

Comportamento Sexual e Autoestima em Adolescentes

Sexual Behavior and Self-Esteem on Adolescents

Othon Cardoso Melo Neto

Universidade Federal de Sergipe. Av. Marechal Rondon, s/n,
Jardim Rosa Elze, 49100-000, São Cristóvão, SE, Brasil.
othoncxp@gmail.com

Elder Cerqueira-Santos

Universidade Federal de Sergipe. Av. Marechal Rondon, s/n,
Jardim Rosa Elze, 49100-000, São Cristóvão, SE, Brasil.
eldercerqueira@yahoo.com.br

Resumo. O objetivo deste estudo foi investigar as relações entre autoestima e comportamento sexual de risco (sexo sem camisinha, baixa idade para relações sexuais, gravidez na adolescência, diversidade de parceiros, AIDS e outras DSTs) em adolescentes de Aracaju. A amostra foi composta por 159 jovens, de ambos os sexos, estudantes do ensino médio de duas grandes escolas públicas da cidade. Participantes eram 57,9% meninas, com idades entre 14 e 23 anos ($M=17,19$; $DP=1,47$). O instrumento foi adaptado com questões do "Juventude Brasileira", descrito no texto, junto com a Escala de Autoestima (Rosenberg). Os resultados mostraram que, dos 55,8% já tiveram relações sexuais, 83,3% usaram a camisinha. As correlações sugerem que quanto maior a autoestima, mais tarde começa a vida sexual e menor a possibilidade estatística de envolver sexo com uso de drogas ($\chi^2=7,137$; $p=0,028$). Os dados encontrados apontam mudanças no comportamento sexual e mostram que os altos índices de autoestima parecem influenciar positivamente em aspectos de proteção.

Palavras-chave: adolescente, comportamento sexual de risco, autoestima.

Abstract. The aim of this study was to investigate the relation between self-esteem and sexual risk taking behavior (non-condom use, early sexual experience, early pregnancy, diverse sexual partners, AIDS and other STDs) on adolescents living in Aracaju. The sample was composed of 159 adolescents, including boys and girls, high school students from two large public schools. Participants were 57.9% female, aged between 14–23 ($M= 17.19$; $SD=1.47$). The instrument was adapted from "Juventude Brasileira" study, and it was composed of multiple choices, Likert itens and Rosenberg's self-esteem scale. Results showed that 55.8% have already had sexual experience and 83.3% use condom regularly. Bivariate analyses suggests that the higher their self-esteem, the lower is the chance of early sexual experience and less sexual behavior using drugs ($\chi^2=7.137$; $p=0.028$). Data suggests sexual behavior changes and a positive self-esteem effect upon early debut.

Key word: adolescent, sexual risk behavior, self-esteem.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como o período compreendido entre os 10 e 19 anos. No Brasil, esse período é compreendido entre os 12 e 18 anos, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Levando em consideração esse parâmetro, o censo de 2010, feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), afirma que a população adolescente e jovem corresponde a 30,33% da nacional. Trata-se, portanto, de um grupo com grande expressividade. São 57.426.021 adolescentes e jovens, dos quais 50,4% são homens e 49,5%, mulheres.

É importante salientar que adolescência é um termo geralmente utilizado em um contexto científico, relacionado ao processo de desenvolvimento biopsicossocial. Só que, apesar das definições de grandes leis e organizações sobre esse período do ciclo humano, o fim da adolescência não é marcado por mudanças de ordem fisiológica, mas sobretudo de ordem sociocultural.

Um panorama sobre a adolescência permite-nos dizer que as mudanças biológicas da puberdade são universais e visíveis, alterando características como altura, forma e desenvolvimento sexual, tornando-os “adultos”. No entanto, os critérios que definem essa etapa vão além do desenvolvimento físico visível e passam por questões sociopsicológicas (como a maturação cognitiva), sociais e a perspectiva sobre a vida. É muito comum dizer que a adolescência inicia-se com as mudanças corporais da puberdade e termina com a inserção social, profissional e econômica na sociedade adulta (Formigli *et al.*, 2000).

Como não está em pauta o estudo sobre a possível diferença entre adolescência e juventude, é importante esclarecer que os dois termos serão usados nesta pesquisa – adolescente e jovem – carregando o mesmo significado. Ou seja, este estudo considera como adolescente ou jovem qualquer um que esteja na faixa entre 14 a 24 anos.

Ozella (2002) afirma ser a adolescência e a juventude fenômenos de forte caracterização cultural e suas definições estão intimamente ligadas à transformação da compreensão do desenvolvimento humano e também à transformação da forma como cada geração adulta define a si própria.

Em consonância com as definições socioculturais da adolescência, Ávila (2011) afirma que as profundas transformações sociais e culturais das últimas décadas incidiram de maneira particularmente marcante sobre esse período da vida humana, redefinindo os signi-

ficados atribuídos ao jovem, à juventude e ao discurso social referente a eles.

Na área da saúde, as políticas conduzidas que tratam das necessidades dos jovens têm sido sustentadas na definição de adolescência da OMS, considerando como características a passagem por grandes transformações físicas, psicológicas e sociais – mudança de voz, altura, crescimento de pelos pubianos, pênis e testículos, surgimento do pomo-de-adão, primeira ejaculação, aumento de seios, alargamento dos quadris, início da menstruação (menarca), interesse pelo sexo oposto, preocupação em agradar, em posicionar-se, sentir-se inserido e criar identidades que o qualifiquem perante determinados grupos.

