à realização deste estudo.

RESUMO

Tavares CM. Adolescência e Anticoncepção: Iniciação sexual e uso de métodos anticoncepcionais em adolescentes da Ilha de Santiago, Cabo Verde - África Ocidental [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Objetivo: Descrever a iniciação sexual e o uso de métodos anticoncepcionais e estimar fatores associados a estas condutas, em adolescentes de 13 a 17 anos de idade, de escolas da rede pública de ensino secundário da Ilha de Santiago, Cabo Verde. **Métodos:** Estudo transversal realizado com amostra probabilística e representativa de 768 adolescentes com idade entre 13 e 17 anos, de escolas secundárias públicas da Ilha de Santiago em 2007. A associação foi testada pelo teste de proporção, qui-quadrado de Pearson ou Fisher e regressão logística. Para estimar os fatores associados ao uso de métodos anticoncepcionais e preservativo, foi analisada a sub-amostra de 368 adolescentes sexualmente ativos. O início da vida sexual, o uso de métodos anticoncepcionais e o uso de preservativo foram analisados como desfechos. Foram consideradas variáveis independentes: características sociodemográficas, afetivo-sexuais e comportamentais. Foi utilizada regressão logística para análise simultânea dos fatores, considerando-se nível de significância de 5%. **Resultados:** Entre os adolescentes do sexo masculino, os fatores associados ao início da vida sexual foram: idade maior que 14 anos, ser católico e consumir bebidas alcoólicas. Entre os adolescentes do sexo feminino, possuir mais de nove anos de estudo e parceria afetivo-sexual foram associados ao início da vida sexual. Entre os 368 adolescentes, 69,3% referiram ter usado métodos anticoncepcionais na sua última relação sexual, sendo mais frequentes o preservativo (94,9%) e a pílula (26,4%). Fatores significativos e positivamente associados ao uso de métodos anticoncepcionais na última relação foram: morar em município da capital (OR=2,02; IC95%: 1,23;3,32), ter namorado anteriormente à época da entrevista (OR=2,82; IC95%: 1,51;5,26) e ter mais de oito anos de estudo (OR=2,03; IC95%: 1,23;3,33). A prevalência de uso de preservativo na última relação sexual foi de 94,9%. Fatores associados ao uso de preservativo na última relação foram: religião não católica (OR=0,68, IC 95%: 0,52;0,88) e parceria afetivo-sexual no período anterior à pesquisa (OR = 5,15, IC 95%: 1,79; 14,80). **Conclusões:** Ao contrário de outros contextos da África Subsaariana, foram constatadas taxas elevadas de uso de preservativo por adolescentes no início da vida sexual. Os adolescentes podem iniciar a vida sexual de maneira mais segura se tiverem informação, educação sexual e acesso a métodos de prevenção à gravidez e IST. O elevado uso de preservativo e a associação entre escolaridade e utilização de métodos anticoncepcionais entre adolescentes na última relação sexual podem expressar resultados positivos das políticas de saúde sexual e reprodutiva atuais, contribuindo para diminuição da infecção por HIV. Todavia, a influência da religião e da parceria afetivo-sexual no uso de preservativo revela a necessidade de ações de prevenção voltadas para segmentos religiosos não católicos e que não possuem parceria afetivo-sexual. Este estudo oferece elementos para a reflexão sobre o delineamento de políticas de redução da vulnerabilidade dos jovens às IST/Aids e sobre os limites e desafios da promoção do uso do preservativo e educação sexual focando as relações desiguais de gênero.

Palavras-chave: Saúde do adolescente, início da vida sexual, saúde sexual e reprodutiva, uso de métodos anticoncepcionais e de preservativos, Cabo Verde, África Ocidental.

ABSTRACT

Tavares CM. Adolescence and Contraception: the onset of sexual life and use of contraceptive methods among adolescents of Santiago Island, Cape Verde - West Africa [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Objective: To describe the onset of sexual life and the use of contraceptive methods and to estimate factors associated among adolescents aged 13-17 years from public high schools in Santiago Island, Cape Verde. **Methods:** A cross-sectional study with a probabilistic and representative sample of 768 adolescents aged 13-17 years from public high schools was carried out in Santiago Island, Cape Verde, in 2007. The association was verified by means of test of proportions, Pearson's chi-square, Fisher's exact and logistic regression. The sub-sample of 368 sexually active adolescents was analyzed to estimate the factors associated with contraceptive methods and condom use. The first sexual intercourse and contraceptive methods and condom use were analyzed as outcomes. Sociodemographic, sexual-affective and behavioral characteristics were the independent variables. Logistic regression was used for simultaneous analysis of factors at a 5% significance level. **Results:** Among male adolescents, the factors associated with the first sexual intercourse were: age over 14 years, being catholic and alcohol consumption. For female adolescents, having more than nine years of schooling and sexual-affective partnership were associated with the first sexual intercourse. Among the 368 adolescents, 69.3% reported use of contraceptive methods in the last sexual intercourse; the most frequent methods were condom (94.9%) and pill (26.4%). Significant and positive factors associated with the use of contraceptive methods in the last sexual intercourse were: living in the capital (OR=2.02; 95%CI: 1.23;3.32), having dated previously the study (OR=2.82; 95%CI: 1.51;5.26) and having more than eight years of schooling (OR=2.03; 95%CI: 1.23;3.33). The prevalence of condom use in the last sexual intercourse was 94.9%. Factors associated with condom use in the last sexual intercourse were: being non-catholic (OR=0.68, 95%CI: 0.52;0.88) and having affective-sexual partnership previously the study (OR=5.15, 95%CI: 1.79;14.80). **Conclusions:** Contrary to other Sub-Saharan Africa contexts, high rates of condom use in adolescents' first sexual intercourse were observed. Adolescents are able to begin sexual life more safely as long as they are provide with information, sexual education and access to contraceptive and STI prevention methods. The high condom use and the association between schooling and contraceptive methods utilization in the last sexual intercourse may express positive outcomes from the current sexual and reproductive health policies, accounting for the decrease in HIV infection. However, the influence of religion and sexual-affective partnership on condom use indicates the need for preventive measures targeted at non-catholic groups and those without affective-sexual partnership. This study contributes for the reflection upon the design of policies aimed at reducing the vulnerability of young people to STI/AIDS and the limits and challenges to promote condom use and sexual education focusing on gender inequalities.

Key-words: Adolescent health, first sexual intercourse, sexual and reproductive health, contraceptive methods and condom use, Cape Verde, West Africa.

APRESENTAÇÃO DO AUTOR

Carlos Mendes Tavares

- Natural de Cabo Verde.
- Membro da equipe técnica do Departamento de Censos e Estudos Demográficos do Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde.
- Licenciado em Estatística e Gestão de Informação pelo ISEGI (Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação, Universidade Nova Lisboa, Portugal). Graduação concluída em 1999.
- Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais pelo ENCE (Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, Brasil) cuja área de concentração da pesquisa fora demografia. O título da dissertação é “*Fecundidade das mulheres Cabo-verdianas em 1990 e 2000: evidências e interpretação*”. Pesquisa realizada entre 2003 e 2005.
- Com a corrente pesquisa obtém o doutoramento em Saúde Pública pela FSP-USP (Faculdade da Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil), cuja área de concentração é em Saúde Materno-Infantil. O título da presente tese é “*Adolescência e Anticoncepção: Iniciação sexual e uso de métodos anticoncepcionais em adolescentes na Ilha de Santiago, Cabo Verde - África Ocidental*”. Pesquisa realizada entre março de 2005 e início de 2009. A tese de doutorado foi desenvolvida sob a coordenação do grupo de pesquisa de Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher e Saúde Reprodutiva na FSP-USP.

Publicações:

- Tavares CM, Schor N, França Junior I, Diniz, CSG Fatores Associados ao Início da Vida Sexual e o Uso de preservativo entre Adolescentes da Ilha de Santiago, Cabo Verde – África Ocidental. Cad. Saúde Pública, no prelo, 2009.
- Tavares CM; CAMARANO, AA; Abreu LC FECUNDIDADE DAS MULHERES CABO-VERDIANAS ÁFRICA OCIDENTAL. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 18, p. 01-10, 2008.
- BREDÁ, JR; BREDÁ, ASCR; FREITAS, ACO; MENEGHINI, A; Tavares CM; Abreu LC; MURAD, N; PIRES, AC Efeito da denervação cardíaca ventral na incidência de fibrilação atrial após revascularização cirúrgica do miocárdio. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, v. 23, p. 204-208, 2008.
- Abreu LC; COSTA, RS; TORIGOSHI, MF; OLIVEIRA, AG; ESPIRIDIAO, S; Tavares CM; SIQUEIRA, AAF Crescimento de crianças egressas de unidade de

cuidados intensivos neonatais: um dilema ético e atual. Arquivos Médicos do ABC, v. 32, p. S68-S71, 2007.

- Imazumi C; SILVA, TCC; ANSELMO, AD; JOAQUIM, AO; TAVARES CM; ABREU LC Influência do Shiatsu sobre a pressão arterial sistêmica.. Revista de Neurociências, v. 15, p. 271-317, 2007.

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Esta tese divide-se em:

INTRODUÇÃO acerca do adolescente, a qual, por sua vez, divide-se em quatro tópicos a abordar a etimologia da significação do termo “adolescente”, a iniciação sexual do indivíduo adolescente, além do conhecimento e uso dos métodos anticoncepcionais por ele e, por fim, a justificativa sobre a escolha do estudo.

Em seguida, encontra-se a METODOLOGIA utilizada nesta pesquisa, com descrição das definições, procedimentos e técnicas adotadas à realização deste trabalho.

Os RESULTADOS encontram-se, conseguinte, e dividem-se em três partes: uma DISCUSSÃO GERAL seguida de três SÚMULAS e, por fim, as CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Posteriormente, encontram-se as REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, após as quais se encontram os ANEXOS.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Conceitos de adolescência e suas controvérsias	15
1.2. Iniciação sexual de adolescentes.....	18
1.3. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais	23
1.4. Uso de preservativo masculino	28
1.5. Justificativa.....	32
2. HIPÓTESE	32
3. OBJETIVO.....	33
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	34
4.1. Local de estudo	34
4.2. Delineamento e população de estudo	35
4.3. Tamanho da amostra	36
4.4. Plano amostral.....	38
4.5. Coleta de dados.....	43
4.6. Instrumento	44
4.7. Procedimentos éticos.....	45
4.8 Critério de elegibilidade, variáveis de estudos, estatísticas e softwares estatísticos utilizados:	46
4.8.1. Primeiro artigo (anexo 1) pag. 103.....	46
4.8.2. Segundo artigo (anexo 2) pag. 126.....	47
4.8.3. Terceiro artigo (anexo 3) pag. 145	48
5. RESULTADOS	49
5.1. Resultados gerais	49
5.2. Resultados do primeiro artigo (anexo 1) pag. 103.....	61
5.3 Resultados do segundo artigo (anexo 2) pag. 126	62
5.4. Resultados do terceiro artigo (anexo 3) pag. 145	64
6. DISCUSSÃO.....	65
6.1. Discussão geral	65
6.2. Súmula do primeiro artigo (anexo 1) pag. 103	82
6.3. Súmula do segundo artigo (anexo 2) pag. 126.....	84
6.4. Súmula do terceiro artigo (anexo 3) pag. 145	85
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
9. ANEXOS	103
9.1. Anexo 1. Primeiro artigo	103
9.2. Anexo 2. Segundo artigo	126
9.3. Anexo 3. Terceiro artigo	145
9.4. Anexo 4. Questionário da pesquisa.....	161
9.5a. Anexo 5a. Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos.....	175
8.5b. Anexo 5b. Carta de aprovação da pesquisa pela comitê de etica.....	176
9.6 Anexo 6. Termo de consentimento livre e esclarecido	177
9.7 Anexo 7 Artigo Aceito em Cadernos de Saúde Pública.....	178
9.8 Anexo 8. Artigo submetido em Revista Ciência & Saúde Coletiva.....	179
9.9 Anexo 9. Artigo submetido em Revista de Saúde Pública	180

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Distribuição em número das escolas secundárias elegíveis ao estudo. Ilha de Santiago, Cabo Verde (2004-2005).....	40
Tabela 2 – Distribuição em número de escolares, turmas, escolares selecionados, turmas selecionadas, segundo as escolas e anos de estudo. Ilha de Santiago, Cabo Verde (2004-2005).	41
Tabela 3 – Distribuição em número de escolas, turmas, escolares selecionados, turmas selecionadas, segundo municípios e anos de estudo. Ilha de Santiago, Cabo Verde (2004-2005).	41
TABELA 4 – Distribuição em número de escolares elegíveis, escolas elegíveis e número de escolas alocadas proporcionalmente, segundo municípios. Ilha de Santiago, Cabo Verde (2004-2005).	42
Tabela 5– Distribuição de freqüência de idade dos adolescentes, segundo sexo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.	49
Tabela 6 – Distribuição de freqüências de fontes de informação fora de casa e na escola sobre sexualidade, drogas, prevenção de IST/Aids e de evitar a gravidez não planejada em adolescentes segundo sexo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.....	50
Tabela 7 - Distribuição dos adolescentes segundo o início da vida sexual, possíveis variáveis associadas e sexo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.....	53
Tabela 8 – Estimativas do modelo de regressão logística para o início da vida sexual, segundo sexo, considerando a variável resposta independente com cada co-variável em estudo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.....	54
Tabela 9 – Estimativas do modelo completo* de regressão múltipla logística para o início da vida sexual, segundo sexo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.....	55
Tabela 10 – Estimativas do modelo final* de regressão múltipla logística para o início da vida sexual, segundo sexo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.	56
Tabela 11 – Distribuição dos adolescentes segundo o uso de métodos anticoncepcionais na última relação sexual e possíveis variáveis associadas. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007	57

Tabela 12 – Análise multivariada dos fatores associados para o uso de métodos anticoncepcionais na última relação sexual. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007	58
Tabela 13– Estimativas dos modelos de regressão logística simples para o uso de preservativo na última relação sexual, segundo variáveis selecionadas. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007. (Modelo só com uma variável explicativa)	59
Tabela 14 - Estimativas do modelo completo de regressão múltipla logística para o uso de preservativo na última relação sexual. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007	60
Tabela 15 - Estimativas do modelo final de regressão múltipla logística para o uso de preservativo na última relação sexual. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007	60
Figura 1 – Mapa de Cabo Verde 2002	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP-Associação Brasileira de Estudos Populacionais.

CEBRAP-Centro brasileiro de análise e planejamento.

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente.

OMS: Organização Mundial da Saúde.

WHO/OMS: World Health Organization.

FEBRASGO: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.

MAC: Métodos Anticoncepcionais.

HIV/Aids-SIDA: Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis.

DHS-CV: Pesquisa de Demografia e Saúde (*Demography Health Survey*) – Cabo Verde.

INE: Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde.

CDHP15: Curso de Desenvolvimento de Habilidades em Pesquisa 15.

MS/IBOPE: Ministério da Saúde.

CV: Cabo Verde.

N_h: Tamanho de estrato h.

n_h: Tamanho da amostra do estrato h.

N: Tamanho da população.

n: Tamanho da amostra.

Z: Abscissa da curva normal padrão.

d: Erro amostral.

P : Proporção Máxima Esperada de adolescentes sexualmente ativos.

PR – Estado do Paraná Brasil.

PNDS : Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde.

SNJ: Brasil- Secretaria Nacional da Juventude do Brasil.

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

1. INTRODUÇÃO

1.1 Conceitos de adolescência e suas controvérsias

A adolescência se refere a um período de tempo no processo evolutivo do indivíduo, caracterizado pela idade cronológica e por processos biológicos, psicológicos e socioculturais que definem tanto as particularidades individuais como as de dado grupo em uma determinada sociedade (BORGES, 2004).

Adolescência, etimologicamente, possui origem na língua latina, cuja palavra *adolescere* tem por significado *crescer* (OSORIO, 1989; BELO, 2001). É um conceito relativamente atual, o qual era definido, até pouco tempo atrás, como o período transitório entre a infância e a idade adulta, caracterizado pelo desenvolvimento físico, mental, emocional e social da pessoa (OSORIO, 1989; HENRIQUES, 1993). Nesse período da vida humana, culmina todo o processo maturativo biopsicossocial do indivíduo e, por esta razão, não se pode compreender o significado da palavra adolescência separadamente do aspecto biológico, social e cultural em que vive o indivíduo (OSORIO, 1989). O conjunto destes aspectos é indissociável ao referido período da vida humana e, justamente, é no conjunto de tais características que se identifica o fenômeno adolescência.

De acordo com BORREGO (2005), há vários fatores a influenciar a constituição do grupo de indivíduo adolescente. Cita-se: a classe econômico-social, a etnia, o gênero, inserção no mercado de trabalho, a escolaridade, a moradia localizada ou em área urbana ou rural, religião, etc. Uma pesquisa que leve em conta estes fatores da realidade social do indivíduo, perceberá que eles tendem, com efeito, à diversidade se comparar o conjunto dos grupos étnicos a um dado grupo em específico. Além, é claro, se a comparação considerar os fatores supracitados como influentes na classificação do grupo adolescente.

Com o intuito de se pesquisar a experiência vivida pelos adolescentes, se faz necessário o reconhecimento da multiplicidade de combinações possíveis de fatores acima citado entre os grupos de adolescentes que se encontram no âmago das mais diversas culturas. Por isso, a utilização do termo no plural, ou seja, adolescências, com o objetivo de contemplar as mais diversas especificidades (SNJ – Brasil, 2004).

Tornou-se notório, nas pesquisas das últimas décadas, outras conceituações acerca da adolescência. Estas, atualmente, consideram que a adolescência é um momento decisivo, *quicá* definitivo, do desenvolvimento do indivíduo, o qual marca tanto a aquisição da imagem corporal como também a estruturação da personalidade na fase adulta. A adolescência é um período com características específicas, tais como as biológicas, as psicológicas e, até mesmo, as sociológicas. Por isso, uma pesquisa sobre o adolescente deve estudá-lo tanto do ponto de vista das suas modificações corporais quanto dos seus valores culturais. Haja vista que sem o entendimento da crise de valores seria difícil compreender o real significado da transformação que circundam o período da adolescência, ou seja, as fases da infância e da vida adulta (OSORIO, 1989).

A adolescência constitui, segundo a OMS (2002a), um processo fundamentalmente biológico, o qual acontece nos indivíduos no período da vida que cinge os dez e dezenove anos de idade. Esta fase é caracterizada por intenso desenvolvimento, cuja manifestação se observa em profundas transformações somáticas e psíquicas nos adolescentes, as quais os tornam aptos, principalmente, a gerar filhos. (FEBRASGO, 1997a).

Segundo estudos (OSÓRIO, 1989; FEBRASGO, 1997b), apesar das características dos adolescentes variarem conforme as culturas, os grupos e até entre indivíduos, elas levam ao único propósito dessa etapa da vida que é a aquisição da identidade pessoal.

Em geral, quando os mais variados representantes dos adolescentes – encontrados nos órgãos públicos, no universo científico, nas diversas representações de adolescentes – são interpelados quanto à conceituação do termo adolescente, as respostas convergem à faixa etária (SNJ – Brasil, 2004).

Na perspectiva cronológica o conceito de adolescente encobre desigualdades no processo de desenvolvimento. Na literatura sobre adolescência, por exemplo, há definições, cujo conceito de adolescente considera o indivíduo com idade entre dez e dezenove anos (LOPEZ e col., 1992; OMS, 2002a; MS-Brasil, 1989), outras que consideram o indivíduo com idade entre dez e vinte anos (OMS, 1974; PEREZ, 1995), outras, ainda, que consideram o indivíduo com idade entre

doze e vinte anos (CORTI e SOUZA, 2005) e, por fim, outras que consideram o indivíduo com idade entre dez e dezoito anos (OSÓRIO, 1989; ECA, 1990). Tais definições abarcam as mudanças biológicas, psicológicas e econômicas ocorridas no período de vida compreendido como adolescência. O início desta fase se dá, primeiramente, pelas mudanças biológicas, tais como o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, acompanhado por complexo sistema de produção hormonal, o qual deflagra a puberdade. Já o término de adolescência é definido de acordo com o meio cultural. (OSÓRIO, 1989; GÜNTHER, 1999; CORTI e SOUZA, 2005).

As definições sobre a adolescência são considerações generalizantes e, muitas vezes, não consideram a multiplicidade cultural, em que, individualmente, vivem os adolescentes em comunidade onde estão inseridos. As particularidades são niveladas e uniformizadas com o propósito de ver os adolescentes não como entidades individuais, mas sim como universais (GROSSMAN, 1994).

A definição consensual de adolescência e do processo, o qual abarca a passagem da fase infantil à adulta, tem sido questionada em função da multiplicidade de formas possíveis de se passar pelas fases que circundam a adolescência. Ao reconhecer o caráter sociocultural e histórico da adolescência além das diversas interpretações dos critérios biológicos, psíquicos e sociais ligadas a ela é possível fomentar modificações acerca da conceituação do adolescente. (OSÓRIO, 1989; REIS, 1993; MELO, 1993).

Assim, se supõe poder re-significar o conceito tendo em vista o não-universalismo da adolescência e reconhecer a multiplicidade das adolescências. O adolescente é definido pelo que está ao seu redor e pela sua realidade (LUZ e col., 1999). Uma visão unívoca da adolescência perde de vista o que é tão flagrante: a grande heterogeneidade social e cultural do cotidiano de toda sociedade moderna (MONTANARI, 1999). Ela é uma fase, uma etapa da vida humana e não há uma classificação rígida nem das etapas de vida do homem, nem da categoria adolescência. Conceitos sobre as fases da vida humana variam segundo as diferentes culturas e as diferentes épocas (BORREGO, 2005).

A referência à adolescência precisa considerar a heterogeneidade e a complexidade das realidades nas sociedades. A ambiguidade e a indefinição sobre o

conceito de adolescência são características das sociedades contemporâneas, ou seja, em função da complexidade de visão de mundo existente nas sociedades.

O conceito de adolescência disseminado em boa parte dos estudos na área da Saúde Pública, o qual também será utilizado nesta tese de doutoramento, foi definido em 1974 na Reunião da OMS (Organização Mundial da Saúde) sobre a gravidez e o aborto na adolescência. De acordo com a OMS (1974), a adolescência corresponde a um período em que primeiramente o indivíduo passa do ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual. Em seguida os processos psicológicos do indivíduo e as formas de identificação evoluem da fase infantil à adulta e, por fim, a transição do estado de dependência econômica total passa a outro de relativa independência.

1.2. Iniciação sexual de adolescentes

A iniciação sexual é um eminente rito de passagem, o qual envolve distintos percursos da infância para a adolescência (GALLAND, 1997). Neste momento ritualístico ocorre a afirmação da virilidade (NOLASCO, 1993), modelagens sobre feminilidade e a busca por autonomia. Para o senso comum, esse conjunto de modificações significa “tornar-se homem” e “fazer-se mulher”, perpassando, portanto, sentidos identitários como, por exemplo, o que se entende por masculino e feminino e a realização de trocas afetivas.

Como tem sido assinalado em textos sobre juventude (RODRIGUEZ, 2002; CASTRO e ABRAMOVAY, 2003), a busca dos adolescentes por autonomia se configura como uma tendência à emancipação, mas que não se realiza apenas pelos adolescentes passarem pela fase de mulher adolescente ou de homem adolescente para tornar-se mulher ou homem, ambos, adultos, mas, de acordo com parâmetros ou trajetórias pré-estabelecidos culturalmente, adquirir a maturidade, ou seja, conforme o senso comum, o homem adolescente quer ser como seu pai e a mulher adolescente como sua mãe.

CASTRO e col. (2004) realizaram um estudo multicêntrico sobre juventude e sexualidade em capitais estaduais no Brasil e em alguns países africanos. Nesse

estudo, a sexualidade se destaca como campo em que essa busca por autonomia de projetos e práticas é exercida de forma singular. O exercício da sexualidade realiza-se dentro de um marco cultural delimitado por preconceitos e rituais (GIDDENS, 1992). A iniciação sexual é, portanto, um importante rito na vida de indivíduos e coletividades, sendo normatizado de acordo com parâmetros sobre a adolescência, ciclo privilegiado na simbologia de consumo. Além disso, é mitificada pela valorização do corpo e da saúde perfeitos (VIANNA, 1992), o que representa um controle sutil dos corpos e da sexualidade (FOUCAULT, 1984).

Ao discutir a iniciação sexual ocorrida entre os adolescentes, é comum dar ênfase ao lugar da individualidade como construção da modernidade ou da afirmação da razão, do querer individual. Contudo, isso não se afirma fora de formas socialmente reconhecidas, ou seja, de acordo com controles culturais (DUARTE LFD, 1999).

Nos diferentes grupos de adolescentes há uma delimitação cultural, na qual restringe possibilidades e reverbera nos percursos identitários possíveis. E o adolescente, gregário por definição, encontra e constrói novos papéis por meio da socialização com seus pares, exercendo, por meio da sexualidade, uma forma preponderante de sociabilidade e de construção da identidade (CASTRO e col., 2004).

O processo de se sentir indivíduo, dono de suas decisões, surge do desenvolvimento das emoções, da sensibilidade despertada por diferentes falas, discursos e práticas. Forma-se, assim, no adolescente a ideia de unicidade e subjetividade (DUARTE LFD, 1999; NEUBERN, 1999). Em uma dinâmica de relações consigo e com outros, a sexualidade está a se processar. Desta maneira, favorece a demarcação de fases, trajetórias individuais e formas de ser e estar no mundo.

Na adolescência, a iniciação sexual é socialmente percebida como um rito de passagem, cujos contornos ainda não estão claramente definidos (CASTRO e col., 2004). Passagem para o quê? Considera-se que a criança é dependente de uma cultura nucleada na família. Mas os adolescentes, ao se iniciarem na sua sexualidade, passam a ser considerados, sob este aspecto, como adultos. Portanto, vivem a

ambiguidade de ser sexualmente adultos e, ao mesmo tempo, permanecerem em situação de dependência nas dimensões econômica e familiar, entre outras.

Na literatura sobre adolescente um dos indicadores mais usados no debate sobre iniciação sexual tem sido a idade da primeira relação sexual (SCHOR, 1984, 1993; D'ORO, 1992; BERQUÓ, 1999; RUA e ABRAMOVAY, 2001; PNDS, 2006).

Nesses estudos utiliza-se a média de idade da primeira relação como estatística de iniciação sexual. Em estudo de SCHOR, realizado no município de São Paulo, (SCHOR 1984, 1993), a idade média da primeira relação sexual das mulheres adolescentes foi de 17,7 anos. No município de São Carlos, no Estado de São Paulo, em uma pesquisa realizado com duzentas mulheres adolescentes, a média de idade da primeira relação foi de 15,3 anos (D'ORO, 1992) e, em estudo nacional (BERQUÓ, 1999), a média oscilou entre 14,5 a 16,4 anos de idade para homens adolescentes e de 15,2 a 20,6 anos para mulheres adolescentes.

Esses dados são semelhantes aos de outros trabalhos (RUA e ABRAMOVAY, 2001), os quais encontraram uma média de idade da primeira relação sexual significativamente mais baixa entre os homens adolescentes que estudavam. No caso das mulheres adolescentes, em cujo grupo fora dividido por cidade do domicílio delas, se encontrou em Porto Alegre, Manaus e São Paulo as mais baixas médias etárias da primeira relação sexual, respectivamente, 15,0; 15,1 e 15,2 anos. Já as mais elevadas médias etárias da primeira relação sexual foram encontradas entre as mulheres adolescentes, agrupadas pelo domicílio, das cidades de Belém e Fortaleza, respectivamente, 15,8 e 16,0 anos. Quanto aos homens adolescentes, se averiguou, nos que moravam nas cidades de Cuiabá, Manaus e Salvador, a mais baixa média etária da primeira relação sexual, ou seja, 13,9 anos. Já entre os homens adolescentes os que moravam em Florianópolis possuíam a maior alta da média etária, numericamente, 14,5 anos.

O marcador de iniciação sexual desses estudos mostrou que houve uma redução etária do início da vida sexual. Contudo, há outros marcadores tal como, por exemplo, a mediana de idade na primeira relação sexual (INE, 2000; CAVASIN, 2004; PNDS, 2006). De acordo com o INE (2000), em Cabo Verde a idade mediana das mulheres adolescentes à primeira relação sexual fora de 16,3 anos e dos homens

adolescentes fora de 15,0 anos. Segundo CAVASIN (2004), no Brasil, em 1996, a mediana de idade da primeira relação sexual fora de 15,0 anos para homens adolescentes e de 16,0 para mulheres adolescentes. Já o PNDS (2006) apresenta 13,0 anos como sendo idade mediana da iniciação sexual das mulheres adolescentes nascidas no Brasil e cuja faixa etária está entre 15 e 19 anos.

Em conformidade com os dados de tais estudos pode se fomentar que, nas últimas décadas, os indivíduos adolescentes têm iniciado relações sexuais com idade menor do que a relatada nas pesquisas feitas com indivíduos adolescentes nos anos anteriores, em média, entre 14,0 e 16,0 anos. Em quase todo o mundo, o início da vida sexual tem ocorrido na adolescência em idades cada vez menor (BOZON, 2003; PNDS, 2006; INE, 2007). Entretanto, há diferenças no início da vida sexual de homem e mulher adolescente que se expressa como uma questão de gênero. Parece existir pressão social de uma atividade sexual em idade menor nos homens adolescentes do que nas mulheres adolescentes. O propósito é de os diferenciarem delas. De outro lado, certas culturas possuem tradição de que mulheres adolescentes só devem iniciar a vida sexual após se casarem. Na literatura, conforme supracitado, são apontados vários fatores associados ao início da vida sexual do indivíduo adolescente. Tais como: fase etária, gênero, religião, escolaridade, raça, inserção no mercado de trabalho, acesso à mídia, estrutura familiar e o tipo de relação entre o indivíduo adolescente e seus pais. (LEITE e col., 2004; BORGES, 2004).

Se os indivíduos adolescentes iniciam a vida sexual com uma menor idade, tal fato não constitui uma situação problemática em si mesma. No entanto, a diminuição da idade da iniciação pode indicar que eles iniciaram a vida sexual sem proteção às IST/Aids e/ou obtiveram uma iniciação da vida sexual de forma violenta (LONGO, 2002; OMS, 2002b). Nas pesquisas dos últimos anos se constatou mudanças freqüentes nas atividades sexuais dos indivíduos adolescentes. Assim, há impactos potenciais na vida reprodutiva destes, como, por exemplo, o aumento de 2,8% nas taxas de fecundidade daqueles em cuja faixa etária compreende entre 15 e 19 anos, conforme observado em pesquisas realizadas entre 1990 e 2000 com indivíduos adolescentes nascidos em Cabo Verde (TAVARES, 2008). Percebe-se que tal fenômeno ocorre generalizadamente, ou seja, tanto ocorre em países tidos como desenvolvidos quanto em países tidos como subdesenvolvidos (CAMARANO,

1998; ALMEIDA e col., 2003). Na literatura, essa generalização tem recebida a conceituação de rejuvenescimento da fecundidade (BERQUÓ, 2003).

Do mesmo modo que a partir da segunda metade do século XIX nos então países industrializados ocorreu o rejuvenescimento da fecundidade, também está a ocorrer, desde os anos de 1960, nos países tidos como em desenvolvimento, inclusive em Cabo Verde. Aspectos sociais tais como abandono escolar, limitação das oportunidades ocupacionais e de perspectivas de rendimentos futuros são também ressaltados como possíveis consequências do aumento da fecundidade populacional (LONGO, 2002).

Estudos (MOTT e col., 1996; BORGES, 2004) demonstram que a participação religiosa é um dos aspectos fundamentais associados ao início da atividade sexual. Em estudo realizado por BORGES (2004), a quase totalidade dos indivíduos adolescentes relatou ter alguma religião. Sendo que as mulheres adolescentes são percentualmente mais religiosas que os homens adolescentes, respectivamente, 88,2% e 75,6%. Na pesquisa deste doutoramento, a religião entre os homens adolescentes demonstrou-se associada ao início de vida sexual deles, isto é, neste grupo ser católico aumenta a chance de se iniciar a prática sexual se comparado aos não-católicos. Outros estudos asseveram que entre os indivíduos adolescentes há maior probabilidade de iniciarem a fumar e se tornarem assíduos fumantes (MATOS, 2002; 2003) Ademais, além do risco de causar dependência, com consequências negativas para a saúde do indivíduo adolescente, o uso de tabaco nesta fase da vida está correlacionado a outros comportamentos de risco, tais como, por exemplo, doenças coronárias, cancerígenas entre outras (DU RANT, 1999).

O consumo de bebida alcoólica aparece em inúmeros estudos como sendo a substância mais procurada pelos indivíduos adolescentes (CARVALHO, 1990). Tal situação representa aumento numérico dos problemas à saúde do indivíduo adolescente, principalmente se o início do consumo de álcool ocorrer em idade menor à média de idade deles, fundamentalmente se ocorrer antes dos 14 anos de idade. É evidente que o consumo de álcool está associado à ocorrência de acidentes além de aumentar a chance do comportamento sexual de risco, o qual o expõe às IST e gravidezes não planejadas (AARONS, 1999).

Tanto o momento da menarca como, principalmente, o acesso à mídia são apontados, em outros estudos, como fatores associados ao início da vida sexual da mulher adolescente (UNESCO, 2004).

1.3. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais

Nesta tese, é apresentado um panorama relativo ao conhecimento que os adolescentes têm sobre métodos anticoncepcionais.

Entre os indivíduos adolescentes, como em quaisquer faixas etárias, a escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, haja vista que a facilidade de acesso à informação sobre sexualidade não garante maior proteção contra infecções sexualmente transmissíveis e gravidezes não planejadas (CAMPOS, 2000).

DÍAZ e DÍAZ (1999) relatam que tanto a falta de informação adequada, bem como fatores sociais, os quais ora incentivam ora desincentivam a vida sexual entre os indivíduos adolescentes, além da falta de acesso a serviços de saúde adequados a eles, incentivam-nos, ao menos a maioria deles, a iniciar a vida sexual sem usar nenhuma anticoncepção.

No início dos anos 1980, se sobressaiu o advento da Aids além da diminuição da idade da iniciação sexual dos indivíduos adolescentes. Já no primeiro decênio do século XXI, um número significativo de estudos demonstra o fato de os indivíduos adolescentes, os quais possuem baixo nível escolar, iniciar a vida sexual com menor idade se comparado aos com maior nível escolar. Ademais, entre eles, baixo nível escolar associado à menor idade são fatores que favorecem ao baixo nível de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais (PNDS, 1997; BERQUÓ, 1998).

O efetivo conhecimento sobre MAC (métodos anticoncepcionais) pode ser uma contribuição aos indivíduos adolescentes na escolha do método mais adequado aos seus comportamentos sexuais e às suas condições de saúde, bem como a utilização correta do método por eles escolhido. Assim, este conhecimento deve se relacionar tanto à prevenção da gravidez não planejada, como do aborto provocado, além da mortalidade materna e de outros agravos à saúde, os quais se relacionam à morbi-mortalidade reprodutiva (VIEIRA, 2002). Promover o acesso a tais

informações e aos meios para a regulação da fecundidade é um dos aspectos importantes ao planejamento familiar (OSIS 1998).

SCHOR e col. (2000) asseveram que a diversidade dos MAC contrasta com a dificuldade ao acesso, além da limitação informacional sobre a multiplicidade dos MAC. Tais características indicam contradição entre a proposta do programa de planejamento familiar e a implantação efetiva dele.

Estudos sobre conhecimentos das mulheres adultas brasileiras acerca dos MAC (MORAES FILHO e col., 1997; PNDS, 2006) demonstram que elas pouco sabem a respeito dos métodos, aos quais se referiram espontaneamente. Tal constatação representa entre elas uma limitação de escolhas entre os vários anticoncepcionais (PNDS, 2006). De modo semelhante, VIEIRA (1998) averiguou baixo índice de conhecimento entre os indivíduos pesquisados ao relacionar os métodos conhecidos com seus atributos. HARDY e col. (1991), ao estudar a adequação de uso do anticoncepcional oral, constataram que mais de 40,0% das usuárias possuíam um ou mais fatores de risco por usá-lo indevidamente, mesmo quando a indicação e obtenção do método ocorriam em serviço de saúde pública. Para ALOUINI e col. (2002), um dos principais problemas relacionados ao uso do anticoncepcional oral é a falta de conhecimento, em relação ao procedimento correto ao esquecer-se de tomar o comprimido do dia.

Estudos realizados por (SCHOR, 1995; SCHOR e col., 2000) identificam baixa percentagem (48,3%) de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres adolescentes em idade inferior a 14,0 anos. Segundo estes autores, tal fato pode ser explicado em razão delas ainda não terem iniciado a atividade sexual, hipótese sustentada se considerado um efetivo aumento percentual do conhecimento entre elas na faixa etária de 15 e 19 anos de idade. O conhecimento entre elas subiu naquela idade para 55% e nesta para 92%. Entretanto, não se fez menção ao nível deste conhecimento entre as mulheres adolescentes pesquisadas. Os poucos estudos (MORAES FILHO e col., 1997; ESPEJO e col., 2003) que avaliam o nível de conhecimento sobre MAC o medem por meio de escore. Observou-se que, entre mulheres adolescentes e adultas, de diversas faixas etárias, esse conhecimento é considerado baixo ou médio em quase 70,0% das entrevistadas.

O conhecimento sobre algum tipo de MAC entre os cidadãos de Cabo Verde é elevado, acima de 97,0%, independentemente do sexo, estado conjugal e experiência sexual (INE, 2000). De acordo com esta pesquisa, o conhecimento sobre MAC é uma das condições para o seu uso. A prevalência de uso de algum tipo de MAC em Cabo Verde é elevada, acima de 75,0% entre homens e mulheres casados. Considerando-se as mulheres sexualmente ativas o uso de algum método é de 57,6%, sendo a pílula (42,5%), preservativo masculino (20,5%) e anticoncepcionais hormonais (36,5%) os métodos mais utilizados. A pesquisa ainda revela que a prevalência de uso de MAC entre as adolescentes de 15 a 19 anos é de 24,0%.

PANIZ e col. (2005) avaliaram o conhecimento sobre uso correto, indicações, contra-indicações e reversibilidade dos MAC mais utilizados pela população – citadamente: anticoncepcional oral, esterilização feminina e preservativo masculino – bem como aspectos fisiológicos do ciclo menstrual. As mulheres adolescentes demonstraram maior conhecimento em relação aos homens adolescentes. A quase totalidade delas, 86,9%, sabia que o anticoncepcional oral deve ser tomado diariamente; porém, 70,0% da totalidade delas referiram incorretamente sobre o procedimento correto em caso de se esquecer em algum dia de tomar o anticoncepcional. Ainda, em torno de 30,0% do total das adolescentes mulheres desta amostragem eram desinformadas sobre forma correta de utilização do preservativo masculino.

Os estudos sobre conhecimento de MAC avaliam populações específicas, tais como, por exemplo, mulheres esterilizadas (ESPEJO e col., 2003; VIEIRA, 1998), indivíduos adolescentes (BRUNO e col., 1997, RISSO-PASCOTTO, 1999); mulheres em idade fértil (SCHOR e col., 2000; OLINTO e GALVÃO, 1999; HARDY e col., 1991), mulheres com história de aborto (MORAES e col., 1997), ademais, há dois estudos sobre homem. Um feito com homens universitários e outro feito com homens residentes em área rural (DUARTE, 1998; ESPIRITO-SANTO, 2004).

De acordo com pesquisa desenvolvida no Brasil por OLINTO e GALVÃO (1999), a gravidez não planejada foi observada em 41,0% do total de mulheres adolescentes brasileiras, na faixa etária entre 15 e 19 anos, as quais estiveram

grávidas. Portanto, se torna evidente e necessário um trabalho específico ao planejamento familiar com o propósito de se prevenir gravidezes não planejadas, além de IST, como, por exemplo, a AIDS. Tais questões devem estar no âmbito dos estudos desenvolvidos pela saúde reprodutiva. FORREST (1994) concluiu que a elevada porcentagem de gravidez não planejada, além de estar relacionada ao não-uso de contraceptivos, ocorre também pelo uso incorreto de contraceptivos. Segundo este autor, 47,0% dos casos de gravidez não planejada ocorreram entre as mulheres adolescentes que usavam algum método contraceptivo.

A maioria dos estudos identifica os MAC conhecidos pela população. Não há nestes estudos, entretanto, um detalhamento sobre o nível de conhecimento a cerca dos MAC, nem sobre como utilizá-los e nem, de forma específica, suas contra-indicações (BRUNO e col., 1997; DUARTE, 1998; OLINTO e GALVÃO, 1999; SCHOR e col., 2000).

Outro aspecto, também importante, da saúde da população refere-se à ampliação da suscetibilidade de transmissão do HIV, particularmente no caso de relações sexuais sem o uso de preservativos e/ou realizadas sob coação. A epidemia de Aids assim como a gravidez, ambas ocorridas entre os adolescentes, visibilizaram a sexualidade dos indivíduos adolescentes. Devido a já mencionada falta de acesso ao MAC, os adolescentes são mais suscetíveis à gravidezes e à infecções sexualmente transmissíveis (WARREN e col., 1998).

