



PERFIL SOCIAL, REPRODUTIVO E SEXUAL DE ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA

SOCIAL, REPRODUCTIVE AND SEXUAL PROFILES OF ADOLESCENTS SEEKING CARE IN GYNECOLOGY OUTPATIENT FACILITY

Lúcia COSTA-PAIVA¹

Luciana Takata PONTES²

Ana Paula HOROVITZ³

Laura Bernardi Motta MARTINS⁴

Gislaine Aparecida FONSECHI-CARVASAN⁵

João Luiz PINTO e SILVA¹

RESUMO

Objetivo

Conhecer os perfis social, reprodutivo e sexual de adolescentes atendidas no Ambulatório de Ginecologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

¹ Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Alexander Fleming, 101, Cidade Universitária Zeferino Vaz, 13083-970, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: L. COSTA-PAIVA. E-mail: paivaepaiva@uol.com.br

² Acadêmica, Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

³ Residente 1º ano, Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

⁴ Mestranda em Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

⁵ Serviço de Estatística, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

Métodos

Realizou-se um inquérito sobre conhecimento, atitude e prática com 101 adolescentes entre 14 e 19 anos. Para tal, aplicou-se o questionário durante a primeira consulta, para obter-se informações sobre idade, escolaridade, hábitos de lazer, atividade sexual, paridade, conhecimento e uso de anticoncepcionais e conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis. A análise dos dados foi realizada através de estatísticas descritivas de frequência, média e desvio padrão.

Resultados

A média etária das adolescentes foi de 16,02 anos. A maioria era branca, solteira, estudante; mas 33% delas relataram evasão escolar. Aproximadamente 70% já haviam tido relações sexuais; a média de idade na primeira relação sexual foi de 14,33 anos e metade destas adolescentes não utilizou método anticoncepcional na primeira relação sexual. Cerca de 40% das adolescentes já haviam engravidado e a maioria das gestações foi não-planejada. Quanto ao conhecimento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, a maioria referiu esclarecer suas dúvidas com pais e amigos e conhecia as formas de transmissão da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; entretanto metade das adolescentes não usava caminha (camisa-de-vênus, *condom*) para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Conclusão

O perfil das adolescentes mostra o início precoce da atividade sexual, baixa incidência no uso de anticoncepcionais e preventivos, alta ocorrência de adolescentes com antecedente de gravidez, além de alto índice de evasão escolar. Tais resultados evidenciam a necessidade da promoção de ações bem direcionadas e efetivas para melhorar a qualidade de vida e da saúde reprodutiva das adolescentes.

Termos de indexação: adolescente, anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis.

A B S T R A C T

Objective

To outline the social, reproductive and sexual profiles of adolescents seeking care in the Gynecology Outpatient Facility at the Centro de Atenção Integral a Saúde of the Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brazil.

Methods

A survey was conducted to elicit information on the knowledge, attitudes and practices of 101 adolescents, ranging from 14 to 19 years old, during their first outpatient consultation. All adolescents answered a questionnaire about age, schooling, leisure habits, sexual activity, parity, knowledge and use of contraceptive drugs, and knowledge of sexually transmitted diseases. Data analysis was

performed applying descriptive statistics of frequency, mean and standard deviation.

Results

The mean age of adolescents was 16.02 years; most were white, single, and students, but 33% were school dropouts. About 70% had already engaged in sexual activity; the mean age at first sexual intercourse was 14.33 years and half of these adolescents had not used contraceptive methods at the time of first sexual intercourse. About 40% of adolescents had become pregnant and most of these pregnancies were unintended. Regarding knowledge and prevention of sexually transmitted diseases, the majority of the adolescents had sought their parents and friends to clarify doubts about these, and had some knowledge about the transmission of Acquired Immune Deficiency Syndrome; however, half of them had not used condom to prevent sexually transmitted diseases.

Conclusion

The profiles show early initiation of sexual activity, low occurrence in the use of contraceptive methods and condoms, high incidence of adolescent pregnancy and high percentage of school dropout. Such results indicate the need for more directed and efficient health measures, to improve quality of life and promote reproductive health in adolescents.