É preciso que políticas públicas voltadas para os jovens tenham um enfoque diferenciado em relação à população adulta, considerando os determinantes sociais (sistemas de saúde, educação, trabalho, desenvolvimento social, direitos necessários à integração social das famílias), espaços de convivência, formação e intervenção, bem como os determinantes familiares influenciados pelo ambiente sociocultural (Costa e Bigras, 2007).

Com o decorrer do amadurecimento do processo de adolecer, diante do novo corpo que está surgindo, os adolescentes passam a preocupar-se e valorizá-lo, principalmente na aparência visual, adotando comportamentos sociais e sexuais atribuídos a cada sexo (Aberastury e Knobel, 1981).

Esses elementos constitutivos configuram a identidade do adolescente. A identidade constitui-se, talvez, como o fator central do gênero e da sexualidade, e tem fortes implicações para a experiência da vida sexual. A sexualidade é algo que se constrói e aprende, sendo parte do desenvolvimento da personalidade, capaz de interferir no processo de aprendizagem, na saúde mental e física do indivíduo (Brêtas, 2004).

Um aspecto fortemente relacionado à satisfação do jovem perpassa por sua sexualidade. Para Reis e Gir (2010), a sexualidade tem uma conceituação bastante ampla e diversificada; a ela associam-se hábitos, costumes, significados e atitudes; está relacionada à história pessoal de cada indivíduo, constituindo-se em aspecto inerente a todo ser humano. É inerente à pessoa e é também determinante de um modo individual de ser, de se manifestar, comunicar, sentir e expressar.

De modo similar, Parker (2000) crê que a sexualidade humana é socialmente construída por meio das interações do indivíduo com seu

contexto, o qual perpassa a cultura e seus significados. Assim, a sexualidade e o comportamento sexual são constituídos sob a influência de diversos aspectos da vida da pessoa.

Para Guimarães e Witter (2007), a sexualidade é reconhecida como um comportamento de saúde psicológica que influencia pensamentos, sentimentos, ações, relações interpessoais; o sentir-se saudável física e psicologicamente. Por consequência, é muito complexa a aprendizagem envolvendo a sexualidade, uma vez que crianças e adolescentes precisam aprender os limites da liberdade sexual, as regras sociais, a responsabilidade pessoal e social, os padrões éticos – enfim, saber o “como e o sobre” a sexualidade.

É necessário tomar ciência da importância da sexualidade na adolescência, afinal, cada vez mais cedo aumenta a suscetibilidade dos jovens para a erotização e para o desenvolvimento sexual precoce, e com eles a preocupação com o surgimento de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não planejadas, aborto e uso abusivo de drogas, por exemplo – considerados como potenciais comportamentos de risco (Ozella, 2002).

O comportamento sexual de risco, de acordo com Li *et al.*, (2000), compreende o sexo desprotegido (ato de manter relações sexuais sem o uso de preservativo) e o fato de se ter múltiplos parceiros sexuais. Ou seja, o comportamento não necessariamente tem uma consequência negativa, mas a probabilidade de que a pessoa contraia HIV seria um exemplo de resultado negativo.

Em estudo desenvolvido por Li *et al.*, (2000) com 261 adolescentes afro-americanos nos EUA, de baixa renda, a taxa de jovens que se envolvia em sexo desprotegido variou de 26% a 37%. No levantamento realizado por Cruzeiro *et al.*, (2010), constatou-se que, entre brasileiros sexualmente ativos a partir de 14 anos, 58,5% faziam uso consistente de preservativo. É válido ressaltar o tempo entre as duas pesquisas, além da cultura diferente de ambos os países.

De qualquer forma, acredita-se que a melhoria nos números para o uso de preservativo consiste nos programas de prevenção e conscientização, promovidos pelo governo desde os anos 1990, como a política nacional de controle do HIV/AIDS (Paiva *et al.*, 2006) e pela sociedade, favorecendo, por exemplo, acesso aos preservativos em postos de saúde, hospitais e campanhas durante grandes eventos que atraem muitas pessoas, como o Carnaval.

Acredita-se que os jovens têm apresentado as maiores proporções de uso de preservativo no Brasil (Calazans *et al.*, 2005; Paiva *et al.*, 2006; Pinho *et al.*, 2002,) por ser essa uma geração que iniciou sua vida sexual sob forte influência das campanhas de prevenção da AIDS. No Brasil, tem-se ampliado o acesso ao preservativo dos jovens com mais de 14 anos e que estão na escola, assim como cresce o número de escolas que desenvolvem atividades de prevenção das DST/AIDS dedicadas a essa faixa etária, em geral por meio de palestras e distribuição de material educativo (Paiva *et al.*, 2006).

É na fase adolescente que ocorre o início do exercício da sexualidade com parceiros (Heilborn *et al.*, 2002), juntamente com a afirmação social da identidade sexual e a consolidação da orientação sexual (Barros, 2002). Também se espera que o adolescente adquira habilidade para o desenvolvimento de relacionamentos íntimos.