O conhecimento acerca do uso de MAC não está diretamente associado ao seu uso. No indivíduo adolescente esta relação se dá em função de vários aspectos, tais como idade da primeira relação sexual, a quanto tempo o indivíduo iniciou a vida sexual, acesso aos MAC, estabilidade relacional entre tanto o parceiro quanto a parceira sexual, objeção feita ou pelo parceiro ou pela parceira ao uso de MAC, desejo de engravidar, além de dificuldade de comunicação com os pais sobre assuntos acerca da sua própria sexualidade (ALMEIDA e col., 2003). O acesso à informação de boa qualidade e a disponibilidade de alternativas contraceptivas são aspectos fundamentais nos programas de planejamento familiar, destinados não apenas aos adolescentes, mas a toda população. O inadequado conhecimento sobre quaisquer métodos anticoncepcionais pode ser um fator de resistência à

aceitabilidade e uso deles pelos indivíduos adolescentes (ESPEJO e col., 2003). Do mesmo modo, um alto nível de conhecimento sobre MAC não determinará nenhuma mudança de comportamento se os métodos contraceptivos não estiverem acessíveis à livre escolha dos adolescentes (ESPEJO e col., 2003).

O acesso aos meios de comunicação de massa, principalmente rádio e televisão, é bastante alto entre mulheres adolescentes. Porém, estes meios são mais acessíveis àqueles indivíduos adolescentes, em cuja residência esteja em áreas urbanas (AARONS, e col., 2003). O acesso e o uso de contracepção definem os componentes desejados e indesejados da fecundidade, bem como o componente insatisfeito da demanda por contracepção e determinam a distribuição proporcional de uso de métodos entre as mulheres em idade reprodutiva (AARONS, e col., 2003).

A prevalência de uso de algum método anticoncepcional entre os indivíduos adolescentes cabo-verdianos, na faixa etária de 15 a 19 anos, é de 50,6% (INE, 2007). Conforme o PNDS (2006), no Brasil a prevalência de algum método anticoncepcional pelas mulheres adolescentes, também na faixa etária de 15 a 19 anos, é maior se comparada aos indivíduos adolescentes cabo-verdianos, ou seja, 55,7%. Na maioria dos países da África subsaariana, essa prevalência não ultrapassa os 20,0% das mulheres adolescentes casadas, as quais usam algum método contraceptivo (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE*, 1998). Estima-se que o não acesso aos MAC a mulheres casadas da África subsaariana seja frequente, cuja variação ao acesso de MAC é de 15,0 a 32,0%, aquele percentual se refere ao Zimbabué e este à Ruanda (ROBEY e col., 1996; BHUSHAN, 1997).

O comportamento sexual e reprodutivo de indivíduos adolescentes, assim como a impressão obtida pelos pesquisadores, se tornou objeto notório na literatura. Deste modo, houve uma visibilidade à necessidade de estudos sobre a anticoncepção (MENSCH e col., 1998). Além disso, há a preocupação com o crescimento de infecções de HIV/Aids em mulheres, inclusive mulheres adolescentes, em idade reprodutiva. Tal cenário fez com que os métodos anticoncepcionais tornassem fundamentais à saúde coletiva. Ademais, os MAC são reconhecidos como uma

* [serial online] Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Live. Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives, Available from: <URL: http://boasaude.uol.com.br/lib/emailorprint_fm?id=3623etype=lib > [2006 jan. 18

variável intermediária de maior importância na determinação dos níveis da fecundidade, conforme já observado em outras publicações (SILVA e col., 1990; TAVARES, 2008).

1.4. Uso de preservativo masculino

Em estudos realizado com indivíduos adolescentes brasileiros (RISSO-PASCOTTO e SANT'ANA, 1999) frequentadores do ensino médio, oriundos do município de Umuarama, estado do Paraná, se observou que 62,1% deles desconheciam a utilização do preservativo masculino como método de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis. Já o estudo, realizado em amostra representativa, sobre indivíduos adolescentes, cuja faixa etária era de 15 a 19 anos e com residência em área carente da zona leste do município de São Paulo, estado de São Paulo, (BORGES, 2004) demonstrou que a maioria deles utilizou o preservativo masculino na primeira relação. O percentual apurado foi de 85,7%.

Por outro lado, estudo do Ministério da Saúde no Brasil (2000) indica que o uso do preservativo na iniciação sexual foi apurado em menos de 50,0% dos indivíduos adolescentes brasileiros. Estudos do PNDS (2006) demonstram que 83,7% das mulheres adolescentes brasileiras sexualmente ativas, na faixa etária entre 15 e 19 anos, usaram preservativo masculino na primeira relação sexual.

O uso do preservativo pelo indivíduo adolescente varia em função do significado da relação afetivo-sexual, ou seja, se a relação for, por exemplo, de namoro, e, portanto, considerada estável, em média há um menor uso do preservativo se comparado ao indivíduo adolescente em situação de não-namoro. Tal contexto relativiza o tema da prevenção, haja vista não poder se associar apenas ao conhecimento e acesso dos indivíduos adolescentes aos MAC. Assim, em função do tipo de relação que o indivíduo adolescente tem há mudança no comportamento, conforme relatos a seguir observados por CASTRO e col. (2004): “(i) rapaz do Distrito Federal, Brasil – Isso daí só para quem não tem um relacionamento sério, agora, quem já tem (...); (ii) adolescente do Rio de Janeiro, Brasil – Preservativo eu

não uso não. Com uma mulher que eu não conheço, assim, eu vou usar, mas se for uma parceira ideal aí eu não vou usar isso não, eu acho muito chato”.

Na pesquisa de Castro (2004) observou-se cinco motivos para o não-uso do preservativo pelos indivíduos adolescentes: 1. Não ter acesso ao preservativo no momento do ato sexual; 2. Manter relação com o parceiro(a), em quem se confia; 3. Não achar necessário porque só se relaciona sexualmente com uma mesma pessoa; 4. Não gostar porque o preservativo, supostamente, diminui o prazer e 5. Achar que ao ter relação não corre risco de ser infectado pelo vírus da Aids.

Ainda neste estudo, os indivíduos adolescentes que não usam preservativos por considerarem que seu parceiro não oferece risco de transmitir Aids por ser uma pessoa saudável e fiel correspondem a 11,5% (Fortaleza) e 29,7% (Maceió). Com relação aos motivos de não-uso que tiveram menores índices de escolha, se destaca o esquecimento por estar sob efeito de droga no momento do ato sexual. Entre as razões menos citadas para o não-uso, se encontra o fator “vergonha” de comprar o preservativo e/ou porque se perde a ereção no momento de usá-lo.

De acordo com um estudo sobre universitários, mas que traz subsídios, em função da suposta natureza deles, aos estudos sobre indivíduos adolescentes (PIROTTA, 2002), se verifica que os motivos mais citados para o não-uso de preservativo são diferentes se considerar os indivíduos adolescentes conforme o gênero. De tal modo que, há uma indicação evidente de que o gênero é importante no plano de organização da vida sexual e reprodutiva. Além do que, a construção da afetividade, do sentimento, ou de como se concebe a relação pode ser um medidor de comportamentos preventivos. Assim, dentre os motivos principais para a não prevenção às mulheres adolescentes, em particular no que diz respeito a pedir ao parceiro que use preservativo quando forem ter relação sexual, está relacionado à confiança e à presumida fidelidade de seu namorado. Já os homens adolescentes conduzem suas decisões pelo não-uso do preservativo por considerar obterem, assim, mais prazer no ato sexual. A menção de que o preservativo tira o prazer, com efeito, é recorrente em muitas falas dos homens adolescentes.

Ainda segundo estudo de Pirotta (2002), a significação perceptiva, de que se tem mais prazer quando as práticas sexuais são entendidas como “naturais”,

condiciona o uso do preservativo. Fato relatado tanto por indivíduo adolescente quanto por adulto. Ambos argumentam que o sexo com preservativo perde o “gosto de natural”.

Conforme o sexo dos indivíduos adolescentes, a confiança é vista de forma diferente. Enquanto para a mulher adolescente a confiança se dá porque ela ama o parceiro (“então para que se prevenir?”), para o homem adolescente a confiança na parceira se dá porque ele confia em si mesmo, pois projeta idealizações. A confiança também pode se basear, no indivíduo adolescente, no tempo da relação, ao assumir que, com o tempo, há estabilidade relacional e, por isso, fidelidade. De fato, quando existe envolvimento afetivo ou relação mais duradoura, o preservativo costuma ser/é dispensado, expressando a ideia de que o envolvimento com o parceiro e/ou o amor os unem à confiança. Além do mais, este tipo de relação, por si só, é um fator preventivo. Muitos consideram importante a prevenção, mas relegam-na em nome da confiança ou pela rotina da relação (PIROTTA, 2002; PNDS, 2006).

De fato, principalmente por parte da mulher adolescente, a confiança é destacada pela literatura como uma das razões mais comuns para que se deixe o comportamento preventivo (PIROTTA, 2002; PNDS, 2006). Segundo CRUZ (2000), elas, ao invés de preservativo, se utilizam da própria fidelidade e a confiança no parceiro como uma fantasiosa forma de prevenção.

Em outros estudos, observou-se que, culturalmente, o preservativo masculino não corresponde aos valores e às atitudes pautadas no modelo conjugal monogâmico, sustentados pelos pilares de fidelidade e de confiança mútua, estando tal uso associado à ideia de comportamentos sexuais promíscuos, irregulares ou desviantes do padrão monogâmico (PAIVA, 2000). A confiança é tema comum em muitos discursos sobre o não-uso do preservativo. Conforme estudo se constatou que a recorrência a preservativo é variável segundo o tipo de parceiro (PIROTTA, 2002; PNDS, 2006). Há os que afirmam usar somente quando se relacionam com garotas (os) de programa; ou com pessoas desconhecidas ou do mesmo sexo ou quando não confiam na saúde do (a) parceiro (a). O conceito de sexo seguro, quando associado à prevenção do HIV/aids, inclui a redução no número de parceiros sexuais e,

principalmente, a prática sexual protegida pelo uso do condom – seja ela oral, anal ou vaginal (VIANA, 2004).

Em relação aos incentivos públicos ao uso de preservativos, estudos (PIROTTA, 2002; CASTRO e col., 2004) demonstram que a mídia não tem contribuído aos necessários incentivos e que a divulgação da importância do uso de preservativos, principalmente por meio de novelas e programas juvenis, poderia causar uma cultura de prevenção no indivíduo adolescente. Considera-se que somente a publicidade feita em determinados períodos do ano, como no carnaval, não é suficiente. Estudo relata que o governo deveria incentivar o uso do preservativo, por meio de propaganda e comerciais, e não apenas no carnaval (CASTRO e cols., 2004).

Ações educativas na área da saúde sexual fazem-se necessárias desde a pré-adolescência a fim de permitir que o indivíduo adolescente inicie sua prática sexual protegido de infecções sexualmente transmissíveis e/ou Aids, de gravidezes não-planejadas e, assim, constitua um comportamento preventivo na vida sexual futura. Algumas ações direcionadas ao público jovem resultaram na difusão e no aumento do uso de preservativo entre esse segmento (CASTRO e col., 2004).

Espera-se que o uso de preservativo seja mais elevado na população juvenil que na adulta, pois a maioria dos jovens encontra-se em idade escolar e, deste modo, pode adquirir maior conhecimento sobre educação sexual. Contudo, os jovens não o utilizam em todas as suas relações sexuais. Diversos estudos em adolescentes sobre o uso de métodos de proteção contraceptivos demonstram que o elevado conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais não implica necessariamente em uso adequado ou consistente. O uso do MAC pode ocorrer por conta do tipo de relacionamento (PIROTTA, 2002), embora se tenha observado nos últimos anos um aumento considerável de uso, nessa população, de métodos contraceptivos, ainda que, esteja aquém das metas das políticas de saúde sexual voltadas à população jovem (GAYET e col., 2003; CEBRAP, 2000). A formulação de políticas públicas para essa questão deve levar em conta, principalmente, o conhecimento dos fatores associados ao uso de preservativo entre adolescentes (GAYET e col., 2003).

1.5. Justificativa

Existem poucos trabalhos, em Cabo Verde, os quais pesquisem o relacionamento sexual de indivíduos adolescentes, uso de métodos anticoncepcionais e em particular a associação com a proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (uso do preservativo). Este é o primeiro estudo probabilístico, representativo da população de adolescentes da Ilha de Santiago e cujos dados foram analisados por meio de modelos multivariados sobre a ocorrência de iniciação sexual, uso de métodos anticoncepcionais e do preservativo e fatores associados.

Diversos estudos (MENSCH e col., 1998; SCHOR e col., 1998; BORGES, 2004) mostram que o comportamento sexual e reprodutivo do indivíduo adolescente e suas repercussões têm sido objeto de grande interesse na literatura, alertando para a necessidade de pesquisas sobre iniciação sexual, anticoncepção e em especial o preservativo.

Nessa mesma direção, outro estudo (GAYET e col., 2003) assevera que a aquisição de habilidades e comportamentos relacionados à sexualidade nos anos formativos da adolescência é decisiva para toda a vida, influenciando a saúde e o desenvolvimento pessoal, econômico e social.

Diante das conjeturas acima apontadas, acredita-se justificável e fundamental a realização deste estudo e na região da África Subsaariana, especialmente em Cabo Verde, lócus do presente estudo.

2. HIPÓTESE

Iniciação sexual e uso de métodos anticoncepcionais encontram-se diretamente relacionados a características sociodemográficas, afetivo-sexuais e comportamentais.

3. OBJETIVO

- Geral:

Descrever iniciação sexual, uso de métodos anticoncepcionais e estimar fatores associados a estas condutas, em indivíduos adolescentes de faixa etária entre 13 e 17 anos de idade, os quais são estudantes das escolas da rede pública de ensino secundário da Ilha de Santiago, Cabo Verde.

- Específicos:

Analisar fatores associados ao início da vida sexual em adolescentes da Ilha de Santiago, Cabo Verde, segundo sexo (Artigo 1 – anexo 1);

Estimar a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais, particularmente na relação sexual recente e os possíveis fatores associados à sua utilização entre adolescentes (Artigo 2 – anexo 2); e

Estimar fatores associados ao uso de preservativo por adolescentes na última relação sexual (Artigo 3 – anexo 3).

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1. Local de estudo

Este estudo foi realizado na Ilha de Santiago, em Cabo Verde. Este país é formado por um arquipélago composto por 10 ilhas, das quais nove são habitadas e está situado no Oceano Atlântico, distando aproximadamente 500 km a oeste do continente africano. Santiago é a maior ilha de Cabo Verde e possui, numericamente, a maior população, ou seja, 234.940 habitantes. Este número representa 54,0% do total populacional deste país, o qual possui 431.989 habitantes (INE, 2002a).

A língua portuguesa é a língua oficial de Cabo Verde sendo que o crioulo é a língua materna. Em cada uma das ilhas, os nativos falam uma variedade linguística do crioulo. A formação dos habitantes cabo-verdianos se originou na miscigenação de descendentes portugueses, além de nativos das próprias ilhas, bem como por africanos continentais. A escravidão colonial portuguesa é um fator importante nesta mistura étnica dos habitantes cabo-verdianos.

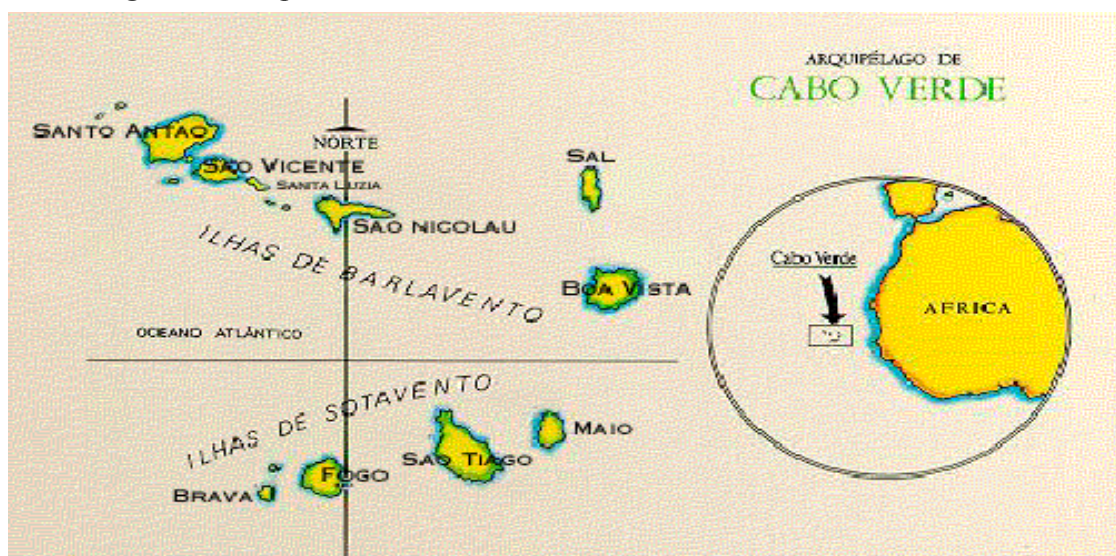
As principais atividades econômicas são agricultura e pesca. As terras que compreendem o atual país de Cabo Verde foram colônias de Portugal de 1460 a 1975. Após esse período Cabo Verde se tornou um país independente.

O percentual da população economicamente pobre corresponde a 36,7% do total. (INE, 2002b).

Há duas concentrações urbanas numericamente maiores. Uma é a cidade da Praia na Ilha de Santiago, outra é a cidade do Mindelo na Ilha de São Vicente. Aquela é a capital e esta possui o principal porto de Cabo Verde.

Do ponto de vista político-administrativo, o arquipélago está dividido em 17 municípios e duas regiões, de acordo com os ventos dominantes: (1) Barlavento – composta pelas Ilhas de Santo Antão, São Vicente, São Nicolau, Santa Luzia, Sal e Boa Vista; situadas ao norte, e (2) Sotavento – composta pelas Ilhas de Santiago, Maio, Fogo e Brava; situadas ao sul (INE, 2000).

Figura 1 – Mapa de Cabo Verde 2002



Fonte: Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a Sida 2002-2006, Cabo Verde 2002.

4.2. Delineamento e população de estudo

O presente trabalho relata um estudo transversal, realizado entre janeiro e março de 2007.

A amostra é composta por indivíduos adolescentes, os quais, no momento da pesquisa, estavam regularmente matriculados no período diurno no ensino secundário de escolas públicas da Ilha de Santiago. Não fora possível pesquisar os matriculados no período noturno, pois, neste, não houve registro de frequência dos alunos com características necessárias a esta pesquisa. A faixa etária da amostra foi considerada entre 13 e 17 anos de idade, pois se considerou ser nesta faixa etária o período mais provável de ocorrer o início da vida sexual em adolescentes da região e dentro da definição cronológica de adolescência adotada pela OMS (2002a).

Em Cabo Verde, o período do ensino secundário é de seis anos, o qual é dividido em três ciclos de dois anos, além de compreender do sétimo ao décimo segundo ano escolar e ser destinado aos adolescentes na faixa etária entre 11 e 20

anos. Nesta tese de doutoramento selecionou-se oito escolas entre um total de dezesseis. Os motivos foram as restrições operacionais e os objetivos de estudo.

4.3. Tamanho da amostra

Além das já descritas condições de elegibilidade dos participantes, este estudo delimitou-se também pelos seguintes critérios listados:

- Participação voluntária dos indivíduos adolescentes, a qual foi aceita por meio da assinatura de um dos seus pais ou, na ausência destes, do representante legal e, portanto, concordância do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 3);
- A aceitação expressa oralmente pelo indivíduo adolescente em participar da pesquisa;
- Nível prévio de cooperação de professores e gestores escolares;
- A participação de todos os municípios da ilha, desde que houvesse escolas secundárias públicas;
- Se nos municípios houvesse uma escolar com ensino secundário público, a inclusão dela na pesquisa se tornaria obrigatória;
- Fora estabelecido número máximo de escolas a serem pesquisadas. Assim, do total de dezesseis escolhas secundárias do ensino público, foram selecionadas oito.

A Ilha de Santiago concentra, aproximadamente, 23.761 escolares de 13 a 17 anos no nível secundário (cerca de 43,0% do total nacional e de 58,0% dos alunos entre 13 e 17 anos – MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO DE CABO VERDE, 2004). Nas demais ilhas de Cabo Verde localizavam-se os demais escolares das escolas públicas secundárias, ou seja, 18.542 (42,0%), em cuja faixa etária é a pesquisada nesta tese. Constatou que é alta a percentagem dos adolescentes escolares que frequentam o ensino secundário na Ilha de Santiago.

O tamanho da amostra foi calculado com base na fórmula* descrita a seguir:

$$n = \frac{\frac{N}{N-1} \cdot z^2 \cdot P \cdot (1-P)}{d^2 + \frac{P \cdot (1-P) \cdot z^2}{N-1}}$$

Em que:

P = a proporção máxima esperada de adolescentes escolares secundários de 13 a 17 anos de idade, segundo variável de interesse. No caso $P = 0,836$ (estimativa de proporção máxima esperada de adolescentes sexualmente ativos).

Z = abscissa da curva normal padrão tendo sido assumido o nível de confiança 95,0%, resultando em $z = 1,96$.

d = erro amostral assumido = 0,03, já que a precisão desejada foi de 3,0%.

N = tamanho da população.

Para o valor de N adotou-se o número de 23.761, o qual representa nas escolas secundárias públicas da Ilha de Santiago a quantidade nelas de estudantes, regularmente matriculados em 2007, cuja faixa etária variava entre 13 e 17 anos, conforme os dados dos departamentos administrativos das escolas secundárias públicas da Ilha de Santiago.

Ao considerar os estudos brasileiros acerca desta temática (PIROTTA, 2002; BORGES, 2004) e ao atentar à possibilidade de perdas por taxas de não resposta/recusa, se afirmou que nos elementos da amostra deve haver acréscimo de 33,0%. Este é o valor médio arredondado, aproximado do valor adotado na literatura supracitada neste parágrafo e que garante a reposição de eventuais perdas. Logo, o

* Silva PIN, Bianchini Z, Costa AWN, Azevedo RV. Amostragem. Rio de Janeiro; 2004. [Curso de desenvolvimento de habilidades em pesquisa 15 (CDHP15) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas].

tamanho numérico da amostra inicial fora de 576 escolares, igualados entre as duas possibilidades do gênero. Contudo, houve acréscimo de 192 escolares. Desta forma, a amostra final pesquisada foi de 768 escolares, dos quais se igualou ao número absoluto deles por escola, ou seja, foram oito escolas pesquisadas, de tal modo que em cada uma delas se disponibilizou 96 escolares à amostra como um todo.

4.4. Plano amostral

Como subsídio à escolha do plano amostral, se fez uma análise exploratória do indivíduo adolescente objeto da pesquisa, cujas informações foram obtidas com base nos dados do ANUÁRIO DE ESTATÍSTICAS ESCOLARES DE CABO VERDE 2004/05 e 2005/2006 (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO DE CABO VERDE, 2004).

Utilizou-se a técnica de amostragem probabilística (PESSOA e SILVA, 1998) com a qual, a partir da amostra, se pode generalizar as características da população de adolescentes e torná-las universais, ou seja, expandir os dados da amostra para o conjunto dos adolescentes. Desta maneira, o plano amostral da pesquisa foi uma amostragem em dois estágios, descritos a seguir:

- I. Estágio 1 (amostragem por estratos): estratificação por município e sorteio de escolas nos municípios.
- II. Estágio 2 (amostragem por conglomerado): sorteio de turma por ano escolar e subsequente listagem de todos os alunos que atendessem aos critérios de inclusão já citados, em cada classe sorteada.

Para cada uma das etapas foi adotado um método de seleção apropriado.

Primeiro estágio

No primeiro estágio fez-se uma estratificação por município, com sorteio das escolas em cada município. De acordo com INE (2002a), a Ilha de Santiago reúne seis municípios, dos quais o número de escola pública com ensino secundário é variável (Tabela 1). Com base em tal informação e com o intuito de se obter

distribuição geográfica igualitária, todos os municípios estão presentes na amostra conforme critério descrito no sub-tópico “Tamanho da Amostra”, item 3.3 desta pesquisa.

Anteriormente a coleta de dados à realização desta pesquisa, se fez necessário atualizar o cadastro das escolas possíveis de serem selecionadas a partir da listagem de escolas em funcionamento. Desde modo, se evitou a perda de informação decorrente da aplicação de questionário. Neste estágio, para cada município se adotou os seguintes critérios:

- I. Método de alocação proporcional ao número de escola por município. Para os municípios com uma escola secundária pública não houve escolha, pois ela fora automaticamente inserida na pesquisa.
- II. Sorteio das escolas por amostragem aleatória simples, sem reposição, equiprobabilística, com chances iguais de serem selecionadas.

Tabela 1 – Distribuição em número das escolas secundárias elegíveis ao estudo. Ilha de Santiago, Cabo Verde (2004-2005).

Município de Praia	Número de escolares
Escola	
Liceu Domingos Ramos	2508
Esc Sec Amor De Deus	466
Esc Sec Constantino Semedo	1128
Esc Sec Palmarejo	1683
Esc Sec Pedro Gomes	1889
Esc Sec Regina da Silva	1489
Esc Sec Cónego Jacinto P. Costa	1304
Esc Sec Pol. Cesaltina Ramos (via geral + técnica)	989
Total	11456
Município de Santa Cruz	
Escola	
Esc Sec Santa Cruz	2711
Esc Sec João Teves	367
Total	3078
Município de São Domingos	
Escola	
Esc Sec São Domingos	1396
Total	1396
Município de Santa Catarina	
Escola	
Liceu Amilcar Cabral (incluindo esc Secundaria anexa Picos)	3575
Anexo Picos	296
Escola Técnica G. Duque Henri (via geral + técnica)	705
Total	4576
Município de São Miguel	
Escola	
Esc Sec São Miguel	1309
Total	1309
Município de Tarrafal	
Escola	
Liceu Tarrafal	1946
Total	1946

Fonte: Ministério da Educação de Cabo Verde 2004- 2005.

Dentre as dezesseis escolas secundárias, foram selecionadas, aleatoriamente, oito escolas secundárias e seis anos de estudo específicos, do sétimo ao décimo segundo ano escolar (Tabela 2 e 3).

Tabela 2 – Distribuição em número de escolares, turmas, escolares selecionados, turmas selecionadas, segundo as escolas e anos de estudo. Ilha de Santiago, Cabo Verde (2004-2005).

Escolas selecionadas	População escolares (2004/2005)	Nº de turmas (2005/2006)	Número de escolares selecionados / turma	Número de turmas selecionadas /Anos de estudo	Nº de escolares/ anos de estudo	Total de escolares/ escola
Liceu Domingos Ramos	2508	80	4	4	16	96
Escola Sec Constantino Semedo	1128	42	4	4	16	96
Escola Secundária Pedro Gomes	1889	60	4	4	16	96
Escola Sec de São Domingos	1396	48	4	4	16	96
Liceu Amílcar Cabral (incluindo escola secundária anexa Picos)	3871	133	4	4	16	96
Escola Secundária de Santa Cruz	2711	83	4	4	16	96
Escola Secundária de São Miguel	1309	50	4	4	16	96
Escola Secundária do Tarrafal	1946	67	4	4	16	96
Total	16758	563	32	32	128	768

Fonte: Ministério da Educação de Cabo Verde, 2004 - 2005.

Tabela 3 – Distribuição em número de escolas, turmas, escolares selecionados, turmas selecionadas, segundo municípios e anos de estudo. Ilha de Santiago, Cabo Verde (2004-2005).

Município	Nº de escolas	Nº de turmas/ anos de estudo	Nº de escolares/ turma	Nº total de escolares em cada ano de estudo	Nº total de escolares por município dos 6 anos de estudo
Tarrafal	1	4	4	16	96
São Domingos	1	4	4	16	96
Santa Catarina	1	4	4	16	96
Praia	3	12	12	48	288
Santa Cruz	1	4	4	16	96
São Miguel	1	4	4	16	96
Total	8	32	32	128	768

Fonte: Ministério da Educação de Cabo Verde, 2004 - 2005.

Nos municípios que possuíam duas escolas ou mais, a quantidade delas selecionada fora determinada por método de alocação proporcional ao número de escolas por município (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição em número de escolares elegíveis, escolas elegíveis e número de escolas alocadas proporcionalmente, segundo municípios. Ilha de Santiago, Cabo Verde (2004-2005).

Município	escolares	Nº de escolas	Nº de escola proporcional ao tamanho
Praia	11456	8	3
São Domingos	1396	1	1
Santa Catarina	4576	3	1
Tarrafal	1946	1	1
Santa Cruz	3078	2	1
São Miguel	1309	1	1
Total	23761	16	8

Fonte: Ministério da Educação de Cabo Verde, 2004- 2005.

O tamanho da amostra fora calculada com base na seguinte fórmula*.

$$n_h = n \frac{N_h}{N}$$

Em que:

N_h = Tamanho de estrato h

n_h = Tamanho da amostra do estrato h

N = Tamanho da população

n = Tamanho da amostra

Por meio deste cômputo, no município de Praia, do total de oito escolas selecionou-se três, nos demais municípios da Ilha de Santiago selecionou-se uma escola em cada um deles conforme os critérios mencionados anteriormente (Tabela 4). Dessa forma, de um total de dezesseis escolas o estudo foi realizado em oito delas

(Tabela 2), das quais a seleção ocorreu por amostragem aleatória simples (quando houvera mais de uma instituição elegível), sem reposição, equiprobabilística, com chances igualitárias de seleção entre o conjunto dos estabelecimentos. Para esses cálculos, foi utilizado o software SPSS 13.

Segundo estágio

No segundo estágio, em cada escola selecionada, se contou com a presença do diretor e da entrega ao pesquisador de todas as listas das turmas escolares. Assim, dentre cada ano escolar houve a seleção aleatória de quatro turmas. Em seguida, se solicitou a entrega das listas atualizadas dos alunos referentes às turmas selecionadas. Portanto, foram selecionadas 24 turmas em cada escola, compostas por quatro turmas para cada um dos seis anos de estudos do ensino secundário (Tabela 2).

Por fim, ao considerar os critérios de inclusão da pesquisa, em cada turma selecionada foi feita uma nova lista dos alunos. Em seguida, foram sorteados dois homens e duas mulheres adolescentes com o propósito de responderem o questionário. Em cada escola o número absoluto de escolares que participou da pesquisa foi de 96 indivíduos adolescentes. Se se multiplicar pelo número de escolas escolhidas conforme o critério do primeiro estágio tem-se o número total da amostra, ou seja, 768 indivíduos adolescentes, com 50,0% de cada um dos sexos.

4.5. Coleta de dados

A coleta de dados fora realizada por dois pesquisadores, sendo um o responsável pela pesquisa. Ao chegarem à escola dirigiram-se à direção com o objetivo de se apresentarem. Assim, se solicitou ao escolares que seus pais ou responsável legal assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 3). Ademais, houve esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa. Além disso, os selecionados obtiveram dispensa de aulas para responderem ao questionário auto-aplicado, o qual seria aplicado em uma única sala durante 50 minutos.

Embora pais ou responsável legal do escolar tivesse assinado o termo de concordância, ao indivíduo adolescente selecionado havia a exigência, expressa oralmente, de concordância em participar da pesquisa ou, caso contrário, a escolha

pela desistência, possível em qualquer momento da resposta ao questionário. Inicialmente, em cada uma das turmas, o pesquisador fazia uma apresentação detalhada da pesquisa bem como das questões éticas. Com o propósito de garantir a aplicação do questionário com o menor número de ausência dos escolares, em virtudes de atrasos, tanto no turno da manhã como no da tarde, o procedimento fora aplicado na segunda aula.

4.6. Instrumento

Os dados foram produzidos por meio de um questionário auto-administrado e que tem demonstrado ser muito eficiente nos estudos de grupos especiais, segundo (ALMEIDA, 2001), principalmente no caso particular dos escolares.

A elaboração do questionário baseou-se em procedimentos utilizados em alguns estudos. Cita-se:

- O condom, a anticoncepção e a Aids (BERQUÓ e SOUZA, 1990);
- Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso (SCHOR, 1995);
- Fatores associados ao uso de métodos contraceptivos por adolescentes escolares da rede pública estadual da Bahia (ALMEIDA, 2001);
- Estudo exploratório sobre uso de contracepção de emergência por adolescentes na cidade de São Paulo (FIGUEIREDO e PERES, 2002);
- Sida no Feminino – Contracepção, gravidez e intenção de ter filhos (ARAÚJO, 2003);
- Uso de preservativos: pesquisa nacional MS/IBOPE (PAIVA e col, 2003);
- Adolescência e vida sexual: análise do início da via sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo (BORGES, 2004);

- Projeto saúde: Planejamento familiar – ações de planejamento reprodutivo e familiar em Serra Pelada município de Curionópolis, PA (SCHOR e col., 2004);
- Questionários de alojamento e individual. (INE, 2000).

Nesta tese de doutoramento, se utilizou um questionário estruturado conforme assuntos sociodemográficos, sexuais e comportamentais, sendo a maioria das questões fechadas (anexo 4).

Tanto anticoncepcional de emergência bem como preservativo feminino não foram avaliados nesta tese, pois, até o momento, eles não são disponibilizados nos serviços de saúde pública de Cabo Verde.

Os questionários foram totalmente preenchidos e as perdas percentuais deles próximas de zero.

Com o propósito de se estudar os eventos relevantes a esta tese, houve a utilização de parte das variáveis do questionário. Contudo, a abrangência das variáveis se deve ao fato de se poder utilizá-la em outros artigos posteriores.

4.7. Procedimentos éticos

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em conformidade à Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, a qual dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (MS, 1997) (anexo 5a), além de estar em conformidade às Resoluções da Secretaria de Estado do Ministério da Educação de Cabo Verde (Anexo 5b).

Do escolar selecionado, ou os pais ou o responsável legal assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 6). Ademais, obtive acesso às informações a respeito da pesquisa, além de se expor cópia do questionário a ser aplicado, o qual ficou disponível na direção da escola selecionada (anexo 4).

Após a explicação dos objetivos e do conteúdo do questionário, os indivíduos adolescentes foram convidados a participar da pesquisa. Em seguida, se ressaltou o caráter íntimo do questionário e, por esse motivo, os escolares selecionados obtiveram a possibilidade de recusar completá-lo integralmente. Logo após, foi dito a eles que em qualquer momento se poderia desistir de preencher o questionário. Por fim, pelo segredo estatístico das informações individuais, se assegurou a integridade física e psicológica dos escolares participantes da pesquisa, tal procedimento fora expresso oralmente.

4.8 Critério de elegibilidade, variáveis de estudos, estatísticas e softwares estatísticos utilizados:

4.8.1. Primeiro artigo (anexo 1) pag. 103.

- Os critérios de elegibilidade da pesquisa foram: o adolescente frequentar o ensino secundário na Ilha de Santiago; ter idade entre 13 e 17 anos e estar regularmente matriculado na escola secundária pública.
- Variável dependente: início da vida sexual. Foram consideradas variáveis independentes: sociodemográficas – idade, sexo, escolaridade, parceiro afetivo-sexual, religião, frequência à igreja, exposição à mídia (ter TV, rádio), número de pessoas por domicílio, idade na primeira menstruação e local de nascimento – e relativas aos hábitos de consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas.
- A análise descritiva foi apresentada por meio de proporções, médias e desvio padrão. Os testes das hipóteses para proporções foram qui-quadrado ou exato de Fisher e o de proporção. A razão de chances (*odds ratio*) foi calculada por meio de regressão logística. O nível de significância adotado foi de 5,0%. Os dados foram analisados hierarquicamente: o primeiro nível foi composto pelas variáveis sociodemográficas e o segundo com as variáveis relativas aos hábitos de consumo de tabaco e álcool. Todas as variáveis com um valor $p < 0,20$ na regressão logística ou no teste de qui-quadrado de Pearson ou Fisher

foram incluídas no modelo hierarquizado. No modelo final, foram mantidas todas as variáveis, cuja associação com o início da experiência sexual permaneceu em nível $< 0,05$, controlando, ou não, a idade. Para analisar os fatores, pressupôs-se que a idade seria uma variável modificadora de efeito nos modelos de regressão logística. Foram analisados dois modelos: um modelo A, com as variáveis independentes não controladas pela idade, e um modelo B, quando controladas.

- Utilizou-se software STATA 10.

4.8.2. Segundo artigo (anexo 2) pag. 126

- Os critérios de inclusão na pesquisa foram: o responsável pelo adolescente ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido e o adolescente aceitar participar da pesquisa; frequentar o ensino secundário na Ilha de Santiago; ter idade entre 13 e 17 anos.
- O estudo teve como variável dependente o uso de um MAC na última relação sexual. Foi perguntado aos adolescentes “você usou algum MAC para evitar filhos ou IST e sida na sua última relação sexual?”. As variáveis independentes consideradas foram: sociodemográficas – idade, sexo, escolaridade, possuir parceiro afetivo-sexual, religião, ter tido namorado antes do período da pesquisa, ter tido IST, exposição à mídia (ter TV, rádio), uso de MAC na primeira relação sexual, procedência, idade na primeira menstruação e na primeira relação sexual; e hábitos relativos ao consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas.
- A análise descritiva foi apresentada por meio de proporções, médias e desvio padrão. Diferenças nas proporções entre grupos de usuários e não usuários de MAC foram, primeiramente, comparados em relação a cada fator individualmente por meio de teste de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. Posteriormente, esses grupos foram comparados em relação aos diversos fatores associados. Foram utilizados para o cálculo da razão de

chances (*odds ratio*), intervalo de confiança de 95,0% e obtenção das análises univariada e multivariada. Os fatores associados que apresentaram valores de $p < 20,0\%$ na análise univariada foram incluídos no modelo de regressão múltipla logística (*Backward stepwise Wald*). Na análise para múltiplas variáveis, os valores de $p < 0,05$ foram considerados de significância estatística.

- Utilizou-se software *SPSS 13*.

4.8.3. Terceiro artigo (anexo 3) pag. 145

- Requisitos de inclusão no estudo foram: ter idade entre 13 e 17 anos, estar regularmente matriculado e freqüentar a escola secundária pública e ter iniciado sua vida sexual.
- Teve como variável dependente o uso de preservativo masculino na última relação sexual. Perguntou-se aos adolescentes “você usou preservativo na sua última relação sexual?”. As variáveis independentes consideradas foram: sociodemográficas – idade, sexo, escolaridade, estado marital, religião e município de procedência; variáveis afetivo-sexuais – já namorou, idade e parceiro na primeira relação sexual; além das variáveis comportamentais – consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e exposição à mídia (ter TV, rádio).
- A análise descritiva foi apresentada por meio de proporções, médias e desvio-padrão. A razão de chances (*odds ratio*) foi calculada por meio de regressão logística. O nível de significância adotado foi de 5,0%. Os dados foram analisados hierarquicamente: as variáveis sociodemográficas no primeiro nível e as comportamentais no segundo. Todas as variáveis com um valor $p < 0,20$ no modelo de regressão logística com uma só variável explicativa foram incluídas no modelo completo. No modelo final, foram mantidas todas as variáveis cuja associação com o uso do preservativo permaneceu em nível $p < 0,05$.
- Utilizou-se software *STATA 10*.

5. RESULTADOS

5.1. Resultados gerais

A amostra estudada foi de 768 adolescentes, cuja média de idade foi de 15,5 (dp = 1,4) anos. Dentre eles houve um maior percentual de escolares com idade superior a 14 anos (73,7%). Além disso, a amostra mostrou-se praticamente sem diferenças numéricas/percentual tanto no primeiro, quanto no segundo, bem como no terceiro ciclo, respectivamente, 33,9% (261), 33,0% (254) e 32,9% (253).

Sobre a religião, os adolescentes participantes foram divididos em católicos, não-católicos e sem referência à religião. Assim, respectivamente, representavam 84,0%, 5,0% e 11,0% do total.

A média de pessoas por domicílio foi de 6,3 (dp = 2,6) pessoas. A média de idade na menarca foi 13,3 (dp = 1,1) anos. A gravidez foi relatada por 12,0% das meninas, das quais mais de dois terços (86,0%) tiveram filhos aos 17,0 anos, enquanto 14,0% delas os tiveram com idade entre 15 e 16 anos. Está apresentada na Tabela 5 a distribuição de idade em número e porcentagem dos adolescentes em cada idade segundo o sexo.

Tabela 5– Distribuição de freqüência de idade dos adolescentes, segundo sexo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

Idade	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
13 anos	57	14,84	43	11,20
14 anos	53	13,80	49	12,76
15 anos	70	18,23	69	17,94
16 anos	71	18,49	72	18,75
17 anos	133	34,64	151	39,32
Total	384	100,00	384	100,00

Sobre o conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais na iniciação sexual houve diferenciação percentual segundo o sexo. Por outro lado, maior ano de estudos pelos escolares era diretamente proporcional ao uso anterior de MAC.

