



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CAROLINE FERREIRA DOS ANJOS

**FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO
SEXUAL DE RISCO EM ADOLESCENTES E ADULTAS
JOVENS**

**Goiânia
2018**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS
DE TESES E
DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

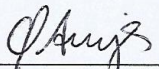
Nome completo do autor: CAROLINE FERREIRA DOS ANJOS

Título do trabalho: FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO EM ADOLESCENTES E ADULTAS JOVENS.

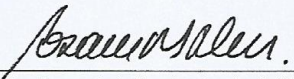
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ **SIM** ☐ **NÃO¹**

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 06/06/2018.

CAROLINE FERREIRA DOS ANJOS

**FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SEXUAL DE
RISCO EM ADOLESCENTES E ADULTAS JOVENS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

**Goiânia
2018**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Anjos, Caroline Ferreira

Fatores associados ao comportamento sexual de risco em
adolescentes e adultas jovens [manuscrito] / Caroline Ferreira Anjos.
2018.

xi, 88 f.: il.

Orientador: Profa. Rosane Ribeiro Figueiredo Alves.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde, Goiânia, 2018.

Bibliografia. Anexos.

Inclui siglas, símbolos, tabelas, lista de tabelas.

1. Comportamento sexual. 2. Adolescentes. 3. Jovens. 4.
Preservativo Masculino. I. Ribeiro Figueiredo Alves, Rosane, orient. II.
Título.

CDU 618.1

Ata de Defesa de Dissertação de Mestrado realizada por **Caroline Ferreira dos Anjos**. Aos **tres dias do mês de julho de 2018, às 08:00 horas**, reuniu-se na Sala de Defesas do PPGCS/UFG, a Comissão Julgadora infra nomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Dissertação de Mestrado intitulada: "**Fatores associados ao comportamento sexual de risco em adolescentes e adultas jovens**", como parte de requisitos necessários à obtenção do **título de Mestre**, área de concentração **Dinâmica do Processo Saúde-Doença**. A Presidente da Comissão julgadora, **Profa. Dra. Rosane Ribeiro Figueiredo Alves**, iniciando os trabalhos concedeu à palavra a candidata, para exposição em até **50 minutos** do seu trabalho. A seguir, a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos Examinadores, os quais passaram a arguir a candidata durante o prazo máximo de 30 minutos, assegurando-se a mesma igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando a candidata aprovada ou reprovada.

Banca Examinadora

Aprovado(a)/Reprovado(a)

Profa. Dra. Rosane Ribeiro Figueiredo Alves - Presidente
Profa. Dra. Vera Aparecida Saddi - Membro
Prof. Dr. José Miguel de Deus - Membro
Prof. Dr. Délio Marques Conde - Suplente

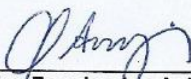
APROVADA
Aprovada
Aprovada

Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou a candidata **Caroline Ferreira dos Anjos** () Habilitada () Não habilitada. Nada mais havendo a tratar, eu, **Profa. Dra. Rosane Ribeiro Figueiredo Alves**, lavrei a presente ata que, após lida e achada conforme foi por todos assinada.

Profa. Dra. Rosane Ribeiro Figueiredo Alves - Presidente
Profa. Dra. Vera Aparecida Saddi - Membro
Prof. Dr. José Miguel de Deus - Membro
Prof. Dr. Délio Marques Conde - Suplente

Assinaturas:
Rosane Ribeiro Figueiredo Alves
Vera Aparecida Saddi
José Miguel de Deus

A banca examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação:



Caroline Ferreira dos Anjos

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Rosane Ribeiro Figueiredo Alves pela paciência e pela tenacidade durante todo o período do mestrado. Sua competência acadêmica e sua experiência científica sem dúvida contribuíram para o resultado de meu trabalho.

Agradeço às Professoras Doutoras Eleuse Machado de Brito Guimarães e Maria de Fátima Costa Alves, idealizadoras do projeto 'Adolescer com Saúde', e responsáveis pela execução exemplar da pesquisa.

A todas as adolescentes e jovens que responderam à pesquisa agradeço pela disponibilidade em contribuir com o projeto.

Agradeço às funcionárias Valdecina Quirino e Livia Valadão de Abreu pelo direcionamento de minhas demandas, sempre com precisão e paciência.

À minha família agradeço pela força e acolhimento nos momentos de angústia e pela compreensão nos momentos de ausência. Obrigada, amo vocês.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	iv
TABELAS, FIGURAS E QUADROS.....	vii
SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS.....	viii
RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUÇÃO.....	1
1. CONCEITOS DE ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE.....	1
1.1. ADOLESCÊNCIA.....	1
1.2. JUVENTUDE.....	2
2. SITUAÇÃO ATUAL DA SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE.....	5
3. SEXUALIDADE.....	9
4. COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO.....	12
5. FATORES QUE INFLUENCIAM O COMPORTAMENTO SEXUAL.....	14
6. ONDE ESTÁ A FALHA?.....	19
JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	21
OBJETIVOS.....	22
1. OBJETIVO GERAL.....	22
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
METODOLOGIA.....	23
1. DESENHO DO ESTUDO.....	23

2. HISTÓRIA DO PROJETO.....	23
3. POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	23
4. COLETA DE DADOS.....	24
5. ANÁLISE DE DADOS.....	24
6. ASPECTOS ÉTICOS.....	25
ARTIGO	26
CONCLUSÃO.....	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXOS.....	68
1. ANEXO A – QUESTIONÁRIO DETALHADO.....	68
2. ANEXO B – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA.....	70
3. ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	75
4. ANEXO D – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	76

TABELAS, FIGURAS E QUADROS

FIGURA 1 – As 10 maiores causas de morte entre adolescentes, por sexo.....	6
FIGURA 2 – Adolescent Health Challenges.....	7
FIGURA 3 – Distribuição dos novos casos de clamídia e gonorreia por faixa etária nos Estados Unidos.....	8
TABELA 1 – Característica das participantes sexualmente ativas.....	40
TABELA 2 – Fatores associados à atividade sexual em adolescentes e jovens do sexo feminino.....	41
TABELA 3 – Fatores associados ao início da atividade sexual até os 15 anos.....	42
TABELA 4 – Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo masculino pelo parceiro.....	43
TABELA 5 – Motivos para o não uso do preservativo masculino pelo parceiro entre adolescentes e jovens.....	44

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HPV	Papillomavírus humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OpenEpi	<i>Open Source Epidemiologic Statistic for Public Health</i>
OR	<i>Odds Ratio</i>
RM	Ressonância Magnética
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
SEADE	Fundação Sistema Educacional de Análise de Dados

SNJ	Secretaria Nacional da Juventude
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

Adolescentes e jovens se envolvem em comportamento sexual de risco, o que resulta em aumento do número de casos de infecções sexualmente transmissíveis, e manutenção de altas taxas de gravidez. **OBJETIVOS.** Avaliar as diferenças nas características sociodemográficas e comportamentais entre as participantes sexualmente ativas e virgens; estimar a prevalência e identificar os fatores associados à iniciação sexual até os 15 anos e ao uso inconsistente do preservativo masculino bem como identificar os motivos citados para o não uso deste entre adolescentes e adultas jovens. **METODOLOGIA.** Estudo de base comunitária, transversal, envolvendo 1072 adolescentes e jovens do sexo feminino, de 15 a 24 anos, residentes em três cidades de médio porte do estado de Goiás, entre 2007 e 2009. Todas responderam um questionário contendo dados sociodemográficos e comportamentais. Para avaliar os fatores associados ao início da atividade sexual até os 15 anos e ao uso inconsistente do preservativo foi realizada análise de regressão logística, com cálculo de *odds ratio* (OR) e OR ajustado, com intervalo de confiança de 95% e nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$). Todas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para menores de 18 anos a isenção da assinatura dos pais foi obtida por ordem judicial. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. **RESULTADOS.** Das 1072, 64,9% eram sexualmente ativas. As sexualmente ativas apresentaram 6,3 (IC 95%: 3,98-9,96) vezes maior probabilidade de terem idade acima de 20 anos, e 2,04 (IC 95%: 1,19-3,49) vezes maior probabilidade de terem escolaridade menor do que oito anos. A prevalência do início da atividade sexual até os 15 anos foi de 46,4% (IC 95%: 42,7-50,1) e do uso inconsistente do preservativo foi de 73,2% (IC 95%: 63,9-82,6). Os fatores associados ao início da atividade sexual até os 15 anos foram a idade menor do que 20 anos, não possuir religião e ter escolaridade menor do que oito anos, com OR de 3,13 (IC 95%: 2,22-4,40), 2,05 (IC 95%: 1,17-3,58) e 6,21 (IC 95%: 4,14-9,32) respectivamente. O único fator associado ao uso inconsistente do preservativo foi o estado civil casada ou em união estável, com OR 4,63 (IC 95%: 2,86-7,50). Os motivos mais frequentemente citados para o não uso do preservativo foram a “confiança no parceiro” por 49,8% e “o parceiro não gosta” por 43,7%. **CONCLUSÃO.** A prevalência do início da atividade sexual até os 15 anos e do uso inconsistente do preservativo foram elevadas. Os fatores associados a esses comportamentos foram diferentes. A idade menor que 20 anos esteve associada à iniciação sexual até os 15, indicando provável redução da idade de iniciação sexual na adolescência. Os motivos mais frequentes para o não uso do preservativo foram ligados ao parceiro, o que indica que fatores ligados ao gênero precisam ser abordados nas estratégias de educação sexual.

PALAVRAS CHAVE: comportamento sexual, adolescentes, adultos jovens, condom.

ABSTRACT

Adolescents and young people engage in sexual risk behaviors, resulting in increased number of sexually transmitted infections, and maintaining high rates of pregnancy.

PURPOSE. To evaluate the differences in sociodemographic and behavioral characteristics among sexually active and virgin participants; to estimate the prevalence and to identify factors associated with sexual initiation up until the age of 15, and inconsistent condom use, as well as identify the reasons cited for not using the condoms among adolescents and young women. **METHODS.** A community-based, cross-sectional study involving 1072 adolescents and young women, aged 15 to 24 years, living in three medium-sized cities in the state of Goiás, between 2007 and 2009. All of them answered a questionnaire containing sociodemographic and behavioral data. In order to evaluate the factors associated with sexual initiation up until the age of 15, and inconsistent condom use, a logistic regression analysis was performed, with odds ratio (OR) and adjusted OR, with 95% confidence interval and level of statistical significance of 5% ($p < 0.05$). All of them signed the free and informed consent form. For minors under 18 years old the exemption of the parents' signature was obtained by court order. The project was approved by the Ethics and Research Committee.

RESULTS. Of 1072, 64.9% were sexually active. Sexually active women were 6.3 (95% CI: 3.98-9.96) times more likely to be older than 20 years old, and 2.04 (95% CI: 1.19-3.49) times more likely to have less than eight years of education. The prevalence of sexual initiation up until the age of 15 was 46.4% (95% CI: 42.7-50.1) and inconsistent condom use was 73.2% (95% CI: 63.9% 82.6). The factors associated with sexual initiation up until the age of 15 were to be less than 20 years old, to have no religion and to have less than eight years of education, with a OR of 3.13 (2.22-4.40), 2.05 (1.17-3.58) and 6.21 (4.14-9.32) respectively. The only factor associated with inconsistent condom use was marital status or stable relationship, with OR 4.63 (2.86-7.50). The most frequently cited reasons for non-use of condom were "confidence in partner" by 49.8% and "partner dislikes" by 43.7%. **CONCLUSION.** The prevalence of sexual initiation up to the age of 15, and inconsistent condom use were high. The factors associated with these behaviors were different. Age less than 20 years old were associated with sexual initiation up to the age of 15, indicating a likely reduction in the age of sexual initiation in adolescence. The most frequent reasons for not using condoms were related to the sexual partner, which indicates that gender factors need to be addressed in sex education strategies.

KEYWORDS: sexual behavior, adolescentes, young adults, condom.

INTRODUÇÃO

1. Conceitos de adolescência e juventude

No Brasil o uso dos termos adolescência e juventude coexistem, e seus conceitos ora se sobrepõem, ora se complementam, ora evidenciam diferentes abordagens. O termo adolescência está mais ligado à abordagem psicológica, em que prevalece a experiência subjetiva do indivíduo. O termo juventude é fruto de construção social e histórica, em que prevalece o coletivo (SILVA e LOPES, 2010; TRANCOSO e OLIVEIRA, 2016). Os trabalhos que abordam a adolescência e a juventude são de diversas categorias temáticas, o que dificulta o diálogo e desagrega os debates sobre o tema (STENGEL e DAYRELL, 2017). Para definir esses termos é preciso conhecer um pouco dessa diversidade de pensamentos.

1.1. Adolescência

A palavra adolescente vem do verbo em latim *adolescere* que significa crescer. Essa palavra é em torno de 100 anos mais antiga do que a palavra adulto, que vem da conjugação no passado do mesmo verbo gerando o termo *adultus*. Em tradução simples, adolescente e adulto seria crescente e crescido, respectivamente (DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO). Essa definição etimológica reforça a noção de que a adolescência é um processo de transição que tem como fim a vida adulta.

O conceito de adolescência tem ampla sustentação nas ciências médicas e na psicopedagogia, tendo sido largamente estudado desde o século XIX, como um período de extrema importância na construção do indivíduo (SILVA e LOPES, 2010). Trata-se da transição da infância para a vida adulta, que se inicia com a puberdade e é marcado por um processo biológico de transformação do corpo, que impõe uma intensa elaboração cognitiva e psíquica, para estruturação de uma nova personalidade (SEBASTIAN, 2008; MOREIRA, 2011). Do ponto de vista cronológico esse processo costuma ocorrer na segunda década de vida, mas o recorte etário é prejudicado pela variabilidade e diversidade dos parâmetros biológicos e psicossociais dessa fase (EISENSTEIN, 2005). Começa com a puberdade, cujo início pode ocorrer normalmente entre os oito e catorze anos de idade (SBEM), e termina com a

maioridade, civil e/ou legal, variável de acordo com as divergências culturais entre os países (UNICEF, 2011).

Com os recentes avanços na valorização da infância e adolescência pelos órgãos internacionais, e a criação de políticas de proteção a essa população, a categorização etária do adolecer torna possível a uniformização das pesquisas, imprescindível para geração de dados em saúde (UNICEF, 2011). A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU) definem a adolescência como o período entre os 10 e 19 anos de idade em todas as suas publicações (OMS, 2014). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente restringe a adolescência como a faixa etária entre 12 e 18 anos, mas as publicações dos programas nacionais de saúde do adolescente utilizam a definição da ONU e da OMS (HORTA e SENA, 2010). Essa classificação etária é um dos principais pontos de encontro para o diálogo entre os diversos estudos, sendo a utilizada neste trabalho.

1.2. Juventude

A juventude é estudada pelas áreas da Educação, Psicologia, Sociologia, Ciências da Saúde, entre outras, e cada área destaca aspectos diferentes dessa fase da vida (ZANELLA, 2013). Dessa forma a definição de juventude é extremamente complexa e irrestrita, está em constante movimento, e é composta por diversos pontos de vista, revelando-se um verdadeiro mosaico conceitual (TRANCOSO e OLIVEIRA, 2014). A maioria dos trabalhos afirma que a juventude é construída a partir da realidade histórica, social e cultural de cada população, existindo, portanto, diversas juventudes, cada qual com suas vivências relacionadas às dinâmicas entre gênero, etnia e classe social. Esses mesmos estudos destacam, porém, elementos que dão homogeneidade ao período, colocando a condição juvenil como universal (TRANCOSO e OLIVEIRA, 2016). Dentre esses elementos estão a idade, a resistência, a vulnerabilidade e a geração.

A idade delimita a fase da vida em que a pessoa está se preparando para assumir o papel do adulto. Trata-se de um período variável do ponto de vista psicológico e sociológico, de sedimentação da identidade e do papel social (SILVA e LOPES, 2010; MOREIRA, 2011), mas que para as organizações de saúde precisa de uniformidade. Nesse sentido, a ONU define como juventude o intervalo entre os 15 e 24 anos. Essa definição da ONU foi proposta em 1981 em assembleia geral, e foi

reforçada em todas as edições posteriores (ONU, 2013). No Brasil em 1999, com a regulamentação das políticas nacionais de saúde para o jovem, adotou-se nos documentos oficiais esse marco. Mas, em 2005 o Conselho Nacional da Juventude ampliou para 29 anos o limite superior da juventude (HORTA e SENA, 2010).

O elemento resistência, que atribui ao jovem um papel contestador, é um ponto marcante nas pesquisas sociológicas (GROPPO, 2015). Há um intenso debate sobre a capacidade e/ou vontade do sujeito jovem de negar as estruturas sociais, econômicas e culturais vigentes, ou de moldar-se a elas (COFFEY e FARRUGIA, 2014). Esse aspecto pode ser observado através do conflito geracional com os pais e com as instituições de ensino, e mais raramente na experimentação de diversos papéis sociais (SILVA e LOPES, 2010; GROPPPO, 2015). Esse processo de negação dos pais e de apropriação de um papel na sociedade é crucial para o desenvolvimento da autonomia desses indivíduos.

A vulnerabilidade na população jovem é amplamente abordada nas literaturas médicas e sociológicas e trata-se da associação da juventude com o conceito de risco (ZANELLA, 2013; SEADE, 2017). O risco a princípio é neutro, pois pode acarretar uma perda ou um ganho e o jovem se arrisca constantemente na busca por experiências biológicas e sociais, e na tentativa de superação dos próprios limites. Na sociedade atual, no entanto, o risco é fortemente coligado ao conceito de perigo, (PEREIRA, 2010) assim todo jovem encontra-se potencialmente ameaçado por si mesmo. Essa condição é intensificada pela realidade social (SEADE, 2017), sendo a jovem, mulher, negra e pobre a mais vulnerável (UNICEF, 2011).

A geração é um componente polêmico que constitui a condição juvenil. Isso porque os limites desse construto não estão bem estabelecidos, sendo resumidamente definido como uma identidade coletiva, que vai além da idade e é determinado pelo comportamento. (FRANCE e ROBERTS, 2015). Moda, música, tecnologia, tendências, entre outros fatores, tentam construir essa identidade, que em alguns trabalhos é chamada de jeito de estar no mundo (TRANCOSO e OLIVEIRA, 2014), porém o limite entre as gerações permanece desconhecido, indicando a fragilidade desse elemento (COSTA JUNIOR e COUTO, 2015; FRANCE e ROBERTS, 2015).

Em uma perspectiva histórica, a sociedade ocidental moderna, a partir do século XIX, atribui visibilidade e importância ímpares à juventude, período no qual a

pessoa está sendo moldada (UNESCO, 2007). Nessa fase, as influências que a sociedade conseguir implantar serão futuramente vividas e defendidas por esses indivíduos. O interesse das políticas capitalistas ocidentais passa a ser fomentar a educação para o trabalho, a cobiça pelos bens de consumo, estabelecendo um ideal a ser atingido (UNESCO, 2007; CÔTE, 2014). O resultado é um sistema educacional que reproduz a ordem social, através da proletarianização do jovem sub graduado, garantindo o engessamento das classes e aumentando as disparidades entre ricos e pobres. Esse cenário inspira estudos sobre a juventude, que defendem a presença de subculturas juvenis atreladas à classe a que o sujeito pertence (CÔTE, 2014; GROppo, 2015).

Essa corrente classista dos estudos traz à tona outro elemento da condição juvenil, que segundo esses autores é privilégio do jovem rico: a moratória social. Trata-se da tolerância da sociedade ao comportamento juvenil desviante (HORTA e SENA, 2010; GROppo, 2015; TRANCOSO e OLIVEIRA, 2016). O jovem pobre, ao contrário, sofre com o não reconhecimento de sua condição de sujeito de direitos e dignidade, devendo ser prontamente responsabilizado (SILVA e LOPES, 2010). A naturalização desse pensamento exacerba conflitos e aumenta a exclusão social, e esse cenário determina também desigualdades em saúde (CNDSS, 2008; COSTA JR, 2015). Estudos recentes têm demonstrado que a condição socioeconômica impacta substancialmente na saúde do ser humano (BEACH, 2016). Em decorrência disso há um pacto entre a OMS e os países para promover a equidade social como principal estratégia de cuidado com a população jovem (OMS AA-HÁ, 2017).

Em conclusão, nas últimas décadas houve uma crescente valorização da adolescência e da juventude, que passaram de objeto de direitos e políticas não democráticas, para sujeitos de seu próprio desenvolvimento. As ferramentas de participação ativa dos adolescentes e jovens na elaboração de políticas públicas são hoje estimuladas, para que eles se tornem protagonistas das reais mudanças há tanto buscadas (OMS, 2017). O Brasil merece destaque, pela criação de políticas que visam garantir os direitos de adolescentes e jovens, e pela participação ativa nos órgãos internacionais sobre o tema (SNJ, 2013; UNICEF, 2015). As propostas elaboradas, no entanto, estão longe de se tornar realidade, o que exige estudos constantes para detectar os fatores associados à lentidão dos avanços.

2. Situação atual da saúde na adolescência e juventude

A população de adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos de idade representa hoje 25% da população mundial, pela primeira vez na história (UNFPA, 2014). No Brasil esse número chega a 25,8% (IBGE, 2010). Com essa estrutura etária, há um imenso potencial para o crescimento e o desenvolvimento socioeconômico dos países, o chamado bônus demográfico (UNFPA, 2014). Segundo a OMS, os ganhos adquiridos com décadas de investimentos na infância estão sob risco de se perderem na adolescência e juventude (OMS, 2014). No Brasil, por exemplo, o número de mortes por homicídio em adolescentes ultrapassa o número de vidas salvas pelos programas de redução da mortalidade infantil (UNICEF, 2011). Para garantir que essa população seja protagonista do desenvolvimento, mais investimentos são necessários, e, conhecer a realidade na qual vivem esses adolescentes e jovens é essencial para norteá-los.

Dos 1,8 bilhões de pessoas entre 10 e 24 anos no mundo, 90% vivem hoje em países em desenvolvimento, um terço sobrevivem em situação de pobreza, com menos de 2 dólares por dia (UNFPA, 2014). Os estudos demonstram que grande parte desses indivíduos não tem acesso a serviços básicos de educação, saúde, proteção e emprego, com alta prevalência de evasão escolar, agravos à saúde física e mental, situações de violência, e subempregos (UNICEF, 2011). A consequência dessa realidade está nos altos índices de mortalidade por causas evitáveis em indivíduos na segunda década de vida, ultrapassando a mortalidade na primeira década (OMS, 2014).

As principais causas de morte em números absolutos, em adolescentes e jovens de ambos os sexos são acidentes de trânsito, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência humana adquirida (HIV/Aids), suicídio, infecções respiratórias e violência interpessoal, em ordem decrescente. Para o sexo masculino as principais causas, em ordem de frequência, são os acidentes de trânsito, seguidos de violência e infecção pelo HIV, para o sexo feminino são suicídio em primeiro, seguidos de complicações obstétricas e HIV (OMS, 2014; OMS, 2015). Chama a atenção dos profissionais de saúde que lidam com essa população a alta mortalidade relacionada à gravidez, o que torna necessário ampliar as estratégias de saúde sexual nessa faixa etária.