As peculiaridades desta fase podem tornar os adolescentes mais vulneráveis ao sexo desprotegido (Cruzeiro *et al.*, 2010), facilitando o comportamento sexual de risco e seus possíveis prejuízos. E sobre esse assunto – o tratamento sobre prejuízos advindos de comportamentos sexuais, sendo de risco ou não – é válido aproximar e investigar quais os papéis que a autoestima tem sobre posturas adotadas por jovens nessa fase do desenvolvimento.

Alguns problemas enfrentados por jovens e adolescentes, como a gravidez não desejada na adolescência, o abuso de drogas, a violência familiar, o fraco desempenho escolar, a delinquência, o suicídio, as agressões escolares, a depressão e a exploração sexual são problemas geralmente descritos na literatura como negativamente associados aos aspectos da autoestima de jovens. Avanci *et al.*, (2007) afirmam que estudos que avaliam a importância da autoestima proliferam nos países desenvolvidos, destacando-se dentre os indicadores de saúde mental e nas análises sociais de crescimento e progresso.

Segundo Rosenberg (1989), autoestima é uma avaliação que o indivíduo efetua e comumente mantém em relação a si mesmo, a qual implica um sentimento ou atitude de valor, de aprovação ou de repulsa em relação a si mesmo e refere-se ao quanto um sujeito se considera capaz, significativo, bem sucedido e valioso.

Para Rosenberg (1989), pessoas com baixa autoestima engajam-se em comportamentos delinquentes como uma forma de retaliação contra a sociedade que desdenha deles e também como uma forma de obter autoestima. A baixa autoestima em adolescentes tem

sido significativamente associada ao abuso de substâncias como o álcool e o cigarro, além do consumo de drogas ilícitas como a maconha e predominância de comportamentos sexuais de risco (McGee e Willians, 2010).

McNair *et al.*, (2008) estudaram no Estado da Georgia, Estados Unidos, a percepção de risco e comportamentos em estudantes de faculdade relacionando com autoestima, gênero e uso de álcool. Os resultados encontrados mostraram que o comportamento sexual de risco varia em relação ao sexo do participante, nível de autoestima e consumo de álcool. Homens com elevados índices de autoestima relataram maior uso de preservativos, enquanto que mulheres e estudantes com baixa autoestima apresentaram maiores riscos para si e para seus parceiros. Neste estudo, os dados apontaram que ter autoestima elevada serve como fator protetivo e que homens de bem consigo mesmos buscavam se proteger mais, e mulheres com baixos índices de autoestima adotavam comportamentos pouco protetivos, exigindo com menor frequência que seus parceiros utilizassem preservativos, o que poderia torná-las mais vulneráveis a adquirir doenças e engravidarem.

Um estudo conduzido por Swenson *et al.*, (2012) revisou a literatura existente sobre a relação positiva, mas intuitiva, entre a autoestima e a prática de comportamentos sexuais mais seguros. Afinal, a autoestima aparece nas pesquisas como uma variável que influencia a prática de comportamentos sexuais de risco e supõe-se frequentemente que os níveis mais elevados de autoestima estão associados a comportamentos sexuais mais seguros, especialmente aqueles que impedem a propagação do HIV. Mas a pesquisa de Swenson *et al.*, (2012) mostrou que os níveis mais elevados de autoestima são encontrados em jovens adolescentes que praticam comportamentos sexuais de risco e têm mais parceiros sexuais.

Apesar da grande associação encontrada em outras pesquisas, um estudo feito com adolescentes na cidade de Durban, realizado por Lalbahadur (2010), mostrou que não há relação significativa (há apenas uma tendência) entre níveis de autoestima e comportamentos sexuais de risco quanto ao uso de preservativos ou número de parceiros sexuais.

Contudo, em suas conclusões, o autor sugere que sejam realizados trabalhos visando ao fortalecimento da autoestima dos jovens ainda quando estudantes das escolas primárias – quando provavelmente não tiveram o seu debut sexual – acreditando que esse cons-

truto favorecerá a proteção contra os comportamentos sexuais de risco. De acordo com o autor, quanto mais cedo os jovens receberem informações acerca dos fatores sexuais de risco e tiverem sua autoestima bem trabalhada e fortalecida, apresentarão menores chances de se envolverem em relações prejudiciais à saúde.

As conclusões que o estudo de Lalbahadur (2010) levantou concordam com os dados encontrados por um estudo feito e divulgado por meio do Relatório do Banco Mundial (2007), que afirma que os programas destinados a eliminar comportamentos de risco na juventude têm que começar muito cedo na vida da criança, ou seja, devem ter, predominantemente, caráter preventivo.

Embora a importância da autoestima para o bem-estar social e individual seja reconhecida internacionalmente, no Brasil, há escassez de estudos sobre a temática, especialmente em bases populacionais. Um dos obstáculos a uma abordagem epidemiológica da autoestima é a falta de instrumentos diagnósticos consolidados ou difundidos cientificamente em amostras brasileiras, o que impede o conhecimento deste atributo em contextos de investigação.