A maioria dos adolescentes declarou que as principais fontes de informação, fora de casa, com o objetivo de esclarecer assuntos acerca de sexualidade, de prevenção de gravidez não planejada e de IST/Aids, se derem por intermédio de amigos, de TV, de rádio e jornal ou de revistas. Além disso, se percebeu que as principais fontes de informação sobre o assunto na escola foram, fundamentalmente, nas aulas e nas conversas com amigos (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição de frequências de fontes de informação fora de casa e na escola sobre sexualidade, drogas, prevenção de IST/Aids e de evitar a gravidez não planejada em adolescentes segundo sexo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
<i>Nos últimos anos, você recebeu informações fora de casa sobre sexualidade, drogas, prevenção de IST ou Aids e de evitar a gravidez não planejada:</i>	384	50,00	384	50,00
Com meu pai	33	8,59	51	13,28
Não recebi informação desse tipo fora de casa	26	6,77	40	10,42
<i>Nos últimos anos, você recebeu informações na escola sobre sexualidade, drogas, prevenção de IST ou Aids e de evitar a gravidez não planejada:</i>	384	50,00	384	50,00
Durante as aulas	295	76,82	305	79,43
Individualmente com um professor	56	14,58	70	18,23
Conversando com os amigos da escola	235	61,19	198	51,56
Outra forma	232	60,42	214	55,73
Nunca tive informação desse tipo	19	4,95	22	5,73

Os adolescentes possuíam alto nível de conhecimento a respeito das informações contraceptivas mais difundidas. De tal modo que antes de terem a primeira relação sexual a quase totalidade deles conheciam algum tipo de MAC, ou seja, 93,0%.

Ainda, a maioria dos adolescentes (84,7%) declarou o uso de preservativo na primeira relação sexual. Dentre estes, os principais motivos de uso foram evitar a gravidez não planejada (78,0%), além de prevenir a gravidez e as IST (67,0%) e, também, evitar as IST ou Aids (58,0%).

Em relação à variável sexo, praticamente não houve diferença percentual nos principais motivos declarados pelo indivíduo adolescente ao uso do preservativo na primeira relação sexual. Mulheres adolescentes, com o objetivo de evitar a gravidez não planejada, representaram 77,5% enquanto que os homens adolescentes 77,8%. Já com o propósito de se prevenir contra gravidez e IST mulheres adolescentes representaram 69,0% contra homens adolescentes que representaram 66,9%.

Em relação ao uso de MAC, a média de idade de adolescentes que tinham usado um MAC na última relação sexual foi de 16,1 (dp = 1,3) anos, significativamente diferente dos que não tinham usado (média = 15,6; dp = 1,4).

A maioria dos adolescentes entrevistados (56,5%), independentemente de ter usado ou não MAC, tinha de nove a doze anos de estudo. Por outro lado, entre os que haviam usado MAC, a maioria (61,8%) tinha de dez a doze anos de estudo ou de 16,0 a 17,0 anos completos de idade. Foi observado valor de Fisher com $p < 0,001$, indicando associação positiva entre idade e escolaridade em adolescentes que usam MAC.

Dos 368 adolescentes que declararam o início da vida sexual, 68,9% referiram já ter namorado em algum momento de suas vidas. Entre os adolescentes que tinham usado MAC, 75,3% referiram estar namorando na época da pesquisa.

Dentre aqueles que haviam usado algum tipo de MAC, a proporção de solteiros diminuiu ligeiramente para 71,0%, ou seja, cerca de um em cada quatro adolescentes desse grupo mantinha algum tipo de relacionamento afetivo-sexual.

A proporção de adolescentes que mantinham algum tipo de relacionamento afetivo-sexual foi maior entre os que tinham usado algum tipo de MAC. Tal proporção aumentou conforme a idade do escolar, passando de 4,7% em adolescentes de 13,0 anos para 52,2% entre os adolescentes de 17,0 anos.

Quanto ao uso de MAC, dos 368 adolescentes, 94,9% referiram ter usado o preservativo e 26,4% a pílula como principais métodos na última relação. Quando computados os motivos de uso do preservativo, se verificou que os adolescentes basicamente apresentavam os mesmos motivos da primeira relação sexual, ou seja, mais de 75% das mulheres adolescentes e mais de 60,0% dos homens adolescentes responderam que o principal motivo era evitar a gravidez. O segundo motivo mais apontado pelos indivíduos adolescentes foi a prevenção da gravidez e IST. Neste caso o percentual das mulheres adolescentes fora de 69,0% e dos homens adolescentes de 66,9%.

Se se comparar os adolescentes não católicos com católicos, estes apresentaram uso mais frequente de preservativo na última relação sexual, ou seja, 96,0%.

Na Tabela 7 se apresenta os resultados de distribuição dos indivíduos adolescentes, segundo o início da vida sexual, possíveis variáveis associadas e o sexo. Entre os homens adolescentes foram observadas as maiores frequências de início da vida sexual entre os que se declararam de religião católica, consumidores de bebidas alcoólicas, com idade acima de 14,0 anos e escolaridade acima de nove anos.

Tabela 7 – Distribuição dos adolescentes segundo o início da vida sexual, possíveis variáveis associadas e sexo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007

Variável dependente:										
<i>Início da vida sexual</i>										
Sexo										
Variáveis independentes:										
Feminino										
Masculino										
Início da vida sexual										
Início da vida sexual										
<i>Faixa etária</i>	Sim (n)	%	Não (n)	%	P	Sim (n)	%	Não (n)	%	P
≤ 14 anos	16	14,55	94	85,45	<0,001*	48	52,17	44	47,83	0,002*
>14 anos	100	36,50	174	63,50		204	69,86	88	30,14	
Total	116	30,21	268	69,79		252	65,63	132	34,38	
Média de idade de início sexual	15 (dp [†] = 1,64)					14 (dp [†] = 2,0)				
Escolaridade										
≤ 9 anos	39	20,10	155	79,90	<0,001*	–	–	–	–	–
> 9 anos	76	40,21	113	59,79		–	–	–	–	
Total	115	30,03	268	69,97		–	–	–	–	
Média de anos de escolaridade que inicia sexualidade	10,1 anos (dp [†] = 1,68)					9,6 anos (dp [†] = 1,67)				
Parceiro										
Com [‡]	51	48,57	54	51,43	<0,001*	57	76,00	18	24,00	0,051
Sem [§]	64	23,53	208	76,47		191	64,09	107	35,91	
Total	115	30,50	262	69,50		248	66,49	125	35,51	
Religião										
Católica	–	–	–	–	–	204	67,11	100	32,89	0,039*
Outras [¶]	–	–	–	–	–	10	45,45	12	54,55	
Total	–	–	–	–	–	214	65,64	112	34,36	
Tem rádio										
Sim	–	–	–	–	–	229	67,16	112	32,84	0,075
Não	–	–	–	–	–	23	53,49	20	46,51	
Total	–	–	–	–	–	252	65,63	132	34,38	
Idade da 1ª menstruação										
≤ 13 anos	68	38,20	110	61,80	0,068	–	–	–	–	–
> 13 anos	37	28,24	94	71,76		–	–	–	–	
Total	105	33,98	204	66,02		–	–	–	–	
Município de procedência										
Tarrafal	11	23,40	36	76,60	0,079	–	–	–	–	–
Assomada	12	23,08	40	76,92		–	–	–	–	
Santa Cruz	15	30,61	34	69,39		–	–	–	–	
Praia	49	34,27	94	65,73		–	–	–	–	
São Domingos	19	44,19	24	55,81		–	–	–	–	
São Miguel	10	20,00	40	80,00		–	–	–	–	
Total	116	30,21	268	69,79		–	–	–	–	
Consumo de álcool										
Sim	12	48,00	13	52,00	0,046*	46	83,64	9	16,36	0,002*
Não	104	29,05	254	70,95		206	62,61	123	37,39	
Total	116	30,29	267	69,71		252	65,63	132	34,38	

* p < 0,05 pelo teste qui-quadrado ou de Fisher.

† dp = desvio-padrão.

‡ Além de “com parceiros” – o número mais representativo –, a categoria inclui outros elementos, como os que coabitam em união civil e consensual.

§ Inclui, somente, solteira(o). Foram excluídos os dados referentes a(aos) separada(os) e outra situação não marital, porque a amostra não é estatisticamente significativa, ou seja, o valor esperado é menor do que cinco.

|| Não têm religião, mas acreditam em Deus; os que não acreditam em Deus não foram incluídos, pois o valor esperado é menor do que cinco.

¶ Inclui Igreja Evangélica, Espírita e outra não definida.

Notas: (a) As co-variáveis que não apresentaram p < 20% na análise univariada não foram apresentadas na tabela 7; são elas consumo de tabaco, frequência a religião, ter televisão e pessoas/domicílio. (b) O símbolo (–) significa o caso com co-variáveis maiores que p < 20%.

Os dados da Tabela 7 foram semelhantes aos das estimativas do modelo de regressão logística (Tabela 8).

Tabela 8 – Estimativas do modelo de regressão logística para o início da vida sexual, segundo sexo, considerando a variável resposta independente com cada co-variável em estudo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007. (Modelo só com uma variável explicativa).

Variável dependente:		Sexo			
<i>Início da vida sexual</i>		Feminino		Masculino	
Variáveis independentes:	Início da vida sexual		Início da vida sexual		
	OR* (IC 95% [†])	P	OR (IC 95%)	P	
Faixa etária					
≤ 14 anos (referência)					
> 14 anos	3,38 (1,88; 6,06)	<0,001*	2,13 (1,32; 3,43)	0,002*	
Escolaridade					
≤ 9 anos (referência)					
> 9 anos	2,67 (1,69; 4,22)	<0,001*	–	–	
Parceiro					
Com	3,07 (1,91; 4,93)	<0,001*	1,77 (0,99; 3,17)	0,053	
Sem (referência)					
Religião					
Católica	–	–	2,45 (1,02; 5,86)	0,044*	
Outras (referência)					
Tem rádio					
Sim	–	–	1,78 (0,94; 3,37)	0,078	
Não (referência)					
Idade da 1ª menstruação					
≤ 13 anos (referência)					
> 13 anos	0,64 (0,39; 1,04)	0,069	–	–	
Consumo de álcool					
Sim	2,25 (0,99; 5,10)	0,051	3,05 (1,44; 6,45)	0,003*	
Não (referência)					

* OR = odds ratio.

[†] IC = intervalo de confiança.

* p < 0,05 pela regressão logística univariada.

Notas: (a) As co-variáveis que não apresentaram p < 20% na análise univariada não foram apresentadas na tabela 8; são elas consumo de tabaco, frequência a religião, ter televisão, pessoas/domicílio e municípios de procedência. (b) O símbolo (–) significa o caso com co-variáveis maiores que p < 20%.

Na Tabela 9 são apresentadas estimativas do modelo de regressão logística para o início da vida sexual, segundo sexo, sem considerar a idade para o modelo A e incluindo a idade para o modelo B. No modelo A, os fatores: ter escolaridade maior que nove anos, ter parceiro afetivo-sexual e ter religião católica apresentaram associação direta com o início da vida sexual. Os dois primeiros fatores foram associados às mulheres adolescentes e o último aos homens adolescentes. O consumo de bebidas alcoólicas foi positivamente associado ao início da vida sexual de homens adolescentes nos dois modelos.

Tabela 9– Estimativas do modelo completo* de regressão múltipla logística para o início da vida sexual, segundo sexo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

Variável dependente: <i>Início da vida sexual</i>	Modelo A [†]				Modelo B [‡]			
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Variáveis independentes:	OR [§] (IC 95%)	P	OR [§] (IC 95%)	P	OR [§] (IC 95%)	P	OR [§] (IC 95%)	P
<i>Faixa etária</i>								
≤ 14 anos (referência)								
> 14 anos	–	–	–	–	3,43 (1,12; 10,49)	0,030	2,33 (1,15; 4,72)	0,019
<i>Escolaridade</i>								
≤ 9 anos (referência)								
> 9 anos	2,92 (1,63; 5,26)	<0,001	0,86 (0,52; 1,42)	0,547	1,95 (1,01; 3,77)	0,046	0,88 (0,31; 1,07)	0,081
<i>Parceiro</i>								
Sem (referência)								
Com	3,08 (1,74; 5,46)	<0,001	1,66 (0,85; 3,23)	0,134	2,91 (1,63; 5,19)	<0,001	1,69 (0,56; 3,32)	0,128
<i>Religião</i>								
Católica	0,56 (0,13; 2,32)	0,423	2,72 (1,11; 6,70)	0,029	0,49 (0,11; 2,16)	0,347	2,57 (1,03; 6,40)	0,043
Outras (referência)								
<i>Tem rádio</i>								
Não (referência)								
Sim	0,65 (0,29; 1,46)	0,292	1,52 (0,71; 3, 28)	0,285	0,59 (0,25; 1,35)	0,209	1,53 (0,70; 3,34)	0,290
<i>Idade da 1ª menstruação</i>								
≤ 13 anos (referência)								
> 13 anos	0,73 (0,42; 1,27)	0,266	–	–	0,66 (0,38; 1,16)	0,148	–	–
<i>Município de procedência</i>								
Outros (referência)								
Praia	1,26 (0,72; 2,22)	0,582	1,00 (0,60; 1,68)	0,980	1,30 (0,74; 2,29)	0,368	1,04 (0,62; 1,74)	0,878
<i>Consumo de álcool</i>								
Sim	1,21 (0,43; 3,39)	0,481	2,49 (1,06; 5,82)	0,035	1,17 (0,42; 3,26)	0,766	2,39 (1,02; 5,58)	0,045
Não (referência)								

* Inclusão de todas as co-variáveis, simultaneamente, com $p < 20\%$ nas tabelas 7 ou 8 em qualquer um dos sexos.

[†] Modelo A = não controlado pela idade. / [‡] Modelo B = controlado pela idade. / [§] OR = odds ratio. ^{||} IC = intervalo de confiança.

Tabela 10 – Estimativas do modelo final* de regressão múltipla logística para o início da vida sexual, segundo sexo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

Variável dependente: <i>Início da vida sexual</i>	Modelo A [†]				Modelo B [‡]			
	Sexo							
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
Variáveis independentes:	OR [§]		OR [§]		OR [§]		OR [§]	
<i>Faixa etária</i>	(IC 95%)	P	(IC 95%)	P	(IC 95%)	P	(IC 95%)	P
≤ 14 anos (referência)								
> 14 anos	–	–	–	–	1,75 (0,79; 3,87)	0,166	2,32 (1,15; 4,68)	0,019
<i>Escolaridade</i>								
≤ 9 anos (referência)								
> 9 anos	3,00 (1,81; 5,01)	<0,001	0,88 (0,53; 1,44)	0,611	2,25 (1,19; 4,26)	0,012	0,59 (0,32; 1,09)	0,093
<i>Parceiro</i>								
Sem (referência)								
Com	3,33 (1,93; 5,62)	<0,001	1,71 (0,89; 3,31)	0,109	3,21 (1,90; 5,43)	<0,001	1,74 (0,89; 3,39)	0,105
<i>Religião</i>								
Católica	0,85 (0,24; 2,97)	0,801	2,75 (1,13; 6,73)	0,026	0,81 (0,23; 2,88)	0,744	2,57 (1,04; 6,35)	0,040
Outras (referência)								
<i>Consumo de álcool</i>								
Sim	1,44 (0,57; 3,63)	0,436	2,57 (1,11; 5,93)	0,027	1,49 (0,59; 3,78)	0,399	2,48 (1,07; 5,73)	0,034
Não (referência)								

* Exclusão de todas as co-variáveis, simultaneamente, com $p > 5\%$, na tabela 9 em qualquer um dos sexos.

[†] Modelo A = não controlado pela idade.

[‡] Modelo B = controlado pela idade.

[§] OR = odds ratio.

^{||} IC = intervalo de confiança.

Nas Tabelas 11 e 12, observam-se os fatores associados ao uso de algum MAC, tendo como variável dependente a utilização de algum MAC, com os respectivos OR e IC 95%, além do nível de significância ($p < 0,05$).

Tabela 11 – Distribuição dos adolescentes segundo o uso de métodos anticoncepcionais na última relação sexual e possíveis variáveis associadas. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

Co-variáveis	Uso de MAC				
	Sim (n)	%	Não (n)	%	P
Idade (anos)					
13	12	48,0	13	52,0	0,019
14	23	59,0	16	41,0	
15	38	63,3	22	36,7	
16	49	72,1	19	27,9	
17	133	75,6	43	24,4	
Total	255	69,3	113	30,7	
Anos de estudo					
≤ 9	97	60,2	64	39,8	0,001
> 9	158	76,2	49	23,8	
Total	255	69,2	113	30,8	
Namorou					
Sim	230	74,0	81	26,0	<0,001
Não	25	45,5	30	54,5	
Total	255	69,7	111	30,3	
Idade na primeira relação sexual (anos)					
≤13	76	59,4	52	40,6	0,003
> 13	179	74,6	61	25,4	
Total	255	69,3	113	30,7	
Uso de MAC na primeira relação					
Sim	159	73,6	57	26,4	0,040
Não	96	63,6	55	36,4	
Total	255	69,5	112	30,5	
Município de procedência					
Praia	115	78,8	31	21,2	0,001
Outros	140	63,1	82	36,9	
Total	255	69,3	113	30,7	

Nota: Não estão apresentadas as co-variáveis que não tiveram $p < 20\%$ na análise univariada, a saber: sexo, estado marital, consumo de álcool, consumo de tabaco, exposição à mídia (ter TV e ter rádio), religião e já ter tido alguma IST.

Tabela 12 – Análise multivariada dos fatores associados para o uso de métodos anticoncepcionais na última relação sexual. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

Fatores associados	OR não ajustado (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	P
Idade (anos)			
13 (referência)	0,95	0,96	< 0,050
17	(0,91; 0,99)	(0,92; 1,00)	
Anos de estudo			
≤ 9 (referência)	1,98	2,03	0,005
> 9	(1,20; 3,27)	(1,23; 3,33)	
Namorou			
Sim	2,51	2,82	0,001
Não (referência)	(1,31; 4,81)	(1,51; 5,26)	
Idade na primeira relação sexual (anos)			
< 13 (referência)	1,35	1,40	0,252
≥ 13	(0,73; 2,48)	(0,79; 2,51)	
Uso de MAC na primeira relação			
Sim	1,11	1,11	0,690
Não (referência)	(0,66; 1,87)	(0,66; 1,87)	
Município de procedência			
Praia	2,04	2,02	0,005
Outros (referência)	(1,24; 3,36)	(1,23; 3,32)	

Após análise multivariada (Tabela 12), três fatores permaneceram significativamente associados positivamente ao uso de MAC: morar em município da capital (OR = 2,02; IC95%: 1,23;3,32), ter namorado anteriormente à época da pesquisa (OR = 2,82; IC95%: 1,51;5,26) e ter mais de oito anos de estudo (OR = 2,03; IC95%: 1,23;3,33).

Nas Tabelas 13, 14 e 15, observam-se os fatores associados ao uso de preservativo, com os respectivos OR e IC 95%, além do nível de significância (p).

Tabela 13– Estimativas dos modelos de regressão logística simples para o uso de preservativo na última relação sexual, segundo variáveis selecionadas. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007. (Modelo só com uma variável explicativa).

Variável	Uso de preservativo		
	OR	P	IC 95%
Sexo			
Feminino (referência)			
Masculino	0,85	0,765	[0,29; 2,48]
Escolaridade			
≤ 10 anos (referência)			
> 10 anos	0,55	0,267	[0,19; 1,59]
Faixa etária			
≤ 14 anos (referência)			
> 14 anos	3,33	0,024	[1,17; 9,48]*
Já namorou			
Sim	5,05	0,002	[1,81; 14,05]*
Não (referência)			
Município de procedência			
Outros (referência)			
Praia	1,60	0,391	[0,55; 4,64]*
Religião			
Católica (referência)			
Outras (evangélica e espírita)	0,68	0,003	[0,53; 0,87]*
Estado marital			
Solteira(o) (referência)			
Vive com companheiro(a)	0,18	0,042	[0,03; 0,93]*
Namorando	0,68	0,505	[0,23; 2,07]
Tem televisão			
Não (referência)			
Sim	0,86	0,818	[0,24; 3,09]
Tem rádio			
Não (referência)			
Sim	1,81	0,367	[0,50; 6,66]
Consome bebidas alcoólicas			
Não (referência)			
Sim	1,53	0,580	[0,34; 6,88]
Parceiro na primeira experiência sexual			
Namorado (referência)			
Amigo	0,86	0,811	[0,26; 2,84]
Parente	0,81	0,841	[0,097; 6,67]
Marido ou esposa	0,24	0,086	[0,046; 1,23]**
Idade na primeira experiência sexual			
11-12 anos (referência)			
13 ou mais anos	0,42	0,086	[0,16; 1,12]**

*p < 0,05

**p < 0,20

Tabela 14 - Estimativas do modelo completo de regressão múltipla logística para o uso de preservativo na última relação sexual. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

Variável	Uso de preservativo		
	OR	P	IC 95%
Faixa etária			
≤ 14 anos (referência)			
> 14 anos	1,97	0,289	[0,56; 6,93]
Já namorou			
Sim	5,04	0,011	[1,46; 17,45]
Não (referência)			
Religião			
Católica (referência)			
Outras (evangélica e espírita)	0,67	0,005	[0,51; 0,89]
Estado marital			
Solteira(o) e namorando (referência)			
Vive com companheiro(a)	0,17	0,084	[0,02; 0,27]
Idade na primeira experiência sexual			
11-12 anos (referência)			
13 ou mais anos	1,26	0,719	[0,36; 4,138]

Odds ratio: ajuste por meio de regressão, incluindo todas as variáveis da tabela 13 com $p < 0,20$.

Tabela 15 - Estimativas do modelo final de regressão múltipla logística para o uso de preservativo na última relação sexual. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

Variável	Uso de preservativo		
	OR	P	IC 95%
Já namorou			
Sim	5,15	0,002	[1,79; 14,80]
Não (referência)			
Religião			
Católica (referência)			
Outras (evangélica e espírita)	0,68	0,004	[0,52; 0,88]

Odds ratio: ajuste por meio de regressão, incluindo todas as variáveis da tabela 14 com $p < 0,05$.

Após análise multivariada final (Tabela 15), religião não católica foi fator associado ao não-uso de preservativo em adolescentes na última relação sexual; já o fator associado positivamente ao uso foi o fato de ter namorado anteriormente.

5.2. Resultados do primeiro artigo (anexo 1) pag. 103

Os indivíduos adolescentes possuíam alto grau de informação sobre formas de contracepção dentre as mais conhecidas. A quase totalidade deles, ou seja, 93%, conheceu algum tipo de MAC quando iniciou a primeira relação sexual.

A maioria absoluta dos indivíduos adolescentes, ou seja, 84,7%, declarou o uso do preservativo na ocasião da primeira relação sexual. Deste total, houve os que o motivo do uso era de se evitar a gravidez não planejada, prevenir a gravidez e as IST, bem como evitar as IST. Tais respostas representam, respectivamente, 78,0%, 67,0% e 58,0% dos motivos do uso do preservativo na ocasião da primeira relação sexual.

Sobre a religião, os adolescentes participantes foram divididos em católicos, não-católicos e sem referência à religião. Assim, respectivamente, representavam 84,0%, 5,0% e 11,0% do total.

A média foi de 6,3 ($dp = 2,6$) pessoas a residir com o indivíduo adolescente. A média da menarca foi 13,3 ($dp = 1,1$) anos dentre as mulheres adolescentes. Do total delas houve declaração de gravidez em 12,0%. Deste percentual, a absoluta maioria (86%), concebeu filhos aos 17 anos enquanto que 14,0% os concebeu entre 15 e 16 anos de idade. Estão apresentadas na Tabela 5 a distribuição de idade em número e porcentagens dos adolescentes em cada idade segundo o sexo.

Na Tabela 7 estão apresentados os resultados de distribuição dos adolescentes, segundo o início da vida sexual, possíveis variáveis associadas e o sexo. Entre os homens adolescentes se observou que obtiveram as maiores frequências de início da vida sexual aqueles que eram católicos, consumidores de bebidas alcoólicas, com idade acima de 14,0 anos de idade e tinham escolaridade superior à nove anos de estudos.

Os dados da Tabela 7 foram semelhantes aos das estimativas do modelo de regressão logística (Tabela 8).

Na Tabela 9 são apresentadas as estimativas do modelo de regressão logística para o início da vida sexual, segundo sexo. No modelo A não se considera a idade, já no modelo B tal critério é utilizado. No modelo A os fatores associados diretamente ao início da vida sexual são os seguintes: escolaridade superior a nove anos de estudos, possuir parceiro afetivo-sexual e ser católico. Sendo que os dois primeiros fatores se associam no caso de mulheres adolescentes e o terceiro aos homens adolescentes. Destes, o consumo de bebidas alcoólicas fora associadas ao início da vida sexual em ambos os modelos.

Os modelos A e B apresentaram os mesmos fatores associados. Assim, a idade dos adolescentes não se mostrou como variável modificadora de efeito.

Nas mulheres adolescentes obtiveram associações positivas tanto no fator escolaridade superior a nove anos de estudos quanto no possuir parceiro afetivo-sexual (Tabela 10).

Por outro lado, fatores tais como idade superior a 14 anos, ser católico bem como consumidor de bebidas alcoólicas foram associados positivamente ao início da vida sexual.

5.3 Resultados do segundo artigo (anexo 2) pag. 126

A média de idade de indivíduos adolescentes, os quais usaram algum MAC na última relação sexual foi de 16,1 (dp = 1,3) anos. Esta média é significativamente diferente dos que não haviam utilizado nenhum MAC, já que, neste caso, a média fora de 15,6 (dp = 1,4).

Independente da utilização ou não de algum MAC, 56,5%, ou seja, a maioria dos indivíduos adolescentes entrevistados possuía entre nove e doze anos de estudos. Contudo, dos que haviam utilizado algum MAC, a maioria deles, ou seja, 61,8%, possuía de dez a doze anos de estudos, bem como entre 16 e 17 anos completos de idade. Foi observado valor de Fisher com $p < 0,001$, a indicar

associação positiva entre idade e escolaridade em indivíduos adolescentes que usaram algum tipo de MAC.

Dos 368 indivíduos adolescentes que se declararam ter iniciado a vida sexual, 68,9% referiram já ter namorado em alguma ocasião. Entre os indivíduos adolescentes que tinham usado algum MAC, 75,3% namoravam na ocasião da pesquisa.

Dos que haviam utilizado algum MAC, o percentual dos que não mantinham nenhum relacionamento afetivo-sexual diminuiu ligeiramente para 71,0%, ou seja, entre aqueles, aproximadamente um em cada grupo de quatro indivíduos adolescentes mantinha algum tipo de relacionamento afetivo-sexual.

O percentual de indivíduos adolescentes com algum tipo de relacionamento afetivo-sexual foi maior entre o conjunto dos que já usara algum MAC se comparado aos que não utilizara MAC. Além disso, dentre aqueles, conforme o aumento da idade, este percentual tornou-se maior, isto é, nos que possuíam 13,0 anos o percentual era de 4,7%, já nos de 17,0 anos foi de 52,2%.

A propósito do hábito de fumar, houve diferença entre o grupo de indivíduos adolescentes que usava algum MAC e o que não usava, respectivamente, 1,8% e 0,8 %.

Também houve diferença ao considerar o hábito de beber bebida alcoólica. No grupo de indivíduos adolescentes que usava algum MAC dos que mantinham o hábito o percentual era de 16,9%. Já no que não usava MAC o percentual foi de 13,3%.

Nas mulheres adolescentes entrevistadas a média da menarca foi de 13,3 (dp=1,1) anos.

Na Tabela 12, se observam os fatores associados ao uso de algum MAC, tendo como variável dependente a utilização de algum MAC, com os respectivos OR e IC 95%, além do nível de significância ($p < 0,05$).

Após análise multivariada (Tabela 12), três fatores permaneceram significativa e positivamente associados ao uso de MAC: morar em município da capital (OR = 2,02; IC95%: 1,23; 3,32), ter namorado anteriormente à época da

pesquisa (OR = 2,82; IC95%: 1,51;5,26) e ter mais de oito anos de estudo (OR = 2,03; IC95%: 1,23;3,33).

5.4. Resultados do terceiro artigo (anexo 3) pag. 145

Do grupo de 368 indivíduos adolescentes, o qual declarou que tivera iniciado a vida sexual, 69,3% referiu que usara algum MAC na última relação sexual. Dentre os MAC, os mais utilizados foram o preservativo e a pílula, respectivamente, 94,9% e 26,4%.

Dos indivíduos adolescentes na faixa etária de 13 e 14 anos, houve distinção de frequência do uso de preservativo. Os homens adolescentes o utilizavam mais se comparado às mulheres adolescentes.

Entre o grupo de indivíduo adolescente houve distinção quando o fator fora religião. O católico usara, em média, mais preservativo na sua última relação sexual se comparado ao não-católico. Assim, o percentual daquele foi de 96,0%.

Nas Tabelas 13, 14 e 15, se observam os fatores associados ao uso de preservativo, com os respectivos OR e IC 95%, além do nível de significância (p).

As variáveis que tiveram efeitos significativos no modelo completo foram: já namorou e religião (Tabela 14). Aquelas com $p > 0,05$ foram retiradas do modelo.

Após análise multivariada final (Tabela 15), ser indivíduo adolescente não-católico foi fator associado ao não-uso de preservativo na última relação sexual; No entanto, se no período anterior a pesquisa o indivíduo adolescente teve a namorar, este fator foi associado positivamente ao uso de preservativo.

6. DISCUSSÃO

6.1. Discussão geral

Este é o primeiro estudo de base populacional dirigido aos indivíduos adolescentes da Ilha de Santiago, cujo objetivo foi tanto documentar a ocorrência de início da vida sexual como o uso de preservativo masculino.

Os resultados apurados nesta tese demonstram que a idade média do início da vida sexual distou entre o grupo ao se considerar o fator sexo, ou seja, enquanto entre os homens adolescentes a média de idade fora de 14,0 anos de idade ($dp = 2,0$) entre as mulheres adolescentes fora de 15,0 anos de idade ($dp = 1,6$). Além disso, ainda em relação ao fator sexo, as proporções de indivíduos adolescentes foram deveras distintas entre os quais tinham iniciado a vida sexual. Entre os adolescentes homens foram de 65,6% (252) e entre as mulheres adolescentes foram de 30,2% (116), com ($p < 0,001$), corroborando a hipótese de outros estudos (WHO, 2002a; BOZON e HEILBORN, 2006), os quais apontam ao fato de que ser homem adolescente é um indicador de início a vida sexual anteriormente à mulher adolescente.

Verificou-se que em média a iniciação sexual de homens adolescentes se manteve anterior a de mulheres adolescentes, o que corresponde à lógica das relações de gênero (PAIVA e col., 2008a). Os motivos relacionados à diferenciação etária da iniciação da vida sexual dos indivíduos adolescentes, se fundamentam tanto nas variantes das condutas e expectativas da família como nas da sociedade. Tanto no âmbito familiar quanto no social estas variantes estão em função da conduta de homens adolescentes tanto como de mulheres adolescentes no momento da sexualização, por exemplo, tendo em vista o rito de casamento, embora se encoraje os homens adolescentes ao início da vida sexual antes do casamento, tal prática não se verifica com mulheres adolescentes. (BORGES e col., 2007).

Outros estudos pesquisaram grandes cidades brasileiras (RUA e ABRAMOVAY, 2001; ABRAMOVAY, 2004). Neles houve indicação de que a

iniciação sexual do homem adolescente se dá, em média, anteriormente à mulher adolescente. Tal fenômeno também é notado na literatura sobre indivíduo adolescente latino-americano, asiático do sudeste e de alguns países europeus com cultura latina (BOZON, 2003). Porém, em países nórdicos, como a Dinamarca, as mulheres adolescentes iniciam a experiência sexual com menos idade se comparado aos homens adolescentes.

Esse diferencial etário na iniciação sexual dos indivíduos adolescentes da Ilha de Santiago pode ser compreendido se o fator considerado não for o biológico, mas o de gênero, pois, ao se comparar com as mulheres adolescentes, os homens adolescentes são encorajados a terem uma vida sexual iniciada e ativa com menor idade. Elas, muitas vezes, são proibidas de iniciarem a vida sexual antes do casamento. Na Ilha de Santiago, enquanto um em cada quatro homens adolescentes teve a primeira relação sexual com até 12 anos de idade, entre as mulheres adolescentes, esse percentual só é possível em uma idade maior, isto é, até os 14 anos.

Revisão de estudos internacionais indica que as diferenças de gênero com relação à iniciação sexual são mais pronunciadas em países com menor desenvolvimento político-econômico (WELLINGS e col., 2006).

Opõe-se a esses estudos os dados do INE (2000), cuja observação indicava que o início da vida sexual, dos indivíduos adolescentes da Ilha de Santiago, na faixa etária de 15 aos 19 anos, foi de 15,8 (dp = 1,2) anos para as mulheres adolescentes e 15,2 (dp = 6,0) anos para os homens adolescentes (INE, 2000). Ademais, as proporções de homens adolescentes e mulheres adolescentes que haviam iniciado a vida sexual não foram diferentes, respectivamente, 50,6% (114) e 62,7% (334) e ($p = 0,205$). Esses dados demonstram que, a respeito do fator gênero, não houve diferenças etárias na iniciação sexual dos indivíduos adolescentes da Ilha de Santiago nos nove anos que antecedem esta tese de doutoramento.

Contudo, os dados desta tese apontam que houve uma mudança no padrão da iniciação sexual dos indivíduos adolescentes da Ilha de Santiago, isto é, os dados revelam as diferenças acerca do fator gênero com relação à iniciação sexual de homens adolescentes e mulheres adolescentes.

Comparando as médias de idade do início da vida sexual entre os adolescentes dos 15 aos 19 anos da Ilha de Santiago (INE, 2000) e as de adolescentes de 13 a 17 anos, do presente estudo, concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significantes entre os adolescentes do sexo feminino ($p < 0,001$) e também entre os rapazes ($p = 0,005$), nesse período de nove anos. Isso mostra que na Ilha de Santiago, em Cabo Verde, e assim como em vários países do mundo, a primeira experiência sexual tem sido em idades cada vez mais jovens (BOZON, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE e UNICEF, 2002). Os resultados desta tese não corroboram os dados do relatório do Ministério da Saúde de Cabo Verde (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE e UNICEF, 2002), no qual a vida sexual começa mais cedo em adolescentes e, na maior parte das vezes, sem informações adequadas. Os resultados do presente estudo mostram que embora o início tenha sido cedo, os adolescentes se declaram informados.

De acordo com o conjunto dos dados bibliográficos pesquisados (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE e UNICEF, 2002; INE, 2000), tanto quanto os dados desta tese de doutoramento, se notou que a iniciação sexual dos indivíduos adolescentes cabo-verdianos ocorre na faixa etária de 14 a 16 anos. Subsequente, vários estudos convergem ao fato de que os comportamentos do indivíduo adolescente pode causar resultados negativos na fase adulta sadia dele, evidenciando as divergências na literatura sobre iniciação sexual do indivíduo adolescente (BOZON, 2005; HEILBORN e col., 2006). BRANDÃO (2003) atribuiu ao início da vida sexual dos indivíduos adolescentes em menor idade o fato de se estar em um meio desestruturado, cujo incentivo exercido pela mídia possui fundamental destaque. O não-uso de métodos contraceptivos associado aos riscos de infecções transmitidas sexualmente são aspectos relevantes à saúde do indivíduo adolescente, principalmente entre os que iniciaram a vida sexual com menos idade que a média dos indivíduos adolescentes. (GONCALVES e col., 2008).

Há estudo em que se observou que nos Estados Unidos de América, desde 1988, se estabilizou a idade de iniciação sexual entre indivíduos adolescentes, na faixa etária de 15 a 19 anos (KIRBY, 2007). Tal resultado coincide com pesquisa feita em 2006, cujo propósito foi comparar o comportamento sexual de indivíduos adolescentes provenientes de 59 países, dentre outros os brasileiros. Evidenciou-se

que a tendência de se iniciar a vida sexual em idade cada vez menor foi menos relatada e menos difundida do que se havia suposto (WELLINGS, e col., 2006).

Nesta tese de doutoramento, se verificou que 12% das mulheres adolescentes pesquisadas, com vida sexual ativa, referiram ter tido pelo menos uma gravidez, sendo que a maioria aos 16 anos de idade. Das que tiveram filho nascido vivo nos últimos 12 meses que se antecedeu a pesquisa, a quase totalidade delas tiveram-no com 17 anos de idade, ou seja, 86,0% do total. Esses dados são diferentes de um estudo sobre gravidez aplicado em mulheres adolescentes provenientes da cidade de Praia, cuja realização se deu pela Organização das Mulheres Cabo-Verdianas (ORGANIZAÇÃO DAS MULHERES DE CABO VERDE, 1992), no qual 46,4% das mulheres adolescentes, na faixa etária de 15 e 19 anos de idade, tiveram ao menos uma gravidez antes dos 19 anos. Ainda neste estudo, se constatou que dentre as mulheres adolescentes grávidas, o maior número delas tinha 17 anos de idade. Apesar das diferenças de população estudada e de tempo entre os dois estudos, cerca de 90% das gravidezes ocorreram na faixa etária de 15 a 17 anos. Tal ocorrência pode indicar manutenção de algum esforço em termos de política pública na prevenção da gravidez em menores de 15 anos de idade.

O grande número de indivíduos adolescentes católicos (84,0%) desta tese de doutoramento coincide com outros estudos sobre indivíduos adolescentes da faixa etária de 15 a 19 anos de idade provenientes da Ilha de Santiago. As pesquisas do INE de 2000 e 2007 apontam que a absoluta maioria dos indivíduos adolescentes declarava ser católico. Naquele ano da pesquisa o percentual fora de 86,0%, neste 88,9%.

Uma das contribuições mais relevantes desta tese de doutorado foi apontar uma relação positiva entre o catolicismo dos homens adolescentes e a respectiva iniciação sexual. Supõe-se que tal constatação indique que os homens adolescentes católicos valorizam mais o prazer do que os não-católicos e, assim, há uma maior valorização do amor relacionado ao ato sexual. Tal constatação está em conformidade com estudo de opiniões e atitudes em relação à sexualidade dos brasileiros (HEILBORN e col., 2006; PAIVA e col., 2008b). Por outro lado, essa

relação pode indicar que a instituição católica está a perder a sua influência moral na organização social e política, assim como a sua capacidade de atrair novos fiéis (BORGES, e col., 2009). Também pode significar uma forma dos indivíduos adolescentes da Ilha de Santiago se questionarem a respeito da moral católica, o que pode resultar na desfiliação ao catolicismo devido à conversão a outra religião, portanto, outra moral religiosa (ALMEIDA e col, 1998).

Verificou-se, nesta tese de doutoramento, que a escolaridade está diretamente associada ao início da vida sexual das mulheres adolescentes. Desta, deste modo, de outros estudos (SILVEIRA MARIÂNGELA F e col., 2002; BORGES, 2004). Tem sido documentada a associação entre menor escolaridade e início da vida sexual em idade menor. É possível que as mulheres adolescentes cabo-verdianas com maior nível escolar sintam-se mais protegidas para iniciar a vida sexual, haja vista que possuem conhecimento e acesso aos MAC, assim como também ocorre com seus potenciais parceiros, levando-as a uma relação, com efeito, mais segura.

Em estudos feitos, a respeito da África Subsaariana, na última década do século XX, especificamente em mulheres nigerianas, cuja faixa etária era de 20 a 24 anos de idade, as quais, ou eram casadas ou estavam em situação de concubinato antes dos 18 anos de idade, se verificou que a porcentagem do início da vida sexual era maior entre as mulheres que obtiveram menos de sete anos de escolaridade, ou seja, 69%, ao se comparar com as que obtiveram sete ou mais anos de escolaridade, isto é, 14%. Ao considerar os mesmos fatores verificados nas mulheres nigerianas, tal fenômeno foi similar entre as mulheres senegalesas, pois, as que obtiveram menos de sete anos de escolaridade representavam 54% e entre aquelas que obtiveram sete ou mais anos de estudos este percentual foi de 6 % (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1998).

Neste mesmo estudo, ao se considerar os mesmos fatores, houve padrão semelhante a respeito da América Latina. A porcentagem do início da vida sexual era de 34% entre mulheres brasileiras que obtiveram menos de sete anos de escolaridade e de 14% entre aquelas que obtiveram sete ou mais anos de escolaridade. Esse estudo demonstra que o início da experiência sexual entre mulheres casadas ou em situação

de concubinato antes dos 18 anos ocorreu com menor idade entre aquelas que apresentavam menor escolaridade (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1998).

O resultado do maior nível de escolaridade em função do início da atividade sexual entre o grupo de mulheres adolescentes pode ser interpretado, em termos de atitudes e projetos pessoais, a considerar as escolhas e prioridades de vida, conforme descrito por outros autores (PIROTTA, 2002; HEILBORN e col., 2006). No entanto, esta associação, inversamente proporcional, possui resultado peculiar entre as mulheres da Ilha de Santiago, pois não coadunaram com o constatado entre mulheres de outros países também pesquisados. Desta forma, se justifica pesquisas adicionais a propósito das mulheres da Ilha de Santiago, como decorrência da relevância para o tema em estudo.

