

A RELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E COMPORTAMENTAIS DA ADOLESCENTE E AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

STELLA R. TAQUETTE*, RENATA BESSA DE ANDRADE, MARÍLIA M. VILHENA, MARIANA CAMPOS DE PAULA

Trabalho realizado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (FCM-UERJ) e no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NESA-UERJ)

RESUMO

OBJETIVO. Conhecer algumas características sociais e comportamentais das adolescentes do sexo feminino com DST e compará-las com as adolescentes sem DST atendidas no NESA-UERJ (Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade Estadual do Rio de Janeiro) para identificação de possíveis fatores de risco às DST.

MÉTODOS. Foi realizado um estudo observacional, transversal, através de entrevistas semi-estruturadas com adolescentes que procuraram atendimento no NESA entre agosto/01 e julho/02. Na análise dos dados, computamos a frequência das variáveis e fizemos comparações entre os dois grupos de adolescentes, com e sem DST, aplicando-se o teste Qui-quadrado com nível de significância de 5%.

RESULTADOS. Entrevistamos 251 adolescentes, sendo 78 (31,1%) sexualmente ativas portadoras de DST, 83 (33,1%) sexualmente ativas sem DST e 90 (35,8%) ainda virgens. O primeiro coito ocorreu em média aos 15 anos em ambos os grupos de sexualmente ativas e o diagnóstico de vulvovaginite revelou-se com mais frequência. Comparando as jovens com DST com as que não tinham, observou-se, respectivamente, atraso escolar em 41% e 23,1% ($p < 0,05$), uso de bebidas alcoólicas no último mês em 43,6% e 25,4% ($p < 0,05$), consumo de outras drogas em 15,4% e 2,9% ($p < 0,05$), não viviam com ambos os pais 73,1% e 46,8% ($p < 0,05$), violência intrafamiliar em 52,6% e 38,1% ($p < 0,05$), sofreram abuso sexual 33,3% e 11,6% ($p < 0,05$) e não utilizaram preservativo nas relações sexuais 80,3% e 59% ($p < 0,05$).

CONCLUSÕES. Os resultados indicam uma multiplicidade de fatores de risco às DST entre as adolescentes estudadas. Pensamos que a intervenção das equipes de saúde no sentido de diminuir a incidência das DST na adolescência deve incidir primordialmente na promoção do uso constante do preservativo em todas as relações sexuais, visto que a redução dos outros fatores de risco parece depender mais de ações que ultrapassam o âmbito da saúde.

UNITERMOS: Sexualidade. Adolescência. DST/Aids. Prevenção & controle.

*Correspondência:

Rua Gomes Carneiro, 34,
apto 802, Ipanema, Rio de
Janeiro, RJ, Tel/fax:
(21) 3813-9694,
staquette@globo.com

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a incidência das DST entre adolescentes vem aumentando¹ e pode ter por consequência imediata uretrites, salpingites e, a longo prazo, infertilidade, gravidez ectópica ou câncer de colo uterino. Sabemos que ter uma DST aumenta a chance de infecção pelo HIV e o perfil epidemiológico da Aids² mostra uma tendência à heterossexualização e ao aumento de sua prevalência em mulheres e na população de baixa renda³. No Brasil não há informações sobre a prevalência de DST entre adolescentes. O número de casos notificados encontra-se bem abaixo das estimativas⁴, talvez porque somente a Aids e a sífilis sejam de notificação compulsória e cerca de 70% das pessoas com DST busquem tratamento em farmácias. Além disso, muitas DST são assintomáticas, principalmente entre as mulheres⁵.