No Brasil, poucos estudos têm sido realizados com jovens e adolescentes focando especificamente a autoestima, e pouco se sabe sobre o impacto dessa variável para a saúde e bem-estar subjetivo dessa população. A forma como os jovens lidam com a sua sexualidade e a provável relação entre autoestima e comportamentos sexuais, de risco ou não, é uma área que merece atenção, uma vez que há estudos mostrando as consequências negativas das formas de expressão desta sexualidade em âmbito pessoal, na saúde e na vida social.

Em face dos dados apresentados, o presente estudo, de caráter exploratório, visa investigar a relação entre os índices de autoestima e os comportamentos sexuais de risco, examinando um fator pouco explorado em estudos no Brasil quando o assunto é comportamento sexual de risco. Para tal, serão relacionados os índices de autoestima com a prevalência de parceiros sexuais fixos e não fixos, o envolvimento em relações sexuais sob efeito de drogas, e com o uso de preservativo.

Método

Participantes

Participaram da coleta 182 adolescentes de ambos os sexos, mas para este estudo, devem

ser considerados apenas 159 – 23 não se encaixaram nos critérios de análise. Esta é uma amostra feita por conveniência, mediante disponibilidade, com idades entre 14 e 23 anos, estudantes de nível médio, da cidade de Aracaju. Optou-se pela faixa etária dos 14 aos 23 anos porque a maioria dos jovens inicia a vida sexual nesse período e porque essa é a idade considerada por alguns autores discutidos como a fase da adolescência e, ainda, por ser uma forma de homogeneizar, nessa variável, o grupo pesquisado.

Os participantes foram recrutados em duas grandes escolas públicas de Aracaju que possuem, ambas, a política de aceitação de alunos de toda e qualquer parte da cidade e/ou Estado, diferente de escolas de menor porte, situadas em bairros populacionais que aceitam prioritariamente alunos residentes em áreas próximas e que poderiam apresentar resultados muito específicos da localidade escolhida.

Os alunos aceitaram participar do estudo de maneira voluntária, após serem autorizados por seus responsáveis, que receberam as devidas explicações verbalizadas e fornecidas via termo de consentimento livre e esclarecido [TCLE]. As escolas selecionadas estavam localizadas na região central da cidade para abranger uma população diversa em termos de locais de moradia e níveis socioeconômicos.

Instrumento

O instrumento utilizado foi desenvolvido como versão resumida do instrumento criado para o estudo “Juventude Brasileira” (Koller *et al.*, 2005). Um piloto foi conduzido com 10 adolescentes de uma escola Estadual de Aracaju, SE, e teve por objetivo verificar a adequação do instrumento utilizado. A versão final do instrumento utilizada neste estudo foi composta por 43 questões (abertas, fechadas, nominais, contínuas e intervalares do tipo Likert), e pode ser subdividido em três partes, descritas a seguir. Nos dois grupos, a amostragem foi feita por conveniência.

A primeira parte tem como propósito conhecer o público investigado no estudo e versa sobre aspectos da caracterização biosociodemográfica dos participantes, abordando as temáticas acerca do gênero, idade, cor, *status* do relacionamento, se ainda reside com a família, e quem é(são) essas pessoas, se exerce alguma função além do estudo, a renda mensal fami-

liar e quem é(são) as pessoas que mais contribuem no sustento de casa, o grau de instrução do pai e da mãe de cada participante, qual a série em que o pesquisado está atualmente cursando e o turno para a frequência na escola.

A segunda parte tem como propósito levantar informações acerca de uso de drogas e relações sexuais. Aborda o consumo de drogas, uso na vida, frequências de uso no ano, tipo de substância, idade de início e companhias com as quais a droga é utilizada. Em seguida, os participantes foram questionados sobre a experiência sexual, a idade que possuíam na primeira relação sexual assim como a idade do(a) parceiro(a) e quem era esse, se namorado, vizinho, parente etc. A quantidade de parceiros(as) sexuais no último ano, o gênero desses parceiros, se sempre homens, mulheres ou ambos os sexos.

A terceira e última parte enfoca o uso de preservativos, frequência e motivação para uso, locais de acesso e frequência com que o/a jovem portou preservativo no mês anterior à pesquisa, além de buscar conhecer os locais onde conseguem preservativos. Foram questionados quais os métodos usados para evitar a gravidez, assim como os locais e/ou as maneiras que os jovens encontram para conseguir anticoncepcionais. Se já engravidou, que idade tinha quando tal fato ocorreu, se havia sido uma gravidez desejada, quantos filhos e com quantas pessoas teve filhos foram questões que buscaram conhecer um pouco mais a realidade da amostra escolhida para o estudo.

Por fim, inserido no instrumento utilizado nesta pesquisa, a escala de autoestima de Rosenberg (1989) foi utilizada em uma tabela com seis itens, designados a avaliar globalmente a atitude positiva ou negativa de si mesmo, que pode ser usada para adultos e adolescentes. Adaptada para o português, com bons índices psicométricos (Avanci *et al.*, 2007), os itens podem ser respondidos de acordo com uma escala tipo Likert de cinco pontos variando desde “nunca” até “sempre” para que possam ser estudadas posteriormente as relações propostas por este estudo.