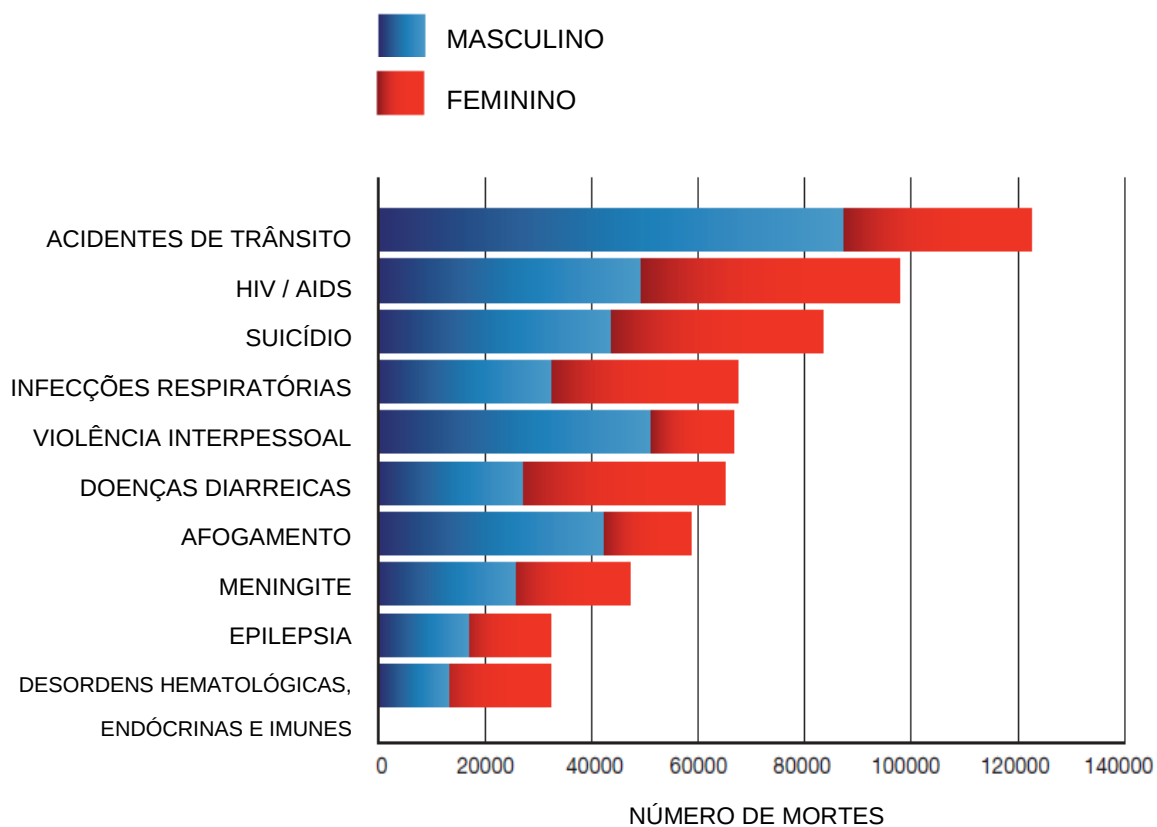


FIGURA 1 – As 10 maiores causas de morte entre adolescentes, por sexo – Adaptado de: OMS: Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. 2014, p.5.

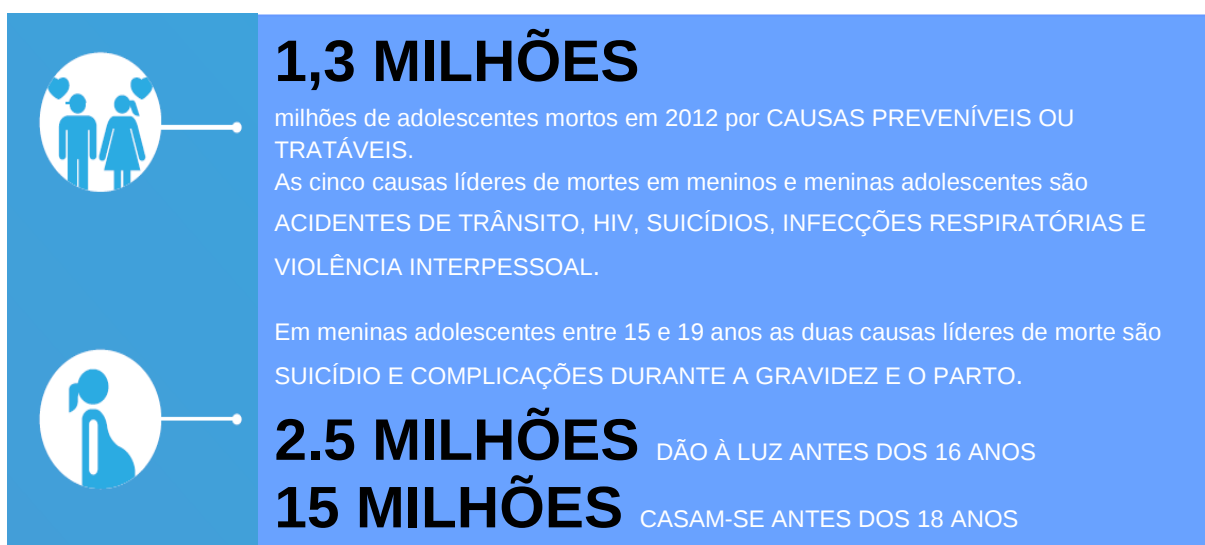


FIGURA 2 – Desafios à saúde de adolescentes – Adaptado de: OMS: Every woman, every child: the global strategy for women's, children's and adolescent health, 2016-2030. 2015, p.25.

Sobre o HIV, os dados apontam 1,8 milhões de casos diagnosticados em todo o mundo, sendo 33,8% dos casos novos entre jovens de 15 a 24 anos (UNAIDS, 2016). No Estados Unidos da América (EUA) foram notificados 39.920 novos casos em 2016, quase 20% entre jovens de 15 a 24 anos. Estima-se que haja 1,1 milhões de pessoas vivendo com HIV nos EUA, e que uma em cada sete delas (15%) não saiba do diagnóstico, dentre as quais 51% entre 13 e 24 anos (CDC, 2016). No Brasil foram notificados 39.113 novos casos em 2015, 12,3% em indivíduos entre 15 e 24 anos. Estudos epidemiológicos mostram que a incidência de HIV/Aids está caindo, exceto na faixa etária de 15 a 24, e após os 55 anos. O número de casos por 100 mil habitantes, de 2010 para 2015 caiu de 20,9 para 19,1 na população geral, e aumentou de 11,0 para 13,9 em jovens (MS, 2015; MS, 2016). Trata-se de uma realidade preocupante, considerando as graves consequências dessa doença na população em idade reprodutiva.

Além do HIV, outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), como gonorréia, sífilis, hepatites, e infecções por clamídia, herpes vírus e papillomavirus humano (HPV), estão aumentando entre os jovens. Segundo a OMS existem 357

milhões de casos novos de IST por ano no mundo, quase 1 milhão por dia (OMS, 2016). Nos EUA, de acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) há 20 milhões de novos casos por ano, sendo que 65% dos casos de clamídia e 50% de gonorreia estão entre jovens de 15 a 24 anos (CDC FACT-SHEET, 2015). No Brasil, estima-se que haja quase 7 milhões de novos casos de IST por ano (MS). Um dos motivos para esse aumento é a vulnerabilidade biológica dada pelo fenômeno da ectopia cervical. Trata-se de um evento fisiológico dinâmico muito comum na adolescência, que ocorre no colo do útero por ação hormonal e facilita a aquisição de algumas IST, como infecção por clamídia, HPV e HIV (LEE, 2006; MACHADO JUNIOR, 2008; MONROY, 2010; VENKATESH e CU-UVIN, 2014; KLEPPA, 2015). As consequências dessas infecções são inúmeras, como infertilidade, complicações durante o ciclo gravídico puerperal, infecções neonatais, câncer de colo de útero e até maior risco de adquirir o HIV, gerando imenso custo econômico e social (OWUSU-EDUSEI, 2013; GOTTLIEB, 2014; OMS, 2016). Como são infecções tratáveis, é necessário ampliar o rastreamento, principalmente em adolescentes e jovens.

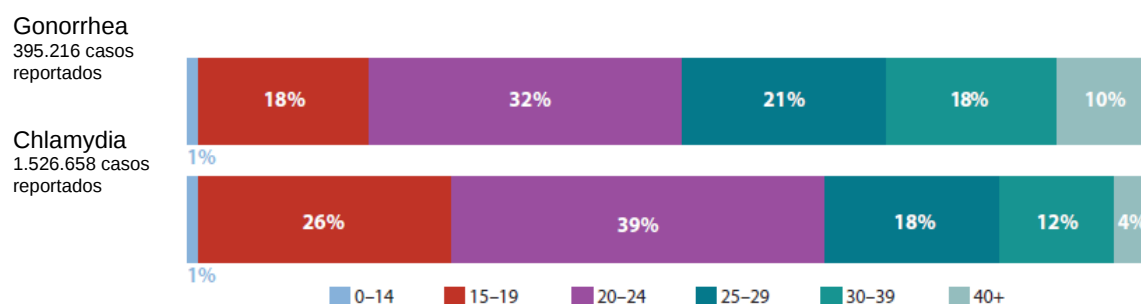


FIGURA 3 – Distribuição dos novos casos de clamídia e gonorreia por faixa etária nos Estados Unidos – Adaptado de: CDC Fact Sheet: Reported STDs in the United States – 2015 National data for chlamydia, gonorrhea and syphilis. 2015, p.2.

A gravidez na adolescência, responsável por grande parte dos óbitos nessa população, vem caindo nas últimas décadas. A taxa de fertilidade, que é o número de nascimentos para cada 1000 adolescentes entre 15 e 19 anos, varia de menos que 1, na Eslovênia, até mais de 200 na África Subsaariana (SANTELLI, 2017). No Brasil

essa taxa variou de 80,1 em 2010 para 60,5 em 2014, porém esta queda não diminuiu a participação desse grupo na fertilidade total, que varia entre 17,4% a 20,7%, dependendo do ano (CHIAVEGATTO FILHO e KAWACHI, 2015; IBGE, 2015). A mesma tendência de queda não ocorre nas taxas de fertilidade em adolescentes entre 10 e 14 anos, que foi de 3,38 em 2000 para 3,29 em 2012 (BORGES, 2016). As consequências da gravidez nessa população incluem maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal, além do impacto psicológico, abandono escolar e perpetuação da pobreza, principalmente entre as gestantes de 10 a 14 anos (UNFPA, 2013; DE AZEVEDO, 2015; OWOLABI, 2017; DE SOUZA, 2017; TEMMERMAN, 2017). Esses dados alertam para a necessidade urgente de melhorar os programas de planejamento familiar e contracepção.

Diante do exposto, a OMS e a ONU lançaram em 2015 a Estratégia Global 2016-2030, com o objetivo de unificar as estratégias de saúde para mulheres, crianças e adolescentes e promover o desenvolvimento sustentável. A adolescência pela primeira vez entra como um dos focos dessa ação de saúde, pela sua importância na garantia de um futuro melhor (OMS, 2015; ONU, 2015). Essa Estratégia Global tem por objetivos promover a redução da pobreza e das desigualdades sociais, melhorar a saúde e a educação, garantir emprego e desenvolvimento sustentável, promover a igualdade de gênero, entre outros (ONU, 2015). Para alcançar esses objetivos, são necessários maiores investimentos na população adolescente, sobretudo na saúde física, mental e sexual, na educação secundária, bem como ações de proteção contra o casamento infantil e violência contra a mulher, e ações de educação no trânsito (OMS, 2017; SHEEHAN, 2017).

Diante dessa realidade, pode-se perceber a importância ímpar da abordagem da sexualidade para promoção da saúde sexual e global dos adolescentes e jovens.

3. A sexualidade

O termo sexualidade aparece no século XIX, e seu uso estabelece uma conexão entre diversas áreas do conhecimento (FOCAULT, 1990). A partir dos estudos de Freud começa-se a aceitar que a sexualidade é intrínseca aos indivíduos, desde a infância até a vida adulta, fazendo parte da personalidade de cada um (COSTA e OLIVEIRA, 2011). Trata-se de uma energia instintiva, vinculada à obtenção do prazer e da estabilidade, que abrange a afetividade, as relações sociais, o

desenvolvimento da libido, o erotismo, a genitalidade e a relação sexual em si (BEARZOTI, 1994). A OMS define sexualidade como um aspecto central do ser humano desenvolvida no decorrer da vida, que engloba a identidade, o papel de gênero, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. Ela é vivida e expressa através de pensamentos e fantasias, de desejos e práticas, de crenças e valores, de comportamento e papéis no relacionamento, com a interação de fatores biopsicossociais, político-econômicos, legais, culturais e históricos, religiosos e espirituais (OMS, 2006). Apesar desse conceito moderno, muitos aspectos da sexualidade ainda estão considerados tabus pela sociedade ocidental pós-moderna.

Na infância, a sexualidade tem relação direta com a afetividade, e suas manifestações devem ser interpretadas como demanda por amor e ternura (ZORNIG, 2008), pois a criança é desprovida de pudores (COSTA, 2013). Os pais devem conhecer as diversas etapas do desenvolvimento sexual das crianças, para saber como orientar essas manifestações, e assim propiciar um correto desenvolvimento emocional, psíquico e social (DUNCAN, 2003; COSTA e OLIVEIRA, 2011). O que ocorre é que muitas vezes os pais não estão preparados para orientar o comportamento sexual de seus filhos, seja por falta de conhecimentos, seja por terem seus próprios conflitos sexuais. Os professores tão pouco possuem formação pedagógica contínua e preparo pessoal para tal tarefa (COSTA e OLIVEIRA, 2011; COSTA E ROCHA CIAFFONE e GESSER, 2014). Os pediatras devem contribuir para essa orientação durante o acompanhamento da criança (BREUNER, 2016), mas isso nem sempre ocorre. Por tudo isso, a educação sexual na infância fica atrelada às definições culturalmente arraigadas dos papéis de gênero (OLIVER e HYDE, 1993; FELIPE, 2000; HEILBORN e CABRAL, 2013; MADUREIRA e BRANCO, 2015; LEAPER e BROWN, 2018), perpetuando conflitos pessoais, afetivos e comportamentais que podem comprometer a saúde e os relacionamentos durante a vida adulta.

Na adolescência ocorre uma intensa transformação cerebral, pela ação dos hormônios sexuais e dos neurotransmissores, principalmente nas estruturas límbicas, como amígdala e hipocampo. Vários estudos comprovam, através da análise de imagens de ressonância magnética (RM), que a plasticidade das regiões cerebrais é progressiva, de acordo com a idade e o amadurecimento puberal. O sexo determina diferenças significativas na transformação cerebral, pela quantidade de receptores

androgênicos e estrogênicos em cada região. O resultado desse longo processo é o aperfeiçoamento das habilidades cognitivas e do processamento emocional, que interfere diretamente no comportamento desses indivíduos (GODDINGS, 2014; SIMMONDS, 2014; NGUYEN, 2016; SCHULZ, 2016; BOOKER e DUNSMORE, 2017; JURASKA e WILLING, 2017). Além dessa ação no cérebro, a ação dos hormônios no corpo promove uma transformação irreduzível, desenvolvendo os órgãos e os sentidos relacionados ao sistema reprodutivo (FONSECA e GRAYDONUS, 2007). Esse processo incita sensações até então desconhecidas e impõe ao adolescente o desafio de construir sua própria sexualidade, equilibrando os domínios físicos e psíquicos de forma saudável.

Um dos aspectos mais relevantes para a elaboração da sexualidade do adolescente é a socialização. Trata-se da busca de uma identidade fora do contexto familiar, extremamente importante para o desenvolvimento da autonomia e da capacidade de se relacionar (MILLER-SLOUGH e DUNSMORE, 2016). Através das amizades, o adolescente irá aprender a expressar sua afetividade, e regular suas reações emocionais, em um contexto de busca por intimidade e acolhimento. A segurança e maturidade do jovem nessa interação vem das experiências prévias obtidas no relacionamento com os pais (BOOKER e DUNSMORE, 2016; MILLER-SLOUGH e DUNSMORE, 2016). Estudos comprovam que dificuldades neste processo, como rejeição social, afetam áreas cerebrais responsáveis pela elaboração da dor, influenciando toda plasticidade neuronal descrita anteriormente (DALGLEISH, 2017). Assim sendo, essa etapa de vida é marcada por imensa vulnerabilidade, e é preciso estar atento aos problemas comportamentais resultantes dos desajustes sociais e individuais.

Ao longo do avanço dos estágios puberais, a capacidade de se tornar sexualmente ativo vira um verdadeiro *‘elephant in the room’* no cérebro desses adolescentes (SULEIMAN, 2017). No processo de socialização, a busca por um relacionamento físico-afetivo começa a ser o foco, ocorrendo uma progressão do nível de intimidade, que se estende às experiências sexuais (CONNOLLY e MC. ISAAC, 2011). Assim, as primeiras relações sexuais não têm significado traumático na vida desses adolescentes, pelo contrário, fazem parte de todo um contexto de autoconhecimento e de busca por sentimentos de amor e prazer (TANNER, 2010; HARDEN, 2014). A normalização do comportamento sexual na adolescência tem sido proposta cada vez mais aceita nos trabalhos, como forma de promover a sexualidade

segura. É preciso ampliar o entendimento do sexo nessa faixa etária para além dos riscos e entender que a sexualidade é um construto multidimensional que incorpora o bem-estar emocional, físico, mental e social (SCHALET, 2011; TOLMAN e MC CLELLAND, 2011; HENSEL e FORTENBERRY, 2013; HARDEN, 2014; BREUNER, 2016). A saúde sexual depende de conseguir que os desenvolvimentos cognitivo, emocional e sexual sejam concordantes.

4. Comportamento sexual de risco

As práticas sexuais consideradas de risco são aquelas que, na literatura, estão associadas ao aumento dos eventos negativos do sexo: a gravidez indesejada e as IST (MARCUS, 2011). As mais citadas são o início precoce da atividade sexual, o elevado número de parceiros, a maior diferença de idade dos parceiros e o uso inconsistente e incorreto do preservativo masculino. De modo geral essas práticas estão associadas umas às outras e os fatores preditivos são comuns, aumentando o risco em indivíduos susceptíveis (DUKE, 2008; FERRAZZA ALVES, 2015; O'LEARY, 2015). Há, no entanto, uma falta de consenso sobre os limites entre o comportamento normal e o comportamento de risco supracitados.

Em relação à idade do início 'precoce' da atividade sexual, há uma preocupação em definir a partir de qual momento o indivíduo está apto a se envolver consensualmente no sexo, com implicações legais importantes. Os trabalhos científicos consideram que a idade abaixo da qual o indivíduo tende a se envolver em comportamento sexual de risco, por imaturidade em administrar a intimidade, pode ser de treze (DUKE, 2008; LINETZKY, 2011; FERRAZZA ALVES, 2015), catorze (BUTTAMANN, 2014; SOARES, 2015; LARA e ABDO, 2016) ou quinze anos (WELLINGS, 2006; WANG, 2010; SHU, 2016; ODIMEGWU e SOMEFUN, 2017). No âmbito judicial, no Brasil, a lei 12.015/2009 em seu artigo 217 estabelece que atividade sexual com adolescente menor do que 14 anos configura crime de estupro (CÓDIGO PENAL, 2009), porém a relativização da vulnerabilidade representa grande polêmica no julgamento desses crimes (MARTINS, 2015; MARQUES, 2016; MENDES e PRADO, 2016; REITZ-KRUEGER, 2016).

Em relação ao número de parceiros, alguns autores consideram que são múltiplos quando são maiores do que um (MASATU, 2009; VASILENKO e LANZA, 2014; ASHENHURST, 2017), dois (ROSSI, 2017) ou três (DUKE, 2008). O consenso

é que quanto maior é esse número, maiores são as chances dos eventos negativos do sexo e associação a outros comportamentos de risco (SANTELLI, 1998; ROSSI, 2017). A prevalência dessa prática entre adolescentes é muito alta e está associada às normas sociais estabelecidas (COLEY, 2013), sendo que aos 19 anos 55% dos rapazes e 45,2% das moças já tiveram três parceiros ou mais (LIU, 2015). Além disso, é comum a prática de parcerias concomitantes, o que aumenta os riscos de IST. Em estudo feito com adultos, cerca de um terço dos casais que referiam possuir parceria fixa relatou um segundo contato sexual no período de 90 dias (NEHL, 2017). Esse dado coloca em discussão a verdadeira monogamia e alerta para a falsa segurança de um relacionamento estável.

A diferença de idade entre os parceiros é citada por vários trabalhos como um fator de risco importante. A maioria conclui que diferenças acima de dois (MORRISON-BEEDY, 2013), três (MILLER, 1997; STARAS, 2013; MASHO, 2017) ou quatro anos (LANGILLE, 2007) estão associadas a outros comportamentos de risco, que geram a vitimização do mais novo, pela incapacidade de se impor e negociar a proteção (OUDEKERK, 2014; REITZ-KRUEGER, 2016). Similarmente ao número de parceiros, quanto maior a diferença de idade maior o risco (SCHAEFER, 2017), sobretudo quando envolve adolescentes abaixo dos 14 anos, caindo na questão da coerção ilegal (MILLER, 2010), e do casamento infantil, prevalente em algumas sociedades (UNICEF, 2011).

O uso incorreto e inconsistente do preservativo masculino talvez seja o fator mais impactante, por estar diretamente implicado nos eventos negativos do sexo. A definição de uso consistente é quando o método foi utilizado em todas as relações sexuais do indivíduo (sempre ou 100%). Portanto, o uso inconsistente é quando foi utilizado quase sempre (mais de 50% das vezes), de vez em quando (menos de 50% das vezes) ou nunca (VIEIRA, 2004; MORRIS, 2014). A prevalência deste comportamento é variável entre os estudos, a depender da população pesquisada. De forma geral o uso é maior entre os adolescentes e adultos jovens quando comparado aos adultos (REECE, 2010; PCAP, 2013), maior entre os meninos do que meninas (SOARES, 2015; ABMA e MARTINEZ, 2017) e quando a iniciação sexual ocorre mais tardiamente (PAIVA, 2008; ABMA e MARTINEZ, 2017). O uso correto é de difícil definição, e os erros na utilização do preservativo são muito comuns e devem ser abordados para aumentar a eficácia da proteção (SANDERS, 2012).

5. Fatores que influenciam o comportamento sexual

A busca pela sensação de prazer e bem-estar é o principal impulso da sexualidade desde a infância, porém é na adolescência que esse prazer ganha significado sexual propriamente dito. Assim, apesar das interpretações subjetivas da experiência sexual, os componentes fisiológicos, como desejo, excitação e orgasmo, são objetivos, e fomentam a curiosidade pelo sexo (FORTENBERRY, 2013). Estudos demonstram que esse interesse é o principal motivador do comportamento sexual dos adolescentes (GUILAMO-RAMOS, 2008; TANNER, 2010), e vários fatores podem estimular ou inibir atitudes positivas ou negativas, em um complexo enredo, que a literatura tenta compreender.

A puberdade é um dos fatores relacionados ao aparecimento do interesse sexual. Esse interesse depende do estágio de desenvolvimento puberal em que o adolescente se encontra, e da auto-percepção do quão avançada está a sua puberdade em relação aos demais colegas. Ambos estão associados à idade mais precoce da atividade sexual e ao envolvimento em relacionamentos instáveis, principalmente entre meninas, independentemente da idade da primeira menstruação (MOORE, 2014; BAAMS, 2015; CARTER e WILLIAMS, 2016). Isso porque as características reprodutivas físicas se adiantam ao desenvolvimento cognitivo-emocional, acarretando maior vulnerabilidade a comportamentos irresponsáveis.

A percepção do comportamento sexual dos colegas é uma das principais influências descritas pela literatura (BUHI e GOODSON, 2007; RAGSDALE, 2014; VAN DE BONGARDT, 2017). Na adolescência, pelo contexto de imaturidade emocional, a aceitação social ativa circuitos neuronais que geram sensação de recompensa (STEINBERG, 2008; WASSERMAN, 2017), tornando o adolescente susceptível às atitudes de seus pares. Saber ou acreditar que um amigo ou a maioria dos colegas de classe sejam sexualmente ativos aumenta o engajamento sexual independente do gênero (ALI e DWYER, 2011; VAN DE BONGARDT, 2015). De acordo com dados de estudos populacionais, a prevalência de iniciação sexual em adolescentes entre 13 e 17 anos é de 41,2% nos EUA (CDC, 2016), e 28,1% no Brasil (BORGES, 2016), porém 84% deles acreditam que seus colegas já sejam sexualmente ativos (ALBERT, 2012). O engajamento em comportamentos desviantes também é fortemente influenciado pelos pares, e predispõe a adoção de práticas

sexuais de risco (METZIER, 1994; CHAPMAN, 2011; REYNOLDS, 2014; TEUNISSEN, 2016; WIDMAN, 2016).

O envolvimento em um relacionamento amoroso aumenta o interesse sexual. Entre adolescentes de 12 anos, 25% relatam estar envolvidos em um relacionamento romântico, aumentando para 50% aos 15 anos, e 70% aos 18 anos. À medida em que um namoro avança no tempo, avançam a intimidade e o comportamento sexual (CONNOLLY e MC. ISAAC, 2011). A maioria dos adolescentes mais novos relatam o desejo por atividades não sexuais como segurar as mãos, assumir o casal entre os pares, beijar, declarar o amor, entre outros, sendo o desejo do sexo reportado por 16% dos indivíduos no início da adolescência, e por 65% deles no final da adolescência (CHOUKAS-BRADLEY, 2015). Nesse sentido, o sexo é consequência do avanço da intimidade, e a iniciação sexual que ocorre no contexto de um relacionamento romântico é positiva para o desenvolvimento (SALERMO, 2015; SULEIMAN e HARDEN, 2016). Quando ocorre fora desse contexto, a atividade sexual está associada a maiores índices de depressão em adolescentes do sexo feminino (SOLLER, 2017), e consequentemente maior engajamento em comportamentos de risco que se perpetua na vida adulta (SCHULMAN, 2017).