Fatores biológicos, psíquicos e sociais podem aumentar a vulnerabilidade das adolescentes às DST. Do ponto de vista biológico, o epitélio cilíndrico do colo do útero na adolescência se encontra mais exposto e alguns microorganismos têm predileção por este tecido. A baixa idade da menarca pode levar a um início precoce da atividade sexual, aumentando a probabilidade de infecção⁶. No âmbito psíquico, a adolescência é uma fase de definição da identidade sexual com

experimentação e variabilidade de parceiros. O pensamento abstrato ainda incipiente nos adolescentes faz com que se sintam invulneráveis, se expondo a riscos sem prever suas consequências⁷. Instáveis, suscetíveis a influências grupais^{8,9} e familiares, estas jovens beneficiam-se de um bom relacionamento familiar para proteger-se das DST. Na esfera social, os baixos níveis escolar e socioeconômico estão associados às DST, assim como uso de álcool e drogas, já comprovados por diversos estudos^{10,11,12}. Os modelos de gênero também são responsáveis por atividades que colocam em risco a saúde da mulher ao imporem a esta última uma conduta submissa em relação ao homem que a impede de negociar o uso do preservativo nos intercursos sexuais¹³.

O presente estudo foi feito com o objetivo de conhecer algumas características sociais e comportamentais das adolescentes do sexo feminino com DST e compará-las com as adolescentes sem DST atendidas no NESA-UERJ (Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade Estadual do Rio de Janeiro) para identificação de possíveis fatores de risco às DST.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, tipo transversal, cuja população alvo foram as adolescentes que procuraram atendimento médico

no NESA-UERJ entre agosto de 2001 a julho de 2002. O NESA é uma instituição pública cujo ambulatório atende, em diversas especialidades, adolescentes de 12 a 19 anos, a maioria deles pertencente às classes de baixo poder aquisitivo. Neste período, todas as adolescentes em sala de espera comum ao ambulatório foram convidadas a participar da pesquisa. A amostra estudada consistiu no grupo que aceitou o convite.

Desconhecia-se de antemão o motivo da consulta e se a adolescente era ou não sexualmente ativa. O instrumento utilizado foi uma entrevista semi-estruturada que obedecia a um roteiro previamente estabelecido e testado por um estudo piloto com 10 adolescentes, não incluídas na amostra do estudo. Os entrevistadores receberam treinamento por um único pesquisador antes de ir ao campo e semanalmente eram feitas reuniões da equipe de pesquisa onde os dados eram checados. A validade das informações foi assegurada de várias maneiras. Quando havia dúvida quanto à sua veracidade (informações contraditórias, p.ex. a participante era excluída da amostra. Além disso, cerca de 5% das entrevistas foram repetidas por outro entrevistador que obteve as mesmas respostas. Cada pesquisador entrevistou uma proporção semelhante de portadoras ou não de DST. Estes procedimentos foram efetuados no sentido de garantir uma homogeneidade interna.

As entrevistas foram realizadas a sós com a adolescente, após consentimento livre e esclarecido da mesma e de seu responsável, quando presente. Privilegiamos de modo intencional os dias de ambulatórios de DST e ginecologia, onde a possibilidade de existirem pacientes sexualmente ativas e portadoras de DST era maior. Concomitantemente entrevistas ocorreram com outras adolescentes de outros ambulatórios (clínica médica, alergia, reumatologia, etc). Elas foram sendo conduzidas sucessivamente durante doze meses.

Toda adolescente com sintomas clínicos sugestivos de DST era submetida a exame ginecológico. Os diagnósticos dos casos de DST se efetuaram por critério clínico e/ou laboratorial, utilizando-se a abordagem sindrômica definida no Manual de DST do Ministério da Saúde¹⁴ e testes diagnósticos específicos (exames sorológicos, cultura de material em meio de Thayer-Martin, bacteriológico direto e por cultura, imunofluorescência direta e Elisa, coloração por Gram, e evidências de agentes específicos na colpocitologia oncótica)¹⁵.

O roteiro de entrevista, composto de três partes, contava de perguntas abertas e fechadas. A primeira investigava dados pessoais como idade, renda familiar, escolaridade, uso de bebidas alcoólicas e outras drogas ilícitas. Considerou-se atraso escolar uma defasagem maior que dois anos em relação à idade esperada para a série freqüentada. O uso de álcool e de drogas foi classificado em uma vez na vida, no último mês ou seis vezes ou mais no último mês.

Na segunda parte da entrevista, perguntamos detalhadamente sobre a família: com quem a adolescente morava, opinião sobre o pai, a mãe, seu relacionamento com cada um dos genitores e entre eles. Estas perguntas eram abertas e o entrevistador cuidadoso no sentido de não sugerir as respostas, como, por exemplo, perguntar se o pai era bom.