Foi criado um índice de autoestima com amplitude de 0 a 24 pontos, resultado de um composto a partir dos itens utilizados para mensurar a autoestima, com as possibilidades contabilizadas dentro da escala Likert, que variou desde “nunca” (0) até “sempre” (4). A escala foi dividida em três categorias (baixa, média e alta autoestima), que englobam essas pontuações em três partes iguais.

Procedimentos

O instrumento, contendo todo o material descrito, é autoaplicativo e foi utilizado em sala de aula, em local e horário previamente acertados. A pesquisa foi apresentada aos departamentos pedagógicos e diretorias dos colégios escolhidos. Em sala, o assunto era previamente explicitado verbalmente pelo pesquisador e formalmente via termo de consentimento livre e esclarecido [TCLE]. Somente após esses procedimentos os questionários eram entregues. Desde o primeiro contato com o participante, foi garantida a ele a compreensão das características da pesquisa e dos seus direitos como respondente, inclusive o caráter voluntário da participação e o sigilo das informações.

Análise de Dados

Para a realização das análises, foi utilizado o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS for Windows, versão 17.0). Foram realizadas análises estatísticas descritivas, por meio do levantamento de frequências, médias e desvios-padrão, assim como utilizados testes de inferência bivariados como testes *t* e qui-quadrado para as variáveis de interesse nos objetivos do estudo: comportamentos sexuais e autoestima (baixa, média e alta).

Aspectos Éticos

Os aspectos éticos que garantem a integridade dos participantes deste estudo foram assegurados com base na Resolução nº 196 do

Conselho Nacional de Saúde e na Resolução nº 016 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000). Este estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe e está registrado sob o protocolo nº 286/2010.

Resultados e Discussão

Dentre os jovens que responderam ao instrumento, foram excluídos 23 por não terem respondido a questão que investigava se já possuíam experiência sexual ou não – considerada a questão-base para ser relacionada com as demais que este estudo considera relevante. Dos 159 participantes com casos válidos para este estudo, 92 (57,9%) eram do sexo feminino, com idades entre 14 e 23 ($M = 17,19$; $DP = 1,98$). A maior parte da amostra cursa o 3º ano do ensino médio (46,8%), o 1º ano (28,7%), o 2º ano de ensino médio (23,3%).

A quase totalidade dos jovens (90,4%) afirmou que mora com a família, e que essa possui, em média, renda de R\$1.876,64 ($DP = R\$1.267,71$). Os solteiros formam a maioria da amostra, com 63,9% dos participantes, seguido pelos que estão namorando alguém (30,4%). Para efeitos de análise de dados, o estado civil foi dividido em dois grupos, “solteiros” e “não solteiros” (aqueles que declararam estar namorando, casados, em união estável). Na Tabela 1, também é possível ver a distribuição do sexo, a frequência da amostra para o tipo de serviço de saúde utilizado, se já teve relações sexuais e se faz uso do preservativo na hora do coito.

Tabela 1. Dados sociodemográficos por sexo
Table 1. Sociodemographic data by sex

Itens	Caracterização	Frequência (% válida) Masculino	Frequência (% válida) Feminino
Estado civil	Solteiro	49 (48,5)	52 (51,5)
	Não solteiro	18 (31,6)	39 (68,4)
Serviço de saúde	SUS	36 (41,4)	51 (58,6)
	Particular	22 (40,0)	33 (60,0)
	Outros	7 (50,0)	7 (50,0)
Já teve relações sexuais	Sim	42 (48,3)	45 (51,7)
	Não	25 (34,7)	47 (65,3)
Uso de preservativo	Sim	31 (44,3)	39 (55,7)
	Não	9 (64,3)	5 (35,7)

Do total da amostra, 55,8% afirmaram já ter tido a primeira relação sexual. A idade média declarada para a primeira relação sexual foi de 15,15 anos (DP= 2,02). Segundo Cerqueira-Santos (2008), o início cada vez mais cedo da atividade sexual é possível graças à diminuição da idade média da menarca, fenômeno moderno influenciado pela aceleração secular, descrito por Tanner (1981), e ocorrido desde a Revolução Industrial, que está ajudando a encurtar a infância e aumentar o período da adolescência. Segundo o autor, a aceleração secular do crescimento e da maturação biológica tem provocado a diminuição da idade média da menarca: em 1830, a primeira menstruação ocorria aos 17 anos; no século XX, baixou para 14. Hoje ocorre, em média, aos 12 anos.

As considerações de Cerqueira-Santos (2008) afirmam que a idade para o debute sexual tem caído e confirma a tendência encontrada em estudos que hipotetizam uma cultura de liberação sexual iniciada cada vez mais cedo. Esses dados são baseados nos índices apontados pelo Ministério da Saúde (2011), para a população nacional, que é de 15 e 16 anos. A maturação biológica pode não estar diretamente relacionada à experiência sexual, por exemplo, considerando que, em tempos históricos remotos, mesmo antes da aceleração secular, as relações aconteciam seguindo outros padrões. Cerqueira-Santos (2008) ainda afirma que não se trata necessariamente de tendência linear de diminuição, mas de ciclos relacionados a momentos históricos.