Em relação ao gênero, estudos relatam que o interesse sexual dos meninos costuma ser maior e mais precoce do que das meninas, o que provavelmente ocorre devido à pressão social pela manifestação da masculinidade, quando se espera que o menino inicie o comportamento sexual e tenha várias parceiras (GUILAMO-RAMOS, 2007; ALBERT, 2012; CHOUKAS-BRADLEY, 2015; KAGESTEN, 2016). Essa pressão social faz com que muitas vezes eles iniciem a atividade sexual despreparados emocionalmente, interferindo em sua saúde mental e na qualidade de seus relacionamentos (FARLEY e KIM-SPOON, 2014; SOLLER, 2017). Além disso, as normas sociais ainda reforçam a cultura de domínio do gênero masculino sobre o feminino. O contexto de submissão e violência que deriva dessa cultura dificulta a negociação da prevenção e aumenta os riscos de gravidez e IST (O'LEARY, 2015; CHACHAM, 2016; FEDINA, 2016), legitima o assédio como símbolo da virilidade masculina e perpetua relações abusivas (HERTZOG e ROWLEY, 2014). O impacto dessas relações abusivas reduz a auto-estima, aumenta a depressão e a auto-depreciação e contribui para o engajamento em comportamentos de risco (BUCCHIANERI, 2014). É preciso que os programas de educação sexual trabalhem

com as questões de gênero, para promover relacionamentos mais justos e melhorar a saúde sexual.

O envolvimento em outros comportamentos de risco está associado a práticas sexuais desprotegidas em diversos trabalhos (ALVES, 2015; ZAPPE e DELL'AGLIO, 2016). O uso de álcool e drogas é o mais fortemente relacionado, principalmente ao não uso do preservativo masculino, ao elevado número de parceiros, à coerção sexual e violência e, conseqüentemente, maior diagnóstico de IST (BELLINS, 2008; BODEN, 2011; SETH, 2011; SANCHEZ, 2013; KHADR, 2016). Alguns trabalhos associam as atitudes de risco à saúde mental dos indivíduos, principalmente à auto-estima como fator de maior vulnerabilidade (GUILAMO-RAMOS, 2008; WANG, 2009; NETO, 2012; ENEJOH, 2016). Os programas de educação sexual que trabalham esse valor são mais efetivos, pois aumentam a motivação do jovem na adoção de atitudes saudáveis (DICLEMENTE, 2010; JOHNSON, 2011; DOWNS, 2015).

Outro fator amplamente debatido em diversos trabalhos é o papel da mídia no comportamento sexual. A maioria deles conclui que a exposição a conteúdos de maior apelo sexual aumenta a intenção e a prática sexuais na adolescência (COLLINS, 2004; BROWN, 2006; L'ENGLE, 2006). Trabalhos mais recentes destacam que o contexto no qual o jovem acessa tais conteúdos altera os resultados (PARKES, 2013). Com o advento das mídias sociais, novos perfis de interação interpessoal e acesso ilimitado a pornografia, há a tendência de adoção de normas sociais que estimulam o comportamento de risco em indivíduos susceptíveis (BROWN e L'ENGLE, 2009; COOKINGHAN e RYAN, 2015; ADEOLU, 2016; OLUMIDE e OJENGBEDE, 2016). Em meta-análise atual, autores encontraram que a influência da mídia no comportamento sexual adolescente é fraca após controle de fatores de confusão como o ambiente familiar e o comportamento de colegas (FERGUSSON, 2017). Todos esses dados reforçam a necessidade de orientação e monitorização dos pais quanto às mídias acessadas por seus filhos.

O papel dos pais no comportamento sexual dos filhos adolescentes é bastante destacado nos estudos. Os pais são a principal fonte de informações, e a principal influência nas decisões de seus filhos sobre o sexo (ROMERO, 2007; ALBERT, 2012; ALQUAIZ, 2013). A satisfação com o relacionamento familiar, principalmente com a mãe, a percepção do adolescente sobre o conhecimento e a atitude mais conservadora dos pais, com maior vigília e estabelecimento de regras não coercitivas estão associadas à espera na iniciação sexual (E SILVA, 2016; ETHIER, 2016). A

comunicação ativa e sem julgamentos sobre tópicos que envolvem a sexualidade, como trabalhar com as expectativas do adolescente, a auto-estima, a habilidade de negociar a contracepção, a habilidade de utilizar o preservativo, entre outros, estão associados à maior saúde sexual desses jovens (AKERS, 2011; WANG, 2014). A realidade familiar adversa, como conflitos parentais, separação, percepção de comportamento desviante dos pais, está associada à adoção de múltiplos comportamentos de risco (WANG, 2009; ZAPPE e DELL'AGLIO, 2016), inclusive sexual (WILDER e WATT, 2002; DONAHUE, 2010; ORGILES, 2014). Vários autores demonstram que crescer em um contexto de violência, negligência e maus tratos deixa marcas irreparáveis que interfere na modulação cerebral, tornando esses adolescentes susceptíveis aos comportamentos desviantes até mesmo na vida adulta (HOMMA, 2012; WILSON, 2015; CLEMENTS-NOLLE, 2017; THIBODEAU, 2017).

Ainda relativo ao contexto familiar, o nível socioeconômico está associado a comportamento de risco em alguns trabalhos. Adolescentes cujas famílias vivem em situação de extrema pobreza, fome, baixa perspectiva de futuro, estão mais susceptíveis à iniciação sexual precoce, não uso de preservativo, e maior número de parceiros, principalmente se houver ganho financeiro ou social (proteção) com a prática sexual (WABIRI e TAFFA, 2013; RAIFORD, 2014; PASCOE, 2015). O baixo nível socioeconômico está associado a maiores índices de IST entre adolescentes e jovens do sexo feminino (SALES, 2014). Porém, alguns trabalhos trazem resultados inconsistentes, com diferenças entre os gêneros e os locais estudados (MADISE, 2007). Rapazes jovens, de alta renda e alto nível educacional, moradores de centros urbanos apresentam altas taxas de comportamento sexual de risco (BERHAN e BERHAN, 2015), assim como mulheres africanas de alta renda e alto nível educacional (ODIMEGWU e SOMEFUN, 2017), evidenciando que outras variáveis influenciam essa questão. O estresse financeiro familiar entra como fator da realidade adversa anteriormente citado, predispondo ao risco indivíduos com baixa capacidade de autoregulação (CRANDALL, 2017).

Juntamente com o nível socioeconômico, a escolaridade tem papel protetor no comportamento sexual dos adolescentes. O baixo nível educacional predispõe ao risco sexual através da iniciação sexual precoce e não uso de métodos contraceptivos (LEITE, 2004; CRUZEIRO, 2010; GONÇALVES, 2015). O resultado é a maior taxa de gestação indesejada e abandono escolar (ROSEMBERG, 2015; VILLALOBOS-HERNANDES, 2015), gerando um ciclo de perpetuação do risco, já que fatores como

a escolaridade materna e mães que geraram na adolescência estão associados ao comportamento sexual de risco (OLIVEIRA-CAMPOS, 2014; GONÇALVES, 2015). Há uma relação direta entre melhor desempenho escolar e adoção de comportamentos mais saudáveis (BRADLEY e GREENE, 2013; RASBERRY, 2017), evidenciando que investimentos em educação são essenciais para a saúde dos adolescentes e jovens.

A religiosidade e a espiritualidade têm papel moderador no interesse sexual na adolescência, não por reduzirem a motivação para o sexo, mas por internalizarem normas conservadoras sobre a sexualidade (VASILENKO, 2013). Estudos indicam que participar de uma religião aumenta a idade do primeiro intercurso sexual em meninas (HARDY e RAFFAELLI, 2003; ROSTOSKY, 2004; LUQUIS, 2012; GEORGE DALMIDA, 2018) e reduz a progressão do comportamento sexual (RONIS e O'SULLIVAN, 2011). Além disso, diminui o engajamento em outros comportamentos de risco para ambos os sexos (REW e WONG, 2006; SINHA, 2007; SANTOS, 2015) e diminui o consumo de pornografia, principalmente em meninos (RASMUSSEN e BIERMAN, 2016). Esse efeito protetor da religião é maior quanto menor a idade do indivíduo, pois com o avançar da adolescência o conservadorismo diminui e o comportamento sexual se instala naturalmente (AALSMA, 2013), podendo ocorrer inversão do efeito. Um trabalho recente com jovens de 20 anos detectou a associação entre maior religiosidade e maior comportamento sexual de risco (PELTZER, 2016). Outro trabalho encontrou associação entre ambiente religioso e maior taxa de fertilidade na adolescência (KAPPE, 2016). Esses efeitos negativos podem ser explicados pelas controvérsias entre as religiões e temas como contracepção, domínios de gênero, entre outros (TOMKINS, 2015), sendo necessário maior amadurecimento das discussões sobre o tema.

Os programas regulares de educação sexual das escolas têm impacto limitado no comportamento sexual de adolescentes e jovens, devido a heterogeneidade das estratégias de intervenção (PICOT, 2012; MASON-JONES, 2016). É consenso mundial que todos os indivíduos sexualmente ativos recebam aconselhamento intensivo sobre saúde sexual (LEFEVRE, 2014), o mesmo não ocorre quando se trata de crianças e adolescentes jovens, havendo constante discussão de quando e como iniciar as intervenções (COOPER, 2012). A grande maioria dos trabalhos conclui que quanto mais precoce, multifacetada e sustentada for a educação sexual, mais efetiva será para a redução do risco (MUELLER, 2008; SIEVING, 2012; ETHIER, 2016), não havendo efeitos negativos de tal abordagem (KIRBY, 2007; ANDERSON, 2013;

O'CONNOR, 2014). Os adolescentes têm capacidade de agir em sua saúde sexual, e precisam de informação e suporte muito antes de se tornarem sexualmente ativos, para que suas decisões sejam positivas, sem conflitos, culpa ou medos, e o impacto seja mais duradouro (VAN REEUWIJK e NAHAR, 2013; HARDEN, 2014; LANE, 2017). Os pais são extremamente importantes nesse contexto, e os programas mais efetivos são aqueles que incluem a comunicação parental sobre sexualidade no rol de abordagens (SCHUSTER, 2008; GUILAMO-RAMOS, 2011; GROSSMAN, 2014; WANG, 2014; ETHIER, 2016).

Faz parte dos programas de educação sexual a orientação sobre as diversas IST e sobre prevenção de gravidez. No Brasil, porém, o que se observa nos trabalhos é o baixo conhecimento dos escolares sobre as principais doenças e sobre as formas de evitá-las (BRÊTAS, 2009; BRÊTAS, 2009; PCAP, 2013). O HIV é a afecção mais estudada, e ainda sim cerca de 98,7% dos alunos tiveram alguma dúvida a respeito dela. Não houve correlação entre o maior conhecimento sobre as IST e maiores índices de uso do preservativo, a única forma de proteção eficaz (MARTINS, 2006; DE MOURA, 2013). A informação não é modificadora de comportamento no caso de adolescentes e jovens, sendo necessários mais estudos para criação de abordagem mais eficiente.

6. Onde está a falha?

À luz de todos esses fatores que influenciam o comportamento sexual de adolescentes e jovens, a maioria conhecidos e amplamente debatidos pelos estudiosos, profissionais de saúde, pedagogos e pais, a pergunta que permanece é: onde estamos falhando?

Um estudo feito com escolares revela que a educação sexual atual está longe da realidade. As abordagens são muito abstratas, pois os educadores e pais têm dificuldade de aceitar que os adolescentes sejam sexualmente ativos. A visão negativa do sexo, que reforça apenas os riscos, não reflete as mudanças da sociedade atual (POUND, 2016). Em meta-análise que compara estratégias de valorização do risco e promoção da abstinência contra aquelas de valorização das atitudes positivas e comunicação comprova maior efetividade desta em relação àquela (PETROVA e GARCIA-RETAMERO, 2015). Programas que utilizam a prerrogativa da abstinência são falhos, não atrasam a iniciação sexual e ameaçam o direito à educação sexual

(SANTELLI, 2017). De fato, ao se comparar o comportamento sexual de adolescentes de 24 países, na Holanda, onde o sexo é visto mais naturalmente, o uso de preservativo masculino, contraceptivos ou ambos, chega a 93,3%, a taxa mais alta entre os países estudados (GODEAU, 2008) com as menores taxas de IST (PANCHAUD, 2000). Portanto, é preciso amadurecer as estratégias para aumentar o engajamento dos adolescentes na saúde sexual.

Vários estudos destacam o despreparo dos pais, dos educadores e dos profissionais de saúde ao lidarem com a sexualidade do adolescente. A maioria dos pais deseja conversar com seus filhos sobre sexo, mas não sabe como e nem o melhor momento para tal (ALBERT, 2012), levando a um atraso da orientação em relação ao comportamento já instalado (BECKETT, 2010). A sociedade atual insiste em considerar o sexo na adolescência como perigoso, traumático, moralmente errado e socialmente problemático, o que potencializa conflitos e afasta esse adolescente (SCHALET, 2011; HARDEN, 2014). Dessa forma, eles não comunicam quando ocorre sua iniciação sexual (BECKETT 2010), estando totalmente despreparados e vulneráveis. Além disso, o adolescente encontra diversas barreiras na busca pelos serviços de saúde, como custos, idade mínima para atendimento desacompanhado, preocupação com a confidencialidade, estigma e medo diante de profissionais despreparados que reforçam o conservadorismo e julgam suas práticas, o que acaba por isolar mais ainda esse jovem (NEWTON-LEVINSON, 2016).

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A adolescência e a juventude são marcadas pela maior vulnerabilidade ao envolvimento em comportamento sexual de risco. A prevalência desses comportamentos segue elevada, apesar das políticas e intervenções em saúde sexual empregadas. O resultado é o aumento das taxas de IST e manutenção de altas taxas de gravidez indesejada nessa população.

A cada ano 2,5 milhões de mulheres dão à luz antes dos 16 anos de idade em todo o mundo. Mais de um terço dos novos casos de HIV, e mais da metade dos novos casos de clamídia e gonorreia são diagnosticados em jovens de 15 a 24 anos. A prevalência da infecção pelo HPV é elevada nessa população. As consequências envolvem alta mortalidade por eventos obstétricos e infecção congênita pelo HIV, a segunda e terceira maiores causas de morte entre mulheres nessa faixa etária. Além disso, a morbidade associada à doença inflamatória pélvica e infertilidade, às infecções congênitas e à prematuridade trazem enormes custos econômicos e sociais, principalmente aos países subdesenvolvidos.

Nesse sentido, mais estudos são necessários para conhecer os determinantes do comportamento sexual de risco, e auxiliar na criação de abordagens mais efetivas.

OBJETIVOS

1. Objetivo geral

Identificar os fatores associados à adoção de comportamento sexual de risco em uma amostra de adolescentes e adultas jovens, na região Centro Oeste do Brasil.

2. Objetivos específicos

Identificar as diferenças nas características sociodemográficas e comportamentais de adolescentes e jovens do sexo feminino sexualmente ativas e virgens.

Estimar a prevalência e identificar os fatores sociodemográficos e comportamentais associados ao início da atividade sexual até os 15 anos de idade.

Estimar a prevalência e identificar os fatores sociodemográficos e comportamentais associados ao uso inconsistente do preservativo masculino pelo parceiro.

Identificar os motivos citados pelas adolescentes e jovens para o não uso do preservativo pelo parceiro.

METODOLOGIA

1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de base comunitária, transversal, realizado em três cidades de médio porte, do estado de Goiás, na Região Centro-Oeste do Brasil entre 2007 e 2009.

2. História do projeto

Esta pesquisa faz parte do projeto intitulado “Estudo de prevalência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em adolescentes e jovens do sexo feminino do estado de Goiás”. O projeto foi criado em 2002 e, inicialmente, abrangia a população do distrito noroeste da cidade de Goiânia. Foi denominado “Projeto Adolescer com Saúde”, atendendo aos aspectos éticos de não identificação pública das participantes sexualmente ativas (VIEIRA 2004, FIGUEIREDO-ALVES 2013).

A partir de 2007 o projeto foi estendido para três cidades do interior do estado, randomicamente selecionadas para representar a população urbana fora da capital. As cidades são Ceres, Catalão e Inhumas, totalizando 139.242 habitantes. São cidades com significativas diferenças no perfil socioeconômico e na cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), garantindo a representatividade da amostra (GARCIA 2009, PFRIMER 2011, De LIMA 2014).

3. População do estudo

Todas as mulheres entre 15 e 24 anos cobertas pelo PSF foram potencialmente elegíveis para a pesquisa. Cada unidade de saúde forneceu uma lista nominal das adolescentes e jovens cadastradas. Elas foram aleatoriamente sorteadas para participar da pesquisa, obedecendo-se à proporção das mesmas em cada unidade. Todas as sorteadas foram convidadas por carta para comparecer à sua unidade de PSF para participar da pesquisa (PFRIMER 2011, De LIMA 2014).

O tamanho amostral foi calculado pelo programa *Open Source Epidemiologic Statistic for Public Health* (OpenEpi versão 2.3.1). Baseado no desenho do estudo eram necessárias 570 mulheres sexualmente ativas para garantir poder estatístico

das análises. Em pesquisa anterior no estado foi encontrada uma porcentagem de adolescentes e jovens sexualmente ativas de até 60% (VIEIRA 2004). Dessa forma aumentou-se o número para 950 participantes. A esse número foi acrescido um percentual de recusa de 10% resultando em uma amostra de 1050 (GARCIA 2009). Ao todo foram entrevistadas 1072 participantes.

4. Coleta de dados

O questionário estruturado foi composto por duas partes. A primeira parte, destinada a todas as participantes, consistiu nos dados individuais e sociodemográficos, e contém as seguintes informações: idade, estado civil, religião, escolaridade, escolaridade da mãe, renda familiar, número de pessoas em casa, preocupação com a saúde, problema menstrual, satisfação com o relacionamento com os pais, vacinação contra hepatite B e iniciação sexual.

A segunda parte, aplicada apenas às participantes sexualmente ativas, contém as informações sobre a história sexual: idade na primeira relação, quem foi o primeiro parceiro, número de parceiros na vida, número de parceiros nos últimos três meses, percepção de IST no parceiro, tem parceiro fixo, traição ao parceiro, frequência do uso do preservativo masculino, uso do preservativo na última relação, motivos do não uso do preservativo, tipo de relação sexual, atividade sexual em contexto de risco (em troca de dinheiro, drogas, prostituição ou parceiro sob efeito de drogas), percepção de traição pelo parceiro, história de gravidez e idade da primeira gravidez (ANEXO A).

5. Análise de dados

Foram realizadas as análises descritiva e de frequência das características sociodemográficas e comportamentais. Para as variáveis categóricas foi calculada a distribuição percentual com os respectivos IC de 95%.

Para avaliar as diferenças sociodemográficas e comportamentais entre as participantes sexualmente ativas e virgens, a associação desses fatores com o início da atividade sexual até 15 anos e com o uso inconsistente do preservativo foi realizada análise de regressão logística. Foi calculado o OR e OR ajustado com os respectivos IC95% e nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$). As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ foram inseridas no modelo multivariado.

6. Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo de número 83763518.6.0000.5078 (ANEXO B).

Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO C). Para assegurar a confidencialidade das informações dadas pelas participantes menores de 18 anos, a isenção da participação dos pais foi obtida por meio de ordem judicial, sendo autorizada pelo Ministério Público e Juizado da Infância e Juventude. Todas as entrevistas foram feitas em local privativo, assegurando o sigilo da pesquisa.

As adolescentes sem experiência sexual receberam orientações gerais de saúde e, em casos especiais, foram encaminhadas para o Ambulatório de Adolescentes do Hospital das Clínicas da UFG. As sexualmente ativas foram encaminhadas para consulta médica com ginecologista, recebendo tratamento adequado quando necessário.

O estudo teve apoio financeiro do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, e da UNESCO.

ARTIGO

O artigo desta pesquisa foi submetido para publicação na revista científica *Journal of Adolescence* (ANEXO D).

Qualis/Caps – Medicina 2: B2 – Fator de impacto: 1.865

Sexual risk behaviors in Brazilian adolescents and young women: a community-based study.

Caroline Ferreira dos Anjos¹, Maria de Fátima Costa Alves², Silvia Helena Rabelo-Santos², Rosane Ribeiro Figueiredo-Alves¹.

¹ Postgraduate Program in Health Sciences, Federal University of Goiás, Goiânia, GO, Brazil.

² Institute of Tropical Pathology and Public Health, Federal University of Goiás, Goiânia, GO, Brazil.

Corresponding Author:

Caroline Ferreira dos Anjos

cfanjoss@outlook.com

Abstract

Sexual risk behaviors among adolescents can result in high rates of sexually transmitted infections and unwanted pregnancies. The aim of this study was to estimate the prevalence and to identify sociodemographic factors associated with early start of sexual activity and inconsistent condom use among adolescents and young women. This cross-sectional, community-based study enrolled 1,072 women from 2007 to 2009. Study participants were between 15 and 24 years old and were residents of three different mid-sized cities in the state of Goiás, Central-Western region of Brazil. Sociodemographic and behavioral data were collected in a structure questionnaire, following ethics committee approval. Logistic regression analysis were performed, with odds ratio (OR) and adjusted OR calculation, with confidence interval of 95% (CI 95%) and statistical significance of 5% ($p < 0.05$). Of the 1,072 interviewees, 64.9% were

sexually active, of which 46.4% reported sexual initiation at the age of 15 or younger, and 73.2% reported inconsistent condom use. The factors associated with early start of sexual activity were to be under 20 years of age, to have less than eight years of education, and to report no religion with OR of 3.13 (95%CI: 2.22-4.40), 6.21 (95%CI: 4.41-9.32) and 2.05 (95%CI: 1.17-3.58) respectively. The factor associated with inconsistent condom use was being married or in a stable relationship, with OR of 4.63 (95%CI: 2.86-7.50). In conclusion, the prevalence of sexual risk behaviors among Brazilian adolescents and young women is high due to socioeconomic and cultural factors.

Keywords: Sexual behavior, adolescents, young women, condom.

Introduction

Adolescents and young adults are more frequently involved in sexual risk behaviors, resulting in high levels of sexually transmitted infections (STI) and unwanted pregnancies in this population (Kann, Kinchen, Shanklin, Flint, Hawkins, Harris & Whittle, 2014; WHO, 2016; WHO, 2014). Worldwide, 2.5 million women give birth before the age of 16, and obstetric complications are the second leading cause of premature death among women aged between 15 and 19 (WHO 2014; Temmerman, 2017). Almost one million new cases of STI are detected every day in the world (WHO, 2016), with large increases in cases among young adults aged 15 to 24 years (CDC, 2016). The prevalence of human papillomavirus infection (HPV) in this age group is from 28.0% to 47.1% (Alves, Turchi, Santos, Brito Guimarães, Garcia, Seixas, Villa, Costa, Moreira, Costa Alves, 2013; Nonato, Alves, Ribeiro, Saddi, Segati, Almeida & Rabelo-Santos, 2016).

This scenario results in an increased economic and social impact of obstetric complications, such as prematurity and congenital infections (Temmerman, 2017). Perinatal transmission of human immunodeficiency virus (HIV) makes acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) the third leading cause of premature death among young adults in the world (WHO, 2014). In addition, exposure to chlamydia increases costs on infertility and pelvic inflammatory disease treatments (Owusu-Edusei Jr, Chesson, Gift, Tao, Mahajan, Ocfemia & Kent, 2013). HPV-induced cervical cancer is the fourth in number of deaths among all types of cancer in women, the second in

developing countries (Bruni, Barrionuevo-Rosas, Albero, Aldea, Serrano, Valencia & Bosch, 2015).

The limited impact of sexual health interventions as described in literature contributes to these realities (Mason-Jones, Sinclair, Mathews, Kagee, Hillman & Lombard 2016). There is also no consensus in the literature on which factors affect sexual behavior in each culture and population (Buhi & Goodson, 2007; Pokhrel, Bennett, Regmi, Jdrisov, Galimov, Akhmadeeva & Sussman, 2018). To fill this knowledge gap, this research aims to identify the demographic, social, and behavioral factors associated with early start of sexual activity and inconsistent condom use, as well as the reasons cited for not using condoms, among adolescents and young women in urban centers in Midwestern Brazil.

Methods

Study design and sample

This is a cross-sectional community-based study, carried out in three medium-sized cities of state of Goiás, a state in the Midwestern region of Brazil, between 2007 and 2009. The cities were randomly selected to represent the urban population outside the capital Goiânia. All 4,500 women aged 15 to 24 years included in the Family Health Program (FHP) were randomized and potentially eligible (de Lima, Turchi, Fonseca, Garcia, e Cardoso, da Guarda Reis & Alves, 2014). The FHP is a multidisciplinary public health program responsible for primary health care in municipalities according to their individual needs. It is also a significant public health data source.