Na terceira, parte investigou-se o histórico pubertário e sexual da adolescente, a época da menarca e da primeira relação sexual. Em seguida, indagamos quanto à ocorrência de prostituição (relação sexual em troca de presentes ou dinheiro), abuso sexual (submissão a contatos

sexuais por meio de violência, coação) e gravidez. As últimas perguntas foram sobre o número de parceiros sexuais, uso de preservativos, se nunca, às vezes, quase sempre ou sempre.

Na análise estatística das respostas às perguntas estruturadas, utilizamos o teste Qui-quadrado com nível de significância de 95%. As respostas às perguntas abertas foram lidas e relidas exaustivamente e a partir disso foram construídas categorias (p.ex. a classificação dos relacionamentos familiares), depois quantificadas e analisadas estatisticamente. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pedro Ernesto e os termos de consentimento livre e esclarecido foram assinados pelas participantes.

RESULTADOS

Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente que garantia privacidade. O tempo médio de duração de cada uma foi de 25 minutos. Entrevistamos 251 adolescentes: 78 eram sexualmente ativas portadoras de DST (Grupo A), 83 sexualmente ativas, porém sem DST (Grupo B) e 90 ainda não tinham iniciado atividade sexual (Grupo C).

A faixa etária das adolescentes variou de 12 a 19 anos, sendo a média de idade das portadoras de DST (Grupo A) e das não portadoras (Grupo B + Grupo C) de 16,6 e 16,4 anos, respectivamente. A renda familiar média foi de 3,6 e de 4 salários-mínimos nos grupos com DST e sem DST, respectivamente. Em relação à situação conjugal, a maioria das adolescentes não vivia com companheiro. Quanto à escolaridade, o atraso escolar maior que dois anos foi encontrado com mais freqüência no Grupo A, sendo esta associação estatisticamente significativa ($p=0,00$). Verificamos também uma significância estatística na associação entre o "uso de bebidas alcoólicas" (no último mês) e/ou de "drogas ilícitas" (pelo menos uma vez na vida) com a variável ser portadora de DST ($p=0,00$). A distribuição destes dados pode ser vista na Tabela 1.

Os dados familiares podem ser visualizados na Tabela 2. Na análise destes resultados, seguindo o método proposto, criamos duas categorias de família: biparentais, quando a adolescente vivia com ambos os pais e não biparentais, quando vivia com apenas um genitor, pais substitutos, outros familiares ou em abrigos públicos. Quanto ao relacionamento com os pais, após a leitura dos relatos das adolescentes, classificamos de bom, regular, péssimo ou não se relacionava e quanto às opiniões sobre os mesmos classificamos em *com* qualidades, quando estas eram explicitamente citadas como "amigo/a", "bom/a", "leal". Verificamos que as famílias biparentais e o relacionamento bom com os pais foram significativamente mais freqüentes entre as adolescentes não portadoras de DST do que no grupo A (com DST). Já a violência intrafamiliar ocorreu predominantemente no Grupo A, assim como o histórico de abuso sexual também foi mais incidente neste grupo do que entre as sem DST ($p<0,05$).

No inquérito sobre sexualidade constatamos que, do total das entrevistadas ($n=251$), 161 já haviam tido intercursos sexuais. Na Tabela 3 estão descritas as principais características do histórico sexual dos grupos de sexualmente ativas. A idade média da menarca foi de 12,1 anos no Grupo A (sexualmente ativas com DST) e de 11,9 anos no Grupo B (sexualmente ativas sem DST), enquanto da primeira relação sexual foi de 14,7 anos e 15,2 anos respectivamente. Grande parcela das adolescentes iniciou a atividade sexual antes dos 15 anos, porém não houve uma associação estatisticamente significativa entre a

Tabela 1 – Distribuição das adolescentes segundo a presença/ausência de DST, características demográficas e uso de drogas