Index terms: *adolescent, contraception, sexually transmitted diseases.*

INTRODUÇÃO

A adolescência, cronologicamente definida como a faixa etária entre 10 e 20 anos, é um período de transição da infância para a vida adulta, no qual o indivíduo experimenta intensas transformações, tanto físicas, como mentais e sociais. É nessa época da vida que ocorre a passagem do estado sexual imaturo para o maduro, quando irão eclodir as características sexuais secundárias marcadas pela menarca, acentuado ganho de estatura, profundas modificações psicológicas, culminando com a instalação definitiva da capacidade fértil¹.

Nos dias de hoje, observa-se no adolescente uma maior demora para adquirir a independência psíquica e a financeira, enquanto o casamento ocorre cada vez mais tardiamente; estes fatores promovem um intervalo de tempo muito grande entre a maturidade sexual e a vida social adulta. Por outro lado, o início da atividade sexual entre os jovens, aparentemente cada vez mais precoce, freqüentemente ocorre sem a

adoção de medidas adequadas de proteção. O fato de que pouco mais de 50% das adolescentes sexualmente ativas não utilizam métodos contraceptivos na primeira relação sexual, associado ao aumento da atividade sexual entre adolescentes, à diminuição da idade da primeira relação sexual e ao significativo acréscimo da população adolescente, são fatores que parecem explicar o elevado número de mães adolescentes nas maternidades brasileiras^{2,3}.

Os motivos pelos quais as adolescentes postergam o uso de contraceptivos são inúmeros; entre eles estão: o temor de que a família descubra a atividade sexual não autorizada, a expectativa de estabelecer um relacionamento mais íntimo com o parceiro, não acreditar na possibilidade de engravidar na vigência de baixa atividade sexual, o custo dos anticoncepcionais e a dificuldade de acesso aos serviços de planejamento familiar⁴.

Uma das graves conseqüências da atividade sexual desprotegida é a possibilidade de contrair-se uma doença sexualmente transmissível (DST). As DST,

incluindo a infecção por vírus HIV, são problemas de ordem mundial, gerando gastos de bilhões de dólares por ano. Nos EUA, apesar dos adolescentes representarem menos de 1% da população com *Acquired Immune Deficiency Syndrome* ou infectada com HIV, estima-se que um quinto dos americanos com AIDS foram infectados durante o período da adolescência⁵.

Os fatores socioeconômicos exercem também grande influência sobre o comportamento dos adolescentes. Comportamentos de risco, como dirigir alcoolizado e não utilizar preservativos, foram observados principalmente em adolescentes de famílias menos favorecidas⁶. Além disso, adolescentes de famílias com baixa escolaridade, numerosas, com graves problemas matrimoniais ou com pais ausentes, encontram-se mais expostas ao risco de gestação precoce e inoportuna⁷.

Um dos fatores que determinam maiores possibilidades de sucesso nos serviços de planejamento familiar é o conhecimento das características da clientela a que estão dirigidos. Serviços que prestam atendimento aos adolescentes, baseados na informação, confidencialidade, privacidade e autonomia do adolescente, devem levar em consideração características próprias desta faixa etária, diferenciando-a das demais idades. Desta forma, a abordagem e a orientação contraceptiva dos adolescentes não poderia deixar de considerar os aspectos culturais, psicossociais e biológicos que envolvem esta faixa etária. Adquirir maiores conhecimentos sobre as dúvidas, dificuldades, mitos e problemas enfrentados pelos adolescentes, permitirá aumentar as possibilidades de sucesso dos serviços e dos grupos de orientação destinados aos adolescentes.