The sample size of 570 sexually active women was calculated using Open Source Epidemiologic Statistic for Public Health (OpenEpi 2.3.1). Previous research done in the same state found a percentage of sexually active adolescents and young women of 60% (Vieira, Guimarães, Barbosa, Turchi, Alves & Seixas, 2004). After adding an additional 10% margin for dropout, a sample size of 1050 participants was reached, and 1072 participants responded to the survey.

Data collection

The structured questionnaire contains two steps. The first, given to all respondents, collected individual and sociodemographic data, such as age, marital status, religion, education, family income, mother's education level, number of people living in their home, concern about their health, menstrual problems, satisfaction with their relationships with their parents, vaccination status against hepatitis B, and the age they started sexual activity. The second was given only to sexually active respondents and collected data about sexual behavior, such as age and partner at first sexual intercourse, number of lifetime sexual partners, number of sexual partners in the three months prior, perception of STI risk of their partner, having an exclusive sexual relationship, perception of their partner being unfaithful, frequency of condom use, condom use the last time they had sex, reasons they gave for not using condoms, type of sexual intercourse, sexual activity in a risk situation (in exchange for money, drugs, or when one or both partners is under the influence of drugs), history of pregnancy, and age at first pregnancy.

Criteria definition

Early start of sexual activity for the purposes of this study is defined as sexual initiation at the age of 15 or younger, as in other studies ([Madkour, De Looze, Halpern, Farhat, Ter Boogt & Godeau, 2014](#); [Shu, Fu, Lu, Yin, Chen, Qin & Yin, 2016](#)), and the age of consent in Brazil is 14 ([Brazilian Criminal Code](#)).

Inconsistent condom use for the purposes of this study is defined as the use of a condom in less than 100% of sexual encounters, as in other studies ([Morris, Kouya, Kwalar, Pilapil, Saito, Palmer & Jao, 2014](#); [Nehl, Elifson, DePadilla & Sterk, 2016](#)).

Data analysis

Descriptive and frequency analysis of sociodemographic and behavioral characteristics were performed. For the categorical variables the percentage distributions with the respective confidence intervals (CI) 95% was calculated. Logistic regression were performed to evaluate the sociodemographic and behavioral differences between sexually active participants and those who had never had sex, as well as to evaluate the association of these factors with early sexual initiation and inconsistent condom use. Odds ratios (OR) and the adjusted OR with CI 95% and

statistic significance level of 5% ($p < 0.05$) were calculated. All variables that presented the value of $p < 0.20$ were subjected in the multivariate model.

Ethical aspects

The present study was approved by Committee of Ethics in Human and Animal Medical Research of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Goiás, under protocol 83763518.6.0000.5078. All participants signed the the Free and Informed Consent form, and all interviews were conducted so as to protect the privacy of the interviewee. To ensure the reliability of the information given by participants under 18 years old, the exemption from parental involvement was obtained by court order.

Results

From 1,072 women interviewed, 64.9% (696) were sexually active. The prevalence of early start of sexual activity was 46.4% (CI 95%: 42.7-50.1). The prevalence of inconsistent condom use was 73.2% (CI 95%: 63.9-82.6). The majority of participants had their first sexual intercourse with their boyfriend or partner in a stable relationship (94.6%). More than half of participants had more than one partner in life (50.7%). Anal sex were reported by 13.7% of women, and sex in exchange for money, drugs or sex with drugged partner were related by 3.2%. Previous pregnancy was reported by 39.4% participants, in which 26.2% were before the age of 15. (Table 1).

The characteristics that distinguished sexually active participants from those who had never had sex were age and education. After multivariate analysis, the sexually active women were 6.3 times more likely to be over 20 years of age (CI 95%: 3.98-9.96), and 2.04 times more likely to have less than eight years of education (CI 95%: 1.19-3.49) compared to those who had never had sex. (Table 2).

The factors associated with early start of sexual activity were to be under 20 years of age, to have less than eight years of education and to have no religion with an OR of 3.13 (95%CI: 2.22-4.40), 6.21 (95%CI: 4.41-9.32) and 2.05 (95%CI: 1.17-3.58) respectively. (Table 3).

The factor that remained associated with inconsistent condom use after multivariate analysis was being married or in a stable relationship, with OR of 4.63 (CI 95%: 2.86-7.50). (Table 4).

The most cited reasons for not using condoms were "confidence in partner" by 49.8%, "partner dislikes" by 43.7% and "less pleasure" by 35.4% of the participants. The less cited reason for not using condoms were "expensive". (Table 5).

Discussion

This study investigated the prevalence of sexual risk behaviors, defined as: the start of sexual activity at the age of 15 or younger, and inconsistent condom use; as well as the socioeconomic and behavioral factors associated with these. The sample was composed of adolescents and young women, living in urban centers in Midwestern Brazil. There is no consensus in the literature on which factors are associated with these behaviors (Buhi & Goodson, 2007; Pokhrel, Bennett, Regmi, Jdrisov, Galimov, Akhmadeeva & Sussman, 2018), hence the importance of the present study. Social attitudes against sexual activity in adolescence present roadblocks to addressing this issue and are a limiting factor in the effectiveness of intervention strategies (Twenge, Sherman & Wells, 2015).

Sexually active participants compared to those who had not previously had sex were older and had fewer years of education. According to the data, 51.3% of participants were sexually active at age 19, increasing to 87.7% at age 24. In fact, the prevalence of sexual activity increases over the years in adolescence and youth. These results are in accordance with previously published study that reported that the percentage of sexually active individuals is, on average 60% at age 18, and 90% at age 24 (Lewis, Tanton, Mercer, Mitchell, Palmer, Macdowall & Wellings, 2017).

Early start of sexual activity

The prevalence of early start of sexual activity was high. Indeed, 46.4% reported sexual initiation at the age of 15 or younger, a higher number than that found in other studies. In Brazil, a population-based survey of adolescent students in 2016 found 35.9% were sexually active by age 15 (Borges, Fujimori, Kuschir, Chofakian, Moraes & Azevedo, 2016). In United States of America (USA), a longitudinal, decade-long

study found that 13 to 35% of adolescents started having sex up until 15 years old (Zimmer-Gembeck & Helfand, 2008). In a national sample of african adolescents, in 2012, this number was around 25% (Doyle, Mavadzenge, Plummer & Ross, 2012). Therefore, adolescents and young women living in Midwestern Brazil should be considered a high-risk population for the consequences of early sexual behavior.

The factors associated with early start of sexual activity were to be under 20 years of age, having a low level of education, and having no religion. Regarding age, data showed that 57.6% of participants between 15 and 19 years old reported have begun having sex early, significantly higher than those between 20 and 24 (34.5%). These data suggest a decrease in age of first sexual intercourse over the years, as supported in literature (Wellings & Johnson, 2013; Brazil Health Ministry, 2016; Lewis, Tanton, Mercer, Mitchell, Palmer, Macdowall & Wellings, 2017). This information suggests the need for studies that assess sexual behavior before 15 years of age to guide more effective sexual education programs and prevent the negative consequences of early sexual activity.

Along with age, low education level was associated with early start of sexual activity. According to the available evidence, a higher level of education correlates with starting sexual activity later in life, particularly when the individual intends to pursue higher education. In fact, staying in school and performing well are associated with the adoption of healthy behaviors overall, including being mindful of sexual health (Bradley & Greene, 2013; Rasberry, Tiu, Kann, McManus, Michael, Merlo & Ethier, 2017). Conversely, dropping out of school is associated with teenage pregnancy and early marriage (Villalobos-Hernández, Campero, Suárez-López, Atienzo, Estrada & la Vara-Salazar, 2015), which can lead to future issues such as maintaining the social vulnerability of these women. These results suggest that in addition to health policies, education policies are needed to improve sexual health.

Another factor associated with early sexual debut was to have no religion. Indeed, evidence from literature shows that religiosity in adolescence is associated with healthier attitudes, and protects against various risk behaviors, including early start of sexual activity (Sinha, Cnaan & Gelles, 2007; Hull, Hennessy, Bleakley, Fishbein & Jordan, 2011). However, the norms and attitudes internalized by religion do not ultimately affect the motivations of teenagers to have sex, which ends up happening (Aalsma, Woodrume, Downs, Hensel, Zimet, Orr & Fortenberry, 2013; Vasilenko, Duntzee, Zheng & Lefkowitz, 2013). For this reason, adolescents should

not be exempted from sexual education for religious reasons. There is evidence that programs based on the religious prerogative of sexual abstinence are ineffective and can even harm prevention actions (Santelli, Kantor, Grilo, Speizer, Lindberg, Heitel & Heck, 2017).

In addition to age, educational level and religion, other studies suggest the association between the early start of sexual activity and the mother's education level and low socioeconomic level (Gonçalves, Machado, Soares, Camargo-Figuera, Seerig, Mesenburg & Hallal, 2015), as well as a lack of satisfaction in the young person's relationship with their parents (e Silva, van de Bongardt, van de Looij-Jansen, Wijtzes & Raat, 2016). After multivariate analysis, however, this study did not support these associations.

Inconsistent condom use

The prevalence of inconsistent condom use was also high. Data showed that 73.2% of adolescents and young women did not use condoms in all sexual encounters, a higher number than in other populations. In Chinese adolescents, this was 69.3%, African Americans reported 68.2% and in Africa this figure ranged from 30.1 to 59.5% depending on the country (Liu, Wei, Huang, bao Liu, Li, Gong & Li, 2014; Crosby, DiClemente, Salazar, Wingood, McDermott-Sales, Young & Rose, 2013; Reynolds, Luseno & Speizer, 2013). The data from this study points to a high risk of STI in Brazil and suggests the need for health programs that promote condom use.

Being married or in a stable relationship were associated with inconsistent condom use. In fact, according to evidence, condom use in casual sex is greater than in sex with steady partners (Nehl, Elifson, DePadilla & Sterk, 2016). This is due to a perceived lower risk and higher confidence in stable partners (East, Jackson, O'Brien & Peters, 2011). However, evidence showed high rates of unfaithfulness in these relationships, where about one-third of individuals with stable partners reported a second sexual encounter in the previous three months (Nehl, Elifson, DePadilla & Sterk, 2016). This demonstrates that false monogamy can perpetuate STI risk (Muzny, Harbison, Austin, Schwebke & Van, 2017).

The main reasons cited by participants for not using condoms were trust in their partner and the negative attitudes related to condoms. These data agree with evidence that shows a direct relationship between these kinds of resistant attitudes and low rates

of condom use (Davis, Schraufnagel, Kajumulo, Gilmore, Norris & George, 2014; Manyaaapelo, Nyembezi, Ruiter, Borne, Sifunda & Reddy, 2017). In cultures dominated by the male gender, women find greater resistance when negotiating condom use (Santana, Raj, Decker, La Marche & Silverman, 2006). This situation increases the vulnerability of women and suggests the discussion of gender norms in sex education programs.

STI and pregnancy

The STI rates in surveyed sample were performed by other studies. The prevalence of *Chlamydia trachomatis* infection was 9.5% (CI 95%: 7.4-12.4), and for HPV infection, the prevalence was 47.1% (CI 95%: 41.0-53.2). Despite agreeing with literature data, co-infection among those agents was high and deserves attention (de Lima, Turchi, Fonseca, Garcia, e Cardoso, da Guarda Reis & Alves, 2014; Nonato, Alves, Ribeiro, Saddi, Segati, Almeida & Rabelo-Santos, 2016).

In addition, pregnancy rates were also high. Almost 40% of adolescents and young women in this study reported having previously become pregnant, more than a quarter of them before the age of 15. This is an alarming reality since it is associated with dropping out of school and other social problems (Rosemberg, Pettifor, Miller, Thirumurthy, Emch, Afolabi & Tollman, 2015).

Cultural considerations

Despite cultural advances on the role of sex in society today, the acceptance of sexual activity during adolescence is still low (Twenge, Sherman & Wells, 2015). In the last decade, authors discuss the normalization of sex in adolescence as a way to increase access to sex education (Tolman & McClelland, 2011; Hensel & Fortenberry, 2013). In societies where this already occurs, as in the Netherlands, dual use of condoms and contraceptive pills was the largest among the 24 surveyed countries (Godeau, Gabhainn, Vignes, Ross, Boyce & Todd, 2008). Adolescents have many questions about topics related to contraception and STI risk, there is also a low correlation between knowledge and sexual behavior (Moura, Lamounier, Guimarães, Duarte, Beling, Pinto & Grillo, 2013). Therefore, the most effective sex education

strategies are those that begin early in young people between 10 and 14 years old, before they start having sex (Lane, Brundage & Kreinin, 2017).

Strengths and limitations

The main strength of the study is the large random sample size of adolescents and young women. Another force is the exemption from parental participation obtained by court order that secured the reliability of the responses given by those participants under the age of majority. The limitations of this study are related to the period of data collection and the memory bias on the part of study participants. Studies of sexuality in the last decades use the Sexual Revolution as the marker for significant changes in sexual behavior (Greenwood & Guner, 2010). After that, research shows that over the years in the 21st century, changes in sexual behavior are tenuous and slow (Cavazos-Rehg, Krauss, Spitznagel, Schootman, Bucholz, Peipert & Bierut, 2009). As a result, the authors of this study believe that the data used in this research can be extrapolated to the present day.

Conclusion

Adolescents and young women living in urban centers in Brazil continue to engage in sexual risk behaviors, with high rates of teenage pregnancy and STI. The factors associated with these behaviors were to be under 20 years old, to have low education, and to have no religion. The low rates of consistent condom use were associated with confidence in their steady partner and negative social norms. Social, economic, and cultural changes are therefore necessary, with a focus on quality education and gender equality.

Future challenges

A broader perspective in studies on sexuality can help work toward a normalization of sex in adolescence to promote sexual education before the start of sexual activity. More research into sexual activity in early adolescence is necessary, to better understand risk factors and create more effective approaches.

Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgements

The initial project received financial support from the National STD / AIDS Program of the Ministry of Health and UNESCO. A special thanks to the doctor who created the project that gave rise to this study: Dr. Eleuse Machado de Brito Guimarães.

References

Aalsma, M. C., Woodrome, S. E., Downs, S. M., Hensel, D. J., Zimet, G. D., Orr, D. P., & Fortenberry, J. D. (2013). Developmental trajectories of religiosity, sexual conservatism and sexual behavior among female adolescents. *Journal of adolescence*, 36(6), 1193-1204.

Alves, R. R. F., Turchi, M. D., Santos, L. E., de Britto Guimarães, E. M., Garcia, M. M. D., Seixas, M. S. C., ... & da Costa Alves, M. D. F. (2013). Prevalence, genotype profile and risk factors for multiple human papillomavirus cervical infection in unimmunized female adolescents in Goiania, Brazil: a community-based study. *BMC Public Health*, 13(1), 1041.

Borges, A. L. V., Fujimori, E., Kuschnir, M. C. C., Chofakian, C. B. N., Moraes, A. J. P., & Azevedo, G. D. (2016). ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Rev Saude Publica*, 50(supl 1), 15s.

Bradley, B. J., & Greene, A. C. (2013). Do health and education agencies in the United States share responsibility for academic achievement and health? A review of 25 years of evidence about the relationship of adolescents' academic achievement and health behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 523-532.

Brasil: CÓDIGO PENAL, 2009. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. (2016). PCAP – Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira, 2013.

Bruni, L., Barrionuevo-Rosas, L., Albero, G., Aldea, M., Serrano, B., Valencia, S., ... & Bosch, F. X. (2017). ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report 2015.

- Buhi, E. R., & Goodson, P. (2007). Predictors of adolescent sexual behavior and intention: A theory-guided systematic review. *Journal of Adolescent Health, 40*(1), 4-21.
- Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Schootman, M., Bucholz, K. K., Peipert, J. F., ... & Bierut, L. J. (2009). Age of sexual debut among US adolescents. *Contraception, 80*(2), 158-162.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). CDC Fact sheet. Reported STDs in the United States. 2014 National data for chlamydia, gonorrhea, and syphilis. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/factsheets/std-trends-508.pdf>.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Salazar, L. F., Wingood, G. M., McDermott-Sales, J., Young, A. M., & Rose, E. (2013). Predictors of consistent condom use among young African American women. *AIDS and Behavior, 17*(3), 865-871.
- Davis, K. C., Schraufnagel, T. J., Kajumulo, K. F., Gilmore, A. K., Norris, J., & George, W. H. (2014). A qualitative examination of men's condom use attitudes and resistance: "It's just part of the game". *Archives of sexual behavior, 43*(3), 631-643.
- de Lima, Y. A. R., Turchi, M. D., Fonseca, Z. C., Garcia, F. L. B., e Cardoso, F. A. D. B., da Guarda Reis, M. N., ... & Alves, M. D. F. C. (2014). Sexually transmitted bacterial infections among young women in Central Western Brazil. *International Journal of Infectious Diseases, 25*, 16-21.
- Doyle, A. M., Mavedzenge, S. N., Plummer, M. L., & Ross, D. A. (2012). The sexual behaviour of adolescents in sub-Saharan Africa: patterns and trends from national surveys. *Tropical Medicine & International Health, 17*(7), 796-807
- East, L., Jackson, D., O'Brien, L., & Peters, K. (2011). Condom negotiation: experiences of sexually active young women. *Journal of Advanced Nursing, 67*(1), 77-85.
- e Silva, R. N. A., van de Bongardt, D., van de Looij-Jansen, P., Wijtzes, A., & Raat, H. (2016). Mother-and father-adolescent relationships and early sexual intercourse. *Pediatrics, 138*(6), e20160782.
- Godeau, E., Gabhainn, S. N., Vignes, C., Ross, J., Boyce, W., & Todd, J. (2008). Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 162*(1), 66-73.
- Gonçalves, H., Machado, E. C., Soares, A. L. G., Camargo-Figuera, F. A., Seerig, L. M., Mesenburg, M. A., ... & Hallal, P. C. (2015). Sexual initiation among adolescents (10 to 14 years old) and health behaviors. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 18*(1), 25-41.
- Greenwood, J., & Guner, N. (2010). Social change: the sexual revolution. *International Economic Review, 51*(4), 893-923.

Hensel, D. J., & Fortenberry, J. D. (2013). A multidimensional model of sexual health and sexual and prevention behavior among adolescent women. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 219-227.

Hull, S. J., Hennessy, M., Bleakley, A., Fishbein, M., & Jordan, A. (2011). Identifying the causal pathways from religiosity to delayed adolescent sexual behavior. *Journal of sex research*, 48(6), 543-553.

Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Hawkins, J., Harris, W. A., ... & Whittle, L. (2014). Youth risk behavior surveillance—United States, 2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*, 63(4), 1-168.

Lane, C., Brundage, C. L., & Kreinin, T. (2017). Why we must invest in early adolescence: Early intervention, lasting impact. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), S10-S11.

Lewis, R., Tanton, C., Mercer, C. H., Mitchell, K. R., Palmer, M., Macdowall, W., & Wellings, K. (2017). Heterosexual Practices Among Young People in Britain: Evidence From Three National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles. *Journal of Adolescent Health*, 61(6), 694-702.

Madkour, A. S., De Looze, M., Ma, P., Halpern, C. T., Farhat, T., Ter Bogt, T. F., ... & Godeau, E. (2014). Macro-level age norms for the timing of sexual initiation and adolescents' early sexual initiation in 17 European countries. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 114-121.

Manyapa, T., Nyembezi, A., Ruiter, R. A., Borne, B. V. D., Sifunda, S., & Reddy, P. (2017). Understanding the psychosocial correlates of the intention to use condoms among young men in KwaZulu-Natal, South Africa. *International journal of environmental research and public health*, 14(4), 339.

Mason-Jones, A. J., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hillman, A., & Lombard, C. (2016). School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *The Cochrane Library*.

Morris, L., Kouya, F., Kwalar, R., Pilapil, M., Saito, K., Palmer, N., ... & Jao, J. (2014). Factors associated with inconsistent condom use in adolescents with negative or unknown HIV status in Northwest Cameroon. *AIDS care*, 26(11), 1440-1445.

Moura, L. R. D., Lamounier, J. R., Guimarães, P. R., Duarte, J. M., Beling, M. T. C., Pinto, J. A., ... & Grillo, C. D. F. C. (2013). The gap between knowledge on HIV/AIDS and sexual behavior: a study of teenagers in Vespasiano, Minas Gerais State, Brazil. *Cadernos de saude publica*, 29(5), 1008-1018

Muzny, C. A., Harbison, H. S., Austin, E. L., Schwebke, J. R., & Van, B. D. P. (2017). Sexually Transmitted Infection Risk among Women Is Not Fully Explained by Partner Numbers. *Southern medical journal*, 110(3), 161-167.

Nehl, E. J., Elifson, K., DePadilla, L., & Sterk, C. (2016). Sex partner type, drug use and condom use self-efficacy among African Americans from disadvantaged

neighborhoods: Are associations with consistent condom use moderated by gender?. *The Journal of Sex Research*, 53(7), 805-815.

Nonato, D. R., Alves, R. R., Ribeiro, A. A., Saddi, V. A., Segati, K. D., Almeida, K. P., ... & Rabelo-Santos, S. H. (2016). Prevalence and factors associated with coinfection of human papillomavirus and Chlamydia trachomatis in adolescents and young women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 215(6), 753-e1.

Owusu-Edusei Jr, K., Chesson, H. W., Gift, T. L., Tao, G., Mahajan, R., Ocfemia, M. C. B., & Kent, C. K. (2013). The estimated direct medical cost of selected sexually transmitted infections in the United States, 2008. *Sexually transmitted diseases*, 40(3), 197-201.

Pokhrel, P., Bennett, B. L., Regmi, S., Idrisov, B., Galimov, A., Akhmadeeva, L., & Sussman, S. (2018). Individualism-Collectivism, Social Self-Control and Adolescent Substance Use and Risky Sexual Behavior. *Substance use & misuse*, 53(7), 1057-1067.

Raspberry, C. N., Tiu, G. F., Kann, L., McManus, T., Michael, S. L., Merlo, C. L., ... & Ethier, K. A. (2017). Health-Related Behaviors and Academic Achievement Among High School Students—United States, 2015. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 66(35), 921.

Reynolds, H. W., Luseno, W. K., & Speizer, I. S. (2013). Consistent condom use among men with non-marital partners in four sub-Saharan African countries. *AIDS care*, 25(5), 592-600.

Rosenberg, M., Pettifor, A., Miller, W. C., Thirumurthy, H., Emch, M., Afolabi, S. A., ... & Tollman, S. (2015). Relationship between school dropout and teen pregnancy among rural South African young women. *International journal of epidemiology*, 44(3), 928-936.

Santana, M. C., Raj, A., Decker, M. R., La Marche, A., & Silverman, J. G. (2006). Masculine gender roles associated with increased sexual risk and intimate partner violence perpetration among young adult men. *Journal of urban health*, 83(4), 575-585.

Santelli, J. S., Kantor, L. M., Grilo, S. A., Speizer, I. S., Lindberg, L. D., Heitel, J., ... & Heck, C. J. (2017). Abstinence-only-until-marriage: An updated review of US policies and programs and their impact. *Journal of Adolescent Health*, 61(3), 273-280.

Shu, C., Fu, A., Lu, J., Yin, M., Chen, Y., Qin, T., ... & Yin, P. (2016). Association between age at first sexual intercourse and knowledge, attitudes and practices regarding reproductive health and unplanned pregnancy: a cross-sectional study. *Public health*, 135, 104-113.

Sinha, J. W., Cnaan, R. A., & Gelles, R. J. (2007). Adolescent risk behaviors and religion: Findings from a national study. *Journal of adolescence*, 30(2), 231-249.

Temmerman, M. (2017). Adolescent mothers: too young to be neglected. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 1(3), 164-166.

- Twenge, J. M., Sherman, R. A., & Wells, B. E. (2015). Changes in American adults' sexual behavior and attitudes, 1972–2012. *Archives of Sexual Behavior*, 44(8), 2273-2285.
- Tolman, D. L., & McClelland, S. I. (2011). Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000–2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242-255.
- Vasilenko, S. A., Duntzee, C. I., Zheng, Y., & Lefkowitz, E. S. (2013). Testing two process models of religiosity and sexual behavior. *Journal of adolescence*, 36(4), 667-673.
- Vieira, M., Guimarães, B. E. M., Barbosa, M. A., Turchi, M. D., Alves, M. F. C., & Seixas, M. S. C. (2004). Factors associated with condom use by female adolescents In Goiânia City. *DST–J bras Doenças Sex Transm*, 16, 77-83.
- Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L., Atienzo, E. E., Estrada, F., & la Vara-Salazar, D. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *salud pública de méxico*, 57(2), 135-143.
- Wellings, K., & Johnson, A. M. (2013). Framing sexual health research: adopting a broader perspective. *The Lancet*, 382(9907), 1759-1762.
- World Health Organization. (2014). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade: summary.
- World Health Organization. (2016). Sexually transmitted infections.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Helfand, M. (2008). Ten years of longitudinal research on US adolescent sexual behavior: Developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental review*, 28(2), 153-224.