Item pesquisado	Grupo A (c/ DST)		Grupo B+C (s/ DST)		χ^2	p
	n=78	%	n=173	%		
Situação conjugal						
com companheiro	11	14,1	14	8,1	1,55	0,21
sem companheiro	67	85,9	159	91,9		
Atraso escolar						
sim	32	41,0	40	23,1	7,57	0,00
não	46	59,0	133	76,9		
Bebidas alcoólicas						
nunca ou 1x vida	44	56,4	129	74,6	7,45	0,00
último mês	34	43,6	44	25,4		
Outras drogas						
sim	12	15,4	5	2,9	11,39	0,00
não	66	84,6	168	97,1		

Tabela 2 – Distribuição das adolescentes segundo presença/ausência de DST, características familiares e violência

Item pesquisado	Grupo A (c/ DST)		Grupo B+C (s/ DST)		χ^2	p
	n=78	%	n=173	%		
Família biparental						
sim	21	26,9	92	53,2	13,93	0,00
não	57	73,1	81	46,8		
Pai com qualidades e bom relacionamento						
sim	25	32,0	62	35,9	0,19	0,65
não	53	68,0	111	64,1		
Mãe com qualidades e bom relacionamento						
sim	42	53,8	120	69,4	5	0,02
não	36	46,2	53	30,6		
Violência intrafamiliar						
sim	41	52,6	66	38,1	4	0,04
não	37	47,4	107	61,8		
Abuso sexual						
sim	26	33,3	20	11,6	15,6	0,00
não	52	66,7	153	88,4		

Tabela 3 – Distribuição das adolescentes segundo presença/ausência de DST e “características” sexuais

Item pesquisado	Grupo A (sex/ativos c/ DST)		Grupo B (sex/ativos s/ DST)		χ^2	p
	n=78	%	n=83	%		
1º coito antes dos 15 anos						
sim	35	44,9	30	36,1	0,94	0,33
não	43	55,1	53	63,9		
Prostituição						
sim	4	5,1	1	1,2	0,96	0,32
não	74	94,9	82	98,8		
Gravidez						
sim	24	30,8	18	21,7	1,28	0,25
não	54	69,2	65	78,3		
Nº parceiros >2						
sim	28	35,9	18	21,7	3,31	0,06
não	50	64,1	65	78,3		
Uso de preservativo						
nunca/ às vezes	63	80,3	49	59,0	7,97	0,00
sempre/quase sempre	15	19,2	34	41,0		

baixa idade do primeiro coito e ter uma DST. Houve relato de gravidez anterior em 30,8% do Grupo A e 21,7% do Grupo B, sendo que um terço das gestações do primeiro grupo e metade das do segundo resultaram em aborto. Cerca de 5,1% das adolescentes do Grupo A já tinham se prostituído, assim como 1,2% do Grupo B. O número de parceiros foi maior do que dois em 35,9% do Grupo A e em 21,7% do Grupo B. Quanto ao uso do preservativo, observou-se uma relação estatisticamente significativa entre a frequência "às vezes" ou "nunca" e ser portadora de DST.

O diagnóstico mais comum foi o de vulvovaginite (60,3% dos casos), verificado predominantemente pelos sintomas clínicos. Não foi possível a coleta de secreção vaginal ou testes (pH e aminas) em todos os casos. A sífilis ocorreu em 9% delas e foi diagnosticada através de sinais, sintomas clínicos e exame laboratorial sorológico. Nos casos de infecção por Papilomavírus Humano – HPV (19,2%), o diagnóstico foi clínico, quando havia lesões condilomatosas, e citohistopatológico, por observação de células características (coilocitos), enquanto o herpes genital (2,6%) foi detectado pela presença de úlceras genitais rasas, dolorosas, precedidas de lesões vesiculares. Tivemos 3,8% de uretrites (gonocócicas e/ou não gonocócicas) e encontramos três pacientes HIV+ (3,8%), por transmissão sexual, com diagnóstico sorológico realizado obedecendo-se ao fluxograma do Ministério da Saúde. Ocorreu um caso de escabiose genital (1,3%) em que o diagnóstico foi feito através dos sintomas clínicos (escoriações e sulcos genitais pruriginosos) e teste terapêutico, após terem sido afastadas outras patologias através de exames laboratoriais. Em alguns casos, houve concomitância de mais de uma DST.