O objetivo deste estudo foi definir e descrever as características sociais, reprodutivas e sexuais de adolescentes atendidas no Ambulatório de Ginecologia de Adolescentes do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), a fim de avaliar o seu conhecimento, atitude e prática em relação aos métodos anticoncepcionais e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo algumas características da sua prática sexual.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Realizou-se um inquérito sobre conhecimento, atitude e prática (CAP), sobre conhecimento, atitude e prática, com 101 adolescentes do sexo feminino entre 14 e 19 anos, que compareceram à primeira consulta no Ambulatório de Ginecologia de Adolescentes do CAISM, Unicamp. Após seleção e esclarecimento sobre o estudo, as adolescentes que aceitaram participar voluntariamente e cujos pais ou responsáveis autorizaram, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram então encaminhadas para uma sala reservada, onde receberam um questionário estruturado contendo perguntas sobre idade, idade à menarca, cor, escolaridade, estado civil, ocupação, hábitos de vida e atividades de lazer, atividade sexual, paridade, uso de métodos anticoncepcionais e conhecimento em relação a doenças sexualmente transmissíveis. O preenchimento foi realizado pela própria adolescente antes do início da consulta médica, sendo orientada a não colocar nome ou qualquer outro tipo possível de identificação no questionário.

Foram respeitados os direitos dos adolescentes à privacidade, confidencialidade e sigilo e cumpridos os princípios enunciados na Declaração de Helsinque. Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia e Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Após preenchidos, os questionários foram revisados e as respostas digitadas em um banco de dados, utilizando-se o programa Epi Info 2002. A análise dos dados foi descritiva, utilizando-se cálculos de frequência, médias e desvio-padrão.

RESULTADOS

A média de idade das adolescentes estudadas foi 16,02 anos (\pm DP1,22). A maioria era branca, estudante, solteira, com escolaridade adequada para a idade, sendo que mais da metade das adolescentes cursava o segundo grau. Entretanto, aproximadamente um terço delas não estudavam, sendo referido como principal motivo para não estar estudando, a necessidade de cuidar dos filhos ou o casamento (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas das adolescentes (n=101*).

Características	n	%
Cor*		
Branca	69	68,3
Não branca	31	30,7
Sem resposta	1	0,9
Escolaridade		
até 4ª série	2	2,0
5ª a 8ª série	48	47,5
1º a 3ºcolegial	51	50,5
Estado civil*		
Solteira	63	62,4
União estável	37	36,7
Sem resposta	1	0,9
Ocupação		
Estuda	54	53,5
Trabalha e estuda	14	13,9
Trabalha	10	9,9
Não trabalha/não estuda	23	22,8
Motivo para não estudar* (n=33)		
Cuidar dos filhos/casou	17	51,5
Não gosta de estudar	4	12,1
Precisava trabalhar	2	6,0
Outras dificuldades	7	21,2
Sem resposta	3	9,0

(*) Algumas adolescentes não responderam a todas as questões.

Em relação aos hábitos de vida e atividades de lazer, a maioria referiu ouvir música ou assistir à TV nas horas vagas; a prática de esportes ou a leitura foram pouco citadas (Tabela 2). Cerca de metade das adolescentes tinha o hábito de sair à noite e 10% delas eram fumantes. O consumo de bebida alcoólica foi referido por 16 das adolescentes, o uso de maconha por 14 e o uso de cocaína ou *crack* por 7 delas.

Quanto às características reprodutivas e sexuais, a média de idade à menarca foi 11,71 anos; cerca de 70% das adolescentes já haviam iniciado atividade sexual e a média de idade ao ocorrer a primeira relação sexual foi 14,33 anos (\pm DP1,32). Aproximadamente metade das adolescentes não utilizou método anticoncepcional na primeira relação sexual e também metade delas tiveram entre 1 e 2 parceiros sexuais. Cerca de 40 adolescentes já haviam

Tabela 2. Hábitos de vida e atividades de lazer das adolescentes (n=101*).