Table 1: Characteristics of sexually active participants (n=696).

Variable	n	%	CI 95%
Age (years) (n=695)			
15 to 19	345	49,6	45,9 – 53,4
20 to 24	350	50,4	46,6 – 54,1
Age at first sexual activity (years) (n=692)			
Up to 15	321	46,4	42,7 – 50,1
Over 15	371	53,6	49,9 – 57,3
First sexual intercourse (n=691)			
Friend, stranger, or recently met	37	5,4	3,7 – 7,0
Boyfriend, spouse, or housemate	654	94,6	92,9 – 96,3
Number of lifetime partners (n=686)			
1	338	49,3	45,5 – 53,0
2 to 3	207	30,2	26,7 – 33,6
4 or more	141	20,6	17,5 – 23,6
Number of partners in the last three months (n=692)			
0	69	10,0	7,7 – 12,2
1	589	85,1	82,5 – 87,8
2	25	3,6	2,2 – 5,0
3 or more	9	1,3	0,5 – 2,1
Perception of STI risk with partner (n=685)			
Yes	36	5,3	0,46 – 2,17
No	649	94,7	93,1 – 96,4
Stable relationship (n=686)			
Yes	585	85,3	82,6 – 87,9
No	101	14,7	12,1 – 17,4
Unfaithful to partner (n=588)			
Yes	15	2,6	1,3 – 3,8
No	573	97,4	96,2 – 98,7
Condom use (n=691)			
Always	185	26,8	23,5 – 30,1
Sometimes (more than half the time)	237	34,3	30,8 – 37,8
Rarely (less than half the time)	171	24,7	21,5 – 28,0
Never	98	14,2	11,6 – 16,8
Use of condom in last intercourse (n=672)			
Yes	277	41,2	37,5 – 44,9
No	395	58,8	55,1 – 62,5
Type of relations			
Oral (n=635)	257	40,5	36,7 – 44,3
Vaginal (n=688)	688	100,0	-
Anal (n=633)	87	13,7	11,1 – 16,4
Risk situations			
Sex for money (n= 685)	15	2,2	1,1 – 3,3
Sex for drugs (n= 684)	3	0,4	0,0 – 0,9
Sex with an injection drug user or sex worker (n= 685)	4	0,6	0,0 – 1,2
Perception of unfaithfulness in relationship (n=578)			
Yes	73	12,6	9,9 – 15,3
No	505	87,4	84,7 – 90,1
Previous pregnancy (n=687)			
Yes	271	39,4	35,8 – 43,1
No	416	60,6	56,9 – 64,2
Age at first pregnancy (n=267)			
< 15 years	70	26,2	20,9 – 31,5
15-19 years	149	55,8	49,8 – 61,8
>19 years	48	18,0	13,4 – 22,6
Previously been tested for STI (n=671)			
Yes	33	4,9	3,3 – 6,6
No	638	95,1	93,4 – 96,7

*The difference between the total of each variable and the overall total are due to questions left blank.

Table 2: Factors associated with sexually active adolescents and young women.

Variable	Sexually active		Virgin		p	OR (CI 95%)	OR adjusted (CI 95%)	
	N	%	n	%			p	CI (95%)
Age (years)								
15 to 19	345	51,3	327	48,7				
20 to 24	350	87,7	49	12,3	< 0,001	6,77 (4,84-9,46)	< 0,001	6,30 (3,98-9,96)
Civil status								
Single	431	53,4	376	46,6				
Married/Living together	262	100,0	-	0,0	0,993	-	-	-
Religion								
Yes	619	64,4	342	35,6				
No	77	69,4	34	30,6	0,301	1,25 (0,82-1,91)	-	-
Education (years)								
Up to 8	186	79,1	49	20,9	< 0,001	2,45 (1,74-3,46)	0,009	2,04 (1,19-3,49)
Over 8	506	60,7	327	39,3				
Good experience in school								
Yes	352	52,0	325	48,0				
No	54	63,5	31	36,5	0,046	1,61 (1,01-2,57)	0,202	1,46 (0,82-2,59)
Mother's education (years)								
Up to 8	437	65,9	226	34,1	0,013	1,44 (1,08-1,91)	0,689	1,07 (0,75-1,53)
Over 8	160	57,3	119	42,7				
Family income (multiples of minimum wage)*								
Up to 2x	238	70,2	101	29,8	0,048	1,33 (1,00-1,76)	0,629	0,91 (0,62-1,34)
Over 2x	433	64,0	244	36,0				
Number of people in home								
Up to 4	488	66,8	242	33,2	0,073	1,27 (0,98-1,67)	0,186	1,27 (0,89-1,82)
Over 5	205	61,2	130	38,8				
Preoccupied with health								
Yes	332	68,0	156	32,0	0,055	1,28 (0,99-1,65)	0,150	0,78 (0,55-1,09)
No	362	62,4	218	37,6				
Menstrual problems								
Yes	33	82,5	7	17,5	0,022	2,62 (1,15-5,99)	0,402	1,56 (0,55-4,49)
No	663	64,2	369	35,8				
Satisfied with parental relationships								
Yes	603	64,1	337	35,9	0,253			
No	82	69,5	36	30,5		1,27 (0,84-1,93)	-	-
Vaccinated for hepatitis B								
Yes	467	65,8	243	34,2				
No	118	64,5	65	35,5	0,743	0,94 (0,67-1,33)	-	-

*Minimum wage in Brazil at the time of this survey was BRL R\$ 380 / USD \$ 100.

Table 3: Factors associated with early start of sexual activity (≤ 15 years of age).

Variables	Sexual activity up to the age of 15	Total	(%)	OR (CI 95%)	<i>p</i>	OR adjusted (C95%)	<i>p</i>
Age (years)							
From 15 to 19	199	342	58,2	2,62 (1,93-3,57)	< 0,001	3,13 (2,22-4,40)	< 0,001
From 20 to 24	121	349	34,7				
Civil Status							
Single	188	429	43,8	0,77 (0,57-1,05)	0,768	-	-
Married/living together	131	260	50,4				
Religion							
No	51	76	67,1	2,61 (1,58-4,33)	< 0,001	2,05 (1,17-3,58)	0,012
Yes	270	616	43,8				
Education (years)							
Up to 8	138	183	75,4	5,49 (3,74-8,05)	< 0,001	6,21 (4,14-9,32)	< 0,001
Over 8	181	505	35,8				
Good experience in school							
Yes	151	349	43,3				
No	24	54	44,4	1,05 (0,59-1,69)	0,871	-	-
Mother's education (years)							
Up to 8	212	435	48,7	1,75 (1,20-2,55)	<0,004	1,14 (0,71-1,83)	0,592
Over 8	56	159	35,2				
Family income (multiples of minimum wage)*							
Up to 2x	126	236	53,4	1,59 (1,15-2,19)	0,005	1,13 (0,78-1,64)	0,532
Over 2x	181	432	41,9				
Number of people in home							
Up to 4	218	486	44,9				
Over 5	102	203	50,2	1,24 (0,89-1,72)	0,196	1,23 (0,84-1,79)	0,281
Preoccupied with health							
Yes	140	330	42,4				
No	181	360	50,3	1,37 (1,02-1,85)	0,039	1,18 (0,78-1,79)	0,430
Menstrual problems							
Yes	16	33	48,5	1,09 (0,54-2,20)	0,804	-	-
No	305	659	46,3				
Satisfied with parental relationships							
Yes	268	600	44,7				
No	47	81	58,0	1,71 (1,07-2,74)	0,025	1,31 (0,68-2,54)	0,416
Vaccinated for hepatitis B							
Yes	207	465	44,5				
No	60	117	51,3	1,31 (0,87-1,97)	0,190	1,19 (0,70-2,01)	0,522

*Minimum wage in Brazil at the time of this survey was BRL R\$ 380 / USD \$ 100.

Table 4: Factors associated with inconsistent condom use by male partner.

Variables	Inconsistent condom use	Total	(%)	OR (CI 95%)	<i>p</i>	OR ajustado (CI95%)	<i>p</i>
Age (years)							
From 15 to 19	229	341	67,2				
From 20 to 24	277	349	79,4	1,89 (1,33-2,65)	< 0,001	1,24 (0,84-1,82)	0,278
Civil Status							
Single	269	427	63,0				
Married/living together	235	261	90,0	5,31 (3,38-8,33)	< 0,001	4,63 (2,86-7,50)	< 0,001
Religion							
No	54	76	71,1	0,88 (0,52-1,50)	0,650	-	-
Yes	452	615	73,5				
Education (years)							
Up to 8	139	183	76,0	1,19 (0,80-1,76)	0,381	-	-
Over 8	366	504	72,6				
Good experience in school							
Yes	235	348	67,5				
No	41	54	75,9	1,52 (0,78-2,94)	0,218	-	-
Mother's education (years)							
Up to 8	320	434	73,7	1,26 (0,85-1,88)	0,253	-	-
Over 8	109	158	69,0				
Family income (multiples of minimum wage)*							
Up to 2x	184	236	78,0	1,48 (1,02-2,14)	0,039	1,13 (0,76-170)	0,548
Over 2x	304	431	70,5				
Number of people in home							
Up to 4	367	485	75,7	1,50 (1,05-2,15)	0,028	1,12 (0,76-1,65)	0,582
Over 5	137	203	67,5				
Preoccupied with health							
Yes							
No	251	331	75,8	1,29 (0,91-1,80)	0,148	1,26 (0,87-1,83)	0,224
	254	358	70,9				
Menstrual problems							
Yes	27	33	81,8	1,68 (0,68-4,14)	0,258	-	-
No	479	658	72,8				
Satisfied with parental relationships							
Yes	438	599	73,1				
No	58	81	71,6	0,93 (0,55-1,55)	0,773	-	-
Vaccinated for hepatitis B							
Yes	338	464	72,8	0,96 (0,61-1,51)	0,860	-	-
No	85	118	72,0				

*Minimum wage in Brazil at the time of this survey was BRL R\$ 380 / USD \$ 100.

Tabela 5: Reasons for not using a condom according to adolescents and young adults.

Reasons given	n	%
Confidence in partner	252	49,8
Partner dislikes	221	43,7
Reduces pleasure	179	35,4
Ruins the mood	112	22,1
No need for it	90	17,8
None	80	15,8
Fear of partner getting the wrong idea	37	7,3
Too self-conscious to ask partner to use one	36	7,1
It's difficult or embarrassing to use	32	6,3
Too self-conscious to buy	25	4,9
Don't know how to use one	4	0,8
Religion prevents it	2	0,4
Don't know where to buy / Don't have a place to buy	2	0,4
Expensive	-	0,0

CONCLUSÃO

As características sociodemográficas que diferenciaram participantes sexualmente ativas das virgens foram idade maior de 19 anos e escolaridade menor de oito anos.

A prevalência do início da atividade sexual até os 15 anos foi elevada e os fatores associados a este comportamento foram a idade menor do que 19 anos, a escolaridade menor do que oito anos e não possuir religião.

A prevalência do uso inconsistente do preservativo masculino foi elevada e o fator associado a este comportamento foi o estado civil casada ou em união estável.

Os motivos mais citados para o não uso do preservativo foram a “confiança no parceiro”, “o parceiro não gosta”, “diminui o prazer”, e “o preservativo quebra o clima da transa”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sexualidade é, atualmente, um importante elemento nos estudos sobre saúde e qualidade de vida, e é imprescindível que seja vivenciada de forma positiva, sem conflitos. Apesar de mais de um século de estudos acerca do tema da sexualidade, e de sua reconhecida importância para a saúde dos indivíduos, há ainda uma dificuldade em se falar sobre ela. Como médicos, profissionais de saúde e pesquisadores, temos o desafio de combater essa dificuldade, e de caminhar em direção à naturalização do tema em todas as esferas da nossa atuação.

Durante o adolescer, todos os seres humanos passam por uma maturação sexual biológica que culmina com a instalação do comportamento sexual. A negação de algo que é natural reforça o tabu acerca da sexualidade, e amplia os conflitos e o distanciamento dos adolescentes. Essa situação contribui para os índices alarmantes das consequências negativas da vivência sexual mal orientada relatados neste trabalho.

É necessário e urgente combater firmemente esse distanciamento, através do acolhimento e da orientação. Estabelecer uma mudança de foco, inclusive dos estudos, onde os aspectos negativos dêem lugar aos positivos, como o desenvolvimento de elementos para uma sexualidade saudável e satisfatória, desde a adolescência até a vida adulta. Dissecar o assunto da sexualidade nos diálogos familiares, nas disciplinas dos cursos da área da saúde, no consultório com pacientes, pais e filhos, para auxiliar no processamento consciente das angústias e dos conflitos e assim promover a verdadeira saúde sexual.

Essa atitude não é a única capaz de modificar o contexto atual, mas sem dúvida contribuirá de forma duradoura com a saúde das futuras gerações.

REFERÊNCIAS

AALSMA, Matthew C. et al. **Developmental trajectories of religiosity, sexual conservatism and sexual behavior among female adolescents.** Journal of Adolescence, v. 36, n. 6, p. 1193-1204, 2013.

ABMA, Joyce C.; MARTINEZ, G. M. **Sexual Activity and Contraceptive Use Among Teenagers in the United States, 2011-2015.** National Health Statistics Reports, n. 104, p. 1-23, 2017.

ADEOLU, Josephine; OWOAJE, Eme; OLUMIDE, Adesola. **Association between exposure to sexually explicit content in the electronic media and sexual intentions of in-school adolescents in Southwest Nigeria.** International Journal of Adolescent Medicine and Health, 2016.

AKERS, Aletha Y.; HOLLAND, Cynthia L.; BOST, James. **Interventions to improve parental communication about sex: a systematic review.** Pediatrics, p. peds. 2010-2194, 2011.

ALBERT, B. **With one voice 2012: America's adults and teens sound off about teen pregnancy.** Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. 2013.

ALI, Mir M.; DWYER, Debra S. **Estimating peer effects in sexual behavior among adolescents.** Journal of Adolescence, v. 34, n. 1, p. 183-190, 2011.

ALQUAIZ, AlJohara M.; KAZI, Ambreen; AL MUNEEF, Maha. **Determinants of sexual health knowledge in adolescent girls in schools of Riyadh-Saudi Arabia: a cross sectional study.** BMC Women's Health, v. 13, n. 1, p. 19, 2013.

ANDERSON, R. M. **Positive sexuality and its impact on overall well-being.** Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, v. 56, n. 2, p. 208-214, 2013..

ASHENHURST, James R. et al. **Number of sexual partners and relationship status are associated with unprotected sex across emerging adulthood.** Archives of Sexual Behavior, v. 46, n. 2, p. 419-432, 2017.

BAAMS, Laura et al. **Transitions in body and behavior: a meta-analytic study on the relationship between pubertal development and adolescent sexual behavior.** Journal of Adolescent Health, v. 56, n. 6, p. 586-598, 2015.

BEACH, Steven RH et al. **Parenting, socioeconomic status risk, and later young adult health: exploration of opposing indirect effects via DNA methylation.** Child Development, v. 87, n. 1, p. 111-121, 2016.

BEARZOTI, P. **Sexualidade. Um conceito psicanalítico freudiano.** Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 1, p. 113-7, 1994.

BECKETT, Megan K. et al. **Timing of parent and child communication about sexuality relative to children's sexual behaviors.** Pediatrics, v. 125, n. 1, p. 34-42, 2010.

BELLIS, Mark A. et al. **Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities.** BMC Public Health, v. 8, n. 1, p. 155, 2008.

BERHAN, Yifru; BERHAN, Asres. **A meta-analysis of risky sexual behaviour among male youth in developing countries.** AIDS Research and Treatment, v. 2015, 2015.

BODEN, Joseph M.; FERGUSON, David M.; HORWOOD, L. John. **Alcohol and STI risk: Evidence from a New Zealand longitudinal birth cohort.** Drug & Alcohol Dependence, v. 113, n. 2, p. 200-206, 2011.

BOOKER, Jordan A.; DUNSMORE, Julie C. **Affective social competence in adolescence: Current findings and future directions.** Social Development, v. 26, n. 1, p. 3-20, 2017.

BORGES, Ana Luiza Vilela et al. **Fertility rates among very young adolescent women: temporal and spatial trends in Brazil.** BMC Pregnancy and Childbirth, v. 16, n. 1, p. 57, 2016.

BORGES, A. L. V. et al. **ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros.** Rev Saúde Pública, v. 50, n. supl 1, p. 15s, 2016.

BRADLEY, Beverly J.; GREENE, Amy C. **Do health and education agencies in the United States share responsibility for academic achievement and health? A review of 25 years of evidence about the relationship of adolescents' academic achievement and health behaviors.** Journal of Adolescent Health, v. 52, n. 5, p. 523-532, 2013.

BRÊTAS, José Roberto da Silva et al. **Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 22, n. 6, 2009.

BRÊTAS, José Roberto da Silva et al. **Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2009.

BREUNER, Cora C. et al. **Sexuality education for children and adolescents.** Pediatrics, v. 138, n. 2, p. e20161348, 2016.

BROWN, Jane D. et al. **Sexy media matter: exposure to sexual content in music, movies, television, and magazines predicts black and white adolescents' sexual behavior.** Pediatrics, v. 117, n. 4, p. 1018-1027, 2006.

BROWN, Jane D.; L'ENGLE, Kelly L. **X-rated: Sexual attitudes and behaviors associated with US early adolescents' exposure to sexually explicit media.** Communication Research, v. 36, n. 1, p. 129-151, 2009.

BUCCHIANERI, Michaela M. et al. **Multiple types of harassment: associations with emotional well-being and unhealthy behaviors in adolescents.** Journal of Adolescent Health, v. 54, n. 6, p. 724-729, 2014.

BUHI, Eric R.; GOODSON, Patricia. **Predictors of adolescent sexual behavior and intention: A theory-guided systematic review.** Journal of Adolescent Health, v. 40, n. 1, p. 4-21, 2007.

BUTTMANN, Nina et al. **Young age at first intercourse and subsequent risk-taking behaviour: An epidemiological study of more than 20,000 Danish men from the general population.** Scandinavian Journal of Public Health, v. 42, n. 6, p. 511-517, 2014.

CARTER, Rona; WILLIAMS, Sandra. **Self-perceptions of pubertal timing and patterns of peer group activities and dating behavior among heterosexual adolescent girls.** Journal of Adolescence, v. 47, p. 71-80, 2016.

CDC: Centers for Disease Control and Prevention. **HIV Surveillance Report: Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas**, v.28, 2016.

CDC: Centers for Disease Control and Prevention. **CDC Fact Sheet: Reported STDs in the United States – 2015 National data for chlamydia, gonorrhea and syphilis.**

CDC: Centers for Disease Control and Prevention. **Youth risk behavior surveillance, United States, 2015.** MMWR – Morbidity and Mortality Weekly Report, v.65, n.6, 2016.

CHACHAM, Alessandra Sampaio; SIMÃO, Andrea Branco Simao; CAETANO, André Junqueira. **Gender-based violence and sexual and reproductive health among low-income youth in three Brazilian cities.** Reproductive Health Matters, v. 24, n. 47, p. 141-152, 2016.

CHAPMAN, Rebekah L. et al. **The impact of school connectedness on violent behavior, transport risk-taking behavior, and associated injuries in adolescence.** Journal of School Psychology, v. 49, n. 4, p. 399-410, 2011.

CHIAVEGATTO FILHO, Alexandre DP; KAWACHI, Ichiro. **Income inequality is associated with adolescent fertility in Brazil: a longitudinal multilevel analysis of 5,565 municipalities.** BMC public health, v. 15, n. 1, p. 103, 2015.

CHOUKAS-BRADLEY, Sophia et al. **Demographic and developmental differences in the content and sequence of adolescents' ideal romantic relationship behaviors.** Journal of Adolescence, v. 45, p. 112-126, 2015.

COSTA E ROCHA CIAFFONE, Adriane; GESSER, Marivete. **Integração saúde e educação: contribuições da psicologia para a formação de educadores de uma creche em sexualidade infantil.** Psicologia Ciência e Profissão, v. 34, n. 3, 2014.

CLEMENTS-NOLLE, Kristen et al. **Childhood maltreatment and unprotected sex among female juvenile offenders: evidence of mediation by substance abuse and psychological distress.** Women's Health Issues, v. 27, n. 2, p. 188-195, 2017.

CNDSS: COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (BRAZIL). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Editora Fiocruz, 2008.

CÓDIGO PENAL. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm

COFFEY, Julia; FARRUGIA, David. Unpacking the black box: **The problem of agency in the sociology of youth.** Journal of Youth Studies, v. 17, n. 4, p. 461-474, 2014.

COLEY, Rebekah Levine et al. **Sexual partner accumulation from adolescence through early adulthood: The role of family, peer, and school social norms.** Journal of Adolescent Health, v. 53, n. 1, p. 91-97. e2, 2013.

COLLINS, Rebecca L. et al. **Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior.** Pediatrics, v. 114, n. 3, p. e280-e289, 2004.

CONNOLLY, J; MCISAAC, C. **Romantic relationship in adolescence.** In: UNDERWOOD, M.K.; ROSEN, L.H. (Ed.). Social development: relationship in infancy, childhood and adolescence. New York: Guilford Press, 2011. cap. 8, p.180-203.

COOKINGHAM, Lisa M.; RYAN, Ginny L. **The impact of social media on the sexual and social wellness of adolescents.** Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, v. 28, n. 1, p. 2-5, 2015.

COOPER, Keith et al. **An economic model of school-based behavioral interventions to prevent sexually transmitted infections.** International Journal of Technology Assessment in Health Care, v. 28, n. 4, p. 407-414, 2012.

COSTA, Elis Regina; OLIVEIRA, Kênia Eliane. **A sexualidade segundo a teoria psicanalítica freudiana e o papel dos pais neste processo.** Itinerarius Reflectionis, v. 7, n. 1, 2012.

COSTA JUNIOR, Florêncio Mariano da; COUTO, Marcia Thereza. **Geração e categorias geracionais nas pesquisas sobre saúde e gênero no Brasil.** Saude & Sociedade, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1299-1315, 2015

COSTA, Marelise Veit. **O desenvolvimento da sexualidade infantil no cotidiano da sala de aula.** Revista Acadêmica Licenciaturas, v. 1, n. 1, p. 14-19, 2016.

CÔTÉ, James E. **Towards a new political economy of youth**. Journal of Youth Studies, v. 17, n. 4, p. 527-543, 2014.

CRANDALL, AliceAnn et al. **Family financial stress and adolescent sexual risk-taking: The role of self-regulation**. Journal of Youth and Adolescence, v. 46, n. 1, p. 45-62, 2017.

CRUZEIRO, Ana Laura Sica et al. **Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 1149-1158, 2010.

DALGLEISH, Tim et al. **Social pain and social gain in the adolescent brain: A common neural circuitry underlying both positive and negative social evaluation**. Scientific Reports, v. 7, p. 42010, 2017.

DEVENISH, Bethany; HOOLEY, Merrilyn; MELLOR, David. **The pathways between socioeconomic status and adolescent outcomes: a systematic review**. American Journal of Community Psychology, v. 59, n. 1-2, p. 219-238, 2017.

DE AZEVEDO, Walter Fernandes et al. **Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura**. 2015.

DE LIMA, Yanna Andressa Ramos et al. **Sexually transmitted bacterial infections among young women in Central Western Brazil**. International Journal of Infectious Diseases, v. 25, p. 16-21, 2014.

DE MOURA, Luciana Ramos et al. **The gap between knowledge on HIV/AIDS and sexual behavior: a study of teenagers in Vespasiano, Minas Gerais State, Brazil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n. 5, p. 1008-1018, 2013.

DE SOUZA, Maria de Lourdes et al. **Taxa de fertilidade e desfecho perinatal em gravidez na adolescência: estudo retrospectivo populacional**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 25, p. 1-9, 2017.

DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO. Disponível em:
www.dicionarioetimologico.com.br/adolescente

DICLEMENTE, R. J. et al. **Evaluation of an HIV/STD sexual risk-reduction intervention for pregnant African American adolescents attending a prenatal clinic in an urban public hospital: preliminary evidence of efficacy**. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, v. 23, n. 1, p. 32-38, 2010.

DO AMARAL MADUREIRA, Ana Flávia; UCHOA BRANCO, Ângela. **Gênero, sexualidade e diversidade na escola a partir da perspectiva de professores/as**. Temas em Psicologia, v. 23, n. 3, 2015.

DONAHUE, Kelly L. et al. **Early exposure to parents' relationship instability: Implications for sexual behavior and depression in adolescence**. Journal of Adolescent Health, v. 47, n. 6, p. 547-554, 2010.