DISCUSSÃO

Entre as adolescentes pesquisadas, o diagnóstico de vulvovaginite foi o mais freqüente, dado este corroborado por outros autores brasileiros¹⁶. Alguns possíveis fatores de risco às DST foram identificados, entretanto, outros comumente citados na literatura científica, como, por exemplo, a precocidade das primeiras relações sexuais e a variabilidade de parceiros¹⁷ não se confirmaram em nossa amostra. No grupo estudado, a média etária da menarca e do primeiro intercurso sexual não apresentou uma relação estatisticamente significativa com ter uma DST. Outra informação que pode ser verificada na bibliografia médica e também nos meios de comunicação leiga é a de que os adolescentes de um modo geral são promiscuos, pois a adolescência é uma fase da vida de experimentação sexual^{18 19}. Não foi o que se observou nesta pesquisa. Apenas 21,7% e 35,9% das adolescentes sexualmente ativas respectivamente sem e com DST referiram já ter tido mais de dois parceiros sexuais e esta variável não se apresentou como um fator de risco às DST.

O atraso escolar e o uso de bebidas alcoólicas e/ou de drogas foram variáveis associadas às DST neste estudo, em acordo com outras pesquisas já citadas^{10 11 12}. Em relação à família, confirmamos sua importância como fator protetor, na medida em que não ser portadora de DST associou-se a: viver com ambos os pais, ter mãe com qualidades e bom relacionamento e não haver violência intrafamiliar.

As adolescentes com DST referiram mais freqüentemente nunca ou apenas às vezes usar preservativo em suas relações sexuais, comparadas com aquelas sem DST, diferença que foi estatisticamente

significativa. Entre adolescentes é comum a dispensa do uso de camisinha quando estas se consideram saudáveis e confiam no parceiro. No entanto, há evidências de alta incidência de infecções genitais assintomáticas em mulheres sexualmente ativas⁵. Por outro lado, pesquisas mostram que os modelos de gênero predominantes em nossa sociedade, ao conferirem maior poder ao homem, muitas vezes impedem a mulher de negociar o uso de preservativo nas relações sexuais²⁰, colocando-a mais exposta às DST/Aids. Ser mulher, então, associa-se à submissão, cuidado e temor em relação ao homem, enfim, resignação ao papel cristalizado de objeto do controle masculino. A desigualdade de poder nas relações entre homens e mulheres é um dos motivos da dificuldade que ambos têm em discutir formas seguras de exercer a sexualidade²¹. Deste modo, a vulnerabilidade feminina aumenta, pois lhe falta a possibilidade de negociação e domínio de suas relações sexuais em termos de fidelidade mútua e utilização da camisinha pelo homem.

Em conclusão, os resultados indicam uma multiplicidade de fatores de risco às DST entre as adolescentes estudadas. Para se obter uma diminuição destes, são necessários investimentos sociais estruturais, especialmente no que diz respeito ao acesso universal à educação e à saúde. Em relação ao consumo de drogas, por exemplo, o meio social de modo geral, aí se incluindo profissionais de saúde, pais e educadores, precisa dar o exemplo e ser menos tolerante em relação a seu uso e abuso, sem, contudo, apelar para atitudes repressivas, punitivas, que, muitas vezes, acabam por produzir e reforçar reações indesejadas. Quanto ao preservativo, pensamos que a intervenção das equipes de saúde deve incidir primordialmente na promoção de seu uso constante em todas as relações sexuais, visto que a redução dos outros fatores de risco parece depender mais de ações que abarcam outras esferas. As campanhas de incentivo à utilização das camisinhas masculina e feminina devem ser intensificadas. Esta é a principal tarefa a ser abraçada pelas equipes de saúde que trabalham com adolescentes. No Brasil, o preservativo é muito pouco usado pelos jovens. Segundo dados do Ministério da Saúde, os menores índices de uso se encontram entre 15 e 19 anos. Nos países desenvolvidos, em especial na França, os programas de saúde realizados no sentido de reduzir o risco de infecção pelo HIV provocaram uma mudança profunda na sexualidade da juventude. Houve um aumento notável da utilização do preservativo, especialmente no início da vida sexual. No ano de 1993, 75% dos jovens entre 15 e 18 anos tiveram sua primeira relação sexual com camisinha, sendo que em 1985 este percentual fora de 7%²². Para os pesquisadores, um caminho efetivo talvez seja associar o preservativo ao prazer resultante da segurança que ele proporciona. Não usá-lo significa correr riscos de engravidar sem querer e/ou sem poder e de ficar doente e até morrer. Pensamos que a tranquilidade e garantia decorrentes de seu uso pode resultar em um ganho semelhante ao que a pílula anticoncepcional trouxe em seu surgimento. Não devemos, porém, abandonar outras medidas de redução de infecção por DST-Aids igualmente importantes: orientações sobre o início da vida sexual, fidelidade mútua, redução do número de parceiros e abandono de práticas sexuais de risco. Urge que estratégias eficazes sejam criadas para se alcançar este objetivo e, para tal, as adolescentes têm de ser ouvidas enquanto participantes do processo. De nada adianta oferecer-lhes soluções prontas.