As variáveis religião, frequência à igreja, acesso à mídia, número de pessoas no domicílio, idade da menarca e município de procedência não se mostraram associadas ao evento de interesse (Tabela 9), diferentemente de outros estudos (LEITE e col., 2004; HEILBORN e col., 2006).

Por outro lado, na população estudada, a religião apresentou associação significativa unicamente no grupo dos homens adolescentes (Tabelas 7 e 8).

A idade da menarca e, principalmente, o acesso à mídia têm sido apontadas em outros estudos como fatores associados ao início da vida sexual (WHO, 2004). Em relação à menarca, se a idade for menor, possivelmente também seria menor a idade da iniciação sexual das mulheres adolescentes. Vários estudos demonstram que a menarca ocorre em média aos 12 anos de idade (FEBRASGO, 1997a, 1997b) enquanto que, conforme se verificou nesta tese de doutoramento, a idade da menarca situou-se aos 13,3 anos. Embora tal fenômeno não se associasse com um retardar do início da atividade sexual das mulheres adolescentes da Ilha de Santiago.

O acesso à mídia, relatado no grupo dos indivíduos adolescentes, cumpre, em quaisquer meios sociais, papel significativo na promoção de mudanças culturais em relação ao comportamento sexual e reprodutivo, especialmente em função do objeto informacional vinculado a certa categoria de programas transmitidos e, também, devido à homogeneidade lingüística (ABRAMOVAY e col., 2004). No

entanto, nesta tese de doutoramento, ao contrário do que se poderia supor, tal fenômeno não se mostrou relevante ao desfecho (Tabelas 7, 8 e 9).

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas verificado no grupo dos indivíduos adolescentes, há efetiva quantidade de estudos que advoga serem elas as substâncias tóxicas mais procuradas por adolescentes (GUPTA e LEITE, 2001). Há estudos que associam o consumo de álcool à ocorrência de acidentes e comportamento sexual de risco, os quais deixariam os indivíduos adolescentes vulneráveis às IST e às gravidezes não planejadas (AARONS e col., 1999). É factível que entre os indivíduos adolescentes cabo-verdianos, possivelmente por habitarem espaço geográfico reduzido, bem como serem população relativamente homogênea, não apresentem grandes diferenças sociodemográficas e em relação aos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas e tabaco (LEITE e col., 2004; BOZON e HEILBORN, 2006).

Esta tese de doutoramento aponta que no contexto da primeira relação sexual o indivíduo adolescente cabo-verdiano consome mais álcool se comparado ao consumo de tabaco, isto é, se apurou que dentre eles o consumo de álcool era de 10%. Entre os homens adolescentes este percentual era de 14% e entre as mulheres adolescentes de 6%. Estudo da ASSOCIAÇÃO ZÉ MONIZ (2005) também apurou que o álcool é a substância tóxica mais consumida entre os indivíduos adolescentes e que há maior consumo entre os homens adolescentes se comparado ao consumo entre as mulheres adolescentes.

Esta tese de doutoramento demonstrou que o consumo de bebidas alcoólicas está associado positivamente ao início da vida sexual (Tabela 9). Haja vista que essa ligação fora constatada somente no grupo dos homens adolescentes cabo-verdianos, tal fenômeno pode ser compreendido como uma questão de gênero, na medida em que o consumo de álcool pode estar relacionado aos modos de socialização dos homens.

A variável idade demonstrou-se importante na ocorrência do evento pesquisado e deveria ser considerada no delineamento e na promoção de políticas da saúde sexual e reprodutiva de indivíduos adolescentes. Contudo, nesta tese de doutoramento se considera que tal promoção não deve ser aplicada exclusivamente

aos indivíduos adolescentes, cuja vida sexual já fora iniciada, mas, também, àqueles que ainda não iniciaram a vida sexual. Assim, se fomentara nos indivíduos adolescentes condições de uma vida sexual segura e prazerosa, bem como garantir prevenção contra gestações não planejadas, IST/Aids, livre de coerção e violência (OMS, 2002b). Por fim, esta tese de doutoramento disponibiliza elementos à reflexão sobre o delineamento de políticas de redução de vulnerabilidade dos indivíduos adolescentes às IST/Aids e, particularmente, sobre os limites, possibilidades e desafios das estratégias de promoção do uso do preservativo e de educação sexual que enfatizem as relações desiguais de gênero e ampliem acesso a métodos contraceptivos, em particular junto aos homens adolescentes.

Esta tese de doutoramento demonstra que a porcentagem que iniciou a experiência sexual difere entre o grupo de homens adolescentes se comparado ao de mulheres adolescentes. Embora nesta tese de doutoramento se reforce a argumentação, já mencionada em outros estudos supracitados, de que no grupo dos indivíduos adolescentes o início da vida sexual ocorre cada vez em menor idade, se comparado às pesquisas feitas em anos anteriores com o mesmo grupo. Esta tese também contrasta a argumentação de que tal fenômeno ocorre entre a maioria dos indivíduos adolescentes cabo-verdianos desprovida de informações adequadas, haja vista que nela há um alto nível significativo de informação, isto é, antes de terem a primeira relação sexual 93% conhecia algum MAC e a maioria sabia que se deveria usar preservativo no ato sexual.

Por outro lado, na maioria dos países subsaarianos, o uso de quaisquer MAC não ultrapassa 20% no grupo das mulheres adolescentes casadas, embora mais de 60% delas declararem não desejar nem engravidar nem ter filhos nos primeiros anos da vida conjugal (MOTT e col., 1996). Na maioria destes países, no grupo das mulheres adolescente casadas, aproximadamente 66% quer adiar a gestação e a maternidade. Na mulher adolescente, além dela querer ou não gestar um filho, há outros fatores tais como situação conjugal, expectativas familiar, condutas culturais, bem como o acesso aos serviços públicos de contracepção e de saúde, que determinam o uso, ou não-uso, de algum MAC. (SILVEIRA MARIÂNGELA F e col., 2002).

Há, igualmente, baixo nível de utilização de MAC pelas mulheres adolescentes casadas dos países do norte da África e do Oriente Médio. Entretanto, este nível é variável nas mulheres adolescentes casadas dos países asiáticos. Assim, se observou que nas indianas e paquistanesas manteve-se o baixo nível de utilização de MAC, isto é, 5%. Já nas indonésias e tailandesas, o nível é relativamente alto, ou seja, 40%. (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1998).

A prevalência de uso de MAC na referida última relação sexual dos indivíduos adolescentes da Ilha de Santiago é elevada. Neste contexto o percentual foi de 69,3%, o qual, com efeito, é maior se comparado ao mesmo grupo proveniente de outros países onde se tem alta prevalência de uso de MAC. Nestes países, existem reconhecimento do objetivo consistente das políticas internas de intervenção na prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, infecção por HIV e Aids. Entretanto, num destes países, de modo específico, o Brasil, não mais que 46% das mulheres adolescentes casadas, cuja faixa etária se encontra entre 15 e 19 anos, usavam algum MAC na última década do século XX (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1998).

Por outro lado, nas mulheres adolescentes casadas haitianas (2000) e bolivianas (2003), as quais são, respectivamente, de país caribenho e latino, as porcentagens de uso do MAC foram, respectivamente, 28% e 58%. Tal percentual é maior se comparado à parte significativa dos grupos de mulheres adolescentes casadas provenientes de alguns países da África Subsaariana (KHAN e col., 2007).

Para cada um de boa parte dos países da África Subsaariana se pesquisou o equivalente grupo de mulheres adolescentes casadas, de tal forma que, em cada grupo não se averiguou mais de 20% de uso de MAC (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1998). Por exemplo, em amostra pesquisada, em 2004, se averiguou que no grupo de mulher casada, composto por camaronesas e lesotianas, o qual fora dividido por faixa etária de 20 a 29 anos bem como de 15 a 49 anos, as prevalências de uso do preservativo foram, respectivamente, 10,3% e 5,7% (ADAIR, 2007, 2008).

SCHOR (1985, 1995) expõe a variável “estar a namorar” como um marcador/indicador demográfico essencial ao estudo de grupo de indivíduos adolescentes. Assim sendo, a variável “estar a namorar” compõe o contexto basilar

do ato sexual dos indivíduos adolescentes, além de ser uma variável importante na análise do comportamento sexual e reprodutivo (SCHOR, 1995; PIROTTA e SCHOR e col., 2004). Tal fenômeno fora constatado nesta tese de doutoramento, pois, no momento da entrevista, entre os indivíduos adolescentes que usaram algum MAC, 75,3% deles namoravam.

Nos indivíduos adolescentes, analisados nesta tese de doutoramento, o nível percentual da variável namoro alterou de modo considerável nas distintas disposições etárias. No momento da entrevista o nível percentual foi maior na faixa etária entre 16 e 17 anos de idade do que na de 13 anos. Enquanto naquela o percentual apurado foi de 66,3%, nesta foi de 6,8%.

Ainda nesta tese, se apurou que no momento da pesquisa os indivíduos adolescentes em namoro tiveram mais chances de usar algum MAC (2,82 vezes) se comparados aos que não namoravam.

No momento da aplicação do questionário, dentre os indivíduos adolescentes pesquisados a maior parte deles declarou conhecer ao menos um MAC. O que condiz com os dados de outra pesquisa (INE, 2007), os quais revelam que praticamente a totalidade dos indivíduos adolescentes da Ilha de Santiago, na faixa etária de 15 a 19 anos, conhece pelo menos um MAC. Tal fenômeno, no entanto, não é privilégio deles, haja vista que este nível percentual é semelhante em indivíduos adolescentes de outros países (INE, 2000, 2002a).

Estudos realizados no Brasil por SCHOR e col. (2000) em indivíduos adolescentes com idade menor de 14 anos identificam baixo nível porcentagem de algum conhecimento sobre MAC, isto é, 48,3%. Conforme esses autores, tal fato seria explicado em razão de o indivíduo adolescente não ter iniciado a atividade sexual. O que se pode intuir ao analisá-los aos 15 anos e aos 19 anos, pois naquela idade o nível percentual foi de 55%, nesta 92%. Entretanto, o nível percentual se refere, apenas, ao conhecimento quantitativo entre eles e não qualitativo.

Na população cabo-verdiana apurou-se que o conhecimento sobre algum MAC é percentualmente alto, ou seja, acima de 97% (INE, 2007). Evidencia-se que possuir conhecimento sobre MAC é uma das condições básicas para a sua utilização. A prevalência do uso de algum MAC entre os cabo-verdianos é alta, ou seja, acima

75% no conjunto de indivíduos casados, independente do sexo. Fora isso, se se considerar as mulheres sexualmente ativas, o uso de algum MAC por elas é de 57,6%, sendo a pílula (42,5%) e o preservativo (20,5%) os que possuem as maiores prevalências. Essa pesquisa demonstra que a prevalência de uso de algum MAC nos indivíduos adolescente cabo-verdianos, cuja faixa etária é de 15 a 19 anos, é de 50,6% (INE, 2007).

Estes dados, bem como outros discutidos nesta tese de doutoramento, demonstram que o processo educativo sobre MAC e a distribuição de preservativos feita regularmente pelos órgãos públicos de saúde podiam contribuir ao importante aumento do nível de utilização de MAC pelos indivíduos adolescentes.

Em relação aos fatores associados ao uso de MAC, a ausência de associação estatística com o conhecimento sobre contracepção, o que é corroborado por outro estudo (ALMEIDA e col., 2003), demonstra que o alto índice de conhecimento de MAC não está necessariamente associado ao uso dos mesmos. Assim, é possível supor que, entre os indivíduos adolescentes cabo-verdianos, o uso de MAC estaria associado mais ao conhecimento sobre IST e menos sobre questões reprodutivas. Nesta tese de doutoramento, se averiguou na amostra que o principal MAC utilizado foi o preservativo masculino e o segundo a pílula, os quais representam, respectivamente, 94,9% e 26,4% do uso referidos pelos indivíduos adolescentes. Contudo, não se pode excluir que a facilidade de uso do primeiro em relação ao segundo é fator determinante, haja vista que ambos possuem a mesma facilidade de acesso.

Por outro lado, o insuficiente conhecimento sobre o uso de algum MAC pode ser um fator de resistência ao uso (ESPEJO e col., 2003) do mesmo modo que um alto nível de conhecimento sobre MAC não determinará mudanças de comportamento se eles não estiverem acessíveis à livre escolha dos indivíduos adolescentes.

O fácil acesso informacional sobre sexualidade não garante aos indivíduos adolescentes nível maior de proteção contra as IST e gravidezes não planejadas (CAMPOS, 2000). Por outro lado, o desconhecimento sobre o ato sexual e MAC

pode elevar a incidência da gravidez não planejada nas mulheres adolescentes, assim como elevar a transmissão de IST e Aids nos indivíduos adolescentes.

Nesse sentido, nas mulheres cabo-verdianas, se inclui neste grupo as mulheres adolescentes, há maior concentração do uso de dois métodos: a pílula e a camisinha. Comparativamente, no entanto, entre as mulheres brasileiras há maior centralização no uso de pílula e de camisinha apenas nas mulheres adolescentes, pois nas mulheres adultas o uso de MAC possui os maiores níveis em pílula e em esterilização feminina (CAMPOS, 2000). O acesso à informação de boa qualidade e a disponibilidade de alternativas contraceptivas são aspectos fundamentais nos programas de planejamento familiar, destinados não apenas aos adolescentes, mas à população em geral.

A idade na primeira relação sexual do indivíduo adolescente constitui fator importante na análise da saúde sexual e reprodutiva. No entanto, nesta tese de doutoramento, se verificou que este fator não teve qualquer influência no uso de MAC. Contrariamente, desta maneira, ao averiguado em outro estudo similar empreendido na Bahia, Brasil (ALMEIDA e col., 2003).

Assim, nos resultados da Tabela 12, se observa que os fatores sexo e consumo de substâncias tóxicas lícitas (álcool e tabaco), apesar de serem relevantes, não explicam as diferenças na prevalência do uso de MAC.

A escolaridade é umas das variáveis tidas como fundamentais na educação sexual, principalmente na prevenção da gravidez em adolescentes por meio da utilização de um MAC (GIFFIN, 2002). Esta variável mostrou-se importante na explicação do comportamento contraceptivo. Os indivíduos adolescentes com menos anos de estudos obtiveram chances reduzidas de usar algum MAC se comparados aos com mais anos de estudo. Sendo assim, quanto menos anos de estudo, menores são as chances de um adolescente usar MAC na sua última relação sexual. Esta constatação é similar aos resultados de outros estudos (KHAN e col., 2007; GIFFIN, 2002), os quais demonstraram, conforme se averiguou nesta tese, que educação afeta positivamente o uso de contraceptivos.

A literatura (ADAIR, 2008; SCHOR, 1995) sugere que a idade está diretamente relacionada ao uso de MAC; desse modo, ser um indivíduo adolescente

mais velho se comparado aos demais é um fator que aumenta as chances do uso de MAC. Este padrão se verificou nos dados desta tese de doutoramento, cuja idade tem uma relação direta com o uso de MAC na ocasião da última relação sexual (Tabela 12).

SCHOR (1995) demonstrou que entre mulheres adolescentes, cuja residência pode estar ou em meio urbano ou em meio rural, aquelas possuem chance 1,24 vezes maior de usar MAC se comparadas a estas. Esta tendência se manteve na amostra analisada por esta tese de doutoramento, contudo, a chance foi maior do que o estudo de SCHOR, ou seja, 2,02 vezes, se se comparar o meio urbano, especificamente o município da capital da Ilha e os municípios fora dela. (Tabela 12).

Observou-se que a chance de indivíduos adolescentes que iniciaram a vida sexual mais tardiamente ter usado um MAC foi 1,40 vezes maior que os demais (não estatisticamente significativo); dos que se declaram com maior escolaridade, foi 2,03; dos que estudavam em escolas do município da Praia, a chance foi 2,02 vezes se comparado àqueles que estudavam em outros municípios da Ilha de Santiago; e os adolescentes que namoravam na época da entrevista apresentaram maior chance de uso de um MAC, isto é, 2,82 vezes (Tabela 12).

É notável que o uso de preservativos na primeira relação do indivíduo adolescente seja tão frequente em um país com predominância de católicos. Sendo que tal prática contraria os ritos e a moral da Igreja Católica.

A maioria absoluta dos indivíduos adolescentes cabo-verdianos, analisados nesta tese, declarou que usara preservativo na ocasião da primeira relação sexual, isto é, 84,72%. A alta prevalência de uso do preservativo no grupo analisado é maior do que o averiguado em outros de países onde a prevalência de uso do preservativo é considerada alta como, por exemplo, o Brasil. Nos indivíduos adolescentes brasileiros se averiguou em um estudo recente que a prevalência de uso de preservativo na primeira relação dos homens adolescentes e mulheres adolescentes em 2005 foi, respectivamente, de 68,3% e 62,5% (TEIXEIRA e col., 2006).

Conforme se verificou nesta tese de doutoramento, a prevalência de preservativo apurada nos indivíduos adolescentes cabo-verdianos é dessemelhante da

investigada no mesmo grupo de outros países da África Subsaariana. Neste o uso de MAC pelos indivíduos adolescentes possui, geralmente, baixo nível. A alta proporção de uso de preservativo é típica de uma geração que iniciou sua vida sexual sob a égide das campanhas de prevenção da Aids e especialmente relevante quando considerado que o uso de preservativo no início da vida sexual está associado ao seu uso subsequente (TEIXEIRA e col., 2006).

A experiência europeia (WELLINGS e col., 2006) ensina que a educação continuada, desde a infância, sobre a sexualidade – afirmando-se o direito à informação e ao acesso a insumos, incluindo preservativos e contraceptivos – resulta na dispensa da temática do adiamento da iniciação sexual, o qual surge como consequência dos conhecimentos adquiridos pelos indivíduos adolescentes.

A alta percentagem de uso do preservativo pelos indivíduos adolescentes da Ilha de Santiago, diferentemente do mesmo grupo de outros estudos, sugere que a negociação de uso do preservativo masculino não tem sido impedida por padrões sociais pautados em relações desiguais de gênero. Esta diferença é relevante, pois estudos realizados no Brasil (PIROTTA, 2002; CASTRO e col., 2004) indicam que a negociação do uso do preservativo masculino encontra obstáculos por causa dos padrões sociais, os quais fragilizam mulheres adolescentes que, muitas vezes, devido à cumplicidade, à insegurança afetiva, às noções de amor romântico e à fidelidade podem contribuir para que desconsiderem a administração do seu poder reprodutivo e o direito de se prevenir em relação às IST/Aids.

O baixo índice de Aids em Cabo Verde pode se relacionar aos muitos fatores, citadamente, alta prevalência do uso de preservativo, introdução do programa educacional acerca da sexualidade e reprodução realizado em escolas secundárias públicas, distribuição gratuita de preservativo, políticas de cooperação entre Brasil, Portugal e Cabo Verde com o objetivo de se prevenir a transmissão da Aids, da mesma forma que o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1998).

A prevalência do uso de camisinha na quase totalidade dos indivíduos adolescentes cabo-verdianos, ou seja, em 94,9%, foi maior do que se apurou no

mesmo grupo em outros países da África Subsaariana, onde o uso de preservativo geralmente possui baixo nível.

Além do MAC, a prevalência de uso de preservativo verificada nos indivíduos adolescentes da Ilha de Santiago também foi maior do que o mesmo grupo de indivíduos adolescentes provenientes do Brasil. Em estudos realizados em João Pessoa (PB), em indivíduos adolescentes na faixa etária de 12 a 19 anos e em Legião Mirim município de Marília (SP), em indivíduos adolescentes na faixa etária de 16 e 18 anos, apenas, respectivamente, 42,9% e 45,4%, declararam o uso de preservativo na ocasião da primeira relação sexual (ROJAS e col. 2006).

A alta prevalência de uso frequente de MAC pelos indivíduos adolescentes cabo-verdianos, cuja adequação é especialmente voltada à prevenção de IST/Aids e, portanto, ao uso de preservativo masculino, é resultante de políticas públicas, como, por exemplo, distribuição gratuita de camisinha e introdução do programa educacional sobre sexualidade e reprodutiva realizado em escolas secundárias públicas. Tais políticas públicas distam do que ocorre em outros países da região subsaariana, e pode ter contribuído muito para a prevenção de transmissão do vírus. Deste modo, a prevalência de HIV em Cabo Verde (INE, 2007) é bastante baixa, variando de 0,8% a 1,5% da população, contrariamente ocorreu em outros países da África Subsaariana, onde a epidemia parece estar estabilizada, com prevalência de 7,4% (ROJAS e col., 2006). A porcentagem de HIV em indivíduos adolescentes cabo-verdianos é aproximadamente 0%.

Estudo realizado em 2005 verificou-se em mulheres adolescentes de Marília, São Paulo, que a porcentagem do uso de pílula na primeira relação sexual foi de 63,6% (ROJAS e col., 2006.). Este percentual fora mais que o dobro do que averiguado entre as mulheres adolescentes analisadas por esta tese de doutoramento, ou seja, 26,4%.

Estudos do Brasil indicam uma tendência de abandono do preservativo masculino na vigência da estabilização do relacionamento dos indivíduos adolescentes brasileiros. Tal fenômeno pode ser intuído como uma prova de amor, confiança e fidelidade no relacionamento ou consequência de uma proteção e

imunidade ligadas ao sentimento do amor (PIROTTA, 2002; BORGES e SCHOR, 2005).

Por outro lado, alguns estudos (CLARK, 2004; CLARK e col., 2006), demonstram que mulheres adolescentes casadas usam com menos frequência o preservativo masculino se comparadas as não-casadas. Isso se deve ao fato de que naquelas o nível de poder de negociação do uso de preservativo é baixo.

O uso de preservativo masculino foi tanto referido por mulheres quanto por homens. Tal confirmação ora pode se relacionar à prevenção da gravidez não planejada, ora à eficiência das campanhas de prevenção das IST e Aids. Contudo, ainda há a possibilidade de ser os dois fatores ao mesmo tempo. Embora se faça necessária a aceitação do parceiro para se usar o preservativo masculino, as mulheres adolescentes possuíam maiores percentuais de conhecimento e uso em todos os MAC analisados nesta tese. Pode-se intuir disso que, culturalmente, elas possuem a responsabilidade pelo uso de MAC (ALMEIDA e col., 2003).

Outros estudos demonstram que vários fatores estão associados ao uso de preservativo masculino, entre os quais se destaca o conhecimento sobre as questões acerca da reprodução, o sexo, o tipo de envolvimento afetivo, situação econômica e acesso aos MAC, bem como o grau de independência dos indivíduos adolescentes (CALAZANS, e cols., 2005; TEIXEIRA e col., 2006).

Nesta tese se averiguou que a alta prevalência do uso de preservativo masculino pelo indivíduo adolescente em sua última relação sexual é condizente com os dados da pesquisa a respeito da demografia e saúde reprodutiva de mulheres adolescentes cabo-verdianas, na faixa etária de 15 e 19 anos (INE, 2007).

Contudo, a prevalência de uso de preservativo masculino nos indivíduos adolescentes da Ilha de Santiago do presente estudo (94,9%) difere muito em magnitude da encontrada na população juvenil cabo-verdiana (de 15 a 19 anos) (55,3%) e em população dessa faixa etária da Ilha de Santiago (48,4%) (INE, 2007).

A diferença averiguada do uso de preservativo masculino está em função do sexo do indivíduo adolescente e seu vínculo afetivo-sexual com o parceiro (a). As escolhas realizadas por homens adolescentes e mulheres adolescentes ao longo de suas trajetórias sexuais estão associadas à existência de diferenças de gênero no que

tange às concepções de vínculo afetivo-sexual (TEIXEIRA e col., 2006). Essas concepções, por sua vez, atrelam-se à concepção da necessidade de proteção (TEIXEIRA e col., 2006) e apelam para a dificuldade das mulheres em negociar o uso do preservativo e o estatuto do relacionamento.

As contribuições desta tese, ainda que não apontem vulnerabilidade das mulheres adolescentes em relação ao não-uso do preservativo masculino, reforçam os dados dos estudos discutidos anteriormente, sobretudo na associação com a percepção de maior risco para HIV ou ocorrência prévia de IST entre mulheres adolescentes, cujo uso do preservativo masculino foi menos freqüente.

Sobre o fator religião e parceiro afetivo-sexual, as contribuições desta tese, as quais estão em concordância com outros estudos da literatura (HEILBORN e cols., 2006; PAIVA e col., 2008b), verificaram que são fatores importantes a serem considerados em pesquisas, bem como na organização de serviços de prevenção e assistência. A distribuição segundo religião coincide com aquela descrita em pesquisas sobre demografia e saúde reprodutiva (INE, 2000, 2007), nas quais se registraram que indivíduos adolescentes católicos usam mais preservativos, se comparados aos não-católicos e mulheres adolescentes têm uso mais freqüente do que homens adolescentes.

A religião influenciou o uso de preservativo nas relações sexuais dos indivíduos adolescentes. Os homens adolescentes católicos relataram mais uso se comparados aos não-católicos. Embora não houve estudo quantitativo na Ilha de Santiago comparável aos desta tese na literatura indexada, tal averiguação é relevante no planejamento de estratégias que envolvam o uso de MAC para prevenir gravidez não planejada e IST, incluindo a Aids.

Por outro lado, outro estudo cabo-verdiano com delineamento qualitativo em indivíduos adolescentes (DOMINGOS, 2008) não encontrou, entre homens adolescentes, a relação uso de preservativo e religião. Todavia, o fator religião de tal estudo não distinguiu as religiões.

Constatou-se, nesta tese, que o uso de preservativo masculino na última relação sexual foi muito mais freqüente em indivíduos adolescentes com parceiro afetivo-sexual no período que antecedeu a pesquisa. Tais achados são diferentes dos

observados em alguns estudos internacionais (PIROTTA, 2002; PAIVA, 2000). Nestes, o preservativo foi parcialmente substituído por outros MAC, tais como o contraceptivo hormonal oral ou injetável. Isso pode ser explicado pelo fato de que, apesar de as mulheres adolescentes entrevistadas terem iniciado a vida sexual fora de uma união e em idade mais cedo, elas substituíram o preservativo como método contraceptivo preferível justamente por estarem inseridas em um relacionamento mais estável e com vínculo afetivo-amoroso. Esse modo de relacionamento ratifica uma tendência de abandono do preservativo na vigência da estabilização do relacionamento, como prova de amor, confiança e fidelidade ao parceiro ou como consequência de uma sensação de proteção e imunidade devido à suposta fidelidade monogâmica.

Os dados do presente estudo sugerem que o homem adolescente inicia a vida sexual antes que a mulher adolescente e que o preservativo intensifica a segurança de proteção contra as IST/HIV, além de evitar a gravidez não planejada, o que está em acordo com a literatura (PAIVA e col., 2008a; BORGES e col., 2007).

6.2. Súmula do primeiro artigo (anexo 1) pag. 103

Tavares CM, Schor N, França Junior I, Diniz, CSG Fatores Associados ao Início da Vida Sexual e o Uso de Preservativo entre Adolescentes da Ilha de Santiago, Cabo Verde – África Ocidental. Cad. Saúde Pública, no prelo, 2009.

Obs: Artigo Aceito em CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA (ANEXO 7).

Este estudo é um dos poucos em países da África Subsaariana, em particular Cabo Verde, que estimou os fatores associados ao início da vida sexual segundo sexo. Nos rapazes, os fatores associados ao início da vida sexual foram: idade maior que 14 anos, ser católico e consumo de bebidas alcoólicas. Para meninas: escolaridade maior que nove anos e ter parceiro afetivo-sexual.

Em Cabo Verde, assim como em vários países do mundo, a primeira experiência sexual tem sido em idades cada vez mais jovens (BOZON, 2003; MS DE CABO VERDE E UNICEF, 2002). A iniciação sexual de adolescentes do sexo masculino continua a ocorrer antes que a do sexo feminino, correspondendo à lógica das relações de gênero (PAIVA e col., 2008a). O início da vida sexual em idade muito jovem (antes dos 15 anos) tem sido mostrado como importante fator de risco para gravidez na adolescência e aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV (SVARE e col., 2002). Iniciar a vida sexual mais cedo não é um problema por si só, mas pode indicar situações em que jovens podem ter iniciado a vida sexual sem proteção e/ou com violência (LONGO, 2002).

Os resultados desta tese mostram que embora o início tenha sido cedo, os adolescentes se declararam informados sobre sexualidade. Na população estudada, havia um alto nível de informação sobre as formas mais conhecidas de contracepção – 93% conheciam algum tipo de métodos anticoncepcionais antes da primeira relação sexual e a maioria sabia que deveria usar preservativo. Isso pode ser efeito das ações do programa de saúde sexual e reprodutiva nas escolas secundárias. Uma grande proporção (84,72%) de adolescentes declarou ter usado preservativo na primeira relação sexual. A alta prevalência de uso do preservativo é maior do que em países com prevalência de uso do preservativo considerada alta, como, por exemplo, o Brasil. Um estudo recente mostrou que a prevalência de uso de preservativo na primeira relação dos adolescentes brasileiros em 2005 foi de 68,3% e 62,5%, respectivamente, para rapazes e moças (TEIXEIRA e col., 2006).

Na composição da amostra estudada, não houve recusas ou perdas, garantindo sua representatividade. Contudo, em estudos dessa natureza, parte das diferenças entre meninas e meninos pode ser devido a vieses de declaração, ou seja, os meninos podem relatar mais experiências relativas à sexualidade e meninas, menos (NARRING e col., 2000).

Esta pesquisa mostra que o início da vida sexual em adolescentes pode ser feita de maneira mais segura se estes tiverem informação, educação sexual e acesso a métodos.

6.3. Súmula do segundo artigo (anexo 2) pag. 126

Tavares CM, Schor N, França Junior Ivan. Uso de métodos anticoncepcionais e fatores associados em adolescentes de Cabo Verde- África Ocidental.

Obs: Artigo submetido para a revista *Ciência & Saúde Coletiva* (ANEXO 8).

O presente estudo é o primeiro em Cabo Verde que estima a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes, particularmente na última relação sexual e os possíveis fatores associados a sua utilização. Entre os 368 adolescentes, 69,3% (255) referiram ter usado MAC na sua relação sexual mais recente, sendo mais freqüentes o preservativo (94,9%) e a pílula (26,4%). Fatores significativa e positivamente associados ao uso de MAC na relação atual foram: morar em município da capital (OR=2,02; IC95%: 1,23;3,32), ter namorado anteriormente à época da entrevista (OR=2,82; IC95%: 1,51;5,26) e escolaridade maior que oito anos de estudo (OR=2,03; IC95%: 1,23;3,33).

A utilização de preservativo masculino foi a mais referida por mulheres e homens, o que pode estar relacionado ao fato de ser uma forma de prevenir gravidez ou à forte influência das campanhas de prevenção das IST e Aids, ou ambos. Apesar da conotação “masculina” que o preservativo tem, as adolescentes foram as que apresentam maiores percentuais de conhecimento em todos os métodos pesquisados, o que possivelmente traduz uma cultura que situa o uso de MAC como responsabilidade primordialmente feminina (ALMEIDA e col., 2003).

Nos adolescentes, como em qualquer outra faixa etária, a escolha de um MAC deve ser livre e informada. A facilidade de acesso à informação sexual não garante maior proteção contra as IST e gravidezes não planejadas (CAMPOS, 2000). Por outro lado, o desconhecimento sobre sexo e MAC pode levar ao aumento da incidência da gravidez não planejada, HIV e Aids entre os adolescentes.

Alguns elementos metodológicos do presente estudo devem ser considerados. No computo geral, as diferenças entre sexo não foram significativas para que justificassem um desenho separado por sexo. Ainda que a amostra seja representativa da totalidade de escolares do ensino secundário da Ilha de Santiago, os

resultados do segundo artigo, assim como de outros estudos dessa natureza, são suscetíveis a vieses de declaração pelos adolescentes.

Considerando-se o elevado uso de preservativo e a associação entre escolaridade e utilização de MAC entre adolescentes, as políticas atuais de saúde sexual e reprodutiva em Cabo Verde parecem expressar resultados positivos, contribuindo para diminuição da infecção por HIV.

6.4. Súmula do terceiro artigo (anexo 3) pag. 145

Tavares CM, Schor N. Uso de preservativo entre adolescentes da Ilha de Santiago, Cabo Verde – África Ocidental.

Obs: Artigo submetido para Revista de Saúde Pública (ANEXO 9).

Existem poucos trabalhos em Cabo Verde sobre o relacionamento sexual de adolescentes, em particular em relação à proteção das doenças sexualmente transmissíveis. Este é o primeiro estudo probabilístico, representativo e cujos dados foram analisados por meio de modelos multivariados sobre a ocorrência do uso de preservativo e fatores associados entre adolescentes em Cabo Verde.

A prevalência de uso de preservativo na última relação sexual foi de 94,9%. Fatores associados ao uso de preservativo na última relação foram: religião não católica (OR=0,68, IC 95%: 0,52; 0,88) e parceria afetivo sexual no período anterior à pesquisa (OR = 5,15, IC 95%: 1,79; 14,80).

No presente estudo, mediram-se variáveis novas não encontradas em estudos semelhantes consultados. Contudo, não se mediram algumas variáveis que se mostraram importantes para explicar o desfecho em estudo, segundo outras investigações (GAYET e col., 2003; TEIXEIRA e col., 2006).

Os dados do presente estudo mostram alta prevalência no uso do preservativo na última relação sexual por adolescentes, o que pode ser resultado de programas oficiais de prevenção de IST/Aids. Por outro lado, o diferencial por

religião e parceiro afetivo-sexuais no uso do preservativo revela a necessidade de ações de prevenção voltadas para segmentos da população religiosos não católicos e que não possuem parceiro afetivo sexual.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os escolares do ensino secundário público da Ilha de Santiago representam 58% dos indivíduos adolescentes nesta faixa etária (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2004).

Os estudos transversais são de baixo custo, rápidos e possibilitam estimar prevalência. Contudo, não estabelecem a sequência dos eventos em análise, isto é, não levam a compreender o tema no decorrido tempo da vida dos indivíduos adolescentes, o que pode ser empecilho no estabelecimento de relações de causa e efeito. Apesar dessa limitação, estudos transversais têm sido utilizados para o reconhecimento de possíveis causas, a serem incluídas em estudos longitudinais que são mais adequados para descreverem os fatores de risco de um determinado evento em estudo. Dessa forma, se recomenda a realização de estudos longitudinais que apliquem a mesma metodologia desta tese de doutoramento no corpo estudantil da escola secundária pública, o que poderia reforçar ou complementar os dados sobre os fatores associados à prevalência de iniciação sexual, uso de métodos anticoncepcionais e uso de preservativo masculino nos indivíduos adolescentes da Ilha de Santiago, Cabo Verde.

Alguns elementos metodológicos desta tese devem ser considerados. Na composição da amostra pesquisada, foi desprezível o percentual de recusa e perda (0%). Ainda que a amostra seja representativa do corpo estudantil do ensino secundário da Ilha de Santiago, os resultados desta tese de doutoramento, assim como de outros estudos dessa natureza, são suscetíveis a vieses de declaração pelos indivíduos adolescentes.

Parte das diferenças entre homens adolescentes se comparados a mulheres adolescentes pode ser relacionada às expectativas de gênero, isto é, enquanto eles podem relatar mais experiências relativas à sexualidade, elas podem menos (NARRING e col., 2000).

Nesta tese de doutoramento, foram medidas novas variáveis não investigadas em estudos semelhantes como, por exemplo, acesso à mídia (ter rádio e TV) e a proveniência municipal do indivíduo adolescente. Contudo, não foram

analisadas algumas variáveis tais como raça e escolaridade da mãe, as quais se demonstraram importantes para explicar os desfechos em outras investigações (TEIXEIRA e col., 2006; GAYET e col., 2003).

A variável idade demonstrou-se importante na ocorrência do evento pesquisado e deveria ser considerada no delineamento e na promoção de políticas da saúde sexual e reprodutiva de indivíduos adolescentes. Contudo, nesta tese de doutoramento se considera que tal promoção não deve ser aplicada exclusivamente aos indivíduos adolescentes, com a vida sexual iniciada, mas, também, àqueles que ainda não iniciaram a sexualmente. Assim, se fomentara nos indivíduos adolescentes condições de uma vida sexual segura e prazerosa, bem como garantir prevenção contra gestações não planejadas, IST/Aids, livre de coerção e violência (WHO, 2002b). Por fim, esta tese de doutoramento disponibiliza elementos à reflexão sobre o delineamento de políticas de redução de vulnerabilidade dos indivíduos adolescentes às IST/Aids e, particularmente, sobre os limites, possibilidades e desafios das estratégias de promoção do uso do preservativo e de educação sexual que enfatizem as relações desiguais de gênero e ampliem acesso a métodos contraceptivos, em particular junto aos homens adolescentes.

As diferenças entre os homens adolescentes e as mulheres adolescentes não foram significativas no segundo artigo. Assim, não se justificou delineamento separando por sexo.

Ao se averiguar os dados do segundo e terceiro artigos, se considerando os indivíduos adolescentes, na ocasião da última relação sexual deles, se demonstram alta prevalência no uso do preservativo. Tal fenômeno pode ser resultado das políticas contemporâneas tanto de saúde sexual bem como da reprodução em Cabo Verde. Averiguou-se que tais resultados manifestam resultados positivos, contribuindo para diminuição da infecção por HIV. Por outro lado, os fatores religião e parceria afetivo-sexual, no uso do preservativo revelam a necessidade de ações de prevenção voltadas para segmentos de população, cuja religião é não-católicos e além dos sem parceria afetivo-sexual.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aarons GA, Brown SA, Coe MT, Myers MG, Garland AF, Ezzet-Lofstrom, et al. Adolescent alcohol and drug abuse and health. *J Adolesc Health*. 1999; 24(6):412- 21.

Adair TA. Desire for children and unmet Need for contraception among HIV- positive women in Lesotho. Calverton: ORC Macro; 2007 (DHS working papers, 32).

Adair TA. Men's condom use in higher-risk sex: trends and determinants in five sub-saharan countries. Calverton: ORC Macro; 2008. (DHS working papers, 34).

Alan Guttmacher Institute. Rumo a um Novo Mundo: A vida sexual e reprodutiva de mulheres jovens. New York; 1998. [acessado 2008 fev 29]. Disponível em: http://www.guttmacher.org/pubs/new_world_port.html.

Almeida MCC, Aquino EM, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev Saude Publica*. 2003; 37(5):566-75.

Almeida MCC. Fatores associados ao uso de métodos contraceptivos por adolescentes escolares da rede pública estadual da Bahia. Salvador; 2001 [dissertação de mestrado]. Bahia: Instituto da Saúde Coletiva da UFBA.

Almeida RRM, Chaves MFG. Juventude e filiação religiosa no Brasil. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD). *Jovens acontecendo na trilha de políticas públicas*. V.2. Brasília: CNPD; 1998, p.671-83.

Alouini S, Uzan M, Meningaud JP, Herve C. Knowledge about contraception in women undergoing repeat voluntary abortions, and means of prevention. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 104:43-8.

Araújo MT. Sida no Feminino – Contracepção, gravidez e intenção de ter filhos. In: 3o Congresso virtual HIV-AIDS [evento na internet]; 2003; Lisboa, Portugal.

Associação para a Sociedade e Desenvolvimento Zé Moniz. A saúde e o estilo de vida dos adolescentes cabo-verdianos, freqüentando o ensino secundário. Praia; 2005.

Belo MAV. Conhecimento, atitude e prática em relação aos métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. Unicamp; 2001. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].

Berquó E. Ainda a questão da esterilização feminina. In: Giffin K, Costa SH. Questões de Saúde Reprodutiva, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 113-126.

Berquó E. Como, quando e com quem se casam os jovens brasileiros. In: Comissão Nacional de população e Desenvolvimento (CNPD). Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília (DF): CNPD; 1998. p. 93-108.

Berquó ES, Souza MR. O condom, a anticoncepção e a AIDS. In: Anais do 7o. Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 1990; Caxambu, BR. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1990. v. 3. p. 469-83.

Berquó ES. O rejuvenescimento da fecundidade. In: Encontro Estadual de Políticas Públicas de Juventude; 2003; São Paulo, Brasil.

Bhushan I. Understanding unmet need. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health; 1997. [Working Paper, 4].

Borges ALV, Fujimori E. Enfermagem e a saúde do adolescentes na atenção básica. São Paulo:Manole, 2009.

Borges ALV, Latorre MRDO, Schor N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do município de São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2007; 23 (7):1583-94.

Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil 2002. Cad Saude Publica. 2005; 21(2): 499-507.

Borges ALV. Adolescência e vida sexual: análise do início da via sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo. São Paulo; 2004. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.