Diversos estudos se propõem a entender os motivos que levam jovens a terem suas primeiras relações sexuais com idades consideradas baixas. De acordo com Cerqueira-Santos (2008), a iniciação precoce é o reflexo da “infância da pressa”, na qual fases são transpostas e jovens são pressionados, por motivos sociais e culturais, a entrar na vida adulta cada vez mais cedo. Como aponta Elkind (2001),

as crianças e adolescentes já se vestem como adultos, assistem a filmes e a programas de TV para adultos, e, conseqüentemente, querem se comportar como adultos, o que inclui o início da vida sexual.

Sobre comportamentos que podem ser considerados como preditores para atitudes de risco à própria saúde, a Tabela 2 apresenta valores para as experiências de namoros, relação sexual, uso de preservativos e uso de drogas (lícitas e ilícitas), comparados em função do sexo do participante. A maioria dos adolescentes (81,6%) afirmou já ter namorado ao menos uma vez, em média, com 2,03 pessoas (DP= 1,93) no último ano. Grande parte das moças (83,5%) afirmou já ter tido algum tipo de relacionamento amoroso. Entre os rapazes, 79,1% afirmaram já terem namorado alguém. A média de pessoas com quem esses adolescentes tiveram relações sexuais é de 2,34 parceiros por ano (DP = 2,02).

Foram encontradas diferenças significativas com relação à idade média da primeira relação sexual comparando-se o grupo masculino e feminino ($t=3,179$; $gl=84$; $p=0,002$). Os rapazes costumam iniciar a vida sexual mais cedo (14,46 anos; DP= 2,14) quando comparado com as moças (15,78 anos; DP= 1,68). Dos rapazes, 63,3% afirmaram já ter tido a primeira relação sexual e metade das moças afirmou que já teve relações sexuais ($X^2=2,870$; $p=0,104$). Com relação à experiência de já ter namorado alguém, a análise qui-quadrado ($X^2=0,501$; $p=0,536$) não mostrou grau de significância suficiente para inferir que haja diferenças entre gêneros.

Quanto ao número de parceiros, os achados divergem dos estudos de Cruzeiro *et al.*, (2010), que constataram, entre jovens do Rio Grande do Sul de 15 a 18 anos, que o número médio de parceiros no último ano era de 1,9, sendo, neste estudo, 2,87 para ambos os sexos. Deve-se considerar que essa diferença depende de uma série de outras variáveis que

Tabela 2. Valores afirmativos para comportamentos preditores de risco em função do sexo
Table 2. Affirmative values for risk behavior predictors by gender

	N	Homem	Mulher	Total	χ^2 / t	P
Já namorou	158	79,1%	83,5%	81,6%	,501	,536
Já teve relações sexuais	156	63,6%	50%	55,8%	2,870	,104
Número de parceiros no último ano	68	4,92	1,72	3,0	3,159	,002*
Usou camisinha durante as relações sexuais	84	77,5%	88,6%	83,3%	1,871	,171
Já fez uso de drogas (lícitas ou ilícitas)	159	82,1	77,2%	79,3%	,570	0,553

não foram abordadas neste estudo. Aspectos sociais e culturais de cada região, arranjos urbanos e familiares, nível educacional e econômico, variável associadas aos pais, podem ser investigadas no sentido de explicar a variação na idade.

Pelas estatísticas do WHO (2009) e do Ministério da Saúde (2011), a população com menor poder aquisitivo é mais vulnerável aos comportamentos sexuais de risco, principalmente a sexo precoce e a baixa frequência do uso de camisinha. Mesmo que haja forte ligação entre a pobreza e comportamentos sexuais de risco, é preciso ter noção de que tais comportamentos estão presentes e em ascensão em todas as classes sociais (Cerqueira-Santos *et al.*, 2010). Os resultados do presente estudo mostrarão que a afirmação de Cerqueira-Santos *et al.*, (2010) tem se firmado; afinal, a renda e a escolaridade desta amostra, como apresentado, não são baixas.

O aumento real da renda das famílias brasileiras também pode ser fator determinante. O estudo feito pelo Banco Mundial (2007) afirma que problemas com a renda podem estar associados a fatores de exposição sexual, seja por falta de recursos para comprar contraceptivos, ou pelo pouco conhecimento geral na família sobre a necessidade e a disponibilidade de métodos modernos de contracepção, ou o desejo de escapar da família via nascimento de um filho e pela formação de uma família nova.

Entre aqueles que já tiveram relações sexuais, 83,3% usam camisinha com alguma frequência em suas relações, e apenas 16,7% nunca usaram o preservativo ou pediram ao parceiro para usá-lo. Esses números podem ser considerados altos se comparados aos do estudo de Whitaker e Miller (2000), no qual apenas 62,5% dos adolescentes norte-americanos e porto-riquenhos fizeram uso de preservativo, ou na pesquisa de Paiva *et al.*, (2010), com amostra brasileira, que mostrou que o uso de preservativo na primeira relação foi de 68,8% (meninos) e 62,9% (meninas).

A diferença entre os resultados observados e a literatura revisada pode ser explicada por haver pessoas acima de 18 anos na amostra ou ainda pelas campanhas atuais que focam no uso da camisinha, pela educação sexual promovida nas escolas, maior divulgação do assunto em TV, revistas, jornais, livros etc., assim como pela quebra do tabu acerca do tema, inclusive no contexto familiar. Esse conjunto de ações parece promover efeitos positivos para os adolescentes da atualidade (Paiva *et al.*, 2010).