Gostaríamos de lembrar que este estudo empregou um processo de amostragem de conveniência. Portanto, os dados referem-se a grupos específicos de adolescentes que não podem ser generalizados para toda a população adolescente do Rio de Janeiro. Entretanto, nossos resultados nos auxiliam no entendimento das DST e a pensar sua problemática na adolescência, além de corroborarem dados encontrados em outras pesquisas^{23,24}.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a participação durante o desenvolvimento da pesquisa dos seguintes alunos bolsistas de graduação da UERJ: Felipe Kaezer dos Santos, Felipe Nirenberg, Ene Garcez Neto e Úrsula Pérsia Paulo dos Santos.

Conflito de interesse: não há.

SUMMARY

COMPARATIVE STUDY BETWEEN FEMALE ADOLESCENTS WITH AND WITHOUT SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

OBJECTIVES. To learn about some social and behavioral characteristics of female adolescents with Sexually Transmitted Diseases (STD), to compare them with adolescents without STD attended at NESA-UERJ (Adolescent Health Study Center of the State University of Rio de Janeiro) and to identify possible risk factors related to STD.

METHODS. A cross-sectional study was performed by interviewing adolescents that sought care at NESA between August/2001 and July/2003. For data analysis, we computed the frequency of variables and compared the two groups of adolescents, with and without STD, performing chi-square test, with a 5% level of significance.

RESULTS. We interviewed a group of 251 adolescents of which 78 (31.1%) were sexually active and had STD, 83 (33.1%) were sexually active and did not have STD and 90 (35.8%) had never experienced sexual intercourse. The mean age of the first sexual intercourse of the sexually active adolescents was of 15 years. Vulvovaginitis was the most frequent diagnosis. Comparing girls with STD to those without STD we found respectively, school setback in 41% and 23.1% ($p < 0.05$), alcohol use in the last month in 43.6% and 25.4% ($p < 0.05$), drug abuse in 15.4% and 2.9% ($p < 0.05$), live away from both parents 73.1% and 46.8% ($p < 0.05$), family violence in 52.6% and 38.1% ($p < 0.05$), sexual abuse in 33.3% and 11.6% ($p < 0.05$) and failure to use a condom during sexual intercourse in 80.3% and 59% ($p < 0.05$).

CONCLUSIONS. Results indicate that there are multiple STD risk factors in both groups. We believe that intervention of the health services for the purpose of reducing incidence of STD in adolescents should be concentrated on the continued encouragement for the use of a condom at each sexual intercourse, as the decrease of other risk factors seems to rest upon actions that are beyond the health ambit. [Rev Assoc Med Bras 2005; 51(3): 148-52]

KEY WORDS. Sexuality. Adolescence. STD/Aids. Prevention and control.

REFERÊNCIAS

1. Ramos C, May S. Aspectos históricos das doenças sexualmente transmissíveis. In: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Saúde em Foco. Rio de Janeiro: Ed. Secretaria Municipal-RJ; 1998. p.5-11.