Borrego NG. Concepções e realidade atuais da juventude: a experiência cubana. In: Azevedo PF. Juventude, cultura e políticas públicas: intervenções apresentadas no seminário teórico-político do Centro de Estudos e Memória da Juventude 2005; p. 3-17.

Bozon M. A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes. *Popul Soc* (Paris). 2003.

Bozon M. Novas normas de entrada na sexualidade no Brasil e na América Latina. In: Heilborn ML, Duarte LF, Peixoto C, et al., organizadores. Sexualidade, família e ethos religioso. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p.301-13.

Brandão ER. Individualização e Vínculo Familiar em Camadas Médias: Um olhar através da gravidez na adolescência. Rio de Janeiro; 2003. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do rio de Janeiro; 2003.

Bruno ZV, Souza MA, Teixeira LGM, Silva RB, Guanabara EM, e col. Sexualidade e anticoncepção na adolescência: conhecimento e atitude. *Reprod Clim* 1997; 12:137-40. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:521-32.

Calazans G, Araujo Teo W, VENTURI G ; FRANÇA JUNIOR I. . Factors associated with condom use among youth aged 15-24 years in Brazil in 2003. *AIDS* (London), Londres, v. 19, n. Suppl, p. S42-S50, 2005.

Camarano AA. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, organizador. Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento; 1998. p. 109-33.

Campos MAB. Gravidez na Adolescência. A imposição de uma nova identidade. *Pediatr Atual* 2000; 13(11/12):25-6.

Carvalho J. Comportamentos desviantes. In: Campos BP. Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens. Lisboa: Universidade Aberta; 1990. p. 214-49.

Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventude e sexualidade. Brasília: UNESCO; 2004.

Castro MG, Abramovay M. Marcas de gênero na escola, sexualidade e violências/discriminações – representações de alunos e professores. In: Anais do Seminário sobre gênero e educação: Educar para a igualdade. São Paulo, BR. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, Conselho Britânico, Secretaria Municipal de Educação; 2003.

Cavasin S, coordenador. Dossiê: adolescentes, saúde sexual e saúde reprodutiva. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde; 2004.

CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Clark S, Bruce J, Dude A. Protecting young women from HIV/AIDS: The case against child and adolescent marriage. *Int Fam Plan Perspect.* 2006; 32(2):79-88.

Clark, S. 2004. Early marriage and HIV risks in sub-Saharan Africa. *Stud Fam Plann.* 2004; 35(3):149-60.

Comitê de Coordenação de Combate à Sida, Plano estratégico nacional de luta contra asida, Cabo Verde ; 2002.

Corti AP, Souza R. Diálogos com o mundo juvenil: subsídios para educadores. São Paulo; 2005.

Costa JO, Carvalho MAB, Garrido AQ, Gouvêa CML, Alves DS, Bolwerk GA, et al. Sexualidade na adolescência: conhecimentos, atitudes e práticas dos estudantes de Barbacena, 2001. *Ginecol Obstet Atual.* 2003; 12:12-7.

Cruz E, Brito N. Fios da vida: tecendo o feminino em tempos de Aids. Brasília: – Grupo de Incentivo à Vida, Coordenação Nacional de DST e Aids/Ministério da Saúde; 2000.

Díaz J, Díaz M. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Cadernos, Juventude e desenvolvimento,. Brasília, DF, agosto, 1999. 1: 303p.

Domingos ASV. Programa de educação sexual em IST/HIV/SIDA com adolescentes de uma escola secundária de Cabo Verde: percepção dos atores envolvidos no programa [dissertação de mestrado]. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; 2008.

D'oro ACDA. Gravidez na adolescência: estudo de adolescentes atendidas em serviços de saúde da cidade de São Carlos, Estado de São Paulo. São Paulo; 1992 [dissertação de mestrado]. Faculdade de Saúde Pública da USP; 1992.

Du Rant R, Smith J, Kreiter S, Krowchuk D. The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviors among young adolescents. *Arch Pediatr e Adolesc Med* 1999; 153:286-91.

Duarte GA, Alvarenga AT, Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. *Cad Saude Publica*. 2003; 19(1): 207-16.

Duarte GA. Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 (Supl.) 1: 125-30.

Duarte LFD. O Império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna. In: Heilborn ML, organizador. *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Zahar; 1999. p. 21-30.

Espirito-Santo DC, Tavares-Neto J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20: 562-9.

Estatuto da Criança e do Adolescente. Legislação de 1990. [serial online]. Available from:<URL:<http://www.consumidorbrasil.com.br/consumidorbrasil/textos/legislacao/eca.htm>>[2006 jan. 22].

FEBRASGO – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Comissão Nacional Especializada do Planejamento Familiar. Manual de orientação de

anticoncepção. [monografia na internet] Brasília; 1997a [acesso em 07 dez 2007]. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/3890013/Anticoncepcao-Manual-de-Orientacao-Febrasgo-2004>

FEBRASGO – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Material instrucional de capacitação para a assistência em planejamento familiar. Módulo IV. [monografia na internet] Brasília; 1997b [acesso em 07 de agosto de 2007]. Disponível em: http://www.ucg.br/site_docente/enf/luciene/pdf/saude/MoDULO4.pdf

Figueiredo R, Peres C. Relatório Final da Pesquisa “Estudo Exploratório de Uso de Contracepção de Emergência por Adolescentes na Cidade de São Paulo” [monografia na internet]. São Paulo: Núcleo de Estudos para Prevenção da AIDS da USP; 2002 [acesso em 10 de novembro de 2005]. Disponível em: <http://www.redece.org/adolescente.pdf>

Forrest JD. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1485-9.

Foucault M. A história da sexualidade. 11a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1984.

Galland O. *Sociologie de la jeunesse*. Paris: Armand Colin; 1997.

Gayet C, Juárez F, Pedrosa L, Magis C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Publica Mex.* 2003; 45 (Supl 5):S632-40.

Giddens A. *A transformação da intimidade*. São Paulo: Editora UNESP; 1992.

Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saude Publica.* 2002; 18(Supl):103-12.

Gonçalves H, Béhague DP, Gigante DP, Minten GC, Horta BL, Victora CG e Barros FC. Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5. *Rev. Saúde Pública [online].* 2008; v. 42, suppl. 2, pp. 34-41.

Grossman E. Médicos e adolescentes: uma relação de razões e paixões. Rio de Janeiro; 1994. [Dissertação de Mestrado - Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz].

Günther IA. Adolescência e projeto de vida. In: Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde. Cadernos juventude saúde e desenvolvimento. Brasília; 1999, p.86-92.

Gupta N, Leite IC. Tendências e determinantes da fecundidade entre adolescentes no Nordeste do Brasil. *Perspect Int Planej Fam.* 2001; (N Esp):24-9.

Hardy EE, de Moraes TM, Faúndes A, Vera S, Pinotti JA. Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. *Rev Saúde Pública* 1991; 25: 96-102.

Heilborn ML, Aquino E, Bozon M, Knauth DR. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz; 2006.

INE - Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Censo demográfico 2000. Praia; 2002a.

INE - Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Inquérito demográfico e de saúde reprodutiva 1998. Praia; 2000.

INE - Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Inquérito demográfico e de saúde reprodutiva 2005. Praia; 2007.

INE - Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Inquérito sobre as despesas. Cabo Verde: Praia; 2002b.

Khan S, Mishra V, Arnold F, Abderrahim N. Contraceptive Trends in Developing Countries. Calverton: ORC Macro. DHS working papers, 16, 2007.

Kirby D. Emerging answers 2007. Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. Washington: National Campaign to

Prevent Teen and Unplanned Pregnancy; 2007. Disponível em:<http://www.popline.org/docs/322584>[Acesso em 15/5/2008].

Leite IC, Rodrigues RN, Fonseca MC. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2004; 20 (2): 474-81.

Longo LAFB. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. *Rev Bras Estud Popul*. 2002; 19(2):229-48.

Lopez G, Yunes J, Solís JA, Omran A. *Salúd Reproductiva en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS; 1992.

Luz MTM, Castro SR. – Vulnerabilidade e adolescências. In: Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde. *Cadernos juventude saúde e desenvolvimento*. Brasília; 1999. p.93-96.

Matos M, Gaspar T. Gender and smoking in young people in Portugal. In: Lambert M, Hublet A, Verduyck, Mães L, Broucke S, editors. *Gender differences in smoking in young people*. Brussels: Flemish Institute for Helath Promotion, ENYPAT, ECC; 2002. p. 107-20.

Matos MG, Gonçalves A, Gaspar T. *A saúde dos adolescentes portugueses: quatro anos depois*. Lisboa: Edições FMH; 2003.

Melo AV. *A gravidez na adolescência: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo, 1993. [Dissertação de Mestrado - Programa de Estudos de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifica Universidade Católica de São Paulo].

Mensch BS, Bruce J, Greene ME. *The uncharted passage: girls' adolescence in the developing world*. New York: Population Council; 1998.

Ministério da Educação. Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério de Educação e Valorização de Recursos Humanos. *Anuário Estatístico 2004 – 2005*. Praia; 2005.

Ministério da Educação. Gabinete de Estudos e Planejamento do Ministério de Educação e Valorização de Recursos Humanos. Anuário Estatístico 2003-2004. Praia; 2004.

Ministério da Saúde de Cabo Verde, Unicef. Criança e mulher em Cabo Verde: análise de situação. Praia; 2002.

Ministério da saúde do Brasil. PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. 2006.

Ministério da Saúde do Brasil. Programa de Saúde do adolescente: bases programáticas. Brasília: PROSAD; 1989.

Ministério da saúde. CEBRAP - Centro Brasil de análise e planejamento. Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre Hiv/Aids. Brasília; 2000.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS no 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 16 out 1996; Seção 1: 21082-5.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS no 251, de 07 de Agosto de 1997. Aprova as normas de pesquisa envolvendo seres humanos para a área temática de pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos. Diário Oficial da União, 23 set 1997; Seção 1: 21082-5.

Montanari PM. Jovens e deficiência. Comportamento e corpos desviantes. In: Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde. Cadernos juventude saúde e desenvolvimento. Brasília; 1999. p.97-108.

Moraes Filho OB, Albuquerque RM, Hardy EE. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por mulheres com aborto provocado ou espontâneo. Rev IMIP 1997; 11: 32-40.

Mott FL, Fondell MM, Hu PN, Kowaleski-Jones L, Menegham EG. The determinants of first sex by age 14 in a high-risk adolescent population. *Fam Plan Perspect.* 1996;28(1):13-8.

Narring F, Wydler H, Michaud PA. First sexual intercourse and contraception: a cross-sectional survey on the sexuality of 16-20 years old in Switzerland. *Schweiz Med Wochenschr.* 2000; 130(40):1389-98.

Neubern MS. O reconhecimento das emoções no cenário da Psicologia: implicações epistemológicas e reflexões críticas. *Psicol Cienc Prof.* 1999;21(2):62-73.

Nolasco SA. O mito da masculinidade. Rio de Janeiro: Rocco; 1993.

Olinto MTA, Galvão LW. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Rev Saúde Pública* 1999; 33: 64-72.

Organização das Mulheres de Cabo Verde. Relatório do inquérito sobre a gravidez precoce na Praia. Praia; 1992.

Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saude Publica.* 1998; 14(Supl1):S25-32.

Osório LC. O que é a adolescência, afinal?. In: Osório LC. Adolescente hoje. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.10-3.

Paiva V, Aranha F, Basto F. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev Saude Publica.* 2008b; 42(Supl1): 54-64.

Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Rev Saude Publica.* 2008a; 42(Supl 1):45-53.

Paiva V, Venturi G, França-Jr I, Lopes F. Uso de preservativos: pesquisa nacional MS / IBOPE 2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Paiva V. Fazendo arte com camisinha. Sexualidades jovens em tempos de Aids. São Paulo: Summus; 2000.

Paniz VMV, Fassa AG, Silva MC. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(6): 1747-60.

Perez F. Adolescência: em busca dos sujeitos sociais. São Paulo, 1995. [Tese de Doutorado em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Pessoa DGC e SILVA PLN. Análise de dados amostras complexos. IBGE: Rio de Janeiro, 1998.

Pirotta KCM, Schor N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):495-502.

Pirotta KCM. Não há guarda-chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

Reis AOA. O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: Avatares. São Paulo, 1993. [Tese Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Risso-Pascotto C, Sant'Ana DMG. Avaliação dos conhecimentos sobre métodos contraceptivos entre alunos do 1o e 3o anos do ensino médio do Colégio Estadual de Umuarama – Ensino fundamental e médio – Umuarama (PR). *Arq Cienc Saude UNIPAR*. 1999; 3(2):143-51.

Robey B, Ross J, Bhushan I. Meeting unmet need: new strategies. *Popul Rep J*. 1996; (43):1-35.

Rodriguez E. Actores estratégicos par el desarrollo: políticas de juventud para el siglo XXI. México: Instituto Mexicano de la Juventud. Colección Jóvenes, 11, 2002.

Rojas SHCC, Crestani KD, Batista GV, Melo APA. Características reprodutivas das adolescentes da legião mirim de Marília – São Paulo, Brasil, 2005. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2006; 18(2):137-42.

Rua MG, Abramovay M. Avaliação das ações de prevenção às DST/Aids e uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras. Brasília: UNESCO; 2001.

Schor N, Ferreira AF, Machado VL, França AP, Pirotta KC, Alvarenga AT, et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. *Cad Saude Publica*. 2000;16(2):377-84.

Schor N, França AP, Siqueira AAF, Pirotta KCM, Alvarenga AT. Adolescência: vida sexual e anticoncepção. In: 11o Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP – População, globalização e exclusão, 1998, Caxambu/MG. Anais do 11o Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP – População, globalização e exclusão. Caxambu/MG: ABEP, 1998. v.1. p. 232-67.

Schor N, Peres F, Corbett C. Projeto Saúde: Planejamento Familiar – ações de planejamento reprodutivo e familiar em Serra Pelada Município de Curionópolis, PA. In: Programa de Desenvolvimento Social e Econômico em Serra Pelada. PA: Serra Pelada Município de Curionópolis; 2004.

Schor N. Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1995.

Schor, N. Abortion and adolescence: relation between the menarche and sexual activity. *Int. J. Adolesc. Med. Health*, v. 6, p. 225-240, 1993.

Schor, N. Aborto como questão de saúde pública estudo da demanda de mulheres que recorrem ao hospital por complicações do aborto. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1984. (Tese de doutorado).

Secretário Nacional da Juventude: Políticas Publicas de Juventude. In Jesus H. Modo Petistas de fazer eleições 2004. [serial online]. Available from: <URL: http://www.pt.org.br/site/assets/2-0-2004_010-03-44_cartilha_juventude.pdf>[2006 fev. 1].

Silva NV, Henriques MHFT, Souza A. An analysis of reproductive behavior in Brazil: a study conducted under the auspices of the Instituto de Estudos Econômicos, Sociais e Políticos de São Paulo. New York: The Population Council. Demographic and Health Surveys Further Analysis, 6, 1990.

Silveira Mariângela F., Béria JU, Horta BL, Tomas E. Victora CG. Factors Associated With Risk Behaviors for Sexually Transmitted Disease/AIDS Among Urban Brazilian Women. *Sexually Transmitted Diseases*. 2002;29(9):536-541.

Svare EI, Kjaer SK, Thomsen BL, Bock JE. 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.

Tavares CM, Camarano AA, Abreu LC. Fecundidade de mulheres Cabo-Verdianas – África Ocidental. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2008;18(1):1-10.

Teixeira AMFB, Knauth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas de jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(7):1385-96.

Unesco. AIDS epidemia. Geneva: Unaid; 2004. <http://www.unaids.org/En/other/functionalities/search.asp> (acessado em 21/Dez/2007).

Viana FJM. A prática de sexo seguro entre estudantes escolares de escolas públicas de Minas Gerais. Unicamp; 2004. [Dissertação de doutorado]. Unicamp: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Vianna LCR. A Idade média: uma reflexão sobre o mito da juventude na cultura de massa. Brasília: Universidade de Brasília. Série Antropologia, 121, 1992.

Vieira EM, Badiani R, Dal Fabbro AL, Rodrigues Jr. AL. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2002; 36: 263-70.

Vieira EM. O arrependimento após a esterilização feminina. *Cad Saude Publica*. 1998; 14(Supl):S59-68.

Warren CW, Santelli JS, Everett SA, Kann L, Collins JL, Cassell C, et al. Sexual behavior among U.S. high school students, 1990-1995. *Fam Plann Perspect.* 1998; 30(4):170-2, 200.

Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet.* 2006; 368(9548): 1706-28.

WHO - World Health Organization. Adolescent friendly health services – an agenda for change. Geneva; 2002a.

WHO - World Health Organization. The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS. 2004 Report of the Global AIDS Epidemic. Geneva; 2004.

World Health Organization. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Geneva, 2002b (WHO Sexual health document series).

World Health Organization. Meeting On Pregnancy And Abortion In Adolescence. Geneva, 1974. Report. Geneva; 1975. (WHO Technical Report Series, 583).

World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva; 1995. 434p. Technical Report Series, 854.

X, Tsunehiro MA, Osis MJ, Duarte GA, Bahamondese L, Sousa MH, et al. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. *Rev Saude Publica.* 2003; 37(5):583-90.

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1. Primeiro artigo

Fatores associados ao início da vida sexual e o uso de preservativo entre adolescentes da ilha de Santiago, Cabo Verde – África Ocidental*

Factors associated with the onset of sexual life and the use of condoms among adolescents of Santiago Island, Cape Verde – West Africa

* Parte dos resultados da tese, em nível de doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil.

Seção a que se destina o trabalho: Trabalho original.

Autores:

Carlos Mendes Tavares

Bolsista da Capes. Doutorando em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo.

Néia Schor

Professora Titular. Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo.

Simone Grilo Diniz

Professora Doutora. Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo.

Ivan França Junior

Professor Doutor. Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência para Néia Schor:

Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública – Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2^o andar – sala 218 – Cerqueira César. CEP 01246-904 – São Paulo/SP.

E-mail: neschor@usp.br e carlostavares@usp.br

Resumo

Foram analisados fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes na ilha de Santiago, segundo sexo. Estudo realizado com amostra probabilística e representativa de 768 adolescentes, idade 13-17 anos, de escolas secundárias públicas da ilha de Santiago em 2007. A associação foi testada pelo teste de proporção, qui-quadrado de Pearson ou Fisher e regressão logística. Nos rapazes, os fatores associados ao início da vida sexual foram: idade maior que 14 anos, ser católico e consumo de bebidas alcoólicas. Para meninas: escolaridade maior que nove anos e ter parceiro afetivo-sexual. Ao contrário de outros contextos da África Subsaariana, foram constadas taxas elevadas de uso de preservativo por adolescentes no início da vida sexual. Os adolescentes podem iniciar a vida sexual de maneira mais segura se tiverem informação, educação sexual e acesso a métodos de prevenção à gravidez e IST. Este artigo oferece elementos para a reflexão sobre o delineamento de políticas de redução da vulnerabilidade dos jovens às IST/Aids e sobre os limites e desafios da promoção do uso do preservativo e educação sexual focando as relações desiguais de gênero.

Palavras-chave: Saúde do adolescente, início da vida sexual, saúde sexual e reprodutiva, Cabo Verde, África Ocidental.

Abstract

Factors associated with the onset of sexual activity among teenagers in Santiago Island, according to gender, were examined. This is a representative and probabilistic sample of 768 13 to 17 year-old teenagers attending public secondary schools in Santiago Island in 2007. Association was tested by the test of proportion, Pearson's chi-square or Fisher's exact test and logistic regression. The factors related to the onset of sexual activity among boys were: age over 14 years, being catholic and consumption of alcohol. For girls, the factors included: a minimum of 9 years education and the engagement in an affective-sexual relationship. Differently from other Sub-Saharan countries, a high prevalence of condom use at the onset of sexual life was found. Adolescents are able to safely begin sexual life if they have access to information, sexual education and other STD-preventive and contraceptive methods.

This study provides insights into the development of policies to reduce the vulnerability of the young population to STD/AIDS and into the limits and challenges related to the promotion of condom use and sexual education, focusing on unequal gender relations.

Key words: Adolescent health, onset of sexual activity, sexual and reproductive health, Cape Verde, Western Africa.

Introdução

Atividades sexuais na adolescência têm sido caracterizadas como dinâmicas e em constantes mudanças, com impactos potenciais na vida reprodutiva, como o aumento de 2,8% nas taxas de fecundidade no grupo de 15 a 19 anos de idade, conforme observado em Cabo Verde entre 1990 e 2000¹. Outra dimensão importante da saúde refere-se à ampliação de susceptibilidade de transmissão do HIV, caso tais atividades sejam desprotegidas ou efetuadas sob coação.

Um dos indicadores mais utilizados na literatura sobre a iniciação sexual tem sido a idade na primeira relação sexual^{2,3}.

Em quase todo o mundo, o início da vida sexual tem ocorrido na adolescência em idades cada vez mais jovens^{3,4}. Diferenças no início da vida sexual entre homens e mulheres expressam-se como uma questão de gênero, isto é, ainda parece existir pressão social de uma atividade sexual mais cedo por parte do sexo masculino, a fim de se diferenciar do feminino. De outro lado, relações tradicionais de gênero pressupõem que as jovens retardem o início da vida sexual até o casamento. Na literatura, são apontados vários fatores associados ao início mais cedo da vida sexual, entre eles: idade, sexo, religião, escolaridade, cor, situação de trabalho, exposição à mídia, estrutura familiar e relacionamento entre pais e filhos⁵. Iniciar a vida sexual mais cedo não é um problema por si só, mas pode indicar situações em que jovens podem ter iniciado a vida sexual sem proteção e/ou com violência^{6,7}.

Há poucos estudos que exploram os fatores associados ao início da vida sexual e as diferenças entre os sexos em países da África Subsaariana, em especial Cabo Verde.

Este artigo analisou fatores associados ao início da vida sexual em adolescentes da ilha de Santiago, Cabo Verde, segundo sexo.

Procedimentos metodológicos

Cabo Verde é um arquipélago composto por nove ilhas habitadas, situado no Oceano Atlântico, ocupando cerca de 4.000 km². Este estudo foi realizado na ilha de Santiago, com as maiores área (991 km²) e população (234.940 habitantes – 54% do total)^{8,9}.

Este é um estudo transversal com adolescentes das escolas secundárias públicas, realizado entre janeiro e março de 2007. Neste local, o ensino secundário tem duração de seis anos, organizado em três ciclos de dois anos cada.

Consideraram-se elegíveis para a pesquisa os adolescentes na faixa etária dos 13 aos 17 anos, pois eles têm idade para o início da vida sexual e por estarem dentro da definição cronológica de adolescente segundo OMS¹⁰.

Entretanto, esse grupo corresponde a 74% dos adolescentes inscritos no ensino secundário em Cabo Verde¹¹. Esse percentual não é semelhante em todas as ilhas, sendo maior na ilha de Santiago em virtude de sua situação socioeconômica mais privilegiada.

A população de 11 e 12 anos não foi incluída no estudo por ter sido considerado provável constrangimento ao responder o instrumento. Foram pesquisadas somente escolas públicas, pois não houve registros de alunos de 13 a 17 anos matriculados no ensino secundário privado¹², o que pode ter sido decorrente do fato de as instituições do ensino público serem gratuitas e de melhor qualidade.

Os critérios de elegibilidade da pesquisa foram: o adolescente frequentar o ensino secundário na ilha de Santiago; ter idade entre 13 e 17 anos e estar regularmente matriculado na escola secundária pública.

Foi utilizada uma técnica de amostragem probabilística com plano amostral dividido em dois estágios: estágio 1 (amostragem por estratos) – estratificação por município, com sorteio de escolas por município; estágio 2 (amostragem por conglomerado) – divisão por escolas, com sorteio (em todas as escolas selecionadas) de turmas, por ano escolar, e subsequente listagem de todos os alunos com características de interesse em cada classe sorteada.

O tamanho amostral foi calculado com base na porcentagem de adolescentes sexualmente ativos, estimada em 83,6%, com erro amostral assumido em 3,0% e com intervalo de confiança de 95,0%, de uma população de 25.618 escolares. O

tamanho da amostra estimada correspondeu a 576 adolescentes, posteriormente corrigido para população finita, à qual foram acrescidos 33,0%, considerada a possibilidade de perdas.

A amostra planejada final foi de 768 adolescentes, divididas igualmente por sexo. Foram selecionadas oito escolas públicas, dentre as 16 da ilha.

Após o sorteio, o objetivo da pesquisa, o procedimento, o esclarecimento sobre o caráter voluntário da sua participação e a garantia de anonimato da informação individual, isto é, de que as informações solicitadas nesta pesquisa seriam confidenciais e só seriam utilizadas para fim científico, foram explicados a todos os participantes de cada escola coletivamente. Assim, solicitou-se que os pais ou encarregados de educação assinassem um termo de consentimento livre e esclarecido.

Todos os selecionados foram dispensados de suas aulas para responderem ao questionário auto-aplicado em uma única sala durante 50 minutos. A pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP, protocolo nº 1.480. Não houve recusas para participar do estudo.

O estudo teve como variável dependente o início da vida sexual. Foram consideradas variáveis independentes: sociodemográficas – idade, sexo, escolaridade, parceiro afetivo-sexual, religião, frequência à igreja, exposição à mídia (ter TV, rádio), número de pessoas por domicílio, idade na primeira menstruação e local de nascimento – e relativas aos hábitos de consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas.

O banco foi constituído com a utilização do software CPro 6.0, com dupla digitação. Na fase de análise da pesquisa, este foi convertido para o software STATA 10.

O teste para a avaliação de suposição da normalidade das variáveis utilizadas foi o de Anderson-Darling. A análise descritiva foi apresentada por meio de proporções, médias e desvios padrão. Os testes das hipóteses para proporções foram qui-quadrado ou exato de Fisher e o de proporção. A razão de chances (*odds ratio*) foi calculada por meio de regressão logística. O nível de significância adotado foi de 5%.

Os dados foram analisados hierarquicamente: o primeiro nível foi composto pelas variáveis sociodemográficas e segundo com as variáveis relativas aos hábitos de consumo de tabaco e álcool.

Todas as variáveis com um valor $p < 0,20$ na regressão logística ou no teste de qui-quadrado de Pearson ou Fisher foram incluídas no modelo hierarquizado. No modelo final, foram mantidas todas as variáveis, cuja associação com o início da experiência sexual permaneceram em nível $< 0,05$, controlando, ou não, a idade. Para analisar os fatores, pressupôs-se que a idade seria uma variável modificadora de efeito nos modelos de regressão logística. Foram analisados dois modelos: um modelo A, com as variáveis independentes não controladas pela idade, e um modelo B, quando controladas.

Resultados

A amostra estudada foi de 768 adolescentes. A média de idade dessa população foi de 15,5 (dp = 1,4) anos, tendo a maioria (73,7%) idade superior a 14 anos. Entre os pesquisados, quanto a escolaridade, 33,9% (261) pertenciam ao 1º ciclo, 33,0% (254) e 32,9% (253), respectivamente, ao 2º e 3º ciclos.

Houve diferença no percentual de declaração segundo sexo quanto a conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais (MAC) para todos os que iniciaram a vida sexual. Por outro lado, maiores anos de estudo estiveram associados com uso anterior de MAC quando comparado com menores anos de estudo.

Os adolescentes apresentaram nível elevado de informação sobre formas de contracepção mais conhecidas (93% conheciam algum tipo de MAC – métodos anticoncepcionais – antes de terem tido a primeira relação sexual).

Uma alta taxa (84,72%) declarou ter usado preservativo na primeira relação sexual. Destes, relataram tê-lo utilizado para evitar só a gravidez não planejada (78%), prevenir tanto a gravidez quanto as IST (67%) e só evitar as IST (58%), incluindo a Aids.

Os adolescentes católicos representaram 84,0% dos participantes, enquanto não católicos ou que não referiram religião representaram 5,0% e 11,0%, respectivamente.

A média de pessoas por domicílio foi de 6,3 (dp = 2,6) pessoas. A média de idade na menarca foi 13,26 (dp = 1,1) anos. A gravidez foi relatada por 12% das meninas, das quais mais de dois terços (86%) tiveram filhos aos 17 anos, enquanto 14% delas com idade entre 15 e 16 anos. Estão apresentadas na Tabela 1 a distribuição de idade em número e porcentagem dos adolescentes em cada idade segundo o sexo.

Tabela 1 – Distribuição de idade em número e porcentagem dos adolescentes segundo o sexo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

<i>Idade</i>	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
13 anos	57	14,84	43	11,20
14 anos	53	13,80	49	12,76
15 anos	70	18,23	69	17,94
16 anos	71	18,49	72	18,75
17 anos	133	34,64	151	39,32
Total	384	100,00	384	100,00

Na Tabela 2 estão apresentados os resultados de distribuição dos adolescentes, segundo o início da vida sexual, possíveis variáveis associadas e o sexo. Entre adolescentes do sexo masculino foram observadas as maiores frequências de início da vida sexual entre os que se declararam de religião católica, consumidores de bebidas alcoólicas, com idade acima de 14 anos e escolaridade maior que nove anos.

Tabela 2 – Distribuição dos adolescentes segundo o início da vida sexual, possíveis variáveis associadas e o sexo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

Variável dependente: <i>Início da vida sexual</i>		Sexo								
		Feminino				Masculino				
Variáveis independentes:		Início da vida sexual				Início da vida sexual				
<i>Faixa etária</i>	Sim (n)	%	Não (n)	%	P	Sim (n)	%	Não (n)	%	P
≤ 14 anos	16	14,55	94	85,45	<0,001*	48	52,17	44	47,83	0,002*
>14 anos	100	36,50	174	63,50		204	69,86	88	30,14	
Total	116	30,21	268	69,79		252	65,63	132	34,38	
Média de idade de início sexual		15 (dp [†] = 1,64)						14 (dp [†] = 2,0)		
Escolaridade										
≤ 9 anos	39	20,10	155	79,90	<0,001*	–	–	–	–	–
> 9 anos	76	40,21	113	59,79		–	–	–	–	
Total	115	30,03	268	69,97		–	–	–	–	
Média de anos de escolaridade que inicia sexualidade		10,1 anos (dp [†] = 1,68)						9,6 anos (dp [†] = 1,67)		
Parceiro										
Com [‡]	51	48,57	54	51,43	<0,001*	57	76,00	18	24,00	0,051
Sem [§]	64	23,53	208	76,47		191	64,09	107	35,91	
Total	115	30,50	262	69,50		248	66,49	125	35,51	
Religião										
Católica	–	–	–	–	–	204	67,11	100	32,89	0,039*
Outras [¶]	–	–	–	–	–	10	45,45	12	54,55	
Total	–	–	–	–	–	214	65,64	112	34,36	
Tem rádio										
Sim	–	–	–	–	–	229	67,16	112	32,84	0,075
Não	–	–	–	–	–	23	53,49	20	46,51	
Total	–	–	–	–	–	252	65,63	132	34,38	
Idade da 1ª menstruação										
≤13 anos	68	38,20	110	61,80	0,068	–	–	–	–	–
> 13 anos	37	28,24	94	71,76		–	–	–	–	
Total	105	33,98	204	66,02		–	–	–	–	
Município de procedência										
Tarrafal	11	23,40	36	76,60	0,079	–	–	–	–	–
Assomada	12	23,08	40	76,92		–	–	–	–	
Santa Cruz	15	30,61	34	69,39		–	–	–	–	
Praia	49	34,27	94	65,73		–	–	–	–	
São Domingos	19	44,19	24	55,81		–	–	–	–	
São Miguel	10	20,00	40	80,00		–	–	–	–	
Total	116	30,21	268	69,79		–	–	–	–	
Consumo de álcool										
Sim	12	48,00	13	52,00	0,046*	46	83,64	9	16,36	0,002*
Não	104	29,05	254	70,95		206	62,61	123	37,39	
Total	116	30,29	267	69,71		252	65,63	132	34,38	

* p < 0,05 pelo teste qui-quadrado ou de Fisher.

† dp = desvio-padrão.

‡ Além de “com parceiros” – o número mais representativo –, a categoria inclui outros elementos, como os que coabitam em união civil e consensual.

§ Inclui, somente, solteira(o). Foram excluídos os dados referentes a(aos) separada(os) e outra situação não marital, por haver somente 2 casos.

|| Não têm religião, mas acreditam em Deus; os que não acreditam em Deus não foram incluídos, por haver somente 3 casos.

¶ Inclui Igreja Evangélica, Espírita e outra não definida.

Notas: (a) As co-variáveis que não apresentaram p < 20% na análise univariada não foram apresentados na tabela 1; são elas consumo de tabaco, frequência a religião, ter televisão e pessoas/domicílio. (b) O símbolo (–) significa o caso com co-variáveis maiores que p < 20%.

Os dados da Tabela 2 foram semelhantes aos das estimativas do modelo de regressão logística (Tabela 3).

Tabela 3 – Estimativas do modelo de regressão logística para o início da vida sexual, segundo sexo, considerando a variável resposta independente com cada co-variável em estudo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

Variável dependente:		Sexo			
<i>Início da vida sexual</i>		Feminino		Masculino	
Variáveis independentes:		Início da vida sexual		Início da vida sexual	
<i>Faixa etária</i>	OR* (95% CI [†])	P	OR (95% CI)	P	
≤ 14 anos (referência)					
>14 anos	3,38 (1,88; 6,06)	<0,001 [‡]	2,13 (1,32; 3,43)	0,002 [‡]	
<i>Escolaridade</i>					
≤ 9 anos (referência)					
> 9 anos	2,67 (1,69; 4,22)	<0,001 [‡]	–	–	
<i>Parceiro</i>					
Com	3,07 (1,91; 4,93)	<0,001 [‡]	1,77 (0,99; 3,17)	0,053	
Sem (referência)					
<i>Religião</i>					
Católica	–	–	2,45 (1,02; 5,86)	0,044 [‡]	
Outras (referência)					
<i>Tem rádio</i>					
Sim	–	–	1,78 (0,94; 3,37)	0,078	
Não (referência)					
<i>Idade da 1ª menstruação</i>					
≤ 13 anos (referência)					
> 13 anos	0,64 (0,39; 1,04)	0,069	–	–	
<i>Consumo de álcool</i>					
Sim	2,25 (0,99; 5,10)	0,051	3,05 (1,44; 6,45)	0,003 [‡]	
Não (referência)					

* OR = odds ratio.

† CI = intervalo de confiança.

‡ p < 0,05 pela regressão logística univariada.

Notas: (a) As co-variáveis que não apresentaram p < 20% na análise univariada não foram apresentados na tabela 2; são elas consumo de tabaco, frequência a religião, ter televisão, pessoas/domicílio e municípios de procedência. **(b)** O símbolo (–) significa o caso com co-variáveis menores que p < 20%.

Na Tabela 4 são apresentadas as estimativas do modelo de regressão logística para o início da vida sexual, segundo sexo, sem considerar a idade para o modelo A e

incluindo a idade para o modelo B. No modelo A, os fatores: ter escolaridade maior que nove anos, ter parceiro afetivo-sexual e ter religião católica apresentaram associação direta com o início da vida sexual. Os dois primeiros fatores foram associados para adolescentes do sexo feminino e o último para o masculino. O consumo de bebidas alcoólicas foi positivamente associado ao início da vida sexual nos dois modelos.

Os modelos A e B apresentaram os mesmos fatores associados. Assim, a idade não se mostrou como variável modificadora de efeito.

Tabela 4 – Estimativa do modelo de regressão múltipla logística para o início da vida sexual, segundo sexo para o modelo (completo*). Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

Variável dependente: <i>Início da vida sexual</i>	Modelo completo*							
	Modelo A [†]				Modelo B [‡]			
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
Variáveis independentes:								
<i>Faixa etária</i>	OR [§] (95% CI)	P	OR [§] (95% CI)	P	OR [§] (95% CI)	P	OR [§] (95% CI)	P
≤ 14 anos (referência)								
> 14 anos	–	–	–	–	3,43 (1,12; 10,49)	0,030	2,33 (1,15; 4,72)	0,019
<i>Escolaridade</i>								
≤ 9 anos (referência)								
> 9 anos	2,92 (1,63; 5,26)	<0,001	0,86 (0,52; 1,42)	0,547	1,95 (1,01; 3,77)	0,046	0,88 (0,31; 1,07)	0,081
<i>Parceiro</i>								
Sem (referência)								
Com	3,08 (1,74; 5,46)	<0,001	1,66 (0,85; 3,23)	0,134	2,91 (1,63; 5,19)	<0,001	1,69 (0,56; 3,32)	0,128
<i>Religião</i>								
Católica	0,56 (0,13; 2,32)	0,423	2,72 (1,11; 6,70)	0,029	0,49 (0,11; 2,16)	0,347	2,57 (1,03; 6,40)	0,043
Outras (referência)								
<i>Tem rádio</i>								
Não (referência)								
Sim	0,65 (0,29; 1,46)	0,292	1,52 (0,71; 3, 28)	0,285	0,59 (0,25; 1,35)	0,209	1,53 (0,70; 3,34)	0,290
<i>Idade da 1ª menstruação</i>								
≤ 13 anos (referência)								
> 13 anos	0,73 (0,42; 1,27)	0,266	–	–	0,66 (0,38; 1,16)	0,148	–	–
<i>Município de procedência</i>								
Outros (referência)								
Praia	1,26 (0,72; 2,22)	0,582	1,00 (0,60; 1,68)	0,980	1,30 (0,74; 2,29)	0,368	1,04 (0,62; 1,74)	0,878
<i>Consumo de álcool</i>								
Sim	1,21 (0,43; 3,39)	0,481	2,49 (1,06; 5,82)	0,035	1,17 (0,42; 3,26)	0,766	2,39 (1,02; 5,58)	0,045
Não (referência)								

* Inclusão de todas as co-variáveis, simultaneamente, com p < 20% nas tabelas 2 ou 3 em qualquer um dos sexos.

[†] Modelo A = não controlado pela idade.

[‡] Modelo B = controlado pela idade.

[§] OR = odds ratio.

^{||} CI = intervalo de confiança.

Para adolescentes do sexo feminino, foram observadas associações positivas para os fatores: escolaridade maior que nove anos de estudos e ter parceiro afetivo-sexual (Tabela 5).

Por outro lado, os fatores associados positivamente ao início da vida sexual de adolescentes do sexo masculino foram: idade maior que 14 anos, religião católica e o consumo de bebidas alcoólicas.

Tabela 5 – Estimativa do modelo de regressão múltipla logística para o início da vida sexual, segundo sexo para o modelo (final*). Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

Variável dependente: <i>Início da vida sexual</i>	Modelo final*							
	Modelo A [†]				Modelo B [‡]			
	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Sexo Feminino		Sexo Masculino	
Variáveis independentes:	OR [§] (95% CI)	P	OR [§] (95% CI)	P	OR [§] (95% CI)	P	OR [§] (95% CI)	P
<i>Faixa etária</i>								
≤ 14 anos (referência)								
> 14 anos	–	–	–	–	1,75 (0,79; 3,87)	0,166	2,32 (1,15; 4,68)	0,019
<i>Escolaridade</i>								
≤ 9 anos (referência)								
> 9 anos	3,00 (1,81; 5,01)	<0,001	0,88 (0,53; 1,44)	0,611	2,25 (1,19; 4,26)	0,012	0,59 (0,32; 1,09)	0,093
<i>Parceiro</i>								
Sem (referência)								
Com	3,33 (1,93; 5,62)	<0,001	1,71 (0,89; 3,31)	0,109	3,21 (1,90; 5,43)	<0,001	1,74 (0,89; 3,39)	0,105
<i>Religião</i>								
Católica	0,85 (0,24; 2,97)	0,801	2,75 (1,13; 6,73)	0,026	0,81 (0,23; 2,88)	0,744	2,57 (1,04; 6,35)	0,040
Outras (referência)								
<i>Consumo de álcool</i>								
Sim	1,44 (0,57; 3,63)	0,436	2,57 (1,11; 5,93)	0,027	1,49 (0,59; 3,78)	0,399	2,48 (1,07; 5,73)	0,034
Não (referência)								

* Exclusão de todas as co-variáveis, simultaneamente, com $p > 5\%$, na tabela 4 em qualquer um dos sexos.

† Modelo A = não controlado pela idade.

‡ Modelo B = controlado pela idade.

§ OR = odds ratio.

|| CI = intervalo de confiança.

Discussão

Este estudo é um dos poucos em países da África Subsaariana, em particular Cabo Verde, que estimou os fatores associados ao início da vida sexual segundo sexo. Na Ilha de Santiago, em 1998, a média de idade da primeira relação sexual de adolescentes dos 15 aos 19 anos era de 15,8 (dp = 1,2) anos para mulheres e 15,2 (dp = 6,0) anos para homens⁸. Outro estudo, em 2005, mostrou uma média de 15,0 (dp = 3,2) anos para mulheres e 13,1 (dp = 5,0) anos para homens³.

Em Cabo Verde, assim como em vários países do mundo, a primeira experiência sexual tem sido em idades cada vez mais jovens^{4,12}. A iniciação sexual de adolescentes do sexo masculino continua a ocorrer antes que a do sexo feminino, correspondendo à lógica das relações de gênero¹³. As discussões sobre as diferenças de início da vida sexual entre homens e mulheres fundamentam-se nas diferenças de atitudes e expectativas familiares e sociais em relação às condutas femininas e masculinas em face da sexualidade, ou seja, os garotos parecem se sentir mais estimulados a iniciar a vida sexual independentemente do casamento ao passo que as garotas pressentem que tal prática está em desacordo com o esperado socialmente¹⁴.