Características	n	%
Atividades nas horas vagas**		
Música	78	77,2
TV	61	60,4
Livros	29	28,7
Revista	26	25,7
Dançar	25	24,8
Esporte	17	16,8
Shopping/cinema	29	28,7
Outra	32	31,7
Costuma sair à noite		
Sim	57	56,4
Não	44	43,6
Fuma*		
Sim	10	10,0
Não	90	90,0
Sem resposta	1	
Experiência com drogas*		
Sim	16	16,0
Não	84	84,0
Sem resposta	1	
Tipo de droga usada ** (n=16)		
Álcool	16	100,0
Maconha	14	87,5
Cocaína	5	31,2
<i>Crack</i>	2	12,5
Continua usando drogas (n=14)		
Sim	1	7,1
Não	13	92,9

(*) Algumas adolescentes não responderam a todas as questões; (**) nesta questão as adolescentes podem ter dado mais de uma resposta.

engravida anteriormente, sendo a maioria gravidezes não planejadas. Dentre as que referiram estar em uso de métodos anticoncepcionais (MAC), a camisinha e a pílula foram os métodos mais utilizados (Tabela 3).

Apenas um terço das adolescentes referiu usar camisinha em todas as relações sexuais e a principal razão citada para o não uso da camisinha foi ter parceiro fixo ou confiar no parceiro. Quanto aos conhecimentos sobre a forma de transmissão da AIDS, a grande maioria esclarece suas dúvidas com pais e amigos, e associa a transmissão da doença à prática sexual, seja vaginal ou anal, sem proteção, e à contaminação por via hematogênica (Tabela 4).

Tabela 3. Características reprodutivas e sexuais das adolescentes (n=101*).

Características	n	%
Idade à menarca*		
Não menstrou	4	4
<=10	8	8
11-12	50	49,5
>=13	38	37,6
Sem resposta	1	0,9
Idade à primeira relação*		
Não teve	33	32,7
12 -13	22	21,8
14-15	32	31,7
>=16	13	12,9
Sem resposta	1	0,9
Usou MAC* (n=68)		
Sim	38	56,0
Não	29	42,6
Sem resposta	1	1,4
Número parceiros sexuais (n=68)		
1-2	53	76,4
3-5	9	13,3
mais de 5	4	5,9
Sem resposta	3	4,4
Já engravidou (n=68)		
Sim	40	58,8
Não	28	41,2
Gravidez foi planejada (n=40)		
Sim	17	42,5
Não	23	57,5
Usa MAC (n=68)*		
Sim	53	78,0
Não	14	20,6
Sem resposta	1	1,4
Qual MAC usa (n=53)**		
Camisinha	27	50,9
Pílula	17	32,1
Injetável	12	22,6
DIU	14	26,4
Tabelinha/coito interrompido	5	9,5
Por que não usa MAC (n=14)**		
Atrapalha a relação	2	14,3
Acha difícil engravidar	2	14,3
Parceiro não gosta	2	14,3
Medo que pais descubram	1	7,1
Quer engravidar	1	7,1
Outros	3	21,3

(*) Algumas adolescentes não responderam a todas as questões; (**) nesta questão as adolescentes podem ter dado mais de uma resposta.

DISCUSSÃO

O perfil das adolescentes atendidas no Ambulatório Especializado de Ginecologia de

Tabela 4. Conhecimento e prevenção sobre DST (n=101*).

Características	n	%
Usa camisinha para prevenção DST (n=68)		
Sempre	21	30,9
Na maioria das vezes	9	13,3
De vez em quando	15	22,0
Nunca	19	28,0
Sem resposta	4	5,8
Razão para não usar sempre (n=43)**		
Tem parceiro fixo /Confia no parceiro	25	58,1
Parceiro não gosta/atrapalha	20	46,5
Não tem dinheiro para comprar	10	23,2
Outros	1	2,3
Recebeu orientação sexual (n=67)		
Sim	49	73,1
Não	18	26,9
Orientação de quem** (n=49)		
Pais	28	57,1
Amigos	22	44,8
Parceiro/namorado	10	20,4
Medico	6	12,2
Irmãos/igreja/outros	8	16,3
Como se pega AIDS** (n=100)		
Agulha de seringa	84	84,0
Beijo na boca	9	9,0
Relação anal sem proteção	75	75,0
Relação vaginal sem proteção	92	92,0
Relação oral sem proteção	49	49,0
Só relações homossexuais	13	13,0
Transfusão sangüínea	72	72,0
Vaso sanitário	8	8,0
Objetos pessoais	8	8,0
Objetos cortantes não esterilizados	66	66,0
Fez teste de AIDS*		
Sim	31	30,6
Não	66	65,4
Sem resposta	4	4,0
Considera-se pessoa de alto risco para AIDS		
Não	89	88,1
Sim	9	8,9
Sem resposta	3	3,0

(*) Algumas adolescentes não responderam a todas as questões; (**) nesta questão as adolescentes podem ter dado mais de uma resposta.