- Castilho E, Szwarcwakd CL. Mais uma pedra no meio do caminho dos jovens brasileiros: a AIDS. In: CNPD – Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: Editora CNPD; 1998. p.197-207.
- Gerência do Programa de DST/AIDS da CDT/SSC-SMS/RJ. Paineis da situação epidemiológica das DST e AIDS. In: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Saúde em Foco. Rio de Janeiro: Ed. Secretaria Municipal-RJ; 1998. 17:23-28.
- MS- Ministério da Saúde. Dados e pesquisas em DST e Aids. [citado 27 nov 2002]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
- Codes JS, Cohen DA, Melo NA, Santos AB, Codes JG, Silva Júnior JC, et al. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em clínica de planejamento familiar da rede pública no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet 2002;24:101-6.
- Adih WK, Alexander CS. Determinants of condom use to prevent HIV infection among youth in Ghana. J Adolesc Health 1999;24: 63-72.
- Murphy DA, Durako SJ, Moscicki AB, Vermund SH, Ma Y, Schwarz DF, et al. No change in health risk behaviors over time among HIV infected adolescents in care: role of psychological distress. J Adolesc Health 2001;29S:57-63.
- Magnusson C. Adolescent girls' sexual attitudes and opposite-sex relations in 1970 and in 1996. J Adolesc Health 2001;28:242-52.
- Karofsky PS, Zeng L, Kosorok MR. Relationship between adolescent-parental communication and initiation of first intercourse by adolescents. J Adolesc Health 2000;28:41-5.
- Cook RL, Pollock NK, Rao AD, Clark DB. Increased prevalence of herpes simplex virus type 2 among adolescent women with alcohol disorders. J Adolesc Health 2002;30:169-74.
- Scivoletto S, Tsuji RK, Abdo CHN, Queiroz S, Andrade AG, Gattaz WF. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo. Rev Bras Psiquiatria 1999;21:87-94.
- Tapert SF, Aarons G, Sedlar G, Brown SA. Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. J Adolesc Health 2001;28:181-9.
- Taquette SR, Ruzany MH, Ricardo I, Meirelles Z. Relacionamento violento na adolescência e o risco de DST/AIDS. Cad Saúde Pública 2003;19:1437-44.
- MS - Ministério da Saúde. Manual de controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde, MS; 1999.
- Azulay DR, Manela-Azulay M. Doenças sexualmente transmissíveis. In: Schechter M, Marangoni DV. Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.467-88.
- Isolan TB, Carvalho AVV, Almeida Filho GL. Perfil do atendimento ao adolescente no setor de doenças sexualmente transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. DST J Bras Doenças Sex Transm 2001;13:9-30.
- Waystaf DA, Delameth JD, Havens KK. Subsequent infection among adolescent african-american males attending a sexually transmitted disease clinic. J Adolesc Health 1999;25:217-26.
- Warren CW, Kann L, Small ML, Santelli JS, Collins JL, Kolbe LJ. Age of initiating selected health-risk behaviors among high school students in the United States. J Adolesc Health 1997;21:225-31.
- Howard MM, Howard MM, Fontenberry JD, Blythe MJ, Zimet GD, Orr DP. Patterns of sexual partnerships among adolescent females. J Adolesc Health 1999;24:300-3.
- Paiva V, Bugamelli L, Leme B, Ventura-Filipe E, Tunala L, Santos N. A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? [citado 24 abr 2003]. Disponível em: <http://www.usp.br/nepaids/>.
- Lowndes CM. Doenças Sexualmente Transmissíveis na mulher. In: Giffin K, Costa H. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1999. p.253-80.
- Rudelic-Fernandez D. A sexualidade dos jovens em tempos de AIDS: atos e falas. In: Borillo D, Férida P, Fraise G, Gayon J, Matlock J, Rudelic-Fernandez. A sexualidade tem futuro? São Paulo: Edições Loyola; 2002. p.55-72.
- Monteiro S. Gênero, sexualidade e juventude numa favela carioca. In: Heilborn ML. Sexualidade o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999. p.117-45.
- Anteghini M, Fonseca H, Ireland M, Blum RW. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among brazilian adolescents in Santos, Brazil. J Adolesc Health 2001;28:295-302.

Artigo recebido: 11/11/03

Aceito para publicação: 03/02/05