Outras pesquisas realizadas em grandes cidades brasileiras^{2,15} indicam que a iniciação masculina é anterior a feminina, fenômeno comumente observado na América Latina, em parte do sudoeste asiático e em países europeus de cultura latina⁴. Porém, em países nórdicos, como a Dinamarca, as meninas iniciam a experiência sexual mais cedo que os rapazes⁴. Os resultados do presente estudo não corroboram com dados do relatório do Ministério da Saúde de Cabo Verde¹², no qual a vida sexual começa mais cedo em adolescentes e, na maior parte das vezes, sem informações adequadas. Os resultados do presente estudo mostram que embora o início tenha sido cedo, os adolescentes se declararam informados.

Esse diferencial de iniciação sexual entre meninas e rapazes da ilha pode ser melhor compreendido quando analisado como uma questão de gênero, e não de sexo biológico, em que os homens são incentivados a uma vida sexual ativa em idades mais jovens, enquanto as mulheres são desencorajadas, ou mesmo proibidas de iniciarem a vida sexual antes do casamento. Um em cada quatro adolescentes do sexo masculino teve a primeira relação sexual com até 12 anos de idade. Em meninas, esse percentual correspondeu a uma idade maior, até os 14 anos. As médias

de idade do início da vida sexual para rapazes e meninas foram, respectivamente, 14 (dp = 2,0) e 15 (dp = 1,64) anos e as proporções de adolescentes dos sexos masculino e feminino que haviam iniciado a vida sexual foram muito diferentes, 65,6% (252) e 30,2% (116), respectivamente, reforçando a hipótese de outros estudos^{10,16}, de que ser adolescente do sexo masculino pode ser um fator associado para o início da vida sexual.

No presente estudo, grande proporção (84,72%) de adolescentes declarou ter usado preservativo na primeira relação sexual. A alta prevalência de uso do preservativo é maior do que em países com prevalência de uso do preservativo considerada alta, como, por exemplo, o Brasil. Um estudo recente mostrou que a prevalência de uso de preservativo na primeira relação dos adolescentes brasileiros em 2005 foi de 68,3% e 62,5% , respectivamente, para rapazes e moças¹⁷.

Assim, a prevalência de preservativo constatada no presente estudo é muito diferente de outros países da África Subsaariana, onde o uso de métodos contraceptivos pelas adolescentes é, em geral, baixo. A alta proporção de uso de preservativo é típica de uma geração que iniciou sua vida sexual sob a égide das campanhas de prevenção da Aids e especialmente relevante quando considerado que o uso de preservativo no início da vida sexual está associado ao seu uso subsequente¹⁷.

A experiência europeia¹⁸ tem ensinado que a educação sexual continuada desde a infância – afirmando-se o direito à informação e ao acesso a insumos, incluindo preservativos e contraceptivos – dispensa a tematização do adiamento da iniciação sexual, que surge como consequência dos conhecimentos adquiridos pelos jovens.

Em Cabo Verde, na última década, acontece um crescente esforço pela implementação de políticas públicas sustentadas de educação sexual para crianças, adolescentes e jovens no âmbito das escolas, com a introdução nas escolas secundárias de uma disciplina (formação pessoal e social) para esse fim, que resultaram na criação do Projeto de Introdução das Competências Sociais em IST/HIV/SIDA nos Currículos do Ensino Básico Integrado e Ensino Secundário. O projeto inclui atividades como palestras, jogos teatrais, vídeos-debate, sobre relações de gênero, uso de contraceptivos e preservativos, sendo avaliado de forma bastante

positiva por alunos e professores¹⁹. Igualmente, tem-se ampliado o acesso ao preservativo dos jovens nos serviços de saúde. Tais políticas, apesar dos seus limites, representam iniciativas inovadoras e que podem fazer grande diferença na forma com que os adolescentes lidam com o início de sua vida sexual em Cabo Verde.

Por outro lado, na maioria dos países subsaarianos, o uso de qualquer método contraceptivo não ultrapassa 20% entre adolescentes do sexo feminino casadas, embora mais de 60% declararem não desejar ter filhos nos primeiros anos de casamento²⁰. Embora algumas adolescentes tenham a ânsia de conceber, a maioria delas não deseja ter filhos cedo. Mesmo entre as que são casadas, em torno de 66% querem adiar a maternidade na maioria dos países. Além do desejo de procriação da mulher, muitos outros fatores determinam se ela usará, ou não, métodos anticoncepcionais, entre eles: sua situação conjugal, as expectativas da família e as normas da comunidade e seu acesso a serviços de contracepção e de saúde²¹.

A utilização de métodos contraceptivos é igualmente baixa nos países do norte da África e do Oriente Médio, mas variam consideravelmente na Ásia, onde menos de 5% das adolescentes casadas, na Índia e no Paquistão, usam métodos contraceptivos, ao passo que 40% o fazem na Indonésia e na Tailândia²¹. Com poucas exceções, os países da América Latina e do Caribe registram taxas de uso de métodos contraceptivos mais elevadas, variando de 30% a 53%.

A alta percentagem de uso do preservativo pelos adolescentes da ilha de Santiago, diferentemente de outros estudos, sugere que a negociação de uso do preservativo masculino não tem sido impedida por padrões sociais pautados em relações desiguais de gênero. Esta diferença é relevante, pois estudo realizado no Brasil² indica que a negociação do uso encontra obstáculos em padrões sociais, fragilizando mulheres que, muitas vezes, devido à cumplicidade, à insegurança afetiva, às noções de amor romântico e à fidelidade podem contribuir para que desconsiderem a administração do seu poder reprodutivo e direito de se prevenir em relação às IST/Aids.

Provavelmente, o baixo índice de Aids em Cabo Verde pode estar relacionado a vários fatores: alta prevalência do uso de preservativo; introdução do programa de educação sexual e reprodutiva nas escolas; distribuição gratuita de

preservativo; políticas de cooperação com Brasil e Portugal no âmbito de prevenção; e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids²¹.

Em Cabo Verde, a prevalência estimada de HIV é baixa²² (entre 0,8% e 1,5% da população), provavelmente devido à alta proporção de uso de preservativo em comparação a países da África Subsaariana, onde a epidemia parece estar estabilizada, com uma prevalência de 7,4%¹⁶. Todavia, essa taxa já é preocupante do ponto de vista da saúde pública cabo-verdiana.

No presente estudo, 12% de adolescentes do sexo feminino, com vida sexual ativa, referiram ter tido, pelo menos, uma gravidez, grande parte aos 16 anos de idade. Das que tiveram filho nascido vivo nos últimos doze meses, mais de dois terços (86%) tiveram-no com 17 anos. Esses dados são semelhantes a um estudo sobre gravidez na adolescência realizado na cidade de Praia pela Organização das Mulheres Cabo-Verdianas²³, em 1992, no qual 46,4% das meninas entre 15 e 19 anos de idade tiveram uma gravidez antes dos 19 anos, com um número maior de gravidez aos 17 anos de idade. Cerca de 90% das gravidezes ocorreram na faixa de 15 a 17 anos, apesar das diferenças de população estudada e de tempo entre os dois estudos. Isso pode indicar manutenção de algum esforço em termos de política pública na prevenção da gravidez antes dos 15 anos de idade.

O grande número de católicos (84,0%) deste estudo é corroborado com o encontrado em outros estudos realizados na ilha junto a adolescentes de 15 a 19 anos de idade, em 2000 e 2007^{3,8}; quando 86,0% e 88,9% dos adolescentes, respectivamente, declararam-se católicos. É notável que o uso de preservativos na primeira relação seja tão elevado em um país com predominância de católicos, uma vez que tal prática contraria a orientação da Igreja Católica.

O achado do presente estudo mostra uma relação positiva entre a religião católica e a iniciação sexual masculina. Pode ser que isso signifique que os católicos são os que mais valorizam o prazer e que esta aproxima-se da valorização do amor como significado para o sexo, conforme estudo de opiniões e atitudes em relação à sexualidade no Brasil²⁴.

No presente estudo, a escolaridade está diretamente associada ao início da vida sexual das jovens, sendo contraditório com a literatura²¹. Tem sido documentada associação entre menor escolaridade e início da vida sexual mais cedo. É possível

que, em Cabo Verde, as meninas de maior escolaridade sintam-se mais seguras para iniciar a vida sexual por terem disponíveis: informação e acesso a métodos, assim como seus potenciais parceiros, levando a relações mais protegidas.

Nos anos 90 na África Subsaariana, particularmente em mulheres nigerianas entre 20 e 24 anos e que casaram ou estavam em união antes dos 18 anos de idade, a porcentagem do início da vida sexual era maior entre as mulheres com menos de sete anos de escolaridade (69%) quando comparada com aquelas com sete ou mais anos de estudos (14%). No Senegal, a porcentagem do início da vida sexual também era mais freqüente entre as mulheres com menos de sete anos de escolaridade (54%) em relação àquelas com sete ou mais anos de estudos (6%)²¹.

Padrão semelhante é encontrado na América Latina. Nessa década no Brasil, a porcentagem do início da vida sexual era de 34% entre mulheres com menos de sete anos de escolaridade e de 14% entre aquelas com sete ou mais anos de estudos. Esses estudos mostram que o início da experiência sexual entre mulheres casadas ou unidas antes dos 18 anos ocorreu mais cedo naquelas que apresentavam menor escolaridade²¹.

O efeito da maior escolaridade sobre o início da atividade sexual de meninas pode ser interpretado em termos de atitudes e projetos pessoais, levando em conta as escolhas e prioridades de vida, como descrito por outros autores¹⁶. No entanto, a associação pode ser resultado de características da amostra, ocorridas ao acaso, ou de peculiaridades da ilha que, no entanto, por não coadunarem com o habitualmente observado em outros estudos, mereceriam ser objeto de pesquisas adicionais, como decorrência de sua importância para o tema em estudo.

As variáveis religião, frequência à igreja, exposição à mídia, pessoas por domicílio, idade na menarca e município de procedência não se mostraram associadas ao evento de interesse (Tabela 4), em desacordo com outros estudos^{5,16}. É possível que os jovens cabo-verdianos, por habitar um espaço geográfico reduzido e configurarem-se em população relativamente homogênea, não apresentem grandes diferenças sociodemográficas e em relação aos hábitos^{5,16}.

Por outro lado, a religião, na população estudada, apresentou associação significativa apenas para os rapazes (Tabelas 2 e 3).

A idade da menarca e, principalmente, a exposição à mídia têm sido apontadas em outros estudos como fatores associados ao início da vida sexual²⁵. Quanto à menarca, quanto mais precoce, mais precoce seria a iniciação sexual (WHO, 2004). Vários estudos têm mostrado que a menarca ocorre em torno dos 12 anos de vida^{26,27}; neste estudo, a idade situou-se aos 13,3 anos, isto é, mais tardiamente, mas não se associou com um início mais tardio da atividade sexual.

Quanto à exposição à mídia, ela desempenha um papel significativo na promoção de mudanças sociais em relação à atitude sobre o comportamento sexual e reprodutivo, especialmente em função do tipo de informação e programa veiculados e também devido à homogeneidade lingüística². No entanto, no presente estudo, ao contrário do que se poderia supor, não se mostrou relevante ao desfecho (Tabelas 2, 3 e 4).

Quanto às bebidas alcoólicas, diversos estudos descrevem-nas como as substâncias mais procuradas por adolescentes²⁸. Ainda, o consumo de álcool está associado à ocorrência de acidentes e comportamento sexual que os deixem vulneráveis às IST e às gravidezes não planejadas²⁹.

Este estudo aponta que 10% dos adolescentes referiram consumir álcool, sendo 14% dos rapazes e 6% das meninas. Estudo da Associação Zé Moniz³⁰ aponta que o álcool é mais consumido, principalmente por rapazes.

Os resultados deste estudo mostram também que o consumo de bebidas alcoólicas está associado positivamente ao início da vida sexual (Tabela 4). Visto que essa associação foi observada somente em relação aos homens, isso pode ser entendido como uma questão de gênero. Esse achado sugere que o consumo de álcool pode estar relacionado aos modos de socialização masculina.

O presente estudo mostra que a porcentagem de adolescentes do sexo masculino e feminino que iniciaram a experiência sexual é diferente. Embora este estudo reforce a idéia de que o início da vida sexual dos adolescentes está acontecendo cada vez mais cedo, contrapõe a idéia de que isso ocorre, na maior parte das vezes, entre adolescentes desprovidos de informações adequadas. Na população em estudo, a existência de um nível significativo de informação sobre as formas mais conhecidas de contracepção – 93% conheciam algum tipo de MAC, antes de terem a primeira relação sexual – e a maioria sabia que deveria usar preservativo.

Na composição da amostra estudada, não houve recusas ou perdas, garantindo sua representatividade. Os escolares do ensino secundário da ilha de Santiago representam 58% dos jovens da faixa etária¹¹.

Contudo, em estudos dessa natureza, parte das diferenças entre meninas e meninos pode ocorrer devido a vieses de declaração relacionados às expectativas de gênero, isto é, os meninos podem relatar mais experiências relativas à sexualidade e meninas, menos³¹.

Esta pesquisa mostra que o início da vida sexual em adolescentes pode ser feita de maneira mais segura se estes tiverem informação, educação sexual e acesso a métodos anticoncepcionais.

A variável idade demonstra ser importante na ocorrência do evento em estudo e deveria ser levada em conta no desenho e na implementação de políticas de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Contudo, estas não devem ser aplicadas exclusivamente a adolescentes que já iniciaram a vida sexual, mas também para aqueles que ainda não a fizeram, com o objetivo de fomentar condições para uma vida sexual mais protegida contra gestações indesejadas, IST/Aids, livre de coerção e violência e prazerosa⁷. Sendo assim, o presente artigo oferece elementos para a reflexão sobre o delineamento de políticas de redução de vulnerabilidade dos jovens às IST/Aids e, particularmente, sobre os limites, possibilidades e desafios das estratégias de promoção do uso do preservativo e de educação sexual que enfatizem as relações desiguais de gênero e ampliem acesso a métodos contraceptivos, em particular junto aos jovens do sexo masculino.

Colaboradores:

C. M. Tavares e N. Schor (orientadora) trabalharam na concepção, redação, análise estatística dos dados, interpretação e análise dos resultados do artigo.

S. G. Diniz e I. França Junior contribuíram na interpretação e análise dos resultados, e na redação do artigo.

Agradecimentos:

Os autores agradecem ao apoio financeiro do Programa de Estudantes-Convênio da Pós-Graduação PEC-PG/Capes. Agradecem também ao professor Cláudio Leone pela contribuição na interpretação e análise dos resultados.

Referências bibliográficas:

1. Tavares CM. Fecundidade das mulheres cabo-verdianas em 1990 e 2000: evidências e interpretação [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciência e Estatística, ENCE – IBGE; 2005.
2. Abramovay M, Castro MG, Lerena BS. Juventude e sexualidade. Brasília: UNESCO; 2004.
3. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Inquérito demográfico e de saúde reprodutiva 2005. Praia: Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde; 2007.
4. Bozon M. A quel age lês femmes et lês hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparasons et évolutions récents. Pop et Soc 2003.
5. Leite IC, Rodrigues RN, Fonseca MC. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública 2004; 20:474-81.
6. Longo LAFB. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. Revista Brasileira de Estudos Populacionais 2002; 19:229-47.
7. World Health Organization. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Geneva, 2002 (WHO Sexual health document series).
8. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Inquérito demográfico e de saúde reprodutiva 1998/Demographic and Health Surveys (DHS). Praia: Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde; 2000.
9. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Censo demográfico 2000. Praia: Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde; 2002.

10. World Health Organization. Adolescent Friendly Health Services – An agenda for Change. Geneva; 2002.
11. Ministério da Educação. Gabinete de Estudos e Planejamento do Ministério de Educação e Valorização de Recursos Humanos. Anuário Estatístico. Cabo Verde; 2003-2004.
12. Ministério da saúde de Cabo Verde, Unicef. Criança e mulher em Cabo Verde: análise de situação. Praia; 2002.
13. Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. Rev. Saúde Pública 2008; 42 Suppl 1.
14. Borges ALV, Latorre MRDO, Schor N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2007; 23(7):1583-94.
15. Rua MG, Abramovay M. Avaliação das ações de prevenção às DST/AIDS e uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras. Brasília: Unesco; 2001.
16. Bozon M, Heilborn ML. Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz; 2006. p. 156-205.
17. Teixeira AMFB, Knauth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas de jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. Cad Saúde Pública 2006; 22(7):1385-96.
18. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. Lancet 2006; 368(9548): 1706-28.
19. Varela Domingos A S. Programa de educação *sexual* em IST/HIV/SIDA com adolescentes de uma escola secundária de *Cabo Verde*: percepção dos atores envolvidos no programa.[Dissertação- Mestrado]. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal; 2008.
20. Mott FL, Fondell MM, Hu PN, Kowaleski-Jones L, Menegham EG. The determinants of first sex by age 14 in a high-risk adolescent population. Fam Plan Persp 1996; 28:13-8.

21. Rumo a um Novo Mundo: A vida sexual e reprodutiva de mulheres jovens; 1998. http://www.guttmacher.org/pubs/new_world_port.html (acessado em 29/Fev/2008).
22. Comitê de Coordenação de Combate à Sida. Cabo Verde/Programa das Nações Unidas. Estudo qualitativo e estimativa do tamanho de duas populações em risco para o VIH/SIDA: usuários de drogas injetáveis e profissionais de sexo. Praia: Comitê de Coordenação de Combate à Sida/Programa das Nações Unidas; 2006.
23. Organização das Mulheres de Cabo Verde. Relatório do inquérito sobre a gravidez precoce na Praia. Praia: Organização das Mulheres de Cabo Verde; 1992.
24. Paiva V, Aranha F, Basto F. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. Rev Saúde Pública 2008; 42 Suppl 1: 54-64.
25. Unesco. AIDS epidemia. Geneva: Unaid; 2004.
26. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Material instrucional de capacitação para a assistência em planejamento familiar. Módulo 4. [serial on-line]; 1997b. http://www.ucg.br/site_docente/enf/luciene/pdf/saude/MoDULO4.pdf (acessado em 07/Ago/2007).
27. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Comissão Nacional Especializada do Planejamento Familiar. Manual de orientação de anticoncepção. Brasil; 1997a. <http://www.gosites.com.br/sggo/pdf.asp?path=302553jh%7Cggeyny7zmls2rjl4&arq=rq%7Chp678892vml> (acessado em 07/Dez/2007).
28. Gupta N, Leite IC. Tendências e determinantes da fecundidade entre adolescentes no Nordeste do Brasil. Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar, número especial, 2001, p. 24-29/45.
29. Aarons G, Brown S, Coe M, Myers M, Garland A, Ezzet-Lofstram, et al. Adolescent alcohol and drug abuse and health. Journal of Adolescent Health 1999; 24:412-21.
30. Associação para a Sociedade e Desenvolvimento Zé Moniz. A saúde e o estilo de vida dos adolescentes cabo-verdianos, freqüentando o ensino secundário. Praia: Associação para a Sociedade e Desenvolvimento Zé Moniz, Cabo Verde; 2005.

31. Narring F, Wydler H, Michaud PA. First sexual intercourse and contraception: a cross-sectional survey on the sexuality of 16-20 years old in Switzerland. *Schweiz Med Wochenschr* 2000; 130:1389-98.

9.2. Anexo 2. Segundo artigo

Título:

Uso de métodos anticoncepcionais e fatores associados em adolescentes de Cabo Verde- África Ocidental*

Contraceptive methods utilization and associated factors among adolescents in Cape Verde

*Parte dos resultados da tese, em nível de doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil.

Título resumido:

Adolescência e anticoncepção.

Seção a que se destina o trabalho:

Trabalho original.

Autores:

Carlos Mendes Tavares

Bolsista da Capes, Doutorando em Saúde Pública.

Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º andar – sala 218 – Cerqueira César.

Néia Schor

Professora Titular.

Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º andar – sala 218 – Cerqueira César.

Ivan França Junior

Professor Doutor.

Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º andar – sala 218 – Cerqueira César.

Endereço para correspondência de Néia Schor:

Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública – Departamento de Saúde Materno-Infantil.

Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º andar – sala 218 – Cerqueira César.

CEP: 01246-904 – São Paulo/SP.

E-mail: neschor@usp.br e carlostavares@usp.br

Resumo

Objetivo: Analisar a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais (MAC) entre adolescentes nas suas relações sexuais e possíveis fatores associados.

Métodos: Estudo transversal, realizado entre janeiro e março de 2007, com amostra de 368 adolescentes de 13 a 17 anos de idade, com a vida sexual ativa, provenientes de oito escolas secundárias públicas da ilha de Santiago, escolhidas aleatoriamente. Foi utilizada regressão logística para análise simultânea dos fatores, considerando-se nível de significância de 5%.

Resultados: Entre os 368 adolescentes, 69,3% (255) referiram ter usado MAC na sua relação sexual mais recente, sendo mais frequentes o preservativo (94,9%) e a pílula (26,4%). Fatores significativa e positivamente associados ao uso de MAC na relação atual foram: morar em município da capital (OR=2,02; IC95%: 1,23;3,32), ter namorado anteriormente à época da entrevista (OR=2,82; IC95%: 1,51;5,26) e escolaridade maior que oito anos de estudo (OR=2,03; IC95%: 1,23;3,33).

Conclusões: O elevado uso de preservativo e a associação entre escolaridade e utilização de MAC entre adolescentes podem expressar resultados positivos das políticas de saúde sexual e reprodutiva atuais, contribuindo para diminuição da infecção por HIV.

Palavras-chave: Início da vida sexual, saúde sexual e reprodutiva, Cabo Verde, África Ocidental.

Abstract

Objective: To analyze the prevalence of contraceptive methods (CM) utilization and associated factors.

Methods: Cross-sectional study with 368 sexually active adolescents aged 13-17 yrs from eight public elementary and high schools, randomly selected, in Santiago Island, Cape Verde, in Jan-Mar/2007. Logisitic regression was used in the analysis, with a 5% significance level.

Results: Out of the 368 adolescents, 69.3% reported having used a CM in the last sexual intercourse, most frequently condom (94.9%) and pill (26.4%). Significantly and positively factors associated with CM utilization were: living in the capital

(OR=2.02; 95%CI: 1.23;3.32), having already dated (OR=2.82; 95%CI: 1.51;5.26), having more than eight years of schooling (OR=2.03; 95%CI: 1.23;3.33).

Conclusions: The high prevalence of condom use and the association between CM utilization and educational level among adolescents may express positive results from sexual and reproductive health policies, accounting for HIV infection decrease in mid-term.

Key words: Sexual initiation, Sexual and reproductive health, Cabo Verde, West Africa.

Introdução

Em Cabo Verde, assim como em outros países, há alta taxa de prevalência de uso de algum tipo de método anticoncepcional, particularmente adequado à proteção das IST (por exemplo, a camisinha). A prevalência de uso de algum tipo de método anticoncepcional em Cabo Verde é considerada elevada: acima de 75% entre homens e mulheres casados.¹ Considerando-se todas as mulheres sexualmente ativas, o uso de algum método é de 57,6%, sendo a pílula (42,5%), preservativo (20,5%) e anticoncepcionais hormonais- pílula e injeção - (36,5%) os mais frequentes.¹

Ainda, a prevalência de uso de um tipo de método anticoncepcional entre os adolescentes cabo-verdianos de 15 a 19 anos é de 50,6%.¹ Na maioria dos países da África subsaariana não mais de 20% das adolescentes casadas usam um método contraceptivo.² Estima-se que a indisponibilidade de MAC para mulheres casadas na África Subsaariana seja elevada, variando de 15 a 32% no Zimbabué e Ruanda.^{3,4}

Além disso, estudos têm indicado uma concentração da fecundidade em um intervalo menor do período reprodutivo ocasionada pelo aumento da fecundidade das mulheres com menos de 20 anos de idade, paralelamente à diminuição da fecundidade entre mulheres com mais de 20.⁵

Esse fenômeno é chamado de rejuvenescimento da fecundidade.⁶ À semelhança dos países industrializados desde a segunda metade do século XIX, o mesmo está ocorrendo nos países em desenvolvimento a partir dos anos 1960, inclusive em Cabo Verde. Neste país, entre 1990 e 2000, houve um aumento da fecundidade no grupo de adolescentes de 15 a 19 anos, atingindo uma taxa de 2,8%,

fazendo com que enquanto em 1990, para cada 100 mulheres de 15 a 19 anos, 11,0 tiveram um filho, em 2000, esta taxa subiu para 11,3.⁷

O comportamento sexual e reprodutivo do adolescente e suas repercussões têm sido objeto de grande interesse na literatura, alertando-se para a necessidade de estudos sobre a anticoncepção.⁸ Além disso, há a preocupação com o aumento crescente de mulheres infectadas pelo HIV ou com Aids em idade reprodutiva, inclusive as adolescentes. Isso faz com que os métodos anticoncepcionais (MAC) sejam considerados como um importante componente para a saúde. Ainda, os MAC são reconhecidos como uma variável intermediária de maior importância na determinação dos níveis da fecundidade, conforme já observado em outros trabalhos.^{7,9}

A literatura sobre países da África, sobretudo Subsaariana, é bastante escassa e, particularmente em Cabo Verde, os fatores associados ao uso de métodos anticoncepcionais na relação sexual não são conhecidos.

O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais, particularmente na relação sexual recente e os possíveis fatores associados à sua utilização entre adolescentes.

Procedimentos metodológicos

Estudo transversal com uma amostra probabilística e representativa de adolescentes residentes na ilha de Santiago, em Cabo Verde, no período de janeiro a março de 2007.

Cabo Verde é um arquipélago composto por 10 ilhas (nove das quais habitadas), situado no Oceano Atlântico a aproximadamente 500 km a oeste do continente africano, ocupando uma superfície de 4.033 km². A ilha de Santiago possui a maior área de superfície terrestre (991 km²) e população (234.940 habitantes,¹⁰ 54% da população de Cabo Verde).

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: o responsável pelo adolescente ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido e o adolescente aceitar participar da pesquisa; frequentar o ensino secundário na ilha de Santiago; ter idade entre 13 e 17 anos.

Foi utilizada uma técnica de amostragem probabilística em que o plano amostral foi dividido em: estágio 1 (amostragem por estratos): estratificação por município, com sorteio de escolas por município; estágio 2 (amostragem por conglomerado): divisão por escolas, com sorteio de turmas (em todas as escolas selecionadas), por ano escolar, e subsequente listagem de todos os alunos com características de interesse em cada classe sorteada.

O tamanho amostral foi calculado baseado na porcentagem de adolescentes sexualmente ativos (83,6%), com erro amostral assumido em 3,0% e com nível de confiança de 95,0%. Partindo de uma base populacional de 25.618 escolares, o tamanho da amostra estimada foi de 576 adolescentes, posteriormente corrigido para população finita, à qual foram acrescidos 33,0%, para compensar eventuais perdas. Assim, a amostra final foi de 768 adolescentes, que freqüentavam o nível secundário, somente no período diurno, com 7 a 12 anos de escolaridade, pois não havia registro de alunos dessa faixa etária freqüentando escolas noturnas. Ao todo foram avaliadas oito escolas públicas dentre as 16 existentes nos municípios da ilha.

Os objetivos da pesquisa, bem como os procedimentos foram explicados a todos os participantes. Em seguida, foram obtidas assinaturas nos termos de consentimento dos responsáveis pelos adolescentes que iriam participar do estudo. Todos os adolescentes selecionados estavam presentes no dia da entrevista e concordaram em participar do estudo e assim, foram dispensados de suas aulas no momento da pesquisa, para responderem ao questionário auto-aplicado, em uma única sala, durante 50 minutos.

A pesquisa foi realizada conforme as normas que regulamentam pesquisas com seres humanos, contidas nas Resoluções nº 196/96 e nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde Brasileiro, e aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, 1997)

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde¹¹ definiu a adolescência como um recorte cronológico que encobre diferenças no processo de desenvolvimento, considerando adolescentes os indivíduos entre 10 e 19 anos de idade. Entretanto, tal definição necessita também abranger aspectos biológicos, psicológicos e econômicos vivenciados neste período do desenvolvimento.¹²

Todavia, foram considerados aptos à pesquisa apenas os adolescentes na faixa etária dos 13 aos 17 anos pelos seguintes motivos: algumas questões do instrumento estavam relacionadas às práticas sexuais; a faixa considerada representava o início e o processo médio da vida sexual de adolescentes; estava dentro da definição cronológica de adolescente adotada pelo Comitê de Peritos da OMS e também pelo o fato de ser a faixa que concentrava mais do metade (58%) dos escolares de nível secundário em todo o arquipélago. Uma vez que considerou-se que a população de 10 e 11 anos poderia ficar constrangida ao responder o instrumento, ela não foi considerada para o presente estudo. Além deste recorte, foram considerados apenas os jovens que já haviam iniciado sua vida sexual: foram excluídos 400 adolescente que não tinham iniciado a vida sexual e foi composta amostra de 368 adolescentes sexualmente ativos.

Após a coleta, o banco de dados foi constituído com a utilização do *software* *CSPPro* 6.0, com dupla digitação. Na fase de análise da pesquisa, este foi convertido para o *software* *SPSS* 13.

O teste para a avaliação de suposição da normalidade das variáveis utilizadas foi o de Anderson-Darling. A análise descritiva foi apresentada por meio de proporções, médias e desvio padrão. Diferenças nas proporções entre grupos de usuários e não usuários de MAC foram, primeiramente, comparados em relação a cada fator individualmente por meio de teste de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. Posteriormente, esses grupos foram comparados em relação aos diversos fatores associados. Foram utilizados para o cálculo da razão de chances (*odds ratio*), intervalo de confiança de 95% e obtenção das análises univariada e multivariada. Os fatores associados que apresentaram valores de $p < 20\%$ na análise univariada foram incluídos no modelo de regressão múltipla logística (*Backward stepwise Wald*). Na análise para múltiplas variáveis, os valores de $p < 0,05$ foram considerados de significância estatística.

O estudo teve como variável dependente o uso de um MAC na última relação sexual. Foi perguntado aos adolescentes “você usou algum MAC para evitar filhos ou IST e sida na sua última relação sexual?”. As variáveis independentes consideradas foram: sociodemográficas – idade, sexo, escolaridade, possuir parceiro afetivo-sexual, religião, ter tido namorado antes do período da pesquisa, ter tido IST,

exposição à mídia (ter TV, rádio), uso de MAC na primeira relação sexual, procedência, idade na primeira menstruação e na primeira relação sexual; e hábitos relativos ao consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas.

Resultados

Dos 368 adolescentes estudados, 69,3% referiram ter usado algum tipo de MAC na última relação sexual, sendo mais freqüentes o preservativo (94,9%) e a pílula (26,4%) (Tabela 1).

A média de idade de adolescentes que tinham usado um MAC na relação sexual atual foi de 16,1 (dp = 1,3) anos, significativamente diferente dos que não tinham usado (média = 15,6; dp = 1,4).

A maioria dos adolescentes entrevistados (56,5%), independentemente de ter usado ou não MAC, tinha de 9 a 12 anos de estudo. Por outro lado, entre os que tinham usado, a maioria (61,8%) tinha de 10 a 12 anos de estudo ou 16 a 17 anos completos de idade. Foi observado valor de Fisher com $p < 0,001$, indicando associação positiva entre idade e escolaridade em adolescentes que usam MAC.

Dos 368 adolescentes, 68,9% referiram já ter namorado em alguma ocasião. Entre os adolescentes que tinham usado MAC, 75,3% referiram estar namorando na época do estudo.

Dentre aqueles que haviam usado algum tipo de MAC, a proporção de solteiros diminuiu ligeiramente para 71%, ou seja, cerca de um em cada quatro adolescentes desse grupo mantinha algum tipo de relacionamento afetivo-sexual.

A proporção de adolescentes que mantinham algum tipo de relacionamento afetivo-sexual foi maior para os adolescentes que já tinham usado algum tipo de MAC e aumentou conforme a idade, passando de 4,7% em adolescentes de 13 anos para 52,2% entre os adolescentes de 17 anos.

Dos adolescentes que não usavam algum tipo de MAC, 1,8% fumavam, enquanto entre os que tinham usado algum tipo de MAC, apenas 0,8% mantinham esse hábito.

Entre os adolescentes que não usavam um MAC, 13,3% mantinham o hábito de beber, e entre os que usavam um MAC, 16,9% mantinham esse hábito.

A média de idade na menarca entre as adolescentes entrevistadas foi de 13,3 (dp = 1,1) anos.

Na Tabela 2, observam-se os fatores associados significativamente ao uso de algum MAC, tendo como variável dependente a utilização de algum MAC, com os respectivos OR e IC 95%, além do nível de significância.

Após análise multivariada, três fatores permaneceram significativamente associados positivamente ao uso de MAC: morar em município da capital (OR=2,02; IC95%: 1,23;3,32), ter namorado anteriormente à época da pesquisa (OR=2,82; IC95%: 1,51;5,26) e ter mais de oito anos de estudo (OR=2,03; IC95%: 1,23;3,33).

Tabela 1. Distribuição dos adolescentes segundo o uso de MAC e possíveis variáveis associadas. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

Co-variáveis	Uso de MAC				P
	Sim (n)	%	Não (n)	%	
Idade (anos)					
13	12	48,0	13	52,0	0,019
14	23	59,0	16	41,0	
15	38	63,3	22	36,7	
16	49	72,1	19	27,9	
17	133	75,6	43	24,4	
Total	255	69,3	113	30,7	
Anos de estudo					
≤ 9	97	60,2	64	39,8	0,001
> 9	158	76,2	49	23,8	
Total	255	69,2	113	30,8	
Namorou					
Sim	230	74,0	81	26,0	<0,001
Não	25	45,5	30	54,5	
Total	255	69,7	111	30,3	
Idade na primeira relação sexual (anos)					
≤ 13	76	59,4	52	40,6	0,003
> 13	179	74,6	61	25,4	
Total	255	69,3	113	30,7	
Uso de MAC na primeira relação					
Sim	159	73,6	57	26,4	0,040
Não	96	63,6	55	36,4	
Total	255	69,5	112	30,5	
Município de procedência					
Praia	115	78,8	31	21,2	0,001
Outros	140	63,1	82	36,9	
Total	255	69,3	113	30,7	

Nota: Não estão apresentadas as co-variáveis que não tiveram $p < 20\%$ na análise univariada, a saber: sexo, estado marital, consumo de álcool, consumo de tabaco, exposição à mídia (ter TV e ter rádio), religião e já ter tido alguma IST.

Tabela 2. Análise multivariada dos fatores associados para o uso de MAC. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007.

Fatores associados	OR não ajustado (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	P
Idade (anos)			
13*	0,95	0,96	< 0,050
17	(0,91; 0,99)	(0,92; 1,00)	
Anos de estudo			
≤ 9*	1,98	2,03	0,005
> 9	(1,20; 3,27)	(1,23; 3,33)	
Namorou			
Sim	2,51	2,82	0,001
Não*	(1,31; 4,81)	(1,51; 5,26)	
Idade na primeira relação sexual (anos)			
< 13*	1,35	1,40	0,252
≥ 13	(0,73; 2,48)	(0,79; 2,51)	
Uso de MAC na primeira relação			
Sim	1,11	1,11	0,690
Não*	(0,66; 1,87)	(0,66; 1,87)	
Município de procedência			
Praia	2,04	2,02	0,005
Outros*	(1,24; 3,36)	(1,23; 3,32)	

* valor referência.

Discussão

O presente estudo é o primeiro em Cabo-Verde que estima a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes, particularmente na relação sexual recente e os possíveis fatores associados a sua utilização.

A prevalência de uso de MAC (69,3%) em adolescentes da Ilha de Santiago é maior do que em países com alta prevalência de uso de MAC como, por exemplo, o Brasil onde 46% das mulheres casadas de 15 a 19 anos usavam método anticoncepcional na década de 1990,² além de ser reconhecido por suas políticas consistentes de intervenção na prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, infecção por HIV e Aids.

Por outro lado, em outros países da América latina ou Caribe, tais como Haiti (2000) e Bolívia (2003), as porcentagens de mulheres casadas que usavam o MAC foram 28% e 58%, respectivamente. Essas taxas são muito mais elevadas do que as encontradas em muitos países da África Subsaariana.¹²

Na maioria desses países não mais de 20% das adolescentes casadas² usam MAC, como, por exemplo, em Camarões e Lesotho, as prevalências de uso do

preservativo em mulheres casadas de 20 a 29 anos e de 15 a 49 anos, em 2004, foram de 10,3% e 5,7%, respectivamente.^{14,15}

A prevalência do uso de camisinha em 94,9% dos adolescentes que iniciaram a vida sexual na Ilha de Santiago foi maior do que encontrado em outros países da África Subsaariana, onde o uso de preservativo pelos adolescentes é, em geral, baixo.

Além do MAC, a prevalência de uso de preservativo encontrada na Ilha também foi maior do que no Brasil. Em estudos realizados em João Pessoa (PB), em adolescentes de 12 a 19 anos e em Legião Mirim município de Marília (SP), em adolescentes de 16 e 18 anos, apenas 42,9% e 45,4%, respectivamente, declararam ter utilizado preservativo em sua primeira relação sexual.¹⁶

A alta prevalência de uso freqüente de MAC, especialmente adequado à prevenção de IST/Aids (uso da camisinha), em Cabo Verde, é resultante de políticas públicas, como, por exemplo, distribuição gratuita de camisinha e introdução de educação sexual e reprodutiva nas escolas, diferentemente do que ocorre em outros países da região subsaariana, o que pode ter contribuído muito para a prevenção de transmissão do vírus.

Deste modo, a prevalência de HIV em Cabo Verde é bastante baixa,¹ variando de 0,8% a 1,5% da população, contrariamente aos outros países da África Subsaariana, onde a epidemia parece estar estabilizada, com prevalência de 7,4%.¹⁶ A porcentagem de HIV em adolescentes cabo-verdianos é aproximadamente zero (0%)

Por outro lado, em Lesotho, apenas 6,3% de mulheres de 15 a 49 anos vivendo com HIV usa preservativo, o que contribui muito pouco para a prevenção da transmissão do vírus.¹⁵

A porcentagem do uso de pílula na primeira relação sexual em adolescentes em Marília (SP), em 2005,¹⁶ foi de 63,6%, mais de duas vezes maior do que a encontrada no presente estudo (26,4%).

Estudos do Brasil indicam uma tendência de abandono do preservativo masculino na vigência da estabilização do relacionamento, o que expressa uma prova de amor, confiança e fidelidade ao parceiro ou consequência de uma proteção e imunidade ligadas ao sentimento do amor.¹⁸

O namoro é o principal cenário das relações sexuais entre adolescentes e uma variável importante na análise do comportamento sexual e reprodutivo.¹⁹ Isso confirma-se no presente estudo pois, no momento da entrevista, entre os adolescentes que já tinham usado um MAC, 75,3% referiram estar namorando.

Esta situação de namoro modifica-se consideravelmente de acordo com a faixa etária analisada. A proporção de adolescentes que estavam namorando no momento da entrevista é bem maior entre os mais velhos, 16 e 17 anos (66,3%), se comparada aos 6,8% que referiram estar namorando aos 13 anos de idade.

No presente estudo, os adolescentes que se declararam que namoravam no período da pesquisa tinham mais chances de uso de MAC (2,82 vezes) do que aqueles que não namoravam. Por outro lado, alguns estudos,^{20,21} mostram que mulheres jovens casadas usam com menos frequência o preservativo do que as não casadas devido à falta de poder de negociação do uso de preservativo no casamento.

Quanto ao conhecimento de MAC, a maior parte dos adolescentes declarou conhecer pelo menos um MAC no momento da pesquisa, o que é condizente com os achados de pesquisa¹ que revelam que praticamente 100% dos adolescentes de 15 a 19 anos da ilha de Santiago conhecem pelo menos um método. A utilização de preservativo masculino foi a mais referida por mulheres e homens, o que pode estar relacionado ao fato de ser uma forma de prevenir gravidez ou à forte influência das campanhas de prevenção das IST e Aids, ou ambos. Apesar da conotação “masculina” que o preservativo tem, as adolescentes foram as que apresentam maiores percentuais de conhecimento em todos os métodos pesquisados, o que possivelmente traduz uma cultura que situa o uso de MAC como responsabilidade primordialmente feminina.²²

O uso de um MAC na primeira relação sexual pode diminuir o risco de gravidez indesejada e transmissão de HIV porque aumenta a chance de uso de um MAC em 11%, ainda que essa diferença seja não significativa.

Estudos realizados por Schor e cols.,²³ no Brasil, em 2000, identificam baixa porcentagem (48,3%) de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes com menos de 14 anos. Segundo esses autores, tal fato seria explicado em razão de o jovem ainda não ter iniciado a atividade sexual, o que pode ser

observado pelo percentual de conhecimento ter se elevado de 55% aos 15 anos para 92% aos 19 anos, embora a qualidade desse conhecimento não tenha sido analisada.