É importante considerar, que dentro de tantos números positivos, há sim, créditos aos esforços pela disseminação de informações sobre sexualidade, formas de combate e prevenção a doenças e gravidez não desejada, mas que as considerações acima podem fazer parte de dados relativos ao desejo social dos participantes em responder o que acham que é correto, mesmo que essa não seja a sua realidade. É importante considerar esses dois lados para não fazer inferências erradas sobre a realidade brasileira.

A média do número de parceiros é significativamente maior para os rapazes [4,92 parceiras por ano] do que para moças [1,72 parceiros por ano]. Esses resultados corroboram a literatura, a qual afirma que homens possuem maior número de parceiras sexuais (Trajman *et al.*, 2003; Gomes *et al.*, 2002; Antunes *et al.*, 2002) e reforçam a ideia que está tradicionalmente presente em nossa sociedade de que o sexo – falar sobre, poder ter mais parceiras e não receber um julgamento necessariamente negativo, iniciar a vida sexual mais cedo do que meninas – é algo mais permitido aos homens do que às mulheres.

Entre os jovens sexualmente ativos, a maioria (92,6%) afirmou que nunca teve qualquer DST. Os que já apresentaram queixas (n=6) relataram sintomas como: corrimento (66,7%) e feridas (16,7%). Contrair DSTs é uma grande consequência dos comportamentos sexuais de risco; portanto, o baixo índice declarado não é conclusivo, mas pode ser considerado como fator positivo para as políticas de saúde. Deve ser considerado que o baixo número de parceiros sexuais contribui para redução de contaminação de DSTs. Além disso, estudos desse tipo também devem considerar que várias DSTs podem não ter manifestado sintomas nesta população, ou seja, os participantes não sabem do seu estado de contaminação.

A questão também precisa ser vista por outro ângulo, afinal Barros (2002) afirma que tabus e preconceitos fazem com que as pessoas evitem buscar cuidados especializados, principalmente adolescentes do sexo feminino, que precisam de especial atenção, já que, pelo Ministério da Saúde (2010), em diversos casos de DST, não é fácil distinguir os sintomas das reações orgânicas comuns do organismo feminino.

Uma pequena parcela da amostra sexualmente ativa afirmou já ter engravidado alguém ou ter engravidado (7,9%, n=8), com igual frequência para ambos os sexos. Essa é outra consequência direta dos comportamentos

sexuais de risco, e também mostra como os jovens parecem estar mais informados sobre os riscos e as formas de prevenção. Como dizem Baker e Castro (2002), há atualmente o aumento da preocupação de diversos setores da sociedade e conseqüente criação e intensificação de políticas e programas voltados para a problemática, apesar da pujante necessidade de crescimento nos investimentos de recursos econômicos e humanos em saúde e educação.

Os participantes engravidaram/foram engravidados em média 1,43 vezes (DP= 0,787), sendo a idade mais comum entre eles de 18,57 (DP= 2,64), entre 15 e 22 anos. Ou seja, mesmo em jovens que já tiveram filhos, a idade pode ser considerada dentro da média, afinal já possuem idade mínima legal como cidadãos brasileiros. Uma possível explicação para o baixo índice de gestações pode ser encontrada em Aquino *et al.*, (2003), que afirmam ser a grande maioria das gestações ocasionadas depois que os jovens já deixaram a escola. Como esse não é um estudo longitudinal, essa possibilidade não pode ser descartada.

Autoestima

Foram feitas análises bivariadas relacionando comportamentos sexuais com as categorias de autoestima (ver Tabela 3). Para o compor-

tamento de ter ou não experiência sexual, os dados mostram que não houve diferença significativa entre os índices de autoestima, já que tanto a maioria daqueles que possuem experiência sexual quanto dos participantes que não possuem experiência se encaixam no índice de alta autoestima (80,5% e 90,3%, respectivamente). Essa tendência não é mantida entre as outras duas categorias (baixa e média autoestima), mostrando que os jovens inclusos nessas categorias apresentam maiores probabilidades de já terem tido relações sexuais até o momento da coleta de dados.

A relação entre o uso de camisinha e as categorias de autoestima não apresentou diferença estatística significativa. O teste de qui-quadrado, apesar de não ser significativo, mostrou que há uma tendência de, quanto mais alta for a autoestima do jovem, menor a probabilidade que ele faça uso do preservativo durante as relações sexuais.