DOWNS, Julie S. et al. **Behavioral decision research intervention reduces risky sexual behavior**. Current HIV research, v. 13, n. 5, p. 439-446, 2015.

DUKE, Naomi N. et al. **Associations between health screening questions and sexual risk behaviors in adolescent female clinic patients: Identifying a brief question format to yield critical information**. Clinical Pediatrics, v. 47, n. 6, p. 564-572, 2008.

DUNCAN, P.; DIXON, R. R.; CARLSON, J. **Childhood and adolescent sexuality**. Pediatric clinics of North America, v. 50, n. 4, p. 765, 2003.

E SILVA, Raquel Nogueira Avelar et al. **Mother-and father-adolescent relationships and early sexual intercourse**. Pediatrics, v. 138, n. 6, p. e20160782, 2016.

EISENSTEIN, Evelyn. **Adolescência: definições, conceitos e critérios**. Adolescência e Saúde, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.

ENEJOH, Victor et al. **Impact of self esteem on risky sexual behaviors among Nigerian adolescents**. AIDS care, v. 28, n. 5, p. 672-676, 2016.

ETHIER, Kathleen A. et al. **The longitudinal impact of perceptions of parental monitoring on adolescent initiation of sexual activity**. Journal of Adolescent Health, v. 59, n. 5, p. 570-576, 2016.

FARLEY, Julee P.; KIM-SPOON, Jungmeen. **The development of adolescent self-regulation: Reviewing the role of parent, peer, friend, and romantic relationships**. Journal of Adolescence, v. 37, n. 4, p. 433-440, 2014.

FEDINA, Lisa et al. **Teen dating violence victimization, perpetration, and sexual health correlates among urban, low-income, ethnic, and racial minority youth**. International Quarterly of Community Health Education, v. 37, n. 1, p. 3-12, 2016.

FELIPE, J. FELIPE, Jane. **Infância, gênero e sexualidade**. Educação & Realidade, v. 25, n. 1, 2000.

FERGUSON, Christopher J.; NIELSEN, Rune KL; MARKEY, Patrick M. **Does sexy media promote teen sex? A meta-analytic and methodological review**. Psychiatric Quarterly, v. 88, n. 2, p. 349-358, 2017.

FERRAZZA ALVES, Cássia; GONÇALVES ZAPPE, Jana; DALBOSCO DELL'AGLIO, Débora. **Índice de Comportamentos de Risco: construção e análise das propriedades psicométricas**. Estudos de Psicologia, v. 32, n. 3, 2015.

FOCAULT, M. **The history of sexuality**, vol 2: the use of pleasure. Translation of Histoire de la sexualité. Vintage books edition. Mar 1990.

FONSECA, Helena; GREYDANUS, Donald E. **Sexuality in the child, teen, and young adult: concepts for the clinician**. Primary Care: Clinics in Office Practice, v. 34, n. 2, p. 275-292, 2007.

FORTENBERRY, J. Dennis. **Puberty and adolescent sexuality**. Hormones and Behavior, v. 64, n. 2, p. 280-287, 2013.

FRANCE, Alan; ROBERTS, Steven. **The problem of social generations: a critique of the new emerging orthodoxy in youth studies**. Journal of Youth Studies, v. 18, n. 2, p. 215-230, 2015.

GARCIA, Fernanda Lopes Brito. **Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás. 2009**. Tese de Doutorado. dissertação]. Goiás: Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública. Universidade Federal de Goiás.

GEORGE DALMIDA, Safiya et al. **Sexual Risk Behaviors of African American Adolescent Females: The Role of Cognitive and Religious Factors**. Journal of Transcultural Nursing, v. 29, n. 1, p. 74-83, 2018.

GODDINGS, Anne-Lise et al. **The influence of puberty on subcortical brain development**. Neuroimage, v. 88, p. 242-251, 2014.

GODEAU, Emmanuelle et al. **Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries**. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, v. 162, n. 1, p. 66-73, 2008.

GONÇALVES, Helen et al. **Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, p. 25-41, 2015.

GOTTLIEB, Sami L. et al. **Toward global prevention of sexually transmitted infections (STIs): the need for STI vaccines**. Vaccine, v. 32, n. 14, p. 1527-1535, 2014.

GROPPO, Luís Antonio. **Teorias críticas da juventude: geração, moratória social e subculturas juvenis**. Em Tese, v. 12, n. 1, p. 4-33, 2015.

GROSSMAN, Jennifer M. et al. **Protective effects of middle school comprehensive sex education with family involvement**. Journal of School Health, v. 84, n. 11, p. 739-747, 2014.

GUILAMO-RAMOS, Vincent et al. **Adolescent expectancies, parent-adolescent communication and intentions to have sexual intercourse among inner-city, middle school youth**. Annals of Behavioral Medicine, v. 34, n. 1, p. 56, 2007.

GUILAMO-RAMOS, Vincent et al. **A conceptual framework for the analysis of risk and problem behaviors: The case of adolescent sexual behavior**. Social Work Research, v. 32, n. 1, p. 29-45, 2008.

GUILAMO-RAMOS, Vincent et al. **A parent-based intervention to reduce sexual risk behavior in early adolescence: Building alliances between physicians, social workers, and parents.** Journal of Adolescent Health, v. 48, n. 2, p. 159-163, 2011.

HARDEN, K. Paige. **A sex-positive framework for research on adolescent sexuality.** Perspectives on Psychological Science, v. 9, n. 5, p. 455-469, 2014.

HARDY, Sam A.; RAFFAELLI, Marcela. **Adolescent religiosity and sexuality: An investigation of reciprocal influences.** Journal of Adolescence, v. 26, n. 6, p. 731-739, 2003.

HEILBORN, Maria Luiza; CABRAL, Cristiane da Silva. **Youth, gender and sexual practices in Brazil.** Psicologia & Sociedade, v. 25, n. SPE, p. 33-43, 2013.

HENSEL, Devon J.; FORTENBERRY, J. Dennis. **A multidimensional model of sexual health and sexual and prevention behavior among adolescent women.** Journal of Adolescent Health, v. 52, n. 2, p. 219-227, 2013.

HERTZOG, Jodie L.; ROWLEY, Rochelle Lynn. **My beliefs of my peers' beliefs: Exploring the gendered nature of social norms in adolescent romantic relationships.** Journal of Interpersonal Violence, v. 29, n. 2, p. 348-368, 2014.

HOMMA, Yuko et al. **The relationship between sexual abuse and risky sexual behavior among adolescent boys: a meta-analysis.** Journal of Adolescent Health, v. 51, n. 1, p. 18-24, 2012.

HORTA, Natália de Cássia; SENA, Roseni Rosângela. **Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 20, p. 475-495, 2010.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: www.censo2010.ibge.gov.br/resultados

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **Estudos e pesquisas: Informação demográfica e socioeconômica número 35. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro 2015.

JOHNSON, Blair T. et al. **Interventions to reduce sexual risk for human immunodeficiency virus in adolescents: a meta-analysis of trials, 1985-2008.** Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, v. 165, n. 1, p. 77-84, 2011.

JURASKA, Janice M.; WILLING, Jari. **Pubertal onset as a critical transition for neural development and cognition.** Brain Research, v. 1654, p. 87-94, 2017.

KÅGESTEN, Anna et al. **Understanding factors that shape gender attitudes in early adolescence globally: A mixed-methods systematic review.** PloS one, v. 11, n. 6, p. e0157805, 2016.

KAPPE, Roland. **The Effect of the Religious Environment on Teenage Birth Rates in the United States.** Sexuality Research and Social Policy, v. 13, n. 3, p. 241-251, 2016.

KHADR, S. N. et al. **Investigating the relationship between substance use and sexual behaviour in young people in Britain: findings from a national probability survey.** BMJ open, v. 6, n. 6, p. e011961, 2016.

KIRBY, Douglas B.; LARIS, B. A.; ROLLERI, Lori A. **Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world.** Journal of Adolescent Health, v. 40, n. 3, p. 206-217, 2007.

KLEPPA, Elisabeth et al. **Cervical ectopy: associations with sexually transmitted infections and HIV. A cross-sectional study of high school students in rural South Africa.** Sex Transm Infect, v. 91, n. 2, p. 124-129, 2015.

LANE, Cate; BRUNDAGE, Clarissa Lord; KREININ, Tamara. **Why we must invest in early adolescence: Early intervention, lasting impact.** Journal of Adolescent Health, v. 61, n. 4, p. S10-S11, 2017.

LANGILLE, Donald B. et al. **Older male sexual partner as a marker for sexual risk-taking in adolescent females in Nova Scotia.** Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique, p. 86-90, 2007.

LARA, Lúcia AS; ABDO, Carmita HN. **Age at time of initial sexual intercourse and health of adolescent girls.** Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, v. 29, n. 5, p. 417-423, 2016.

LEAPER, Campbell; BROWN, Christia Spears. **Sexism in childhood and adolescence: Recent trends and advances in research.** Child Development Perspectives, v. 12, n. 1, p. 10-15, 2018.

LEE, Vincent; FOLEY, Elizabeth; TOBIN, Jean M. **Relationship of cervical ectopy to chlamydia infection in young women.** BMJ Sexual & Reproductive Health, v. 32, n. 2, p. 104-106, 2006.

LE FEVRE, Michael L. **Behavioral counseling interventions to prevent sexually transmitted infections: US Preventive Services Task Force recommendation statement.** Annals of Internal Medicine, v. 161, n. 12, p. 894-901, 2014.

LEITE, Iúri da Costa; RODRIGUES, Roberto do Nascimento; FONSECA, Maria do Carmo. **Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 2, p. 474-481, 2004.

L'ENGLE, Kelly Ladin; BROWN, Jane D.; KENNEAVY, Kristin. **The mass media are an important context for adolescents' sexual behavior.** Journal of Adolescent Health, v. 38, n. 3, p. 186-192, 2006.

LINETZKY, Bruno et al. **Resultados de la primera encuesta nacional de salud escolar: Argentina, 2007**. Archivos Argentinos de Pediatría, v. 109, n. 2, p. 111-116, 2011.

LIU, Gui et al. **Trends and patterns of sexual behaviors among adolescents and adults aged 14 to 59 years, United States**. Sexually Transmitted Diseases, v. 42, n. 1, p. 20-26, 2015.

LUQUIS, Raffy R.; BRELSFORD, Gina M.; ROJAS-GUYLER, Liliana. **Religiosity, spirituality, sexual attitudes, and sexual behaviors among college students**. Journal of Religion and Health, v. 51, n. 3, p. 601-614, 2012.

MACHADO JUNIOR, Luís Carlos; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker; CARVALHO, Heráclito Barbosa de. **Evidence for benefits from treating cervical ectopy: literature review**. Sao Paulo Medical Journal, v. 126, n. 2, p. 132-139, 2008.

MADISE, Nyovani; ZULU, Eliya; CIERA, James. **Is poverty a driver for risky sexual behaviour? Evidence from national surveys of adolescents in four African countries**. African Journal of Reproductive Health, v. 11, n. 3, p. 83-98, 2007.

MARCUS, David K.; FULTON, Jessica J.; TURCHIK, Jessica A. **Is risky sexual behavior continuous or categorical? A taxometric analysis of the Sexual Risk Survey**. Psychological Assessment, v. 23, n. 1, p. 282, 2011.

MARQUES, Tawny Marteli. **Relativização da vulnerabilidade no crime de estupro de vulnerável**. Intertem@ s ISSN 1677-1281, v. 30, n. 30, 2016.

MARTINS, José Renato. **O delito de estupro no código penal brasileiro: questões controvertidas em face dos princípios constitucionais e a proposta desse delito no novo código penal**. Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca, v. 10, n. 1, p. 93-142, 2016.

MARTINS, Laura B. Motta et al. **Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, p. 315-323, 2006.

MASATU, Melkior C. et al. **Predictors of risky sexual behavior among adolescents in Tanzania**. AIDS and Behavior, v. 13, n. 1, p. 94-99, 2009.

MASHO, Saba W. et al. **Associations of Partner Age Gap at Sexual Debut with Teenage Parenthood and Lifetime Number of Partners**. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, v. 49, n. 2, p. 77-83, 2017.

MASON-JONES, Amanda J. et al. **School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents**. The Cochrane Library, 2016.

MENDES, Jacqueline Thaoana; DO PRADO, Florestan Rodrigo. **Aspectos polêmicos do estupro de vulnerável aos menores de 14 anos: relativização da**

vulnerabilidade em casos excepcionais. ETIC-Encontro de Iniciação Científica-ISSN 21-76-8498, v. 12, n. 12, 2016.

METZLER, Carol W. et al. **The social context for risky sexual behavior among adolescents.** Journal of Behavioral Medicine, v. 17, n. 4, p. 419-438, 1994.

MILLER, Bonnie B.; COX, David N.; SAEWYC, Elizabeth M. **Age of sexual consent law in Canada: population-based evidence for law and policy.** The Canadian Journal of Human Sexuality, v. 19, n. 3, p. 105, 2010.

MILLER, Kim S.; CLARK, Leslie F.; MOORE, Janet S. **Sexual initiation with older male partners and subsequent HIV risk behavior among female adolescents.** Family Planning Perspectives, p. 212-214, 1997.

MILLER-SLOUGH, Rachel L.; DUNSMORE, Julie C. **Parent and friend emotion socialization in adolescence: Associations with psychological adjustment.** Adolescent Research Review, v. 1, n. 4, p. 287-305, 2016.

MS: Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **DST em números: DST no Brasil.** Disponível em: www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil

MS: Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV Aids 2015, ano IV, n.1. Brasília 2015.** Disponível em: www.aids.gov.br/pagina/2010/36374

MS: Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV Aids 2016, ano V, n.1. Brasília 2016.** Disponível em: www.aids.gov.br/pagina/2010/36374

MONROY, Olga L. et al. **Prevalence of human papillomavirus genotypes, and mucosal IgA anti-viral responses in women with cervical ectopy.** Journal of Clinical Virology, v. 47, n. 1, p. 43-48, 2010.

MOORE, Sarah R.; HARDEN, K. Paige; MENDLE, Jane. **Pubertal timing and adolescent sexual behavior in girls.** Developmental Psychology, v. 50, n. 6, p. 1734, 2014.

MOREIRA, Jacqueline Oliveira; ROSÁRIO, Ângela Buciano; SANTOS, Alessandro Pereira. **Juventude e adolescência: considerações preliminares.** Psico, v. 42, n. 4, p. 457-464, 2011.

MORRIS, Lee et al. **Factors associated with inconsistent condom use in adolescents with negative or unknown HIV status in Northwest Cameroon.** AIDS Care, v. 26, n. 11, p. 1440-1445, 2014.

MORRISON-BEEDY, Dianne; XIA, Yinglin; PASSMORE, Denise. **Sexual risk factors for partner age discordance in adolescent girls and their male partners.** Journal of Clinical Nursing, v. 22, n. 23-24, p. 3289-3299, 2013.

MUELLER, Trisha E.; GAVIN, Lorrie E.; KULKARNI, Aniket. **The association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use at first sex.** Journal of Adolescent Health, v. 42, n. 1, p. 89-96, 2008.

NEHL, Eric J. et al. **Sex partner type, drug use and condom use self-efficacy among African Americans from disadvantaged neighborhoods: Are associations with consistent condom use moderated by gender?.** The Journal of Sex Research, v. 53, n. 7, p. 805-815, 2016.

NETO, Melo; CARDOSO, Othon; CERQUEIRA-SANTOS, Elder. **Comportamento sexual e autoestima em adolescentes.** Contextos Clínicos, v. 5, n. 2, p. 100-111, 2012.

NEWTON-LEVINSON, Anna; LEICHLITER, Jami S.; CHANDRA-MOULI, Venkatraman. **Sexually transmitted infection services for adolescents and youth in low-and middle-income countries: perceived and experienced barriers to accessing care.** Journal of Adolescent Health, v. 59, n. 1, p. 7-16, 2016.

NGUYEN, Tuong-Vi et al. **A testosterone-related structural brain phenotype predicts aggressive behavior from childhood to adulthood.** Psychoneuroendocrinology, v. 63, p. 109-118, 2016.

O'CONNOR, Elizabeth A. et al. **Behavioral sexual risk-reduction counseling in primary care to prevent sexually transmitted infections: a systematic review for the US Preventive Services Task Force.** Annals of Internal Medicine, v. 161, n. 12, p. 874-883, 2014.

ODIMEGWU, Clifford; SOMEFUN, Oluwaseyi Dolapo. **Ethnicity, gender and risky sexual behaviour among Nigerian youth: an alternative explanation.** Reproductive Health, v. 14, n. 1, p. 16, 2017.

O'LEARY, Ann et al. **Associations between psychosocial factors and incidence of sexually transmitted disease among South African adolescents.** Sexually Transmitted Diseases, v. 42, n. 3, p. 135, 2015.

OLIVER, Mary Beth; HYDE, Janet Shibley. **Gender differences in sexuality: a meta-analysis.** Psychological Bulletin, v. 114, n. 1, p. 29, 1993.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. **Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012).** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 17, n. Supl 1, p. 116-30, 2014.

OLUMIDE, Adesola O.; OJENGBEDE, Oladosu A. **The media as a critical determinant of the sexual and reproductive health of adolescents in Ibadan, Nigeria.** Sexual & Reproductive Healthcare, v. 8, p. 63-74, 2016.

OMS: Organização Mundial de Saúde. **Sexual and reproductive health: defining sexual health** – Sexuality. 2006.

OMS: Organização Mundial de Saúde. **Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade.** 2014.

OMS: Organização Mundial de Saúde. **Every woman, every child: the global strategy for women's, children's and adolescent health, 2016-2030.** 2015.

OMS: Organização Mundial de Saúde. **Sexually transmitted infections.** Aug 2016.

OMS: Organização Mundial de Saúde. **Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!) – guidance to support country implementation.** 2017.

OMS: Organização Mundial de Saúde. **Maternal, newborn, child and adolescent health – Adolescent development.** 2017.

ONU: Organização das Nações Unidas. **Definition of youth 2013.** Disponível em: <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>

ONU: Organização das Nações Unidas. **2030 agenda for sustainable development and the sustainable development goals.** 2015.

ORGILÉS, Mireia; CARRATALÁ, Elena; ESPADA, José P. **Perceived quality of the parental relationship and divorce effects on sexual behaviour in Spanish adolescents.** Psychology, Health & Medicine, v. 20, n. 1, p. 8-17, 2015.

OUDEKERK, Barbara A.; GUARNERA, Lucy A.; REPPUCCI, N. Dickon. **Older opposite-sex romantic partners, sexual risk, and victimization in adolescence.** Child Abuse & Neglect, v. 38, n. 7, p. 1238-1248, 2014.

OWOLABI, Onikepe O. et al. **Comparing the use and content of antenatal care in adolescent and older first-time mothers in 13 countries of west Africa: a cross-sectional analysis of Demographic and Health Surveys.** The Lancet Child & Adolescent Health, v. 1, n. 3, p. 203-212, 2017.

OWUSU-EDUSEI JR, Kwame et al. **The estimated direct medical cost of selected sexually transmitted infections in the United States, 2008.** Sexually Transmitted Diseases, v. 40, n. 3, p. 197-201, 2013.

PAIVA, Vera et al. **Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros.** Revista de Saúde Pública, v. 42, p. 45-53, 2008.

PANCHAUD, Christine et al. **Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries.** Family Planning Perspectives, p. 24-45, 2000.

PARKES, Alison et al. **Are sexual media exposure, parental restrictions on media use and co-viewing TV and DVDs with parents and friends associated with teenagers' early sexual behaviour?** Journal of Adolescence, v. 36, n. 6, p. 1121-1133, 2013.

PASCOE, Sophie JS et al. **Poverty, food insufficiency and HIV infection and sexual behaviour among young rural Zimbabwean women.** PLoS One, v. 10, n. 1, p. e0115290, 2015.

PCAP: **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira 2013.** Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2016.

PELTZER, Karl et al. **Religiosity and health risk behaviour among university students in 26 low, middle and high income countries.** Journal of Religion and Health, v. 55, n. 6, p. 2131-2140, 2016.

PEREIRA, Alexandre Barbosa. **Os riscos da juventude.** Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade, n. 3, 2015.

PETROVA, Dafina; GARCIA-RETAMERO, Rocio. **Effective evidence-based programs for preventing sexually-transmitted infections: a meta-analysis.** Current HIV research, v. 13, n. 5, p. 432-438, 2015.

PFRIMER, Elisa Oliveira Dafico et al. **Perfil sociodemográfico e fatores associados à gravidez na adolescência em Goiás.** Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. 2011.

PICOT, Joanna et al. **Behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13–19 years: a systematic review.** Health Education Research, v. 27, n. 3, p. 495-512, 2012.

POUND, Pandora; LANGFORD, Rebecca; CAMPBELL, Rona. **What do young people think about their school-based sex and relationship education? A qualitative synthesis of young people's views and experiences.** BMJ open, v. 6, n. 9, p. e011329, 2016.

RAGSDALE, Kathleen et al. **Development of sexual expectancies among adolescents: Contributions by parents, peers and the media.** The Journal of Sex Research, v. 51, n. 5, p. 551-560, 2014.

RAIFORD, Jerris L. et al. **Low prospects and high risk: structural determinants of health associated with sexual risk among young African American women residing in resource-poor communities in the south.** American Journal of Community Psychology, v. 54, n. 3-4, p. 243-250, 2014.

RASBERRY, Catherine N. et al. **Health-Related Behaviors and Academic Achievement Among High School Students—United States, 2015.** MMWR. Morbidity and mortality weekly report, v. 66, n. 35, p. 921, 2017.

RASMUSSEN, Kyler; BIERMAN, Alex. **How does religious attendance shape trajectories of pornography use across adolescence?** Journal of Adolescence, v. 49, p. 191-203, 2016.

REECE, Michael et al. **Condom use rates in a national probability sample of males and females ages 14 to 94 in the United States.** The journal of Sexual Medicine, v. 7, n. s5, p. 266-276, 2010.

REITZ-KRUEGER, Cristina L. et al. **Who's to blame? Perceptions of adolescents' maturity and responsibility in sexual relationships with an older partner.** Psychology, Public Policy, and Law, v. 22, n. 1, p. 105, 2016.

REW, Lynn; WONG, Y. Joel. **A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors.** Journal of Adolescent Health, v. 38, n. 4, p. 433-442, 2006.

REYNOLDS, Elizabeth K. et al. **Analogue study of peer influence on risk-taking behavior in older adolescents.** Prevention Science, v. 15, n. 6, p. 842-849, 2014.

ROMERO, Kelencristina Thomaz et al. **O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo.** Revista da Associação Médica Brasileira, 2007.

RONIS, Scott T.; O'SULLIVAN, Lucia F. **A longitudinal analysis of predictors of male and female adolescents' transitions to intimate sexual behavior.** Journal of Adolescent Health, v. 49, n. 3, p. 321-323, 2011.

ROSENBERG, Molly et al. **Relationship between school dropout and teen pregnancy among rural South African young women.** International Journal of Epidemiology, v. 44, n. 3, p. 928-936, 2015.

ROSSI, Erika; POULIN, François; BOISLARD, Marie-Aude. **Trajectories of annual number of sexual partners from adolescence to emerging adulthood: individual and family predictors.** Journal of Youth and Adolescence, v. 46, n. 5, p. 995-1008, 2017.

ROSTOSKY, Sharon Scales et al. **The impact of religiosity on adolescent sexual behavior: A review of the evidence.** Journal of Adolescent Research, v. 19, n. 6, p. 677-697, 2004.

SALERNO, Alessandra; TOSTO, Monica; ANTONY, Samson D. **Adolescent sexual and emotional development: the role of romantic relationships.** Procedia-Social and Behavioral Sciences, v. 174, p. 932-938, 2015.

SALES, Jessica M. et al. **Socioeconomic-related risk and sexually transmitted infection among African-American adolescent females.** Journal of Adolescent Health, v. 55, n. 5, p. 698-704, 2014.

SANCHEZ, Zila M. et al. **Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex.** Clinics, v. 68, n. 4, p. 489-494, 2013.

SANDERS, Stephanie A. et al. **Condom use errors and problems: a global view.** Sexual Health, v. 9, n. 1, p. 81-95, 2012.

SANTELLI, John S. et al. **Multiple sexual partners among US adolescents and young adults.** Family Planning Perspectives, p. 271-275, 1998.

SANTELLI, John S. et al. **Global trends in adolescent fertility, 1990–2012, in relation to national wealth, income inequalities, and educational expenditures.** Journal of Adolescent Health, v. 60, n. 2, p. 161-168, 2017.

SANTOS, Ana et al. **Associação entre prática religiosa e comportamentos de risco à saúde em adolescentes de Pernambuco, Brasil.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 20, n. 3, p. 284, 2015.