Na população como um todo, o conhecimento sobre algum tipo de MAC, em Cabo Verde, é elevado, acima de 97%, independentemente da idade, do sexo, estado conjugal e experiência sexual;¹ cabendo ressaltar que o conhecimento sobre MAC é uma das condições básicas para a sua utilização. A prevalência do uso de um MAC, em Cabo Verde, é elevada, acima de 75% entre homens e mulheres casados. Considerando-se todas as mulheres sexualmente ativas, o uso de algum método é de 57,6%, sendo a pílula (42,5%) e o preservativo (20,5%) os métodos com maiores prevalências. Essa pesquisa (INE, 2007) revela, ainda, que a prevalência de uso de um tipo de métodos anticoncepcionais entre os adolescentes cabo-verdianos de 15 a 19 anos é de 50,6%.¹

Esses dados sugerem que o trabalho educativo e de distribuição de preservativos feito regularmente deve ter contribuído para o importante aumento da utilização de MAC entre adolescentes observada no presente estudo.

Em relação aos fatores associados ao uso de MAC, a ausência de associação estatística com o conhecimento sobre contracepção, o que é corroborado por outro estudo consultado,²² mostra que o alto índice de conhecimento de MAC não está necessariamente associado ao uso dos mesmos. Assim, é possível supor que, entre os adolescentes de Cabo Verde, o uso de MAC estaria mais associado ao conhecimento relativo às IST do que às questões de reprodução. No presente estudo os MAC mais usados foram o preservativo masculino (94,9%) e a pílula (26,4%), com frequência muito maior para o primeiro, embora não se possa excluir também como fator determinante a facilidade de uso de um método em relação ao outro, considerando o pressuposto de que há a mesma facilidade de acesso a ambos os métodos.

Por outro lado, o conhecimento inadequado de um MAC pode ser um fator de resistência à aceitação de seu uso.²⁴ Do mesmo modo que um alto nível de conhecimento sobre MAC não determinará mudanças de comportamento se os métodos contraceptivos não estiverem acessíveis à livre escolha dos adolescentes.

Nos adolescentes, como em qualquer outra faixa etária, a escolha de um MAC deve ser livre e informada. A facilidade de acesso à informação sexual não garante maior proteção contra as IST e gravidezes não planejadas.²⁵ Por outro lado, o

desconhecimento sobre sexo e MAC pode levar ao aumento da incidência da gravidez não planejada, HIV e Aids entre os adolescentes.

Nesse sentido, em Cabo Verde, há maior concentração quanto ao uso de apenas dois métodos: a pílula e a camisinha,²⁵ diferentemente de países como o Brasil, em que há maior centralização na pílula e na esterilização feminina.²⁵ O acesso à informação de boa qualidade e a disponibilidade de alternativas contraceptivas são aspectos fundamentais nos programas de planejamento familiar, destinados não apenas aos adolescentes, mas à população em geral.

A idade na primeira relação sexual constitui um dos importantes indicadores na análise da saúde sexual e reprodutiva. No entanto, no presente estudo, este fator não teve qualquer influência na ocorrência do evento (uso de MAC), contrariamente ao encontrado em outro estudo similar empreendido na Bahia, Brasil.²²

Assim, nos resultados da Tabela 2, observa-se que os fatores biológicos (sexo) e hábitos (consumo de tabaco e álcool), apesar de serem importantes, não conseguiram explicar as diferenças na prevalência do uso de MAC.

A escolaridade é umas das variáveis tidas como fundamentais na educação sexual, principalmente no aspecto de prevenção da gravidez, por meio da utilização de um MAC em adolescentes.²⁶ Esta variável mostrou-se importante na explicação do comportamento contraceptivo. Os adolescentes com menos anos de estudo tinham menores chances de usar um MAC quando comparados com os de mais anos de estudo. Sendo assim, quanto menos anos de estudo, menores são as chances de um adolescente usar MAC na sua relação sexual atual. Esse achado foi corroborado com os resultados de outros estudos^{13,26} que mostraram que a educação afeta positivamente, conforme esperado, o uso de contraceptivos.

Quanto à idade, a literatura^{14,27} sugere que ela tem uma relação direta ao uso de MAC; desse modo, quanto mais idade tiver um adolescente, maior é a chance de usar um método anticoncepcional. O mesmo padrão é encontrado no presente estudo; a idade tem uma relação direta com o uso de MAC na ocasião da relação sexual atual (Tabela 2).

Estudo²⁷ mostrou que mulheres morando em meio urbano têm uma chance 1,24 vezes de usar um contraceptivo do que as que moram em meio rural. A mesma tendência foi observada no presente estudo: morar na capital da ilha (chance 2,02

vezes a de morar em outros municípios que não da capital) associa-se positivamente ao uso de métodos anticoncepcionais (Tabela 2).

Observou-se que a chance de adolescentes que iniciaram a vida sexual mais tardiamente ter usado um MAC foi 1,40 vezes (não estatisticamente significativo); dos que se declaram com maior escolaridade, foi 2,03; dos que estudavam na praia, a chance foi 2,02 vezes comparado àqueles que estudavam nos municípios diferentes da Praia; e os adolescentes que namoravam na época da entrevista apresentaram maior chance (2,82 vezes) de uso de um MAC (Tabela 2).

Os estudos transversais são de baixo custo, rápidos e permitem estimar prevalência. Contudo, não estabelecem a seqüência dos eventos em análise, isto é, não levam a compreender o tema ao longo do tempo, o que pode ser empecilho no estabelecimento de relações de causa e efeito. Apesar dessa limitação, estudos transversais têm sido utilizados para o reconhecimento de possíveis causas, a serem incluídas em estudos longitudinais que são mais adequados para descreverem os fatores de risco de um determinado evento em estudo. Dessa forma, recomenda-se a realização de estudos longitudinais que apliquem a mesma metodologia do presente estudo em alunos da escola secundária pública, o que poderia reforçar ou complementar os dados sobre os fatores associados à prevalência de uso de métodos anticoncepcionais na ilha de Santiago.

Alguns elementos metodológicos do presente estudo devem ser considerados. Na composição da população estudada, foi desprezível o percentual de recusa e perda (0%). No computo geral, as diferenças entre sexo não foram significativas para que justificassem um desenho separado por sexo. Ainda que a amostra seja representativa da totalidade de escolares do ensino secundário da ilha de Santiago, os resultados do presente estudo, assim como de outros estudos dessa natureza, são suscetíveis a vieses de declaração pelos adolescentes.

Considerando-se o elevado uso de preservativo e a associação entre escolaridade e utilização de MAC entre adolescentes, as políticas atuais de saúde sexual e reprodutiva em Cabo Verde parecem expressar resultados positivos, contribuindo para diminuição da infecção por HIV.

Agradecimentos:

Ao Programa de Estudantes-Convênio da Pós-Graduação PEC-PG/Capes pelo apoio financeiro. Ao Prof. Cláudio Leone pela contribuição na interpretação e análise dos resultados.

Referências bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Inquérito demográfico e de saúde reprodutiva 2005. Praia: Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde; 2007.
2. Alan Guttmacher Insitute. Rumo a um novo mundo: A vida sexual e reprodutiva de mulheres jovens. New York: Alan Guttmacher Insitute; 1998. [acessado 2008 fev 29]. Disponível em: http://www.guttmacher.org/pubs/new_world_port.html
3. Robey B, Ross J, Bhushan I. Meeting unmet need: new strategies. Popul Rep J 1996; (43): 1-35.
4. Bhushan I. Understanding unmet need. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health; 1997. [Working Paper no 4]
5. Gupta N, Leite IC. Tendências e determinantes da fecundidade entre adolescentes no Nordeste do Brasil. Perspect Int Planej Fam 2001;(N Esp):24-9.
6. Berquó ES. O rejuvenescimento da fecundidade. In: Encontro Estadual de Políticas Públicas de Juventude; 2003; São Paulo, Brasil.
7. Tavares CM. Fecundidade das mulheres cabo-verdianas em 1990 e 2000: evidências e interpretação. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciência e Estatística, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005.

8. Mensch BS, Bruce J, Greene ME. The uncharted passage: girls' adolescence in the developing world. New York: Population Council; 1998.
9. Silva NV, Henriques MHFT, Souza A. An analysis of reproductive behavior in Brazil: a study conducted under the auspices of the Instituto de Estudos Econômicos, Sociais e Políticos de São Paulo. New York: The Population Council; 1990. [Demographic and Health Surveys Further Analysis no6]
10. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Censo demográfico 2000. Praia: Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde; 2002.
11. World Health Organization. Adolescent friendly health services – an agenda for change. Geneva: WHO; 2002.
12. Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventude e sexualidade. Brasília: UNESCO; 2004.
13. Khan S, Mishra V, Arnold F, Abderrahim N. Contraceptive Trends in Developing Countries. Calverton: ORC Macro; 2007. [DHS working papers no 16]
14. Adair T. Men's condom use in higher-risk sex: trends and determinants in five sub-saharan countries. Calverton: ORC Macro; 2008. [DHS working papers no 34]
15. Adair T A. Desire for children and unmet Need for contraception among HIV- positive women in Lesotho. Calverton: ORC Macro; 2007. [DHS working papers no 32]

16. Rojas SHCC, Crestani KD, Batista GV, Melo APA. Características reprodutivas das adolescentes da legião mirim de Marília – São Paulo, Brasil, 2005. *DST J Bras Doenças Sex Transm* 2006;18(2):137-42.
17. UNAIDS. 2004 Report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th global report. Geneva: UNAIDS; 2004.
18. Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil 2002. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2):499-507.
19. Pirotta KC, Schor N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(4):495-502.
20. Clark, S. 2004. Early marriage and HIV risks in sub-Saharan Africa. *Stud Fam Plann* 2004; 35(3):149-60.
21. Clark S, Bruce J, Dude A. Protecting young women from HIV/AIDS: The case against child and adolescent marriage. *Int Fam Plan Perspect* 2006; 32(2):79-88.
22. Almeida MC, Aquino EM, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5):566-75.
23. Schor N, Ferreira AF, Machado VL, França AP, Pirotta KC, Alvarenga AT, et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. *Cad Saúde Pública* 2000;16(2):377-84.
24. Espejo X, Tsunehiro MA, Osis MJ, Duarte GA, Bahamondese L, Sousa MH. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5):583-90.

25. Campos MAB. Gravidez na Adolescência. A imposição de uma nova identidade. *Pediatr Atual* 2000; 13(11/12):25-6.
26. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(Supl):103-12.
27. Schor N. Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1995.
28. Laguna EP, Po ALC, Perez AE, Kantner A. Contraceptive use dynamics in the Philippines: determinants of contraceptive method choice and discontinuation. Calverton: ORC Macro; 2000.

9.3. Anexo 3. Terceiro artigo

ARTIGO ORIGINAL

Uso de preservativo entre adolescentes da ilha de Santiago, Cabo Verde – África Ocidental*

Condom use among adolescents in Santiago Island, Cape Verde, West Africa.

Carlos Mendes Tavares^I; Néia Schor^{II}

^IBolsista da Capes, doutorando em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo.

^{II}Professora Titular. Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo. Departamento de Saúde Materno-Infantil.

Título resumido: Adolescência e uso de preservativo.

Endereço para correspondência:

Néia Schor

Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º andar – sala 218 – Cerqueira César.

CEP: 01246-904 – São Paulo/SP.

E-mail: carlostavares@usp.br

RESUMO

OBJETIVO: Estimar fatores associados ao uso de preservativo por adolescentes na última relação sexual.

MÉTODO: Estudo transversal, realizado entre janeiro e março de 2007, com amostra de 368 adolescentes de 13 a 17 anos de idade, com a vida sexual ativa, provenientes de oito escolas secundárias públicas, escolhidas aleatoriamente, da ilha de Santiago, Cabo Verde. Associação entre uso de preservativo *versus* variáveis sociodemográficas, sexuais e comportamentais foi modelada por meio de regressão logística multivariada, considerando-se nível de significância de 5%

RESULTADOS: A prevalência de uso de preservativo na última relação sexual foi de 94,9%. Fatores associados ao uso de preservativo na última relação foram: religião não católica (OR=0,68, IC 95%: 0,52; 0,88) e parceria afetivo sexual no período anterior à pesquisa (OR = 5,15, IC 95%: 1,79; 14,80).

CONCLUSÃO: Foi alta a prevalência no uso do preservativo na última relação sexual dos adolescentes. Todavia, a influência da religião e de parceria afetivo-sexual no uso de preservativo revela a necessidade de ações de prevenção voltadas para segmentos religiosos não católicos e que não possuem parceria afetivo sexual.

DESCRIPTORIOS: Saúde do adolescente. Uso de preservativo. Saúde sexual e reprodutiva. Cabo Verde. África Ocidental.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate factors associated with condom use in the last sexual intercourse among adolescents.

METHODS: Cross-sectional study with 368 sexually active adolescents aged 13-17 yrs from eight public elementary and high schools, randomly selected, in Santiago Island, Cape Verde, in Jan-Mar/2007. Association between condom use and sociodemographic, sexual and reproductive variables was verified by means of logistic regression, with a 5% significance level.

RESULTS: The prevalence of condom use in the last sexual intercourse was 94.9%. Factors associated with condom use in the last sexual relationship were: non-

catholic religion (OR=0.68, 95%CI: 0.52; 0.88) and affective-sexual partnership before the interview (OR=5.15, 95%CI: 1.79; 14.80).

CONCLUSIONS: There was a high prevalence of condom use in the last sexual intercourse among adolescents. However, the influence of religion and sexual-affective partnership on condom use expresses the need for preventive actions aimed at non-catholic religious groups and people without sexual-affective partnership.

KEYWORDS: Adolescent health. Condom use. Sexual and reproductive health. Cape Verde. West Africa.

INTRODUÇÃO

Ações educativas em saúde sexual são necessárias desde a pré-adolescência a fim de permitir que os adolescentes iniciem suas práticas sexuais protegidos de infecções sexualmente transmissíveis/Aids, de gravidezes não-planejadas e, assim, constituam um comportamento preventivo na vida futura.

Estudo¹ cabo-verdiano aponta um aumento relativo de fecundidade abaixo dos 20 anos de idade e, inversamente, uma diminuição em todas as demais faixas etárias. Igualmente ocorre em outros países em desenvolvimento e desenvolvidos.^{2,3} Os aspectos sociais, como abandono escolar, limitação das oportunidades ocupacionais e de rendimentos futuros são também ressaltados como possíveis conseqüências do aumento da fecundidade nessa população.⁵ A epidemia da Aids e a gravidez na adolescência deram visibilidade à sexualidade juvenil. As diferentes formas de ação direcionadas para o público jovem resultaram na difusão e no aumento do uso de preservativo entre esse segmento.⁴

Espera-se que o uso de preservativo seja mais elevado na população juvenil do que na adulta, pois, em geral, adolescentes possuem mais informações do que adultos; contudo, os jovens ainda não o utilizam em todas as relações sexuais. Diversos estudos sobre o uso de métodos de proteção contraceptivos por adolescentes mostram que o elevado conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais não implica necessariamente em uso adequado ou consistente. Embora se tenha observado um aumento considerável de uso de métodos contraceptivos nessa população nos últimos anos, ainda está aquém das metas das políticas de saúde sexual voltadas à população jovem.^{6,4}

A aquisição de habilidades e comportamentos relacionados à sexualidade nos anos formativos da adolescência é decisiva para toda a vida, influenciando a saúde e o desenvolvimento pessoal, econômico e social. Entre as formas de relacionamento que se propõem aos adolescentes para prevenir as infecções de transmissão sexual está o uso de preservativo. Vários estudos têm mostrado o grau de proteção oferecido pelo uso do preservativo para cada uma das infecções sexualmente transmissíveis.^{7,8} A base para o delineamento de políticas de saúde sexual e reprodutiva da população jovem é conhecer os fatores associados ao uso de preservativo entre adolescentes.⁹ O presente estudo teve por objetivo estimar fatores associados ao uso de preservativos masculinos por adolescentes na última relação sexual.

MÉTODOS

O estudo foi realizado na ilha de Santiago, em Cabo Verde, um arquipélago composto por dez ilhas (nove das quais habitadas), situado no oceano atlântico a aproximadamente 500 km a oeste do continente africano. Santiago é a maior ilha do arquipélago e com a maior população (54%) de Cabo Verde, com cerca de 234.940 habitantes.¹⁰

O estudo é proveniente de uma pesquisa mais abrangente transversal que analisou fatores associados ao início da vida sexual em adolescentes da ilha de Santiago, segundo sexo. A pesquisa, realizada com amostra representativa de adolescentes (de 13 a 17 anos) residentes na ilha, ocorreu de janeiro a março de 2007.

Foi utilizada uma técnica de amostragem probabilística. O plano amostral foi dividido em dois estágios: no estágio 1 (amostragem por estratos), a estratificação foi feita com sorteio de escolas por município; no estágio 2 (amostragem por conglomerado), houve divisão por escolas, com sorteio de turmas (em todas as escolas selecionadas aleatoriamente), por ano escolar e subsequente listagem de todos os alunos com características de interesse em cada classe sorteada. Ao todo, foram avaliadas oito escolas públicas dentre as 16 existentes nos municípios da ilha.

O tamanho amostral foi calculado baseando-se na porcentagem de adolescentes sexualmente ativos (83,6%), com erro amostral assumido em 3,0% e com nível de confiança de 95,0%. Partindo de uma base populacional de 25.618

escolares, o tamanho da amostra estimada foi de 576 adolescentes, à qual foram acrescentados 33,0%, para compensar eventuais perdas. Assim, o cálculo da amostra final foi de 768 adolescentes que freqüentavam o nível secundário público, do sétimo ao décimo segundo ano de escolaridade, pois não havia registro de alunos dessa faixa etária matriculados no ensino privado. Para este estudo, consideraram-se apenas os escolares sexualmente ativos (368).

Os requisitos de inclusão no estudo foram: ter idade entre 13 e 17 anos, estar regularmente matriculado e freqüentar a escola secundária pública e ter iniciado sua vida sexual. Embora seja possível que adolescentes com idades entre 11 e 12 anos tivessem iniciado a vida sexual, considerou-se potencial constrangimento ao responder o instrumento e, portanto, essa população não foi considerada para a pesquisa.

Utilizou-se um questionário auto-aplicado, com 76 perguntas fechadas sobre dados sociodemográficos e comportamentais. Todos os adolescentes responderam o questionário em sala de aula, cuja duração média foi de 50 minutos.

O estudo teve como variável dependente o uso de preservativo masculino. Perguntou-se aos adolescentes “você usou preservativo na sua última relação sexual?”.

As variáveis independentes consideradas foram: sociodemográficas – idade, sexo, escolaridade, estado marital, religião e município de procedência; variáveis afetivo-sexuais – já namorou, idade e parceiro na primeira relação sexual; além das variáveis comportamentais – consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e exposição à mídia (ter TV, rádio).

O teste para a avaliação de suposição da normalidade das variáveis utilizadas foi o de Anderson-Darling. A análise descritiva foi apresentada por meio de proporções, médias e desvio-padrão. A razão de chances (OR – *odds ratio*) foi calculada por meio de regressão logística. O nível de significância adotado foi de 5%.

Os dados foram analisados hierarquicamente: as variáveis sociodemográficas no primeiro nível e as comportamentais no segundo.

Todas as variáveis com um valor $p \leq 0,20$ na regressão logística foram incluídas no modelo completo. No modelo final, foram mantidas todas as variáveis cuja associação com o uso do preservativo permaneceu em nível $\leq 0,05$.

O banco de dados foi constituído com o *software* *CSPro* 6.0, com dupla digitação. As análises estatísticas foram feitas com o *software* *STATA* 10.

A pesquisa foi realizada seguindo as normas das Resoluções nº 196/96 e nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde Brasileiro e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e financiada pelo Programa de Estudantes-Convênio da Pós-Graduação PEC-PG/Capes pelo apoio financeiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, 1997).

RESULTADOS

A média de idade do início da vida sexual dos adolescentes masculinos foi 14 (dp=2,0) anos e das adolescentes femininas, 15 (dp=1,6). Aproximadamente 65,6% (252) dos adolescentes masculinos e 30,2% (116) dos femininos declararam ter iniciado a vida sexual, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$).

Dos 368 adolescentes que declararam o início da vida sexual, 69,3% referiram ter usado algum tipo de método contraceptivo na última relação sexual, sendo o preservativo (94,9%) e a pílula (26,4%) os principais métodos utilizados.

Adolescentes masculinos mais novos (13 e 14 anos) relataram uso mais freqüente de preservativo do que adolescentes femininas.

Os adolescentes católicos apresentaram uso mais freqüente de preservativo na última relação sexual (96%, em ambos os sexos) em comparação aos não católicos.

Nas Tabelas 1, 2 e 3 observam-se os fatores associados ao uso de preservativo, com os respectivos OR e IC 95%, além do nível de significância (p).

Tabela 1. Estimativas dos modelos de regressão logística simples para o uso de preservativo na última relação sexual, segundo variáveis selecionadas. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007. (Modelo só com uma variável explicativa).

Variável	Uso de preservativo		
	OR	p	IC 95%
Sexo			
Feminino (referência)			
Masculino	0,85	0,765	[0,29; 2,48]
Escolaridade			
≤ 10 anos (referência)			
> 10 anos	0,55	0,267	[0,19; 1,59]
Faixa etária			
≤ 14 anos (referência)			
> 14 anos	3,33	0,024	[1,17; 9,48]*
Já namorou			
Sim	5,05	0,002	[1,81; 14,05]*
Não (referência)			
Município de procedência			
Outros (referência)			
Praia	1,60	0,391	[0,55; 4,64]*
Religião			
Católica (referência)			
Outras (evangélica e espírita)	0,68	0,003	[0,53; 0,87]*
Estado marital			
Solteira(o) (referência)			
Vive com companheiro(a)	0,18	0,042	[0,03; 0,93]*
Namorando	0,68	0,505	[0,23; 2,07]
Tem televisão			
Não (referência)			
Sim	0,86	0,818	[0,24; 3,09]
Tem rádio			
Não (referência)			
Sim	1,81	0,367	[0,50; 6,66]
Consome bebidas alcoólicas			
Não (referência)			
Sim	1,53	0,580	[0,34; 6,88]
Parceiro na primeira experiência sexual			
Namorado (referência)			
Amigo	0,86	0,811	[0,26; 2,84]
Parente	0,81	0,841	[0,097; 6,67]
Marido ou esposa	0,24	0,086	[0,046; 1,23]*
Idade na primeira experiência sexual			
11-12 anos (referência)			
13 ou mais anos	0,42	0,086**	[0,16; 1,12]

*p < 0,05; **p < 0,20

As variáveis que tiveram efeitos significativos no modelo completo foram: já namorou e religião (Tabela 2). Aquelas com $p > 0,05$ foram retiradas do modelo.

Tabela 2. Estimativas do modelo de regressão múltipla logística para o uso de preservativo na última relação sexual para o modelo completo. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007

Variável	Uso de preservativo		
	OR	p	IC 95%
Faixa etária			
≤ 14 anos (referência)			
> 14 anos	1,97	0,289	[0,56; 6,93]
Já namorou			
Sim	5,04	0,011	[1,46; 17,45]
Não (referência)			
Religião			
Católica (referência)			
Outras (evagélica e espírita)	0,67	0,005	[0,51; 0,89]
Estado marital			
Solteira(o) e namorando (referência)			
Vive com companheiro(a)	0,17	0,084	[0,02; 0,27]
Idade na primeira experiência sexual			
11-12 anos (referência)			
13 ou mais anos	1,26	0,719	[0,36; 4,138]

Odds ratio: ajuste por meio de regressão, incluindo todas as variáveis da tabela 1 com $p < 0,20$.

Após análise multivariada final (Tabela 3), religião não católica foi fator associado ao não-uso de preservativo em adolescentes na última relação sexual; já o fator associado positivamente ao uso foi o ter namorado anteriormente.

Tabela 3. Estimativas do modelo de regressão múltipla logística para o uso de preservativo na última relação sexual para o modelo final. Ilha de Santiago, Cabo Verde, 2007

Variável	Uso de preservativo		
	OR	p	IC 95%
Já namorou			
Sim	5,15	0,002	[1,79; 14,80]
Não (referência)			
Religião			
Católica (referência)			
Outras (evangélica e espírita)	0,68	0,004	[0,52; 0,88]

Odds ratio: ajuste por meio de regressão, incluindo todas as variáveis da tabela 2 com $p < 0,05$.

Na composição da amostra estudada, não houve recusas ou perdas.

DISCUSSÃO

Existem poucos trabalhos em Cabo Verde sobre o relacionamento sexual de adolescentes, em particular em relação à proteção das doenças sexualmente transmissíveis. Este é o primeiro estudo probabilístico, representativo e cujos dados foram analisados por meio de modelos multivariados sobre a ocorrência do uso de preservativo e fatores associados entre adolescentes em Cabo Verde. A população do presente estudo corresponde a 74% dos adolescentes inscritos no ensino secundário em Cabo Verde.¹¹

Vários fatores estão associados ao uso de preservativo, entre eles: o conhecimento sobre as questões reprodutivas, o sexo, o tipo de envolvimento afetivo, questões financeiras e de acesso aos métodos, bem como o grau de liberdade e de autonomia alcançados nessa faixa etária.¹²

A alta prevalência do uso de preservativo na última relação sexual encontrada no presente trabalho é semelhante aos dados da pesquisa sobre demografia e saúde reprodutiva da população cabo-verdiana, em adolescentes femininos entre 15 e 19 anos.¹³ Contudo, a prevalência do presente estudo (94,9%) difere muito em

magnitude da encontrada na população juvenil cabo-verdiana (de 15 a 19 anos) [55,3%] e em população dessa faixa etária da ilha de Santiago (48,4%).¹³

A baixa prevalência de HIV estimada em Cabo Verde¹⁴ (variando de 0,8% a 1,5% da população) pode ser explicada pela alta frequência do uso de preservativo.

Contudo, ainda que a prevalência da epidemia seja baixa se comparada aos países da África Subsaariana, onde a epidemia parece estar estabilizada (prevalência de 7,4%⁴), ela é preocupante do ponto de vista da saúde pública cabo-verdiana.

Fatores que podem ter explicado o alto uso do preservativo na última relação sexual de adolescentes da ilha são: distribuição gratuita de preservativos; políticas de cooperação com Brasil e Portugal no âmbito de prevenção; tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST), como HIV/Aids; e implantação do programa de educação sexual e reprodutiva nas escolas secundárias. Tal programa considera uma proposta pedagógica interativa que os conduzam à prevenção e à promoção de saúde com mudanças de atitudes em relação aos métodos anticoncepcionais e com adesão às práticas sexuais seguras. Atualmente, nas escolas secundárias cabo-verdianas, existe uma disciplina específica (formação pessoal e social) para tratar de assuntos relacionados à sexualidade, à violência, aos meios de prevenção de IST e gravidez entre adolescentes.

Diferentemente de outros estudos,^{4,16} os achados do presente trabalho sugerem que o uso do preservativo não tem sido impedido por padrões sociais pautados em relações desiguais de gênero.

Em estudos semelhantes, nacional¹⁷ e internacional,^{4,16} essa diferença foi relevante, pois indica que a negociação do uso encontra obstáculos em padrões sociais, fragilizando mulheres que, muitas vezes, devido à cumplicidade, à insegurança afetiva, às noções de amor romântico e à fidelidade, podem contribuir para que desconsiderem a administração do seu poder reprodutivo e o direito de se prevenir em relação às IST/Aids.

A compreensão das diferenças entre homens e mulheres quanto ao uso de preservativo requer análises. As escolhas realizadas por homens e mulheres ao longo de suas trajetórias sexuais estão associadas à existência de diferenças de gênero no que tange às concepções de vínculo afetivo-sexual.¹⁸ Essas concepções, por sua vez,

atrelam-se à concepção da necessidade de proteção¹⁸ e apelam para a dificuldade das mulheres em negociar o uso do preservativo e o estatuto do relacionamento.

Os achados do presente estudo, ainda que não apontem vulnerabilidade das mulheres para o não-uso do preservativo, reforçam os dados dos estudos discutidos anteriormente, sobretudo na associação com a percepção de maior risco para HIV ou ocorrência prévia de IST entre adolescentes do sexo feminino, cujo uso do preservativo foi menos freqüente.

Corroborando outros estudos na literatura¹⁹, o presente estudo observou que religião e parceria afetivo-sexual são fatores importantes a serem considerados em pesquisas e na organização de serviços de prevenção e assistência. A distribuição segundo religião coincide com aquela descrita em pesquisas sobre demografia e saúde reprodutiva,^{13,15} nas quais se registraram que católicos usam mais preservativos, com o uso mais freqüente pelas garotas do que pelos rapazes, porém sem significância estatística.

A filiação religiosa influenciou o uso do preservativo nas relações sexuais: adolescentes católicos relataram mais uso do que aqueles de outras religiões. Embora não tenham sido encontrados estudos quantitativos na ilha de Santiago comparáveis aos do presente trabalho na literatura indexada, tal constatação é importante no planejamento de estratégias que envolvam o uso de métodos contraceptivos para prevenir gravidez não planejada e IST, incluindo a Aids.

Por outro lado, outro estudo cabo-verdiano com delineamento qualitativo em população adolescente¹⁸ não encontrou, entre os jovens, associação entre uso de preservativo e filiação religiosa. Todavia, a categoria religiosa desse estudo não distinguiu os credos.

O uso de preservativo na última relação sexual, no presente estudo, foi muito mais freqüente em adolescentes com parceria afetivo-sexual no período anterior à pesquisa. Tais achados são diferentes dos observados em alguns estudos internacionais,^{16,20} nos quais o preservativo foi parcialmente substituído por outros métodos, tais como o contraceptivo hormonal oral ou injetável. Isso pode ser explicado pelo fato de que, apesar de as adolescentes entrevistadas terem iniciado sua vida sexual fora de uma união e em idade mais cedo, elas substituíram o preservativo como método contraceptivo de escolha justamente por estarem inseridas em um

relacionamento mais estável e com vínculo afetivo-amoroso. Esse modo de relacionamento ratifica uma tendência de abandono do preservativo na vigência da estabilização do relacionamento, como prova de amor, confiança e fidelidade ao parceiro ou como consequência de uma sensação de proteção e imunidade devido à suposta fidelidade monogâmica.

Os dados do presente estudo sugerem que o adolescente do sexo masculino inicia a vida sexual antes que a do sexo feminino e que o preservativo aumenta a segurança de proteção contra as IST/HIV, além de evitar a gravidez, o que está em acordo com a literatura.^{21,22}

As assimetrias no início da vida sexual entre homens e mulheres fundamentam-se nas diferenças de atitudes e expectativas familiares e sociais em relação às condutas femininas e masculinas em face da sexualidade. Os rapazes parecem se sentir mais estimulados à iniciação sexual independentemente do casamento, ao passo que as meninas pressentem que tal prática está em desacordo com o esperado socialmente.²³

A despeito de o presente estudo reforçar a idéia de que o início da vida sexual dos adolescentes tem ocorrido em idade mais jovem, ele contrapõe a idéia de que isso ocorre em Cabo Verde entre adolescentes desprovidos de informações adequadas.²³ Na população em estudo, mais de 90% conhecia algum tipo de método contraceptivo – nível significativo de informação sobre as formas mais conhecidas de contracepção –, e a maioria sabia que deveria usar preservativo.

No presente estudo, mediram-se variáveis novas não encontradas em estudos semelhantes consultados. Contudo, não se mediram algumas variáveis que se mostraram importantes para explicar o desfecho em estudo, segundo outras investigações.^{9,12} Outra limitação do estudo é o possível viés de declaração relacionado às expectativas de gênero, isto é os meninos podem ter relatado mais experiências sexuais e as meninas, menos.²⁴

Os dados do presente estudo mostram alta prevalência no uso do preservativo na última relação sexual por adolescentes, o que pode ser resultado de programas oficiais de prevenção de IST/Aids. Por outro lado, o diferencial por religião e parceria afetivo-sexuais no uso do preservativo revela a necessidade de ações de

prevenção voltadas para segmentos religiosos não católicos e que não possuem parceria afetivo sexual.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Keilla Kobayashi pela contribuição na análise dos resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tavares CM, Camarano AA, Abreu LC. Fecundidade de mulheres cabo-verdianas – África Ocidental. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.* 2008;18(1):1-10.
2. Camarano AA. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, organizador. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas.* Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento; 1998. p. 109-33.
3. Almeida MC, Aquino EM, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev Saude Publica.* 2003;37(5):566-75.
4. Castro MG, Abramovay M, Silva LB. *Juventude e sexualidade.* Brasília: UNESCO; 2004.
5. Longo LAFB. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. *Rev Bras Estud Popul.* 2002;19(2):229-48.
6. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS.* Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

7. Gardner R, Blackburn RD, Upadhyay UD. Condomes: cómo cerrar la brecha entre el uso y la necesidad. Baltimore: John Hopkins University School of Public Health. Population Reports Serie H, 9, 1999.
8. Cates Jr W . The NIH condom report: The glass is 90% full. *Fam Plann Perspect.* 2001;33(5):231-3. doi:10.2307/2673787
9. Gayet C, Juárez F, Pedrosa L, Magis C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Publica Mex.* 2003;45(Supl 5):S632-40. doi:10.1590/S0036-36342003001100008
10. Instituto nacional de estatística de Cabo Verde. *Censo demográfico 2000.* Praia: Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde; 2002.
11. Ministério da Educação. Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério de Educação e Valorização de Recursos Humanos. *Anuário Estatístico.* Cabo Verde – 2003-2004. Praia; 2004.
12. Teixeira AMFB, Knauth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saude Publica.* 2006;22(7):1385-96. doi:10.1590/S0102-311X2006000700004
13. Instituto nacional de estatística de Cabo Verde. Inquérito demográfico e de saúde reprodutiva 2005. Praia: Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde; 2007.
14. Comitê de Coordenação de Combate à Sida, Programa das Nações Unidas. Estudo qualitativo e estimativa do tamanho de duas populações em risco para o VIH/SIDA: usuários de drogas injetáveis e profissionais de sexo. Praia; 2006.
15. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Inquérito demográfico e de saúde reprodutiva 1998. Praia; 2000.

16. Pirotta KCM. Não há guarda-chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.
17. Domingos ASV. Programa de educação sexual em IST/HIV/SIDA com adolescentes de uma escola secundária de Cabo Verde: percepção dos atores envolvidos no programa [dissertação de mestrado]. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva da UBA; 2008.
18. Teixeira AM, Knauth DR, Fachel JM, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saude Publica*. 2006;22(7):1385-96. doi:10.1590/S0102-311X2006000700004
19. Heilborn ML, Aquino E, Bozon M, Knauth DR. O Aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
20. Paiva V. Fazendo arte com camisinha. Sexualidades jovens em tempos de Aids. São Paulo: Summus; 2000.
21. Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(Supl 1):45-53. doi: 10.1590/S0034-89102008000800007
22. Borges ALV, Latorre MRDO, Schor N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(7):1583-94. doi:10.1590/S0102-311X2007000700009
23. Ministério da saúde de Cabo Verde, Unicef. Criança e mulher em Cabo Verde: análise de situação. Praia; 2002.

24. Narring F, Wydler H, Michaud PA. First sexual intercourse and contraception: a cross-sectional survey on the sexuality of 16-20 years old in Switzerland. *Schweiz Med Wochenschr.* 2000;130(40):1389-98.