Adolescentes do CAISM, Unicamp mostra um início precoce da atividade sexual, baixa incidência de uso de anticoncepcionais e camisinha/condom, alta ocorrência de adolescentes com antecedente de gravidez, e alto índice de evasão escolar. Os principais motivos apontados pelas adolescentes para não estar estudando, foram a necessidade de cuidar dos filhos ou os compromissos do casamento. Esse perfil é bastante

semelhante ao observado em pesquisas de grandes levantamentos e análises de dados demográficas, demonstrando que a gravidez e a maternidade precoces são os principais motivos para o baixo nível de escolaridade entre adolescentes⁸. Existe também forte associação entre baixa escolaridade e união conjugal precoce⁹, sendo a paridade total de adolescentes entre 15 e 19 anos unidas maritalmente, bem maior do que a de não-unidas⁸.

Em relação às atividades de lazer das adolescentes, os resultados deste estudo são semelhantes aos de Barros *et al.*¹⁰: observou-se que as atividades mais comuns entre as adolescentes em seu tempo livre, são ver televisão e ouvir música. Entretanto, com relação à prática de atividades físicas, constatamos que apenas 16,8% das adolescentes referiram praticar esportes em seu tempo livre, enquanto outros autores constataram que 60,0% a 95,0% de adolescentes escolares, femininos e masculinos, praticam atividades físicas^{10,11}. Essas desigualdades podem ser atribuídas, tanto às diferentes definições adotadas entre os estudos para classificar o nível de atividade física, quanto às diferenças nas características da população estudada. Neste trabalho, foi constituída exclusivamente por indivíduos do sexo feminino, com alta porcentagem de meninas que já haviam engravidado e, conseqüentemente, poderiam ter menos disponibilidade para realizar essas atividades.

Ao adotar como prática de lazer assistir televisão, os adolescentes podem ficar expostos a diversas informações inadequadas, tais como a exploração exagerada da sexualidade, a distorção de valores morais, a violência e o incentivo ao uso de drogas como tabaco e álcool. Por outro lado, a prática mostra que a mídia pode ser um importante meio de divulgação de informações extremamente úteis para atingir e mudar o comportamento dos adolescentes, quando corretamente utilizada¹⁰. Em relação às atividades culturais, observamos que apenas uma pequena parcela referiu a prática da leitura ou ir ao cinema, o que provavelmente se associa ao baixo nível econômico da população estudada.

Dezesseis por cento das adolescentes referiram já ter feito uso de drogas, sendo o consumo de álcool o mais comum, seguido das drogas chamadas ilícitas como maconha, cocaína e *crack*; 10,0% relataram usar fumo. Silber & Souza¹² relatam que, entre adolescentes de primeiro e segundo grau, o álcool, já experimentado por 80,0% deles, é a droga mais utilizada, seguida pelo fumo em 28,0%, inalantes em 17,0%, psicotrópicos em 7,0% e, em último lugar, a maconha e a cocaína em 3,4% e menos de 1,0%, respectivamente. O uso destas substâncias pode ser atribuído à curiosidade, pressão dos amigos, rebeldia e manifestação de independência, além de outros fatores. Deve-se ponderar porém, que admitir o uso destas substâncias pode ser bastante falseado quando se tratam das drogas ditas ilícitas. O uso indevido de drogas, associado ao início da atividade sexual precoce, potencializam os riscos dos adolescentes em relação às doenças de transmissão sexual, pois facilitam as práticas de sexo não seguro e a utilização de drogas cada vez mais arriscadas, tornando-os ainda mais vulneráveis. Estes dados ressaltam, entretanto, a responsabilidade dos profissionais de saúde, familiares e educadores, tanto em relação ao uso de drogas entre as jovens, como em relação à possibilidade de atuar junto a elas, através de medidas preventivas e suporte, a fim de minimizar as conseqüências devastadoras do abuso de álcool e drogas^{12,13}.