SBEM: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **A endocrinologia pediátrica.** Disponível em: www.endocrino.org.br/a-endocrinologia-pediatica/

SCHAEFER, Robin et al. **Age-disparate relationships and HIV incidence in adolescent girls and young women: evidence from Zimbabwe.** AIDS (London, England), v. 31, n. 10, p. 1461, 2017.

SCHALET, Amy T. **Beyond abstinence and risk: A new paradigm for adolescent sexual health.** Women's Health Issues, v. 21, n. 3, p. S5-S7, 2011.

SCHULZ, Kalynn M.; SISK, Cheryl L. **The organizing actions of adolescent gonadal steroid hormones on brain and behavioral development.** Neuroscience & Biobehavioral Reviews, v. 70, p. 148-158, 2016.

SCHUSTER, Mark A. et al. **Evaluation of Talking Parents, Healthy Teens, a new worksite based parenting programme to promote parent-adolescent communication about sexual health: randomised controlled trial.** BMJ, v. 337, p. a308, 2008.

SEADE: Fundação Sistema Educacional de Análise de Dados. **Índice de Vulnerabilidade Juvenil.** Disponível em: www.produtos.seade.gov.br/produtos/ivj/

SEBASTIAN, Catherine; BURNETT, Stephanie; BLAKEMORE, Sarah-Jayne. **Development of the self-concept during adolescence.** Trends in Cognitive Sciences, v. 12, n. 11, p. 441-446, 2008.

SETH, Puja et al. **Alcohol use as a marker for risky sexual behaviors and biologically confirmed sexually transmitted infections among young adult African-American women.** Women's Health Issues, v. 21, n. 2, p. 130-135, 2011.

SHEEHAN, Peter et al. **Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents.** The Lancet, v. 390, n. 10104, p. 1792-1806, 2017.

SHU, C. et al. **Association between age at first sexual intercourse and knowledge, attitudes and practices regarding reproductive health and unplanned pregnancy: a cross-sectional study.** Public Health, v. 135, p. 104-113, 2016.

SHULMAN, Shmuel; SEIFFGE-KRENKE, Inge; WALSH, Sophie D. **Is Sexual Activity During Adolescence Good for Future Romantic Relationships?** Journal of Youth and Adolescence, v. 46, n. 9, p. 1867-1877, 2017.

SIEVING, Renee E. et al. **A clinic-based youth development program to reduce sexual risk behaviors among adolescent girls: Prime Time pilot study.** Health Promotion Practice, v. 13, n. 4, p. 462-471, 2012.

SILVA, Carla Regina; LOPES, Roseli Esquerdo. **Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 17, n. 2, 2010.

SIMMONDS, Daniel J. et al. **Developmental stages and sex differences of white matter and behavioral development through adolescence: a longitudinal diffusion tensor imaging (DTI) study.** Neuroimage, v. 92, p. 356-368, 2014.

SINHA, Jill W.; CNAAN, Ram A.; GELLES, Richard J. **Adolescent risk behaviors and religion: Findings from a national study.** Journal of Adolescence, v. 30, n. 2, p. 231-249, 2007.

SNJ: Secretaria Nacional de Juventude. **Políticas públicas de juventude**, Brasília. Jan 2013. Disponível em <http://juventude.gov.br/articles/0009/3228/balanco-snj-2013.pdf>

SOARES, Leonardo Ribeiro et al. **Avaliação do comportamento sexual entre jovens e adolescentes de escolas públicas.** Adolescência & Saúde, v. 12, n. 2, p. 76-84, 2015.

SOLLER, Brian; HAYNIE, Dana L.; KUHLEMEIER, Alena. **Sexual intercourse, romantic relationship inauthenticity, and adolescent mental health.** Social Science Research, v. 64, p. 237-248, 2017.

STARAS, Stephanie AS et al. **The influence of sexual partner on condom use among urban adolescents.** Journal of Adolescent Health, v. 53, n. 6, p. 742-748, 2013.

STEINBERG, Laurence. **A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking.** Developmental Review, v. 28, n. 1, p. 78-106, 2008.

STENGEL, Márcia; DAYRELL, Juarez T. **Produção sobre adolescência/juventude na pós-graduação da Psicologia no Brasil.** Desidades, v. 14, p. 18-29, 2017.

SULEIMAN, Ahna Ballonoff; HARDEN, K. Paige. **The importance of sexual and romantic development in understanding the developmental neuroscience of adolescence.** Developmental Cognitive Neuroscience, v. 17, p. 145-7, 2016.

SULEIMAN, Ahna Ballonoff et al. **Becoming a sexual being: The 'elephant in the room' of adolescent brain development.** Developmental Cognitive Neuroscience, v. 25, p. 209-220, 2017.

TANNER, Amanda E.; HENSEL, Devon J.; FORTENBERRY, J. Dennis. **A prospective study of the sexual, emotional, and behavioral correlates associated with young women's first and usual coital events.** Journal of Adolescent Health, v. 47, n. 1, p. 20-25, 2010.

TEMMERMAN, Marleen. **Adolescent mothers: too young to be neglected.** The Lancet Child & Adolescent Health, v. 1, n. 3, p. 164-166, 2017.

TEUNISSEN, Hanneke A. et al. **Friends' drinking norms and male adolescents' alcohol consumption: The moderating role of performance-based peer influence susceptibility.** Journal of Adolescence, v. 53, p. 45-54, 2016.

THIBODEAU, Marie-Ève et al. **Childhood maltreatment and adolescent sexual risk behaviors: unique, cumulative and interactive effects.** Child Abuse & Neglect, v. 72, p. 411-420, 2017.

TOLMAN, Deborah L.; MCCLELLAND, Sara I. **Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000–2009.** Journal of Research on Adolescence, v. 21, n. 1, p. 242-255, 2011.

TOMKINS, Andrew et al. **Controversies in faith and health care.** The Lancet, v. 386, n. 10005, p. 1776-1785, 2015.

TRANCOSO, Alcimar Enéas Rocha; OLIVEIRA, Adélia Augusta Souto. **Produção social, histórica e cultural do conceito de juventudes heterogêneas potencializa ações políticas.** Psicologia & Sociedade, v. 26, n. 1, 2014..

TRANCOSO, Alcimar Enéas Rocha; OLIVEIRA, Adélia Augusta Souto. **Aspectos do conceito de juventude nas Ciências Humanas e Sociais: análises de teses, dissertações e artigos produzidos de 2007 a 2011.** Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 11, n. 2, p. 278-294, 2016.

UNAIDS data Sheet. **New HIV infections by age 2016.** Disponível em: www.aidsinfo.unaids.org

UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Juventudes: outros olhares sobre a diversidade.** 1ª Edição, Brasília. Abr 2007.

UNFPA: Fundo de População das Nações Unidas. **Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy.** 2013.

UNFPA: Fundo de População das Nações Unidas. **The power of 1,8 billion: adolescents, youth and the transformation of the future.** 2014.

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância 2011: adolescência uma fase de oportunidades.** Disponível em: www.unicef.org

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Unicef annual report 2015 – Brazil.** Disponível em: www.unicef.org/about/annualreport/files/brazil_2015_COAR

VAN DE BONGARDT, Daphne et al. **A meta-analysis of the relations between three types of peer norms and adolescent sexual behavior.** Personality and Social Psychology Review, v. 19, n. 3, p. 203-234, 2015.

VAN DE BONGARDT, Daphne et al. **Observed normativity and deviance in friendship dyads' conversations about sex and the relations with youths' perceived sexual peer norms.** Archives of Sexual Behavior, v. 46, n. 6, p. 1793-1806, 2017.

VAN REEUWIJK, Miranda; NAHAR, Papreen. **The importance of a positive approach to sexuality in sexual health programmes for unmarried adolescents in Bangladesh.** Reproductive Health Matters, v. 21, n. 41, p. 69-77, 2013.

VASILENKO, Sara A. et al. **Testing two process models of religiosity and sexual behavior.** Journal of Adolescence, v. 36, n. 4, p. 667-673, 2013.

VASILENKO, Sara A.; LANZA, Stephanie T. **Predictors of multiple sexual partners from adolescence through young adulthood.** Journal of Adolescent Health, v. 55, n. 4, p. 491-497, 2014.

VENKATESH, Kartik K.; CU-UVIN, Susan. **Anatomic and hormonal changes in the female reproductive tract immune environment during the life cycle: implications for HIV/STI prevention research.** American Journal of Reproductive Immunology, v. 71, n. 6, p. 495-504, 2014.

VIEIRA, Maria AS et al. **Fatores associados ao uso do preservativo em adolescentes do gênero feminino no município de Goiânia.** DST Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 16, n. 3, p. 77-83, 2004.

VILLALOBOS-HERNÁNDEZ, Aremis et al. **Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México.** Salud Pública de México, v. 57, n. 2, p. 135-143, 2015.

WABIRI, Njeri; TAFFA, Negussie. **Socio-economic inequality and HIV in South Africa.** BMC Public Health, v. 13, n. 1, p. 1037, 2013.

WANG, Bo et al. **The impact of parent involvement in an effective adolescent risk reduction intervention on sexual risk communication and adolescent outcomes.** AIDS Education and Prevention, v. 26, n. 6, p. 500-520, 2014.

WANG, Ruey-Hsia et al. **Risk behaviours among early adolescents: risk and protective factors.** Journal of Advanced Nursing, v. 66, n. 2, p. 313-323, 2010.

WASSERMAN, Alexander M.; CROCKETT, Lisa J.; HOFFMAN, Lesa. **Reward Seeking and Cognitive Control: Using the Dual Systems Model to Predict Adolescent Sexual Behavior.** Journal of Research on Adolescence, v. 27, n. 4, p. 907-913, 2017.

WELLINGS, Kaye et al. **Sexual behaviour in context: a global perspective**. The Lancet, v. 368, n. 9548, p. 1706-1728, 2006.

WIDMAN, Laura et al. **Adolescent susceptibility to peer influence in sexual situations**. Journal of Adolescent Health, v. 58, n. 3, p. 323-329, 2016.

WILDER, Esther I.; WATT, Toni Terling. **Risky parental behavior and adolescent sexual activity at first coitus**. The Milbank Quarterly, v. 80, n. 3, p. 481-524, 2002.

WILSON, Helen W. et al. **Trajectories of psychopathology and risky behaviors associated with childhood abuse and neglect in low-income urban African American girls**. Child Abuse & Neglect, v. 45, p. 108-121, 2015.

ZANELLA, Andréa Vieira et al. **Jovens, juventude e políticas públicas: Produção acadêmica em periódicos científicos brasileiros (2002 a 2011)**. Estudos de Psicologia, v. 18, n. 2, 2013.

ZAPPE, Jana Gonçalves; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. **Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 65, n. 1, p. 44-52, 2016.

ZORNIG, S. M. A. J.; ABU-JAMRA, M. **As teorias sexuais infantis na atualidade: algumas reflexões**. Psicologia em Estudo, v. 13, n. 1, p. 73-77, 2008.

ANEXOS

Anexo A – Questionário detalhado

PROJETO ADOLESCER COM SAÚDE		Questionário 1	
CONFIDENCIAL			
Unidade básica: _____			
Data da entrevista: ____/____/____			
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: _____			
Projeto Adolescer com Saúde			

Data: ____/____/2007.	
PARTE 1	
1- Qual a sua idade? _____ anos completos.	IDADE ☐
2- Estado civil:	ESTCIV ☐
1. () solteira	
2. () casada	
3. () vive junto	
4. () divorciada/desquitada	
3- Tem religião?	TRELIG ☐
1. () Sim	
2. () Não	
4- Qual é a sua religião?	QRELIG ☐
1. () católica	
2. () evangélica. Qual? _____	
3. () espírita	
4. () outra igreja	
5- É praticante? (mínimo 1 X por mês)	PRATI ☐
1. () Sim	
2. () Não	

6- Você estuda ou estudou até:	ESTUD ☐
1. () 1ª a 4ª série do 1º grau	
2. () 5ª a 8ª série do 1º grau	
3. () 2º grau incompleto	
4. () 2º grau completo	
5. () curso superior incompleto	
6. () não estudou	
7- Sua mãe estudou até:	ESTMAE ☐
1. () 1ª a 4ª série do 1º grau	
2. () 5ª a 8ª série do 1º grau	
3. () 2º grau incompleto	
4. () 2º grau completo	
5. () curso superior incompleto	
6. () curso superior completo	
7. () não estudou	
8. () não sei	
8- Qual a renda total da sua família?	RENDA ☐
1. () menor que 2 salários-mínimos	
2. () de 2 a 4 salários-mínimos	
3. () de 5 a 10 salários-mínimos	
4. () maior de 10 salários-mínimos	
5. () Não sei	
9- Quantas pessoas moram na sua casa?	MORA ☐

10- Você tem algum problema ou preocupação com a sua saúde?	SAUDE ☐
1. () Não	
2. () Sim. Qual? _____	
11- Você tem algum problema com sua menstruação?	MENST ☐
1. () Irregularidade menstrual	
2. () Cólica menstrual	
3. () Outras. Qual? _____	
4. () Não tem problema	
12- Você vai bem na escola?	BEMES ☐
1. () Sim	
2. () Não. Por quê? _____	
13- Você está satisfeita com seu relacionamento com seus pais?	RELPAI ☐
1. () Sim	
2. () Não. Por quê? _____	
14- Você já tomou vacina contra hepatite B?	VACINA ☐
1. () Sim. Quantas doses? () 1 () 2 () 3	
2. () Não	
15- Você já transou (relação sexual)?	RELSEX ☐
1. () Sim	
2. () Não	

PARTE 2	
16- Com que idade você teve sua primeira relação sexual? _____ anos	SEXAR ☐
17- Sua primeira relação sexual foi com: 1.() namorado 2.() esposo ou pessoa com a qual você vive junto 3.() amigo 4.() prostituto 5.() estranho/ recém-conhecido, outra pessoa. 6.() Abuso sexual	PRISEX ☐
18- Quantos parceiros sexuais você teve durante sua vida? _____ parceiros	NUPAR ☐
19- Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos três meses? 1.() 1 2.() 2 3.() 3 4.() 4 ou mais 5.() Nenhum	NUPAR3 ☐
20- Você teve um novo parceiro nos últimos três meses? 1.() Sim 2.() Não	NOVPAR ☐
21- Nos últimos três meses, você transou com algum parceiro que tinha secreção no pênis, dor ao urinar ou outro tipo de Doença Sexualmente Transmissível (DST)? 1.() Sim 2.() Não 3.() Não sei	DSTPAR ☐
22- Você tem parceiro fixo? 1.() Sim 2.() Não	PARFIX ☐
23- Se a resposta anterior for "sim"- Você costuma transar com outros rapazes mesmo tendo parceiro fixo? 1.() Sim 2.() Não	TRAI ☐
24- Nas vezes em que transou, os seus parceiros usaram camisinha? 1.() Sempre (todas as vezes) 2.() Às vezes (mais da metade das vezes) 3.() Raramente (menos da metade das vezes) 4.() Nunca	CAMIS ☐
25- Caso seu parceiro ou seus parceiros não usem camisinha em todas as relações sexuais, cite até três motivos que o(s) levou(ram) a não usar a camisinha. 1.() Nenhum 2.() Custa muito caro 3.() Não sabe ou não tem onde comprar 4.() Tem vergonha de comprar 5.() Não sabe usar 6.() Diminui o prazer 7.() Quebra o clima da transa 8.() É difícil e embaraçoso de usar 9.() O parceiro não gosta 10.() Tem vergonha de pedir para o parceiro usar 11.() Porque acha que não precisa 12.() Tem medo de ser mal compreendido 13.() Porque sua religião proíbe 14.() Porque confia no parceiro	NCAMIS ☐ ☐ ☐
26- Que tipos de relação sexual você já teve? Pênis-vagina 1.() Sim 2.() Não Sexo oral (boca nos genitais) 1.() Sim 2.() Não Sexo anal (pênis no ânus) 1.() Sim 2.() Não	VAGINA ☐ ORAL ☐ ANAL ☐
27- Você já teve experiência sexual: a) Sexo em troca de dinheiro 1.() Sim 2.() Não b) Sexo em troca de drogas 1.() Sim 2.() Não c) Sexo com prostituto 1.() Sim 2.() Não d) Com pessoa que usa droga injetável 1.() Sim 2.() Não	DINHER ☐ DROGA ☐ PROST ☐ DROINJ ☐
28- Você acha que seu parceiro tem outras parceiras ao mesmo tempo que está com você? 1.() Sim 2.() Não 3.() Não sei	PARTRAI ☐
29- Você já engravidou alguma vez? 1.() Sim. Quantas vezes? _____ vezes 2.() Não	GRAVID ☐
30- Qual sua idade na 1ª gravidez? _____ anos	IDGRAV ☐
31- Seu parceiro usou preservativo (camisinha) na última relação sexual? 1.() Sim 2.() Não	ULCAMI ☐

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores preditores da iniciação sexual e do comportamento sexual de risco em mulheres adolescentes e adultas jovens.

Pesquisador: Caroline Ferreira dos Anjos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83763518.6.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina - UFG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.552.784

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado Adolescer com Saúde, financiado pelo Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A pesquisa inicial foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo 086/05.

Desenho do estudo. Trata-se de um estudo de base comunitária, transversal, realizado em 3 cidades de médio porte, do estado de Goiás, na região centro-oeste do Brasil, entre 2007 e 2009. As cidades foram selecionadas de forma randomizada para representar a população urbana fora da capital, na região. As 3 cidades são Ceres, Catalão e Inhumas e tem ao todo 141.046 habitantes, estimando-se 4.500 mulheres abaixo de 25 anos cobertas pelo Programa de Saúde da Família (De LIMA 2014).

População do estudo. Todas as mulheres entre 15 e 24 anos foram potencialmente elegíveis. O tamanho amostral foi calculado pelo Open Source Epidemiologic Statistic for Public Health software (OpenEpi versão 2.3.1). Baseado no desenho do estudo, eram necessárias 646 mulheres sexualmente ativas para poder estatístico das análises e Intervalo de Confiança de 95%. Considerando que 40% das jovens questionadas seriam sexualmente inativas, 20% não seriam encontradas no endereço cadastrado, 10% seriam inelegíveis por gestação ou uso de medicamentos, 25% de recusa, a amostra final foi de 1.250 mulheres.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitário

CEP: 74.605-020

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3269-8338

Fax: (62)3269-8426

E-mail: cephcufg@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 2.552.784

Em uma primeira etapa 1.250 mulheres foram randomicamente selecionadas pelo programa Epi Info (versão 3.4) entre as 4.500 elegíveis, e convidadas por carta a comparecer à Unidade de Saúde da Família para participar da pesquisa. As que concordaram foram encaminhadas para a segunda etapa, que consistiu na aplicação do questionário. (De LIMA 2014).

Crítérios de inclusão. Foram incluídas todas as participantes convidadas que compareceram à unidade de saúde e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Coleta de dados. O questionário estruturado aplicado contém 2 partes. A parte 1, destinada a todas as respondentes, consiste nos dados individuais e sócio demográficos, e contém as seguintes informações: idade, estado civil, religião, escolaridade, escolaridade da mãe, renda familiar, número de pessoas em casa, preocupação com a saúde, problema menstrual, satisfação com o relacionamento com os pais, vacinação contra hepatite B e iniciação sexual. A 2 parte, aplicada apenas às respondentes sexualmente ativas, contém as informações sobre a história sexual: idade da primeira relação, quem foi o primeiro parceiro, número de parceiros na vida, número de parceiros nos últimos 3 meses, percepção de IST no parceiro, tem parceiro fixo, traição ao parceiro, frequência do uso do preservativo masculino, uso do preservativo na última relação, motivos do não uso do preservativo masculino, tipo de relação sexual, atividade sexual em contexto de risco (em troca de dinheiro, drogas, prostituição ou parceiro sob efeito de drogas), percepção de traição pelo parceiro, história de gravidez e idade da primeira gravidez.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS

GERAL

Identificar os fatores associados à iniciação sexual e à adoção de comportamento sexual de risco em uma população de mulheres adolescentes e adultas jovens, na região centro oeste do Brasil.

ESPECÍFICOS

1. Avaliar a semelhança entre as características sócio demográficas e comportamentais entre participantes sexualmente ativas e virgens.
2. Estimar a prevalência do início da atividade sexual até os 15 anos de idade.
3. Estimar a prevalência do não uso ou uso inconsistente do preservativo masculino pelo parceiro.
4. Avaliar a associação de fatores sócio demográficos e comportamentais com o início da atividade sexual até os 15 anos de idade.
5. Avaliar a associação de fatores sócio demográficos e comportamentais com não uso ou uso inconsistente do preservativo masculino.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cepcufig@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 2.552.784

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

A pesquisa oferece riscos mínimos relativos a possível constrangimento na obtenção das respostas, por se tratar de assunto íntimo. Os riscos foram minimizados por total sigilo na entrevista, e pela determinação judicial da não participação dos pais, protegendo as participantes.

BENEFÍCIOS

Além do benefício das informações obtidas, as participantes receberam orientações sobre sexualidade, e as que apresentaram demandas específicas foram encaminhadas para avaliação ginecológica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que é um braço do projeto intitulado ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) EM ADOLESCENTES E JOVENS DO SEXO FEMININO DO ESTADO DE GOIÁS, aprovado pelo CEP/HC/UFG sob o número 086/05, pertencente à pesquisadora Professora Maria de Fátima Costa Alves.

A proposta é analisar o banco de dados do questionário 1, obtido pela pesquisadora no projeto inicial, sob a perspectiva comportamental. A autorização do uso do banco de dados foi obtida da professora Maria de Fátima (arquivo anexo).

O banco de dados será utilizado de acordo com as normas éticas de pesquisa, com meu comprometimento pessoal em manter sob sigilo a identificação das participantes, publicando apenas dados estatísticos provenientes da análise.

A pesquisadora solicita a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tendo em vista que todas as participantes já fizeram seus consentimentos no projeto de origem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anexados e adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Projeto encontra-se de acordo com as Diretrizes e Normas da Resolução CNS 466/12. APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.552.784

e na Norma Operacional CNS 001/13, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto. Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1067329.pdf	31/01/2018 10:05:28		Aceito
Parecer Anterior	aprovacao_cep_projeto_inicial.pdf	31/01/2018 10:04:35	Caroline Ferreira dos Anjos	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	31/01/2018 10:02:47	Caroline Ferreira dos Anjos	Aceito
Outros	carta_de_apresentacao.pdf	31/01/2018 10:00:13	Caroline Ferreira dos Anjos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	31/01/2018 09:58:30	Caroline Ferreira dos Anjos	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	31/01/2018 09:58:08	Caroline Ferreira dos Anjos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 20 de Março de 2018

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.552.784

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROJETO ADOLESCER COM SAÚDE

CONSENTIMENTO INFORMADO Nº 1

A Universidade Federal de Goiás, através do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública está realizando uma pesquisa, apoiada pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de estudar alguns problemas de saúde das adolescentes. Se você concordar em participar dessa pesquisa, deverá responder a um questionário que é confidencial, não havendo nenhuma identificação pessoal que estará ligada às suas respostas. E você poderá recusar-se a responder qualquer uma das perguntas feitas. Não haverá nenhum risco para você, uma vez que apenas responderá um questionário. E como benefício terá as orientações sobre possíveis problemas de saúde que possa relatar. Se não desejar participar da pesquisa, será atendida normalmente, de acordo com a rotina do serviço.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Aceito participar da pesquisa acima referida, após ter lido este consentimento e tido oportunidade de fazer perguntas e de refletir sobre as informações que me foram dadas. Minha participação é inteiramente voluntária.

Assinatura da participante: _____

Responsáveis pela pesquisa:

Maria de Fátima Costa Alves
Professora Associada IPTSP-UFG
Laboratório de Biologia Molecular e Imunologia
aplicadas às Doenças Infecciosas
Fone: (62)3209-6119

Eleuse Machado de Brito Guimarães
Professora Titular-UFG/ Médica de adolescentes
Fone: (62) 3209-6119

Coordenadora local

Fone _____

Local: _____, _____ de _____ de 200 _____

COLAR ETIQUETA AQUI

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

Anexo D – Normas de Publicação da Revista



JOURNAL OF ADOLESCENCE

The Journal of the [Foundation for Professionals in Services to Adolescents \(FPSA\)](#)

AUTHOR INFORMATION PACK

TABLE OF CONTENTS

•	Description	p.1
•	Impact Factor	p.1
•	Abstracting and Indexing	p.2
•	Editorial Board	p.2
•	Guide for Authors	p.3



ISSN: 0140-1971

DESCRIPTION

The *Journal of Adolescence* is an international, broad based, cross-disciplinary journal that addresses issues of professional and academic importance concerning development between **puberty** and the attainment of **adult status** within society. Our focus is specifically on **adolescent development**: change over time or negotiating age specific issues and life transitions. The aim of the journal is to encourage research and foster good practice through publishing empirical studies, integrative reviews and theoretical and methodological advances. The *Journal of Adolescence* is essential reading for adolescent researchers, social workers, psychiatrists, psychologists, and youth workers in practice, and for university and college faculty in the fields of psychology, sociology, education, criminal justice, and social work.