9.4. Anexo 4. Questionário da pesquisa

Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública – Departamento de Saúde Materno-Infantil

Pesquisador: : Carlos Mendes Tavares

Orientadora: Néia Schor

Questão	Resposta	Código
1 Indique o seu sexo?	1 () Feminino 2 () Masculino	Q1
2 Quantos anos você tem?	1() 13 anos 2() 14 anos 3() 15 anos 4() 16 anos 5() 17 anos	Q2
3 Qual a sua nacionalidade?	1() Caboverdiana 2() Estrangeira. Nome do país: _____ 3() Dupla	Q3
4 Indique seu local de seu nascimento?	1 () Ilha. Nome da ilha: _____ 2 () Estrangeiro. Nome do país: _____	Q4
5 Em que ano você está estudando atualmente?	1() 7º ano 2() 8º ano 3() 9º ano 4 () 10º ano 5()11º ano 6() 12º ano	Q5
6 Você já repetiu o ano escolar alguma vez?	0() Não 1() Sim, 1 vez 2() Sim, mais de 1 vez	Q6
7 Qual período você estuda?	1() Manhã 2() Tarde	Q7

8	Qual é o seu meio de subsistência?	1() Trabalho 2() A cargo da família que vive em Cabo Verde 3() A cargo da família que vive no estrangeiro 4() Outro. Qual? _____	Q8
9	Qual é o seu estado civil?	1() Solteiro(a) 2() Casado(a) 3() Vive com companheiro(a) 4() Namoro(a) 5() Separado (a) 6() Outro. Qual ? _____	Q9
10	Qual é a sua relação de parentesco com o chefe (responsável) pelo domicílio?	1() Chefe 2() Cônjuge 3() Filho (a) 4() Irmão/irmã 5() Neto(a)/bisneto(a) 6() Sobrinho (a) 7() Enteadado (a) 8() Outra. Qual? _____ 9() Sem parentesco	Q10
11	A casa em que você mora é:	1() Própria 2() Arrendada 3() Cedida 4() Outra. Qual? _____	Q11
12	Quantas divisões tem a sua casa? (sem contar com a cozinha e casa de banho):	_____ divisão/divisões	Q12
13	Destas divisões, quantas são para dormir ?	_____	Q13
14	Qual é a principal fonte de abastecimento da água que usam em seu domicílio?	1() Água canalizada da rede pública 2() Cisterna 3() Autotanque 4() Chafariz 5() Poço 6() Nascente 7() Outro. Especificar: _____	Q14
15	Tem cozinha?	0() Não 1() Sim	Q15
16	A sua casa tem:	1() Casa de banho com retrete (sanita) 2() Casa de banho sem retrete (sanita) 3() Latrina (casa de banho fora de casa) 4() Sem casa de banho, sem retrete (sanita) e sem latrina	Q16
17	Qual é a principal fonte de energia para preparação dos alimentos?	1() Carvão 2() Lenha 3() Petróleo 4() Gás 5() Eletricidade 6() Outra. Especificar: _____	Q17

18	Qual é a principal fonte de energia para iluminação?	1() Eletricidade 2() Petróleo 3() Gás 4() Outra. Especificar: _____	Q17
19	A sua casa tem rádio?	0() Não 1() Sim	Q18
20	Tem televisão?	0() Não 1() Sim	Q20
21	Tem frigorífico?	0() Não 1() Sim	Q21
22	Tem automóvel?	0() Não 1() Sim	Q22
23	Tem videocassete?	0() Não 1() Sim	Q23
24	Qual o número total de pessoas que mora no seu domicílio (incluindo você e os seus pais, se morarem todos na mesma casa)?	_____ pessoas	Q24
25	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X <u>TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS.</u></p> <p>Com quem você mora?</p>	1() Pai 2() Mãe 3() Madrasta 4() Padrasto 5() Irmão (s) 6() Irmã (s) 7() Avó 8() Avô 9() Tio (s) 10() Tia (s) 11() Companheiro (a) 12() Sogra 13() Sogro 14() Primo (s) 15() Sobrinho(s) 16() Amigo(a) 17() Filho (a) 18() Vizinho (a) 19() Outros. Especificar: _____	Q25
26	Qual é a idade do responsável (chefe) pelo domicílio?	_____ anos	Q26
27	Qual é o sexo do responsável (chefe) pelo domicílio?	1() Masculino 2() Feminino	Q 27
28	Qual é o nível de ensino mais elevado que o responsável (chefe) pelo domicílio frequentou ou frequenta?	1() Alfabetização 2() Ensino básico integrado 3() Secundário 4() Curso médio 5() Curso superior	Q 28

29	Qual é a sua religião?	1() Católica 2()Evangélica 3() Espírita 4() Outra. Qual? _____ 5() Não tenho religião, mas acredito em Deus 6() Não acredito em Deus	Q 29
30	Você freqüenta sua religião ou algum culto?	0() Não 1() Sim	Q 30
31	Você já namorou?	0() Não (SE NÃO , passa para a questão 37) 1() Sim, qual sua idade no primeiro namoro? _____ anos	Q 31
32	Hoje você namora?	0() Não (SE NÃO , passa para a questão 37 – se for menina – ou para questão 39 – se for menino) 1() Sim, há quanto tempo? _____	Q 32
33	SE SIM, Que idade tem o seu namorado(a)?	_____ anos	Q33
34	Ele/ela estuda?	0() Não (SE NÃO , passa para a questão 36) 1() Sim	Q 34
35	SE SIM, Que ano ele/ela estuda?	1() 7º ano 2() 8º ano 3() 9º ano 4() 10º ano 5() 11º ano 6() 12º ano ou mais	Q 35
36	Indica qual é o principal meio de subsistência dele/dela?	1() Trabalho 2() A cargo da família residente em Cabo Verde 3() A cargo da família residente no estrangeiro 4() Outro, Qual? _____	Q 36

SÓ PARA MENINAS (perguntas 37 e 38)

37	Você já teve a sua primeira menstruação?	0() Não (SE NÃO , passa para a questão 39) 1() Sim	Q37
38	SE SIM, Que idade você tinha quando teve a primeira menstruação?	_____anos.	Q38

PARA RAPAZES E MENINAS (perguntas de 39 a 78)

39	Você teve relação sexual alguma vez?	0() Não (SE NÃO , passa para a questão 56) 1() Sim	Q39
----	--------------------------------------	---	-----

40	Com quem você teve a sua primeira relação sexual?	1() Namorado(a) 2() Amigo(a) 3() Parente 4() Noivo(a) 5() Marido/esposa 6() Outro. Quem? _____	Q40
41	Foi de comum acordo entre os dois?	1() Sim 2() Não 3() Eu forcei a situação 4() Ele/ela forçou a situação 5() Outro motivo. Qual? _____	Q41
42	Qual foi a emoção mais importante que você sentiu na sua primeira relação sexual?	1() Dor 2() Medo 3() Felicidade/amor 4() Prazer 5() Outra. Qual? _____ 9() Não sei	Q42
43	Você acha que a primeira relação sexual foi planejada ou simplesmente aconteceu?	1() Planejada 2() Aconteceu 3() Outro motivo. Qual? _____ 9() Não sei	Q43
44	Quem foi a primeira pessoa para quem você contou sobre sua primeira relação sexual?	1() Minha mãe 2() Meu pai 3() Professor(a) 4() Meu/minha vizinho (a) 5() Amigo(a) 6() Outra pessoa. Quem? _____	Q44
45	Que idade você tinha quando teve sua primeira relação sexual?	_____ anos (completo)	Q45
46	Seus pais sabem (sabiam) que você tem (tinha) vida sexual?	0() Não 1() Sim 2() Só minha mãe sabia 3() Só meu pai sabia	Q46
47	Quando você teve a primeira relação sexual, a maioria dos(as) seus(as) amigos(as) já tinham tido relações sexuais?	0() Não 1() Sim 9() Não sei	Q47
48	Você conhecia métodos ou maneiras de evitar filhos ou de evitar doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo: SIDA e outras) na sua primeira relação sexual?	0() Não 1() Sim 9() não sei/não me lembro	Q48

49	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X <u>TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS.</u></p> <p>Quais os métodos ou maneiras de evitar filhos ou de evitar doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo: SIDA e outras) que você já ouvia falar quando da sua primeira relação sexual?</p>	<p>1() Pílula 2() Camisinha 3() Injeção 4() Coito interrompido (gozar fora) 5() Tabela ou calendário 6() Outro. Qual? _____ 7() Não ouviu falar 8() Abstinência (não ter relações sexuais) 9() DIU 99() Não sei/não me lembro</p>	Q49
50	<p>Você usou algum método para evitar filhos ou doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo: SIDA e outras) na primeira relação sexual?</p>	<p>0() Não (SE NÃO, passa para a questão 55) 1() Sim</p>	Q50
51	<p>SE SIM, Quem tomou a primeira iniciativa de usar este método?</p>	<p>1() Eu 2() Companheiro(a) 3() Nós dois 9() Não sei/não me lembro</p>	Q51
52	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X <u>TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS.</u></p> <p>Quais os métodos você utilizou na sua primeira relação sexual?</p>	<p>1() Pílula 2() Camisinha 3() Injeção 4() Coito interrompido (gozar fora) 5() Tabela ou calendário 6() Outro. Qual? _____ 7() Não usou 8() Abstinência (não ter relações sexuais) 9() DIU 99() Não sei/não me lembro</p>	Q52
53	<p>Você usou camisinha na sua primeira relação sexual?</p>	<p>0() Não (SE NÃO, passa para a questão 55) 1() Sim</p>	Q53
54	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X <u>TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS</u></p> <p>SE SIM, Por que usou?</p>	<p>1() Para evitar a gravidez 2() Pode prevenir duplo propósito: gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo SIDA 3() Para evitar doenças sexualmente transmissíveis, incluindo SIDA 4() Não conhecia bem companheiro(a) 5() Outros motivos. Quais? _____ 9() Não sei/não me lembro</p>	Q54
55	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X <u>TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS.</u></p> <p>SE NÃO, Por que não usou?</p>	<p>1() Não esperava ter relação sexual 2() Queria engravidar 3() Tinha vergonha 4() Conhecia bem o(a) companheiro(a) 5() Não gosta de usar 6() Outros motivos. Quais? _____ 9() Não sei/não me lembro</p>	Q55
56	<p>Você tem intenção de ter filho?</p>	<p>0() Não (SE NÃO, passa para a questão 58) 1() Sim</p>	Q56

57	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS (SÓ PARA MENINAS).</p> <p><u>SE SIM.</u></p> <p>Quais os motivos que levam você a ter intenção de ter filho?</p>	<p>1() Forte desejo de ter o filho</p> <p>2() Uma companhia para a velhice</p> <p>3() Quero ter filhos</p> <p>4() Quero ter mais filhos</p> <p>5() Para agradar ao marido/companheiro</p> <p>6() Outros motivos. Quais? _____</p> <p>9() Não sei</p>	Q57
58	<p>QUESTÃO MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS.</p> <p><u>SE NÃO.</u></p> <p>Quais os motivos que levam você a não ter intenção de ter filho?</p>	<p>1() Medo do contágio da criança</p> <p>2() Tem infecção HIV</p> <p>3() Já tem filho/s</p> <p>4() Problemas econômicos</p> <p>5() Para agradar ao marido/companheiro</p> <p>6() Outros motivos, Quais? _____</p> <p>9() Não sei</p>	Q58
59	<p>Você conhece alguém próximo que já realizou aborto?</p>	<p>0() Não (<u>SE NÃO.</u> passa para a questão 61)</p> <p>1() Sim</p>	Q59
60	<p><u>SE SIM.</u></p> <p>Que idade tinha esta pessoa?</p>	<p>_____ anos</p>	Q60
61	<p>Você ouviu falar de alguma doença sexualmente transmissível?</p>	<p>0() Não</p> <p>1() Sim. Quais? _____</p>	Q61
62	<p>Você conhece as formas para evitar a contaminação de doenças sexualmente transmissíveis ou SIDA?</p>	<p>0() Não (<u>SE NÃO.</u> passa para a questão 64)</p> <p>1() Sim</p>	Q62
63	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS.</p> <p><u>SE SIM.</u></p> <p>Quais são as formas de evitar as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo SIDA?</p>	<p>1() Higiene pré-coito</p> <p>2() Usar camisinha</p> <p>3() Escolha de parceiros sexuais</p> <p>4() Evitar a promiscuidade/ter um único parceiro</p> <p>5() Higiene pós-coito</p> <p>6() Outra forma. Qual? _____</p> <p>7() Uso de seringas descartáveis</p> <p>9() Não sei</p>	Q63
64	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS.</p> <p><u>SE NÃO.</u></p> <p>Quais são as formas comprovadas de transmissão da SIDA?</p>	<p>1() Beijar a boca de uma pessoa infectada pelo vírus da SIDA</p> <p>2() Ter relação vaginal, sem camisinha, com uma pessoa infetada pelo vírus da SIDA</p> <p>3() Ser picado por mosquito que picou uma pessoa infectada pelo vírus da SIDA</p> <p>4() Compartilhar seringas e agulhas com outras pessoas que estejam infectadas pelo vírus da SIDA</p> <p>5() Receber transfusão com sangue contaminado pelo vírus da SIDA</p> <p>6() Doar sangue</p> <p>7() Durante a gravidez da mãe infectada pelo vírus da SIDA para o seu bebê, através da placenta</p> <p>9() Não sei</p>	Q64

65	Se considerar a afirmação verdadeira, marque um V; se considerar a afirmação falsa, marque um F; se não sabe responder, marque um N. Para usar camisinha corretamente na relação sexual deve-se:	<p>1 Colocá-la antes de penetração</p> <p>2 Colocá-la apenas na hora de ejaculação (gozo)</p> <p>3 Nunca deixar um espaço na ponta</p>	Q65
66	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X <u>TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS</u></p> <p>Que tipo de atendimento você já recebeu no posto ou centro de saúde?</p>	<p>1() Tratamento de doenças transmissíveis pelo sexo</p> <p>2() Informações sobre como evitar a gravidez</p> <p>3() Recebimento de método para evitar a gravidez</p> <p>4() Informações sobre doenças sexualmente transmissíveis (dst) e sida</p> <p>5() Consulta pré-natal ou pós-parto</p> <p>6() Outro tipo de atendimento não relacionado com sexualidade, gravidez ou dst/sida</p> <p>7() Nunca esteve no posto de saúde</p>	Q66
67	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X <u>TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS</u></p> <p>Qual o principal motivo pelo qual você NÃO IRIA A UM POSTO DE SAÚDE para problemas relacionados com sexualidade, DST/SIDA ou gravidez?</p>	<p>1() O tempo de espera no posto é muito longo</p> <p>2() A equipe de saúde não trata os adolescentes com respeito ou atenção</p> <p>3() Geralmente, o posto de saúde não tem os medicamentos necessários</p> <p>4() Pode ser que eu seja atendido por alguma pessoa que me conheça ou a minha família</p> <p>5() Estes problemas são mais bem discutidos fora do posto de saúde</p> <p>6() Tenho vergonha</p> <p>7() Outro motivo. Qual? _____</p> <p>9() Não sei</p>	Q67
68	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X <u>TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS</u></p> <p>Nos últimos anos, se você recebeu informações FORA DE CASA sobre sexualidade, drogas, prevenção das doenças transmitidas pelo sexo (DST) e da SIDA e como evitar a gravidez, como isso aconteceu?</p>	<p>1() Com meu pai</p> <p>2() Com minha mãe</p> <p>3() Com outros parentes</p> <p>4() Com amigos</p> <p>5() Com profissionais do posto de saúde</p> <p>6() Televisão, rádio, jornais ou revistas</p> <p>7() Outra forma. Qual? _____</p> <p>8() Não recebi informação desse tipo fora de casa</p> <p>9() Não sei/não me lembro</p>	Q68
69	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X <u>TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS</u></p> <p>Nos últimos anos, se você recebeu informações NA ESCOLA sobre sexualidade, drogas, prevenção das doenças transmitidas pelo sexo (DST) e da SIDA e como evitar a gravidez, como isso aconteceu?</p>	<p>1() Durante as aulas, (em quais disciplinas?) _____</p> <p>2() Individualmente com um professor</p> <p>3() Conversando com os amigos da escola</p> <p>4() Outra forma (qual?) _____</p> <p>5() Nunca tive informação deste tipo na escola</p> <p>9() Não sei</p>	Q69
70	Você tem medo de pegar alguma doença transmitida pelo sexo (DST/SIDA)?	<p>0() Não</p> <p>1() Sim</p>	q70
71	Quanto tempo você poderá demorar para ir ao serviço de saúde mais próximo do seu domicílio?	<p><u>Minutos</u></p> <p>0() 0 a 14</p> <p>1() 15 a 29</p> <p>2() 30 a 44</p> <p>3() 45 e+</p>	q71

72	Que meio de transporte você utiliza, geralmente, para ir ao serviço de saúde mais próximo?	0() A pé 1() Carro privado 2() Autocarro (coletivo) 3() Outro. Qual? _____	q72
73	Você fuma?	0() Não (SE NÃO , passa para a questão 75) 1() Sim. Com que idade? _____ anos	q73
74	Quantos cigarros você fuma por dia?	_____ cigarros	Q74
75	Você consome bebida(s) alcoólica(s)?	0() Não (SE NÃO , passa para a questão 78) 1() Sim. Com que idade? _____ anos	Q75
76	NESTA QUESTÃO MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS SE SIM. Que bebida(s) alcoólica(s) você consome semanalmente?	0() Não consumo (SE NÃO , passa para a questão 78) 1() Grogue 2() Cerveja 3() Vinho 4() Outra bebida. Qual? _____	Q76
77	Você chega a ficar bêbado(a)?	0() Não 1() Sim	Q77
78	NESTA QUESTÃO MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS Você já usou alguma dessas substâncias?	1() Padjinha 2() Cocaína 3() Craque 4() Êxtase 5() Outras. Qual? _____ 6() Nunca usei	Q78

SÓ PARA QUEM TEVE RELAÇÕES SEXUAIS (RAPAZES E MENINAS)
(perguntas de 79 a 105)

79	Hoje, você usa algum método anticoncepcional?	0() Não, por quê? _____ 1() Sim, qual? _____	Q79
80	NESTA QUESTÃO MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS. Você tem intenção de usar um método de evitar a gravidez ou evitar doenças sexualmente transmissíveis ou SIDA na próxima relação sexual?	0() Não (SE NÃO , passa para a questão 98) 1() Sim 2() Ainda não pensei nisso	Q80

81	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X <u>TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS.</u></p> <p><u>SE SIM.</u></p> <p>Qual o meio de evitar a gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis e SIDA que você pretende usar?</p>	<p>1() Pílula 2() Camisinha 3() Injeção 4() Coito interrompido (gozar fora) 5() Tabelinha ou calendário 6() Outro, qual? _____ 7() Não tem 8() Abstinência (não ter relações sexuais) 9() DIU 99() Não sei/não me lembro</p>	Q81
82	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X <u>TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS.</u></p> <p>Onde que você acha que alguém que estuda nesta escola pode conseguir o método que deseja para evitar a gravidez ou doenças sexualmente Transmissíveis e SIDA?</p>	<p>1() Com pai/mãe 2() Na farmácia/clínica particular 3() Em um posto de saúde público/hospital 4() Com amigos(as) 5() Em outro lugar. Onde? _____ 9() Não sei/não me lembro</p>	Q82
83	<p>Nos últimos 6 meses, quantas vezes você teve relação Sexual?</p>	<p>_____</p>	Q83
84	<p>Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas você teve relação sexual?</p>	<p>_____</p>	Q84
85	<p>Quando foi a sua última relação sexual?</p>	<p>_____ anos; _____ meses</p> <p>9() Não sei/não me lembro</p>	Q85
86	<p>Com quem você teve a sua última relação sexual?</p>	<p>1() Namorado(a) 2() Amigo(a) 3() Parente 4() Noivo(a) 5() Marido/esposa 6() Outro. Quem? _____</p>	Q86
87	<p>Foi de comum acordo entre os dois?</p>	<p>1() Sim 2() Não 3() Eu forcei a situação 4() Ele/ela forçou a situação 5() Outro motivo, qual? _____</p>	Q87
88	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM X <u>TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS.</u></p> <p>Qual foi a emoção mais importante que você sentiu na sua última relação sexual?</p>	<p>1() Dor 2() Medo 3() Felicidade/amor 4() Prazer 5() Outra. Qual? _____ 9() Não sei</p>	Q88
89	<p>Você acha que esta última relação sexual foi planejada ou simplesmente aconteceu?</p>	<p>1() Planejada 2() Aconteceu 3() Outro motivo, qual? _____ 9() Não sei</p>	Q89

90	Você conhecia métodos ou maneiras de evitar filhos ou de evitar uma doença sexualmente transmissíveis e SIDA na sua última relação sexual?	0() Não (SE NÃO , passa para a questão 98) 1() Sim	Q90
91	NESTA QUESTÃO MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS. SE SIM, Quais os métodos ou maneiras de evitar filhos ou de evitar uma doença sexualmente transmissível e SIDA que você já ouvia falar na sua última relação sexual?	01() Pílula 02() Camisinha 03() Injeção 04() Coito interrompido (gozar fora) 05() Tabela ou calendário 06() Outro. Qual? _____ 07() Não ouviu falar 08() Abstinência (não ter relações sexuais) 09() DIU 99() Não sei/não me lembro	Q91
92	Você usou algum método para evitar filhos ou evitar uma doença sexualmente transmissíveis e SIDA na sua última relação sexual?	0() Não (SE NÃO , passa para a questão 97) 1() Sim	Q92
93	NESTA QUESTÃO MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS. SE SIM, Quais os métodos você utilizou na sua última relação sexual?	1() Pílula 2() Camisinha 3() Injeção 4() Coito interrompido (gozar fora) 5() Tabela ou calendário 6() Outro. Qual? _____ 7() Não usou 8() Abstinência (não ter relações sexuais) 9() DIU 99() Não sei/não me lembro	Q93
94	Quem tomou a iniciativa de usar este(s) método(s)?	1() Eu 2() Companheiro(a) 3() Nós dois 9() Não sei/não me lembro	Q94
95	Você usou camisinha na sua última relação sexual?	0() Não (SE NÃO , passa para a questão 97) 1() Sim	Q95
96	SE SIM, Por que usou?	1() Para evitar a gravidez 2() Pode prevenir duplo propósito: gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo SIDA 3() Para evitar doenças sexualmente transmissíveis, incluindo SIDA 4() Não conhecia bem companheiro(a) 5() Outros motivos. Quais? _____ 9() Não sei/não me lembro	Q96

97	<p>SE NÃO, Por que não usou?</p>	<p>1() Não esperava ter relação sexual 2() Queria engravidar 3() Tinha vergonha 4() Conhecia bem o(a) companheiro(a) 5() Não gosta de usar 6() Outros motivos. Quais? _____ 9() Não sei/não me lembro</p>	Q97
98	<p>NESTA QUESTÃO MARQUE COM V TODAS AS AFIRMAÇÕES CORRETAS E MARQUE COM F TODAS AS AFIRMAÇÕES FALSAS.</p>	<p>Questões sobre conhecimento de métodos anticoncepcionais:</p> <p>1() Diafragma é descartável 2O diafragma é colocado dentro do útero 3O diafragma deve ser retirado entre 8 e 12 horas após a relação sexual 4A injeção pode alterar a menstruação 5A pílula do dia seguinte deve ser tomada até 72h 6O diafragma só deve ser usado com creme espermicida 7A pílula diminui o sangramento menstrual 8A injeção deve ser aplicada semanalmente 9Quando termina uma caixa de pílula, deve-se começar outra no dia seguinte 10Coito interrompido provoca dor de cabeça no homem 11Coito interrompido é seguro para evitar filhos 12A tabelinha é muito eficaz para evitar filho 13Só quem tem ciclos regulares pode usar tabelinha 14O DIU é colocado dentro do útero 15Quando a mulher esquece de tomar pílula, não deve tomar mais durante o resto do mês 16A mulher deve tomar pílula todos os dias, sempre no mesmo horário 17O DIU atrapalha a relação sexual 18A camisinha masculina deve ser retirada quando o pênis ainda está ereto 19A camisinha masculina serve só para evitar filhos</p>	Q98
99	<p>Em média, o intervalo entre o início de uma menstruação e o de outra é de:</p>	<p>1() 10 a 15 dias 2() 20 a 23 dias 3() 28 a 30 dias 4() 50 a 60 dias 9() Não sei</p>	Q99
100	<p>Para uma mulher com ciclo menstrual normal, qual a época mais provável para engravidar?</p>	<p>1() Em torno de 7 dias antes do primeiro dia da menstruação 2() Em torno de 14 dias depois do início da menstruação 3() Durante a menstruação 4() Não sei</p>	Q100

101	Você já teve alguma doença transmitida pelo sexo (DST)?	0() Não 1() Sim 9() Não sei/não me lembro	Q101
102	Você já pensou alguma vez em utilizar camisinha além de estar a usar outro método?	0() Não (SE NÃO , passa para a questão 104) 1() Sim	Q101
103	NESTA QUESTÃO MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS SE SIM, Qual é o motivo?	0() Não queria engravidar 1() Para evitar a gravidez 2() Em caso de rompimento da camisinha, para evitar a gravidez 3() Em caso de rompimento da camisinha, além de evitar a gravidez evitar a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo vírus de SIDA ao bebe 4() Outros motivos Quais? _____ 9() Não sei/não me lembro	Q103
104	NESTA QUESTÃO MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS Quando você acha que uma pessoa pode (deve) ter relações sexuais com outra?	1() Basta que tenham atração 2() Quando são namorados 3() Sejam pelo menos bons amigos 4() Apenas quando estão noivos 5() Só depois do casamento 9() Não sei	Q104
105	NESTA QUESTÃO MARQUE COM X TODAS AS RESPOSTAS CORRETAS Com quem você se sente à vontade para conversar sobre a sua vida sexual?	1() Meu pai 2() Minha mãe 3() Outro(s) parente(s) 4() Amigos(as) 5() Namorado(a) 6() Enfermeiro(a) do posto de saúde 7() Médico(a) do posto de saúde 8() Professor(a) 9() Outro. Quem? _____	Q105

SÓ PARA MENINAS COM INÍCIO DA VIDA SEXUAL

106	Você já ficou grávida?	0() Não (FIM DO QUESTIONÁRIO) 1() Sim	Q106
107	SE SIM, Qual foi a sua idade na primeira gravidez?	_____ anos	Q107
108	Nesta gravidez você fez/faz pré-natal?	1() Sim, número de consultas: _____ 2() Não, por quê? _____ 9() Não sei	Q108
109	Qual foi sua idade no nascimento do seu primeiro filho?	_____ anos	Q109
110	Quantas vezes você ficou grávida?	1() Uma vez 2() Duas vezes 3() Mais de duas	Q110

111	Você fez pré-natal na última gravidez?	0() Não, por quê? _____ 1() Sim, número de consultas _____	Q111
112	Todas as vezes em que você engravidou o bebê nasceu vivo?	0() Não, em qual não nasceu vivo? ~ 1ª gravidez ~ 2ª gravidez 3ª gravidez 1() Sim	Q112
113	Quanto(s) continua(m) vivo(s)?	1() Todos 2() Apenas o filho da primeira gravidez 3() Outra situação. Qual? _____	Q113
114	Você teve bebê que nasceu vivo nos últimos 12 meses?	0() Não 1() Sim	Q114

OBERVAÇÃO:


Não sabe/não pensei/não lembro será categorizada com o número **9 ou 99**

Recusa ou em branco com o número **8 ou 88**

Não se aplica com o número **9 ou 99**.

Não será categorizada com o número **zero**.

9.5a. Anexo 5a. Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.				
1. Projeto de Pesquisa:				
Adolescência e Anticoncepção: Estudo de conhecimento e uso em relação ao acesso aos métodos anticoncepcionais, em Cabo Verde - África.				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Ciências de saúde		3. Código: 4,06	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4)	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso) Grupo 1		6. Código(s): 1,2	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()	
8. Unitermos: (3 opções) Questionário, escolares, contracepção				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos No Centro: Total:		10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) (X) Outros () Não se aplica ()		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome: Carlos Mendes Tavares				
12. Identidade: v362211-5		13. CPF.: 058643077-69		19. Endereço (Rua, n.º): Av. Professor Mello de Moraes, 1235 Bloco G/404
14. Nacionalidade: Cabo-verdiana		15. Profissão: Estudante de pós-graduação		20. CEP: 05508-030
16. Maior Titulação: Mestre/doutorando		17. Cargo		21. Cidade: São Paulo
18. Instituição a que pertence: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo -Brasil		23. Fone: (55)11-81486670		22. U.F. S. P.
				24. Fax
				25. Email: carlostavares@usp.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: ____/____/____ Assinatura _____				
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO				
26. Nome: Liceus/Escolas Secundárias da Ilha de Santiago - Cabo Verde		29. Endereço (Rua, n.º):		
27. Unidade/Orgão:		30. CEP:		31. Cidade:
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)		33. Fone:		32. U.F.
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não () Nacional () Internacional ()		34. Fax:		
(Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil) Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) : Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: * <u>Carlo Mendes Tavares</u> Cargo: * <u>Secretário de Saúde</u> Data: * <u>01/02/06</u> Assinatura: _____				
PATROCINADOR				
36. Nome:		39. Endereço		
37. Responsável:		40. CEP:		41. Cidade:
38. Cargo/Função:		43. Fone:		42. UF
				44. Fax:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP				
45. Data de Entrada: ____/____/____		46. Registro no CEP:		47. Conclusão: Aprovado ()
				48. Não Aprovado ()
		Data: ____/____/____		Data: ____/____/____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: ____/____/____ Data: ____/____/____				
Encaminhamento a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação ()		53. Coordenador/Nome _____ Assinatura		Anexar o parecer substanciado
52. Data: ____/____/____				
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP				
54. Nº Expediente :		56. Data Recebimento :		57. Registro na CONEP:
55. Processo :				
58. Observações:				

8.5b. Anexo 5b. Carta de aprovação da pesquisa pela comitê de etica

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP**

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Of. COEP/329/06 – R

Protocolo 1480
Projeto de Pesquisa Adolescência e anticoncepção: estudo de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e uso dos mesmos em relação à prevenção de gravidez, DST's e AIDS em Cabo Verde - África
Pesquisador(a) Carlos Mendes Tavares

16 de outubro de 2006.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP analisou de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, em sua 8ª/06 Sessão Ordinária, realizada em 11.10, p.p., o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considerou **APROVADO**.

Lembramos, ainda, que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do(a) pesquisador(a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter em local seguro pelo prazo de 5 (cinco) anos dados individuais de todas as etapas da pesquisa para eventual auditoria;
3. Ao(A) pesquisador(a), comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto.

Atenciosamente,

Eunice Aparecida Bianchi Galati
Professora Doutora
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Ilm^ª. Sr^ª.
Prof^ª. Tit. Néia Schor
Departamento de Saúde Materno Infantil
Faculdade de Saúde Pública – FSP/USP

9.6 Anexo 6. Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Carlos Mendes Tavares, estatístico, técnico superior do Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde, faço pós-graduação na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – São Paulo, Brasil. Para o efeito do desenvolvimento do meu trabalho final do curso, tese, estou a dirigir uma pesquisa de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e uso dos mesmos em relação à prevenção de gravidez, ISTs e AIDS em adolescentes de escolas de rede pública de ensino secundário (diurnas) da ilha de Santiago.

Para tanto, o estudo consiste em entrevistar os adolescentes dessas escolas com idade compreendida entre 13 e 17 anos. Está garantido o segredo das informações individuais prestadas e elas só serão utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa e para dar suporte às áreas da política de saúde do adolescente em Cabo Verde. A identidade e toda a informação prestada no questionário pelos entrevistados permanecerão em sigilo. O entrevistado pode recusar a continuidade do preenchimento do questionário a qualquer momento.

Informo a todos os pais ou encarregados de educação que está disponível na direção da escola do(a) seu(sua) filho(a) uma cópia do questionário que pode ser consultada em íntegra o seu conteúdo.

Este formulário serve para comprovar que o seu pai/mãe ou encarregado de educação está de acordo e autoriza seu (sua) filho (a) a ser entrevistado (a).

São Paulo, _____ de _____ de 2006.

Carlos Mendes Tavares

Entrevistado(a) ou responsável

Para mais informação sobre estudo, entrar em contato com:

Carlos Mendes Tavares (doutorando) – tel.: (+55) (11) 8148-6670/(11) 3091-3298 (Brasil – São Paulo).

E-mail: carlostavares@usp.br

Professora titular: Néia Schor (Orientadora) – tel.: (+55) (11) 3066-7703 (Brasil – São Paulo). E-mail: neschor@usp.br

9.7 Anexo 7 Artigo Aceito em Cadernos de Saúde Pública

Citando CSP <carol.ribeiro@ensp.fiocruz.brensp.fiocruz.br/csp

Prezada Dra. Schor:

Comunicamos que o artigo de sua autoria, intitulado "/Fatores Associados ao Início da Vida Sexual e o Uso de Preservativo entre Adolescentes da Ilha de Santiago, Cabo Verde – África Ocidental/", foi aprovado quanto ao seu mérito científico. *Aproveitamos para informar que o Conselho Editorial de CSP indicou a publicação do artigo em inglês. Caso aceite, informamos que os custos da tradução ficarão a cargo de CSP. Pedimos apenas que nos encaminhe uma mensagem indicando a concordância ou não da tradução.*

Segue em anexo o documento de aprovação.

Atenciosamente,

Carolina Ribeiro

Editora Assistente.

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA / REPORTS IN PUBLIC HEALTH

Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos

21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Secretaria - Tel: +55 21 2598-2511 / Fax: +55 21 2598-2737

Assinaturas - Tel: +55 21 2598-2508 / Fax: +55 21 2598-2514

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

9.8 Anexo 8. Artigo submetido em Revista Ciência & Saúde Coletiva

Revista Ciência & Saúde Coletiva <cienciasaudecoletiva@fiocruz.br>:

Revista Ciência & Saúde Coletiva

Seu trabalho foi recebido com sucesso.

Ele será encaminhado à Comissão para análise e seleção.

Você poderá acompanhar o status da avaliação de seu trabalho através de sua área restrita, informando o login e a senha de acesso, que você cadastrou no momento de seu registro.

Atenciosamente,

Revista Ciência & Saúde Coletiva

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de

Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Av. Brasil, 4036, sala 700 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro- RJ

(21) 388-29153 e (21) 2290-4893

9.9 Anexo 9. Artigo submetido em Revista de Saúde Pública

Citando RSP <rspline@fsp.usp.br>:

Prezado(a) Senhor(a) Carlos Mendes Tavares,

Acusamos o recebimento do artigo “Uso de preservativo entre adolescentes da Ilha de Santiago, Cabo Verde – África Ocidental, enviado para análise na Revista de Saúde Pública, com vista a possível publicação. O artigo está registrado sob o protocolo nº 740. Para acompanhar o processo de avaliação, acesse o endereço

www.fsp.usp.br/rsp

Atenciosamente,

Secretaria RSP

Atenciosamente,

Secretária da RSP

Neia Schor

possui graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1972), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1978) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1985). Atualmente é professor titular da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: adolescência, saúde reprodutiva, anticoncepção, aborto e gênero.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 29/10/2008

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/6165875000902993>



Dados pessoais

Nome Neia Schor

Nome em citações bibliográficas SCHOR, N.

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
Av. Dr. Arnaldo, 715 Sala 218
CERQUEIRA CÉSAR
01246904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667773 Fax: (11) 38530240
URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/Título

- 1995** Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: , *Ano de obtenção:* 1995.
- 1993 - 1993** Pós-Doutorado .
Columbia University, CUNYC, Estados Unidos.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
- 1978 - 1985** Doutorado em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Aborto Como Questão de Saúde Pública- Estudo da Demanda de Mulheres que Recorreram ao Hospital por Complicações do Aborto, *Ano de Obtenção:* 1985.
Orientador: Pedro Augusto Marcondes de Almeida.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
Palavras-chave: Aborto.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
- 1975 - 1978** Mestrado em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: CONTRIBUICAO AO ESTADO DE RESULTADOS GESTACIONAIS - INDICE DE EFICIENCIA REPRODUTIVA, *Ano de Obtenção:* 1978.
Orientador: CYRO CIARI JUNIOR.
Palavras-chave: Aborto; Avaliacao de Servicos de Saude; Planejamento familiar; Saude da Mulher; Saude Reprodutiva.

Links para Outras Bases:

[Diretório de grupos de](#)

[pesquisa](#)

[SciELO - artigos em](#)

[texto completo](#)



SciELO

Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.

- 1978 - 1980** Especialização em Research Fellow School Of Public Health Havard.
Harvard University, HARVARD, Estados Unidos.
- 1974 - 1974** Especialização em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 1969 - 1972** Graduação em Enfermagem. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.



Carlos Mendes Tavares

Possui licenciatura em Estatísticas e Gestão de Informação pelo Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova Lisboa (1999). Mestre em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro (2005). Atualmente é doutorando em Saúde Pública na Universidade de São Paulo, tem experiência na área de Estatística, com ênfase em Bioestatística e Estatísticas aplicadas em epidemiologia e vem realizando pesquisas nas áreas de Sexualidade, Saúde Reprodutiva, Gênero e Sociedade.
(Texto informado pelo autor)

Links para
Outras Bases:

[SciELO - artigos em](#)

[texto completo](#)

[SciELO](#)

Última atualização do currículo em 27/01/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/6098044146276124>



Dados pessoais

Nome	Carlos Mendes Tavares
Nome em citações bibliográficas	Tavares CM
Sexo	Masculino
Endereço profissional	FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA -UNIVERSIDADE DE SÃO. Avenida Doutor Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617149 Fax: (11) 30812451 URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/Titulação

2005	Doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil. <i>Título:</i> Adolescência e Anticocepção, <i>Orientador:</i> Néia Schol.
2003 - 2005	Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais Escola Nacional de Ciências Estatísticas. <i>Título:</i> Fecundidade das mulheres Cabo-verdianas, <i>Ano de Obtenção:</i> 2005. <i>Orientador:</i> Ana Amélia Camarano. <i>Bolsista do(a):</i> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, , .
1997 - 1999	Graduação em Estatísticas e Gestão de Informação. Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação. <i>Bolsista do(a):</i> Governo de Cabo Verde, , .

Formação complementar

2008 - 2008	Extensão universitária em Análise de Sobrevida. (Carga horária: 20h). FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA -UNIVERSIDADE DE SÃO, FSP, Brasil.
2008 - 2008	Análise de Dados Epidemiológicos - O Programa SPSS. (Carga horária: 20h). Universidade de São Paulo.
2007 - 2007	Extensão universitária em Métodos Estatísticos Aplicados à Epidemiologia. (Carga horária: 60h). Instituto de Matemática e Estatística/USP.
2007 - 2007	Extensão universitária em Estatística Descritiva. (Carga horária: 60h). Instituto de Matemática e Estatística/USP.
2007 - 2007	Extensão universitária em Seminário Escrita Científica. (Carga horária: 40h). FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA -UNIVERSIDADE DE SÃO, FSP, Brasil.
2006 - 2006	Extensão universitária em Pacote Estatístico Stata. (Carga horária: 20h). FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA -UNIVERSIDADE DE SÃO, FSP, Brasil.
2005 - 2005	Extensão universitária em 12º Prog. Introdução à Metodologia de Pesquisa. (Carga horária: 80h). Universidade Estadual de Campinas.
2005 - 2005	Extensão universitária em Análise de dados qualitativos. (Carga horária: 24h). FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA -UNIVERSIDADE DE SÃO, FSP, Brasil.

- 2004 - 2004** Extensão universitária em Desenvolvimento de Habilidades em Pesquisas. (Carga horária: 240h).
Escola Nacional de Ciências Estatísticas.
- 2001 - 2001** Formação de Formadores de Contas Nacionais. (Carga horária: 244h).
Instituto Nacional de Estatística do Cabo Verde.
- 2000 - 2000** Formação de Formadores em Eurotrace. (Carga horária: 244h).
Instituto Nacional de Estatística do Cabo Verde.
- 2000 - 2000** Formação de Formadores coordenadores Censo 2000. (Carga horária: 244h).
Instituto Nacional de Estatística do Cabo Verde.
- 1998 - 1998** Tendências de Engenharias dos Sistemas Estatístico. (Carga horária: 35h).
Instituto Superior de Estatística e Gestão da Informação.

Atuação profissional

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA -UNIVERSIDADE DE SÃO, FSP, Brasil.

Vínculo institucional

2008 - Atual Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Cosultor

Outras informações Consultor Estatístico da Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano - RBCDH

2006 - Atual Vínculo: Bolsista de Doutorado, Enquadramento Funcional: Aluno

Atividades

3/2005 - Atual Pesquisa e desenvolvimento , Departamento de Saúde Materno-Infantil ,

Linhas de pesquisa

[SEXUALIDADE, SAÚDE REPRODUTIVA, GÊNERO E SOCIEDADE](#)

Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde, INE-CV, Cabo Verde.

1999 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Técnico Superior, Carga horária: 40

Outras informações Estatístico; Técnico de produção de estatística Sociais; Supervisor e formador dos agentes do Censo 2000. Licença para os estudos de mestrado e doutorado, desde de Março de 2003.

Escola Nacional de Ciências Estatísticas, ENCE/INGE, Brasil.

Vínculo institucional

2003 - 2005 Vínculo: Bolsista Dedicção Exclusiva, Enquadramento Funcional: Bolsista, Carga horária: 40, Regime: Dedicção exclusiva.

Instituto Nacional de Estatística de Portugal, INE-PT, Portugal.

Vínculo institucional

1999 - 1999 Vínculo: Estagiário, Enquadramento Funcional: Estagiário, Carga horária: 20

Outras informações estagiário no Departamento de Estatísticas Sociais.

Linhas de Pesquisa

1. SEXUALIDADE, SAÚDE REPRODUTIVA, GÊNERO E SOCIEDADE

Áreas de atuação

1. *Grande área:* Ciências Exatas e da Terra / *Área:* Probabilidade e Estatística / *Subárea:* Estatística / *Especialidade:* Bioestatística.
2. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Medicina / *Subárea:* Saúde Materno-Infantil.
3. *Grande área:* Ciências Exatas e da Terra / *Área:* Probabilidade e Estatística / *Subárea:* Probabilidade e Estatística Aplicadas / *Especialidade:* Estatística Aplicada a Epidemiologia.

Idiomas

- Inglês** Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Razoavelmente.
- Espanhol** Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente, Escreve Razoavelmente.

Francês Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente, Escreve Razoavelmente.

Produção em C,T & A

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1. BREDÁ, J. R. ; BREDÁ, A. S. C. R. ; FREITAS, A. C. O. ; MENEHINI, A. ; TAVARES CM ; ABREU LC ; MURAD, N. ; PIRES, A. C. . Efeito da denervação cardíaca ventral na incidência de fibrilação atrial após revascularização cirúrgica do miocárdio. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, v. 23, p. 204-208, 2008.
2. TAVARES CM ; CAMARANO, A. A. ; ABREU LC . FECUNDIDADE DAS MULHERES CABO-VERDIANAS ÁFRICA OCIDENTAL. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 18, p. 01-10, 2008.
3. ABREU LC ; COSTA, R. S. ; TORIGOSHI, M. F. ; OLIVEIRA, A. G. ; ESPIRIDIAO, S. ; TAVARES CM ; SIQUEIRA, A. A. F. . Crescimento de crianças egressas de unidade de cuidados intensivos neonatais: um dilema ético e atual. Arquivos Médicos do ABC, v. 32, p. S68-S71, 2007.
4. IMAZUMI C ; SILVA, T. C. C. ; ANSELMO, A. D. ; JOAQUIM, A. O. ; TAVARES CM ; ABREU LC . Influência do Shiatsu sobre a pressão arterial sistêmica.. Revista de Neurociências, v. 15, p. 271-317, 2007.

Resumos publicados em anais de congressos

1. TAVARES CM ; SCHOR, N. ; FRANCA JUNIOR, I. ; DINIZ, C. S. G. . Diferenças ou semelhanças entre fatores associados ao início da vida sexual entre adolescentes, da ilha de Santiago Cabo Verde África Ocidental. In: XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia, 2008, Porto Alegre. XVIII Congresso Internacional de Epidemiologia, 2008. v. 1.
2. TAVARES CM ; SCHOR, N. ; FRANCA JUNIOR, I. ; DINIZ, C. S. G. . Há alta prevalência de uso de camisinha na relação atual entre adolescentes da ilha de Santiago, Cabo Verde África Ocidental. In: XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia, 2008, Porto Alegre. XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia, 2008. v. 1.
3. TAVARES CM ; SCHOR, N. . Fatores sócio-demográficos e epidemiológicos associados ao início da vida sexual, de adolescentes da ilha de Santiago Cabo Verde, segundo sexo. In: 3º Encontro de Pesquisa e Pós-Graduação, 2007, São Paulo. 3º Encontro de Pesquisa e Pós-Graduação, 2007. v. 1.
4. ★ TAVARES CM ; CAMARANO, A. A. ; SCHOR, N. . Fecundidade e seus determinantes próximos: o caso das mulheres cabo-verdianas em 1990 e 2000. In: Congresso Paulista de Saúde pública, 2005, Santos. IX Congresso Paulista de Saúde Pública, 2005.

Produção técnica

Demais tipos de produção técnica

1. ROCHA, A. S. ; ALBUQUERQUE, A. P. D. L. ; SIMOES, A. G. M. ; FERREIRA JUNIOR, A. ; OLIVEIRA, C. A. L. ; GUEDES, C. A. B. ; TAVARES CM ; RAMOS, C. R. ; RODRIGUES, C. M. ; BARRETO, D. S. ; PERREIRA, D. M. ; SANTOS, D. P. ; LIRA, E. M. A. ; RODOLFO, F. ; TEIXEIRA, F. C. P. E. ; MARTA, F. S. ; SILVA, J. C. ; SOUZA, J. N. ; SOARES, L. J. ; DUARTE, L. T. ; GUTMAN, L. ; PINHEIRO, M. R. R. ; OLIVEIRA, O. C. ; OLIVEIRA, R. P. ; LELLES, S. L. C. ; BURNETT, W. C. M. ; CARVALHO, W. S. . Pesquisa sobre arranjos domiciliares PESAD. 2005. (Relatório de pesquisa).

Eventos

Participação em eventos

1. Pesquisa Nacional de Demografia. 2008. (Seminário).
2. Da disciplinaridade à transdisciplinaridade: a importância de sua discussão para a teoria e prática em Saúde Pública. 2008. (Seminário).

Outras informações relevantes

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 04/03/2009 às 17:48:29