Em relação ao início da vida sexual, a maioria das adolescentes referiu ter a primeira relação sexual entre 14 e 15 anos. Este resultado é semelhante ao encontrado em estudos nacionais, em que a idade média para a primeira relação sexual varia de 14,5 anos¹⁴ a 15 anos⁸. Segundo esses estudos, durante a primeira relação sexual houve 56,0% de utilização de MAC, dado semelhante aos 54,5% encontrados entre adolescentes grávidas no Ambulatório de Pré-Natal de Adolescentes do CAISM, Unicamp¹⁵ e próximo aos 48,0% observados em estudo sobre comportamento sexual da população brasileira realizado pelo Ministério da Saúde¹⁶. Estes números revelam um significativo e expressivo aumento do uso de MAC pelas adolescentes, se os compararmos com dados de 15

anos atrás, quando apenas 14,9% das mulheres de 15 a 19 anos relataram usar MAC⁸.

Entretanto, no estudo presente, apesar de observar-se esse aumento na utilização de MAC na primeira relação sexual, constata-se que aproximadamente 40% da população estudada havia engravidado, o que demonstra a inconstância ou inadequação na utilização dos métodos anticoncepcionais pelas adolescentes. A percepção de invulnerabilidade, a imprevisibilidade das relações sexuais, a perda fácil de motivação e o caráter exploratório que envolve as primeiras relações sexuais, são comportamentos que expõem as adolescentes a um maior risco de gravidez não planejada.

O método anticoncepcional mais utilizado pelas adolescentes foi a camisinha masculina, seguida pela pílula, confirmando os achados de Belo¹⁵. Whaley¹⁷ afirma que as adolescentes agem mais em função de prevenir uma gravidez, do que de prevenir uma doença sexualmente transmissível. Esse resultado, entretanto, difere daquele encontrado em uma pesquisa semelhante realizada neste mesmo ambulatório em 1993, em que o método indicado como o mais escolhido pelas adolescentes foi a pílula, independentemente da idade, escolaridade ou estado civil¹⁸. Possivelmente, essa maior popularidade da camisinha/condom esteja relacionada à maciça campanha dos meios de comunicação no combate à disseminação da AIDS e de outra DST a que as adolescentes estão expostas na atualidade.

Apesar da camisinha/condom ser o método anticoncepcional mais utilizado pelas adolescentes deste estudo, apenas um terço das jovens utilizaram-no em todas as relações sexuais, embora a maioria tenha conhecimento sobre a forma de transmissão sexual da doença. A frequência do uso de camisinha entre os adolescentes tem sido baixa e com marcantes diferenças entre os gêneros¹⁹. A adolescente está mais vulnerável à gravidez e às DST, devido ao uso inconstante da camisinha, pois esta não é usada quando a jovem conhece o parceiro, ou quando ela tem um só parceiro e confia no parceiro²⁰.