Research Areas Encompassed:

- Adolescent development with particular emphasis on social, cognitive, and emotional functioning
- Resilience, positive development, and effective coping
- Disturbances and disorders of adolescence
- Public health approaches and interventions designed to reduce risk or support positive development

Benefits to authors

We also provide many author benefits, such as free PDFs, a liberal copyright policy, special discounts on Elsevier publications and much more. Please click [here](#) for more information on our [author services](#).

Please see our [Guide for Authors](#) for information on article submission. If you require any further information or help, please visit our [Support Center](#)

IMPACT FACTOR

2017: 1.865 © Clarivate Analytics Journal Citation Reports 2018

ABSTRACTING AND INDEXING

Scopus
MEDLINE®
Child Development Abstracts and Bibliography
Criminal Justice Abstracts
Current Index to Journals in Education
EMBASE
Excerpta Medica
ERIC
PsycINFO
Social Sciences Citation Index
Social Sciences Citation Index
Social Services Abstracts
Sociological Abstracts

EDITORIAL BOARD

Editor

Nancy Darling, Oberlin College, Oberlin, Ohio, USA

Associate Editors

James Cote, Western University, London, Ontario, Canada

Leslie Morrison Gutman, University College London (UCL), London, UK

Sheila Marshall, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada

Assistant Editors

Christopher T. Barry, Washington State University, Pullman, Washington, USA

Wim Beyers, Universiteit Gent, Gent, Belgium

Sandra Bosaki, Brock University, St. Catharines, Ontario, Canada

Stephen Collishaw, Cardiff University, Cardiff, UK

Linda Juang, Universität Potsdam, Potsdam, Germany

Andrew Percy, Queen's University Belfast, Belfast, Northern Ireland, UK

Lauree Tilton-Weaver, Örebro University, Örebro, Sweden

Jonathan Tubman, The American University, Washington, District of Columbia, USA

Manfred van Dulman, Kent State University, Kent, Ohio, USA

Consulting Editors

John Coleman

Ann Hagell, Association for Young People's Health, London, England, UK

Editorial Board

Liane Peña Alampay, Ateneo de Manila University, Quezon City, Philippines

Craig Anderson, Iowa State University, Ames, Iowa, USA

Serge Brand, Universität Basel, Basel, Switzerland

Christy Buchanan, Wake Forest University, Winston-Salem, North Carolina, USA

Deborah Capaldi, Oregon Social Learning Center, Eugene, Oregon, USA

Laura Ferrer-Wreder, Stockholms Universitet, Stockholm, Sweden

Reed Larson, University of Illinois at Urbana-Champaign, Urbana, USA

Carol Markstrom, West Virginia University, Morgantown, West Virginia, USA

Barbara Maughan, King's College London, London, England, UK

Shinichi Mizokami, Kyoto University, Kyoto, Japan

Marlene Moretti, Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada

Peter Noack, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena, Germany

Candice Odgers, University of California at Irvine, Irvine, California, USA

Assaf Oshri, University of Georgia, Athens, Georgia, USA

Ingrid Schoon, Institute of Education, London, England, UK

Seth Schwartz, University of Miami, Miller School of Medicine, Miami, Florida, USA

Inge Seiffge-Krenke, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn, Germany

Shmuel Shulman, Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Israel

Alan Waterman, College of New Jersey, Ewing, New Jersey, USA

Miranda Wolpert, University College London (UCL), London, England, UK

Melanie Zimmer-Gembeck, Griffith University, Queensland, Australia

GUIDE FOR AUTHORS

Introduction

The Journal is an international, broadly based, cross-disciplinary, peer-reviewed journal addressing issues of professional and academic importance to people interested in adolescent development. The Journal aims to enhance theory, research and clinical practice in adolescence through the publication of papers concerned with the nature of adolescence, interventions to promote successful functioning during adolescence, and the management and treatment of disorders occurring during adolescence. We welcome relevant contributions from all disciplinary areas.

For the purpose of the Journal, adolescence is considered to be the developmental period between childhood and the attainment of adult status within a person's community and culture. As a practical matter, published articles typically focus on youth between the ages of 10 and 25. However, it is important to note that JoA focuses on adolescence as a *developmental period*, and this criterion is more important than age per se in determining whether the subject population or article is appropriate for publication.

The Journal publishes both qualitative and quantitative research. While the majority of the articles published in the Journal are reports of empirical research studies, the Journal also publishes reviews of the literature, when such reviews are strongly empirically based and provide the basis for extending knowledge in the field. Authors are encouraged to read recent issues of the Journal to get a clear understanding of style and topic range.

Types of contributions

Specific instructions for different manuscript types

Full research articles: The majority of the articles carried in the Journal are full research articles of up to 5000 words long, reporting the results of research (including evaluations of interventions). The word count relates to the body of the article. The abstract, references, tables, figures and appendices are not included in the count. Authors are encouraged to consult back issues of the Journal to get a sense of coverage and style, but should not necessarily feel confined by this. Articles should clearly make a new contribution to the existing literature and advance our understanding of adolescent development.

Review articles: We are keen to encourage authors to submit review articles on topics where there is a need for a new overview of existing research. As with other formats, the focus should be explicitly on adolescence, and on shedding light on young people's development. The journal is not prescriptive about how reviews should be undertaken, but the methods used should be clear. Reviews should not exceed 5000 words. The word count includes the body of the article, but not the abstract, references, tables, figures or appendices. Further information about writing reviews for the Journal of Adolescence can be found [here](#). Occasionally the editors will commission review pieces if they feel there is a particular gap in the literature that needs filling, or to complement a Special Issue. If authors would like to discuss their plans for a review article, please contact the Editor through the journal mailbox joa@elsevier.com in the first instance.

Brief reports: The Editors will consider Brief Reports of between 1000 and 1500 words (three to five typewritten pages). The word count relates to the body of the report. The abstract, references, tables, figures and appendices are not included in the count. This format should be used for reports of findings from the early stages of a program of research, replications (and failures to replicate) previously reported findings, results of studies with sampling or methodological problems that have yielded findings of sufficient interest to warrant publication, results of well designed studies in which important theoretical propositions have not been confirmed, and creative theoretical contributions that have yet to be studied empirically. A footnote should be included if a full-length report is available upon request from the author (s).

International notes: This format is for the very brief reporting of research replications from developing countries and places with a less well supported adolescence research field, where it may be difficult to find international publication outlets and bring the work to the attention of a wider audience. International notes would be published as a very brief summary in the Journal (up to 1000 words in length), with a fuller version available as on-line supplementary material (see above). The

word count relates to the body of the text. The abstract, references, tables, figures and appendices are not included in the count. International notes are likely to focus on local replications of well-known phenomena or findings.

Submission checklist

You can use this list to carry out a final check of your submission before you send it to the journal for review. Please check the relevant section in this Guide for Authors for more details.

Ensure that the following items are present:

One author has been designated as the corresponding author with contact details:

- E-mail address
- Full postal address

All necessary files have been uploaded:

Manuscript:

- Include keywords
- All figures (include relevant captions)
- All tables (including titles, description, footnotes)
- Ensure all figure and table citations in the text match the files provided
- Indicate clearly if color should be used for any figures in print

Graphical Abstracts / Highlights files (where applicable)

Supplemental files (where applicable)

Further considerations

- Manuscript has been 'spell checked' and 'grammar checked'
- All references mentioned in the Reference List are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Internet)
- A competing interests statement is provided, even if the authors have no competing interests to declare
- Journal policies detailed in this guide have been reviewed
- Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

For further information, visit our [Support Center](#).

BEFORE YOU BEGIN

Ethics in publishing

Please see our information pages on [Ethics in publishing](#) and [Ethical guidelines for journal publication](#).

Human and animal rights

If the work involves the use of human subjects, the author should ensure that the work described has been carried out in accordance with [The Code of Ethics of the World Medical Association](#) (Declaration of Helsinki) for experiments involving humans; [Uniform Requirements for manuscripts submitted to Biomedical journals](#). Authors should include a statement in the manuscript that informed consent was obtained for experimentation with human subjects. The privacy rights of human subjects must always be observed.

All animal experiments should comply with the [ARRIVE guidelines](#) and should be carried out in accordance with the U.K. Animals (Scientific Procedures) Act, 1986 and associated guidelines, [EU Directive 2010/63/EU for animal experiments](#), or the National Institutes of Health guide for the care and use of Laboratory animals (NIH Publications No. 8023, revised 1978) and the authors should clearly indicate in the manuscript that such guidelines have been followed.

Declaration of interest

All authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential competing interests include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding. Authors must disclose any interests in two places: 1. A summary declaration of interest statement in the title page file (if double-blind) or the manuscript file (if single-blind). If there are no interests to declare then please state this: 'Declarations

of interest: none'. This summary statement will be ultimately published if the article is accepted. 2. Detailed disclosures as part of a separate Declaration of Interest form, which forms part of the journal's official records. It is important for potential interests to be declared in both places and that the information matches. [More information](#).

Submission declaration and verification

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract, a published lecture or academic thesis, see '[Multiple, redundant or concurrent publication](#)' for more information), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright-holder. To verify originality, your article may be checked by the originality detection service [Crossref Similarity Check](#).

Preprints

Please note that [preprints](#) can be shared anywhere at any time, in line with Elsevier's [sharing policy](#). Sharing your preprints e.g. on a preprint server will not count as prior publication (see '[Multiple, redundant or concurrent publication](#)' for more information).

Changes to authorship

Authors are expected to consider carefully the list and order of authors **before** submitting their manuscript and provide the definitive list of authors at the time of the original submission. Any addition, deletion or rearrangement of author names in the authorship list should be made only **before** the manuscript has been accepted and only if approved by the journal Editor. To request such a change, the Editor must receive the following from the **corresponding author**: (a) the reason for the change in author list and (b) written confirmation (e-mail, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed.

Only in exceptional circumstances will the Editor consider the addition, deletion or rearrangement of authors **after** the manuscript has been accepted. While the Editor considers the request, publication of the manuscript will be suspended. If the manuscript has already been published in an online issue, any requests approved by the Editor will result in a corrigendum.

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (see [more information](#) on this). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. [Permission](#) of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations. If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has [preprinted forms](#) for use by authors in these cases.

For gold open access articles: Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete an 'Exclusive License Agreement' ([more information](#)). Permitted third party reuse of gold open access articles is determined by the author's choice of [user license](#).

Author rights

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. [More information](#).

Elsevier supports responsible sharing

Find out how you can [share your research](#) published in Elsevier journals.

Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement then this should be stated.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established a number of agreements with funding bodies which allow authors to comply with their funder's open access policies. Some funding bodies will reimburse the author for the gold open access publication fee. Details of [existing agreements](#) are available online.

Open access

This journal offers authors a choice in publishing their research:

Subscription

- Articles are made available to subscribers as well as developing countries and patient groups through our [universal access programs](#).
- No open access publication fee payable by authors.
- The Author is entitled to post the [accepted manuscript](#) in their institution's repository and make this public after an embargo period (known as green Open Access). The [published journal article](#) cannot be shared publicly, for example on ResearchGate or Academia.edu, to ensure the sustainability of peer-reviewed research in journal publications. The embargo period for this journal can be found below.

Gold open access

- Articles are freely available to both subscribers and the wider public with permitted reuse.
- A gold open access publication fee is payable by authors or on their behalf, e.g. by their research funder or institution.

Regardless of how you choose to publish your article, the journal will apply the same peer review criteria and acceptance standards.

For gold open access articles, permitted third party (re)use is defined by the following [Creative Commons user licenses](#):

Creative Commons Attribution (CC BY)

Lets others distribute and copy the article, create extracts, abstracts, and other revised versions, adaptations or derivative works of or from an article (such as a translation), include in a collective work (such as an anthology), text or data mine the article, even for commercial purposes, as long as they credit the author(s), do not represent the author as endorsing their adaptation of the article, and do not modify the article in such a way as to damage the author's honor or reputation.

Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs (CC BY-NC-ND)

For non-commercial purposes, lets others distribute and copy the article, and to include in a collective work (such as an anthology), as long as they credit the author(s) and provided they do not alter or modify the article.

The gold open access publication fee for this journal is **USD 2000**, excluding taxes. Learn more about Elsevier's pricing policy: <https://www.elsevier.com/openaccesspricing>.

Green open access

Authors can share their research in a variety of different ways and Elsevier has a number of green open access options available. We recommend authors see our [green open access page](#) for further information. Authors can also self-archive their manuscripts immediately and enable public access from their institution's repository after an embargo period. This is the version that has been accepted for publication and which typically includes author-incorporated changes suggested during submission, peer review and in editor-author communications. Embargo period: For subscription articles, an appropriate amount of time is needed for journals to deliver value to subscribing customers before an article becomes freely available to the public. This is the embargo period and it begins from the date the article is formally published online in its final and fully citable form. [Find out more](#).

This journal has an embargo period of 36 months.

Language (usage and editing services)

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the [English Language Editing service](#) available from Elsevier's WebShop.

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. The system converts your article files to a single PDF file used in the peer-review process. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail.

Submit your article

Please submit your article via <http://ees.elsevier.com/yjado/>

Additional information

The Journal considers full Research Articles (up to 5,000 words), Brief Reports (up to 1,500 words), and International Notes (1,000 words). All manuscripts should observe the following rules about presentation. The word count relates to the body of the article. The abstract, references, tables, figures and appendices are not included in the count.

GENERAL STYLE: The Journal follows the current American Psychological Association style guide. Papers that are not submitted in APA style are likely to be returned to authors. You are referred to their Publication Manual, Sixth Edition, copies of which may be ordered from <http://www.apa.org/pubs/books/4200066.aspx>, or APA order Dept, POB 2710, Hyattsville, MD 20784, USA, or APA, 3 Henrietta Street, London, WC3E 8LU, UK. There are also abbreviated guides freely available on the web. Text should be written in English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Italics are not to be used for expressions of Latin origin, for example, *in vivo*, *et al.*, *per se*. Use decimal points (not commas); use a space for thousands (10 000 and above). If (and only if) abbreviations are essential, define those that are not standard in this field at their first occurrence in the article: in the abstract but also in the main text after it. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

Manuscripts must be typewritten using double spacing and wide (3 cm) margins. (Avoid dull justification, i.e., do not use a constant right-hand margin). Ensure that each new paragraph is clearly indicated. Present tables and figure legends on separate pages in separate electronic files. If possible, consult a recent issue of the Journal to become familiar with layout and conventions. Number all pages consecutively.

PREPARATION

Double-blind review

This journal uses double-blind review, which means that both the reviewer and author name(s) are not allowed to be revealed to one another for a manuscript under review. The identities of the authors are concealed from the reviewers, and vice versa. [More information](#) is available on our website. To facilitate this, please include the following separately:

Title page (with author details): This should include the title, authors' names and affiliations, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address.

Blinded manuscript (no author details): The main body of the paper (including the references, figures and tables) should not include any identifying information, such as the authors' names or affiliations.

Peer review

This journal operates a double blind review process. All contributions will be initially assessed by the editor for suitability for the journal. Papers deemed suitable are then typically sent to a minimum of two independent expert reviewers to assess the scientific quality of the paper. The Editor is responsible for the final decision regarding acceptance or rejection of articles. The Editor's decision is final. [More information on types of peer review.](#)

Double-blind review

This journal uses double-blind review, which means the identities of the authors are concealed from the reviewers, and vice versa. [More information](#) is available on our website. To facilitate this, please include the following separately:

Title page (with author details): This should include the title, authors' names, affiliations, acknowledgements and any Declaration of Interest statement, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address.

Blinded manuscript (no author details): The main body of the paper (including the references, figures, tables and any acknowledgements) should not include any identifying information, such as the authors' names or affiliations.

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the [Guide to Publishing with Elsevier](#)). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Article structure

Subdivision - unnumbered sections

Divide your article into clearly defined sections. Each subsection is given a brief heading. Each heading should appear on its own separate line. Subsections should be used as much as possible when cross-referencing text: refer to the subsection by heading as opposed to simply 'the text'.

Appendices

If there is more than one appendix, they should be identified as A, B, etc. Formulae and equations in appendices should be given separate numbering: Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc.; in a subsequent appendix, Eq. (B.1) and so on. Similarly for tables and figures: Table A.1; Fig. A.1, etc.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. You can add your name between parentheses in your own script behind the English transliteration. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials. **Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author.**
- **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Abstract

A concise and factual abstract is required (maximum length 250 words). This should state briefly the purpose of the research, the principle results and major conclusions. An abstract is often presented separate from the article, so it must be able to stand alone. References should therefore be avoided, but if essential, they must be cited in full, without reference to the reference list.

All abstracts must include basic information about the sample, including country of data collection, sample size, and relevant demographics. Age and gender of participants are required. The abstract should also indicate method of data collection (e.g., qualitative analysis of interview material, surveys administered to parents and adolescents) and whether the study is cross-sectional or longitudinal.

The abstract should be submitted under four headers: Introduction, Methods, Results & Conclusions.

Graphical abstract

Although a graphical abstract is optional, its use is encouraged as it draws more attention to the online article. The graphical abstract should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership. Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. You can view [Example Graphical Abstracts](#) on our information site.

Authors can make use of Elsevier's [Illustration Services](#) to ensure the best presentation of their images and in accordance with all technical requirements.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, using British spelling and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, 'and', 'of'). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Abbreviations

Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article. Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

Acknowledgements

Collate acknowledgements in a separate file to be submitted with your manuscript and do not, therefore, include them anywhere in the manuscript itself or on the title page. In the acknowledgements, list those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

Formatting of funding sources

List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements:

Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa].

It is not necessary to include detailed descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding.

If no funding has been provided for the research, please include the following sentence:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Artwork

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.
- Submit each illustration as a separate file.

A detailed [guide on electronic artwork](#) is available.

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format.

Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF), or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article.** Please indicate your preference for color: in print or online only. [Further information on the preparation of electronic artwork.](#)

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Tables

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

References

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

Web references

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

Data references

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

Reference management software

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support [Citation Style Language styles](#), such as [Mendeley](#) and [Zotero](#), as well as [EndNote](#). Using the word processor plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their

article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. If you use reference management software, please ensure that you remove all field codes before submitting the electronic manuscript. [More information on how to remove field codes.](#)

Users of Mendeley Desktop can easily install the reference style for this journal by clicking the following link:

<http://open.mendeley.com/use-citation-style/journal-of-adolescence>

When preparing your manuscript, you will then be able to select this style using the Mendeley plug-ins for Microsoft Word or LibreOffice.

Reference style

Text: Citations in the text should follow the referencing style used by the American Psychological Association. You are referred to the Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition, ISBN 978-1-4338-0561-5, copies of which may be [ordered online](#) or APA Order Dept., P.O.B. 2710, Hyattsville, MD 20784, USA or APA, 3 Henrietta Street, London, WC3E 8LU, UK.

List: references should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters 'a', 'b', 'c', etc., placed after the year of publication.

Examples:

Reference to a journal publication:

Van der Geer, J., Hanraads, J. A. J., & Lupton, R. A. (2010). The art of writing a scientific article. *Journal of Scientific Communications*, 163, 51–59.

Reference to a book:

Strunk, W., Jr., & White, E. B. (2000). *The elements of style*. (4th ed.). New York: Longman, (Chapter 4).

Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G. R., & Adams, L. B. (2009). How to prepare an electronic version of your article. In B. S. Jones, & R. Z. Smith (Eds.), *Introduction to the electronic age* (pp. 281–304). New York: E-Publishing Inc.

Reference to a website:

Cancer Research UK. Cancer statistics reports for the UK. (2003). <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/> Accessed 13 March 2003.

Reference to a dataset:

[dataset] Oguro, M., Imahiro, S., Saito, S., Nakashizuka, T. (2015). *Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions*. Mendeley Data, v1. <https://doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

Reference to a conference paper or poster presentation:

Engle, E.K., Cash, T.F., & Jarry, J.L. (2009, November). The Body Image Behaviours Inventory-3: Development and validation of the Body Image Compulsive Actions and Body Image Avoidance Scales. Poster session presentation at the meeting of the Association for Behavioural and Cognitive Therapies, New York, NY.

Video

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. . In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the file in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 150 MB per file, 1 GB in total. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including [ScienceDirect](#). Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our [video instruction pages](#). Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

AudioSlides

The journal encourages authors to create an AudioSlides presentation with their published article. AudioSlides are brief, webinar-style presentations that are shown next to the online article on ScienceDirect. This gives authors the opportunity to summarize their research in their own words and to help readers understand what the paper is about. [More information and examples are available](#). Authors of this journal will automatically receive an invitation e-mail to create an AudioSlides presentation after acceptance of their paper.

Data visualization

Include interactive data visualizations in your publication and let your readers interact and engage more closely with your research. Follow the instructions [here](#) to find out about available data visualization options and how to include them with your article.

Supplementary material

Supplementary material such as applications, images and sound clips, can be published with your article to enhance it. Submitted supplementary items are published exactly as they are received (Excel or PowerPoint files will appear as such online). Please submit your material together with the article and supply a concise, descriptive caption for each supplementary file. If you wish to make changes to supplementary material during any stage of the process, please make sure to provide an updated file. Do not annotate any corrections on a previous version. Please switch off the 'Track Changes' option in Microsoft Office files as these will appear in the published version.

Research data

This journal encourages and enables you to share data that supports your research publication where appropriate, and enables you to interlink the data with your published articles. Research data refers to the results of observations or experimentation that validate research findings. To facilitate reproducibility and data reuse, this journal also encourages you to share your software, code, models, algorithms, protocols, methods and other useful materials related to the project.

Below are a number of ways in which you can associate data with your article or make a statement about the availability of your data when submitting your manuscript. If you are sharing data in one of these ways, you are encouraged to cite the data in your manuscript and reference list. Please refer to the "References" section for more information about data citation. For more information on depositing, sharing and using research data and other relevant research materials, visit the [research data](#) page.

Data linking

If you have made your research data available in a data repository, you can link your article directly to the dataset. Elsevier collaborates with a number of repositories to link articles on ScienceDirect with relevant repositories, giving readers access to underlying data that gives them a better understanding of the research described.

There are different ways to link your datasets to your article. When available, you can directly link your dataset to your article by providing the relevant information in the submission system. For more information, visit the [database linking page](#).

For [supported data repositories](#) a repository banner will automatically appear next to your published article on ScienceDirect.

In addition, you can link to relevant data or entities through identifiers within the text of your manuscript, using the following format: Database: xxxx (e.g., TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

Mendeley Data

This journal supports Mendeley Data, enabling you to deposit any research data (including raw and processed data, video, code, software, algorithms, protocols, and methods) associated with your manuscript in a free-to-use, open access repository. Before submitting your article, you can deposit the relevant datasets to *Mendeley Data*. Please include the DOI of the deposited dataset(s) in your main manuscript file. The datasets will be listed and directly accessible to readers next to your published article online.

For more information, visit the [Mendeley Data for journals page](#).

Data statement

To foster transparency, we encourage you to state the availability of your data in your submission. This may be a requirement of your funding body or institution. If your data is unavailable to access or unsuitable to post, you will have the opportunity to indicate why during the submission process, for example by stating that the research data is confidential. The statement will appear with your published article on ScienceDirect. For more information, visit the [Data Statement page](#).

AFTER ACCEPTANCE

Online proof correction

Corresponding authors will receive an e-mail with a link to our online proofing system, allowing annotation and correction of proofs online. The environment is similar to MS Word: in addition to editing text, you can also comment on figures/tables and answer questions from the Copy Editor. Web-based proofing provides a faster and less error-prone process by allowing you to directly type your corrections, eliminating the potential introduction of errors.

If preferred, you can still choose to annotate and upload your edits on the PDF version. All instructions for proofing will be given in the e-mail we send to authors, including alternative methods to the online version and PDF.

We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication. Please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility.

Offprints

The corresponding author will, at no cost, receive 25 free paper offprints, or alternatively a customized [Share Link](#) providing 50 days free access to the final published version of the article on [ScienceDirect](#). The Share Link can be used for sharing the article via any communication channel, including email and social media. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at any time via Elsevier's [Webshop](#). Corresponding authors who have published their article gold open access do not receive a Share Link as their final published version of the article is available open access on ScienceDirect and can be shared through the article DOI link.

AUTHOR INQUIRIES

Visit the [Elsevier Support Center](#) to find the answers you need. Here you will find everything from Frequently Asked Questions to ways to get in touch.

You can also [check the status of your submitted article](#) or find out [when your accepted article will be published](#).

© Copyright 2018 Elsevier | <https://www.elsevier.com>