A ampla atuação de programas implantados por organizações nacionais, como o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD)²¹, e internacionais, como o programa da Organização Mundial da Saúde²², estão aprimorando os cuidados destinados à atenção integral à saúde do adolescente. Entretanto, ainda são necessários esforços para formar profissionais de várias áreas de saúde capacitados ao atendimento multiprofissional do adolescente, no âmbito das universidades e serviços públicos de saúde. Atender o adolescente em suas diversas necessidades, pressupõe o amplo conhecimento de sua singularidade. É importante ressaltar que estes resultados confirmam a urgente necessidade de projetos voltados para os adolescentes, que os sensibilizem para a prática sexual responsável e para os hábitos de vida saudáveis, não apenas através da transmissão do conhecimento, mas também através da realização de grupos de discussão, oficinas de trabalho, teatralização, *etc.* Isto, feito com participação multidisciplinar e com bom relacionamento equipe-cliente que possa gerar atitudes novas e práticas mais eficientes. O conhecimento do perfil da população-alvo, de suas dúvidas e problemas, é fundamental para que os profissionais trabalhando com adolescentes tenham uma atuação mais direcionada, visando à obtenção de resultados efetivos com relação a melhor qualidade de vida e intensa promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ramos L. Anticoncepção na adolescência. *J Sogesp* 1999; 5:29-30.
2. Saito MI. Sex education in school: Preventing unwanted pregnancy in adolescents. *Int J Gynecol Obstetr* 1998; 63 Suppl 1:157-60.
3. Pinto e Silva JL. Pregnancy during adolescence: Wanted vs unwanted. *Int J Gynecol Obstetr* 1998; 63 Suppl 1:151-6.
4. Alan Guttmacher Institute. Teenage pregnancy: The problem that hasn't gone away. New Haven: Yale University Press; 1981.

5. D'Sousa C, Shrier L. Prevention and intervention of sexually transmitted diseases in adolescents. *Curr Opin Pediatr* 1999; 11:287-91.
6. Petridou E, Zavitsanos X, Dessypris N, Frangakis C, Mandyla M, Doxiatis S, *et al.* Adolescents in High-Risk Trajectory: Clustering of Risky Behavior and the Origins of Socioeconomic Health Differentials. *Prev Med* 1997; 26(2):215-9.
7. Costa MC. Atividade sexual e confiabilidade. *Bol Assoc Bras Adolesc* 1996; 14:4-5.
8. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Rio de Janeiro; 1997. 181p.
9. Berquó E. Como, quando e com quem se casam os jovens brasileiros. *In: Comissão nacional de população e desenvolvimento: jovens acontecendo na trilha das políticas públicas.* Brasília: CNPq; 1998. p.93-108.
10. Barros R, Coscarelli P, Coutinho MFG, Fonseca AF. O uso do tempo livre por adolescentes em uma comunidade metropolitana no Brasil. *Adolesc Latinoam* 2002; 3(2):1-12.
11. Centers of Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance. National College Health Risk Behavior Survey, United States, 1995. *MMWR* 1997; 46(SS-6):1-54.
12. Silber TJ, Souza RP. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. *Adolesc Latinoam* 1998; 11(4):148-62.
13. American College Obstetricians and Gynecologists Educational Bulletin. Primary and preventive care for female adolescents. *Int J Gynecol Obstetr* 2000; 69:181-94.
14. Monteiro DLM. Perfil socioeconômico da adolescente e adesão à contracepção. *In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos AC. Gravidez na adolescência.* Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p.171-85.
15. Belo MAV. Conhecimento, atitude e prática em relação aos métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes [mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2001.
16. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde [Acesso 2000 set]. Disponível em: www.aids.gov.br/cebrap/relatorio-pesquisa-cebrap.htm
17. Whaley A. Preventing the High-Risk sexual Behavior of Adolescents. Focus on HIV/AIDS Transmission, Unintended Pregnancy, or Both? *J Adolescent Health Care* 1999; 24(6):376-82.
18. Pinto-Neto A, Motta M, Costa L, França S, Silva J. Anticoncepção na adolescência II: A escolha dos métodos anticoncepcionais. *Reprodução* 1993; 8(1):21-4.
19. Antunes MC, Peres CA, Piava V, Stall R, Hearst N. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo. *Rev Saude Publica* 2002; 36 Suppl 4:88-95.
20. Jeolá LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes :espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8(2):611-20.
21. Ministério da Saúde. Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). [Acesso 2004 jun 22]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/adolescente/adolescenc.htm>
22. Pan American Health Organization. Adolescent Health and Development [cited 2004 jun 22]. Available from: <http://www.paho.org/english/AD/FCH/CA/adolhome.htm>

Recebido para publicação em 26 de janeiro e aceito em 21 de julho de 2004.