Os resultados encontrados divergem da tendência dos dados encontrados em McNair *et al.*, (2008) que mostrou relação positiva entre autoestima e uso de camisinha. De qualquer forma, esse dado mostra como é possível que a autoestima influencie de forma negativa as atitudes preventivas ligadas aos comportamentos sexuais de risco, afinal, não usar preservativos aumenta e muito as chances

Tabela 3. Análises bivariadas entre os índices de autoestima e comportamento sexual
Table 3. Bivariate analyzes between self-esteem and sexual behavior indexes

		Nível de Autoestima				p
		Total n (%)	Baixo n (%)	Médio n (%)	Alto n (%)	
Já transou	Sim	87 (54,7)	1 (1,1)	16 (18,4)	70 (80,5)	,190
	Não	72 (45,3)	0 (0,0)	7 (9,7)	65 (90,3)	
Já transou sob efeito de drogas	Sim	22 (25,3)	1 (4,5)	4 (18,2)	17 (77,3)	,028*
	Não	65 (74,7)	0 (0,0)	12 (18,5)	53 (81,5)	
Gravidez		8 (7)	0 (0,0)	2 (25,0)	6 (75,0)	,616
Uso de Camisinha	Sim	70 (83,3)	1 (1,4)	13 (18,6)	56 (80,0)	,832
	Não	14 (16,7)	0(0,0)	2 (14,3)	12 (85,7)	
Uso de drogas	Sim	70 (83,3)	1 (0,8)	19 (15,1)	106 (84,1)	,793
	Não	14 (16,7)	0 (0,0)	4 (12,1)	29 (87,9)	
Parceiro Fixo	Sim	68 (78,2)	0 (0,0)	14 (20,6)	54 (79,4)	,109
	Não	19 (21,8)	1 (5,3)	2 (19,5)	16 (84,2)	
Parceiro Não-Fixo	Sim	17 (19,5)	1 (5,9)	2 (11,8)	14 (20,0)	,099
	Não	70 (80,5)	0 (0,0)	14 (20,0)	56 (80,0)	

Nota: Os valores de **n Total** correspondem aos jovens que responderam aos itens necessários para a análise de dados.

para a contaminação de doenças como AIDS e DST, além da maior probabilidade de ocorrência de gestações.

A relação entre as categorias de autoestima e a variável *parceiro fixo* (namorado, esposo, noivo) ou a variável *parceiro não fixo* não apresentou diferenças significativas, mas será descrita a tendência encontrada. É interessante notar que os dados acabam convergindo para o mesmo caminho; quanto maior a autoestima, maior a tendência de possuir um parceiro fixo. Da mesma forma, quanto maior é a autoestima do jovem, menor é a chance dele ter um parceiro não fixo (vários namorados em curto espaço de tempo etc.). Mesmo com sentidos opostos, os números mostram que parece haver maior interesse por um compromisso sério ou, ao menos, ficar só, até que consiga encontrar alguém com quem tenha identificação e possa iniciar uma relação duradoura.

Por fim, apresenta-se a relação entre a variável *sexo sob o efeito de drogas* e as categorias de autoestima. Os dados apresentaram diferenças significativas ($\chi^2=7,137$; $p=0,028$), mostrando que à medida que aumentam os níveis de autoestima, diminui a probabilidade de o jovem fazer sexo sob o efeito de drogas.

Os dados apresentados neste estudo fornecem algumas informações sobre fatores que são considerados protetores, e também para fatores que são considerados negativos para os comportamentos sexuais de risco. Como destacado na revisão deste texto, o tema tratado é de extrema relevância considerando aspectos de saúde física e psicológica dos adolescentes. Considera-se a todo o momento que a discussão entre sexualidade e adolescência passa pela própria caracterização do que é ser adolescente em suas dimensões culturais e históricas.

Considerações finais

Como pôde ser observado, alguns dados sugerem que mudanças – quando comparados com outros estudos apresentados neste trabalho, ou com dados do IBGE e Ministério da Saúde – estão ocorrendo nos comportamentos sexuais dos jovens, como por exemplo, o número reduzido de parceiros sexuais e o alto índice de uso de camisinha para ambos os sexos. Da mesma forma que houve mudanças, algumas situações ainda se mantêm, como a baixa média de idade para a primeira relação sexual dos jovens.

Outro ponto que merece ser destacado corresponde aos índices de autoestima da amostra estudada. Os dados mostram que os altos

índices de autoestima parecem influenciar em aspectos de proteção, como adiamento da primeira relação sexual, a maior probabilidade de ter parceiros fixos e assim, expor-se menos à multiplicidade de parceiros. Os mesmos dados de alta autoestima sugerem uma relação negativa para os comportamentos sexuais de risco no que concerne ao não uso de camisinha durante as relações sexuais. Os dados encontrados divergem de estudos como Cole (1996), Walsh (2010) e Cole e Slocumb (1995), que mostram correlações diretas entre elevados índices de autoestima e comportamentos sexuais de risco. Por causa da pequena amostra deste estudo, não é possível desconsiderar erros na variabilidade da população, devido a efeitos como a deseabilidade social, em que o participante responde não o que é sua realidade, mas o que acredita ser socialmente aceitável.

Vê-se como importante atitude criar políticas de intervenções educativas sobre saúde e sexualidade já no início da adolescência (Di-Clemente *et al.*, 2006), tanto nas escolas quanto nas famílias (Gomes *et al.*, 2002; Trajman *et al.*, 2003), e também na mídia. Cabe lembrar que os comportamentos de risco na adolescência não existem de forma isolada; ao contrário, eles estão relacionados a um contexto de vulnerabilidade. Este fato reforça a ideia de que as estratégias de prevenção devem incidir nos problemas de ordem sociais mais amplos.

Estudos mais específicos precisam ser conduzidos, pois, considerando que a autoestima é um constructo extremamente individual, uma vasta gama de variáveis pode interferir. Contudo, essas não foram abordadas neste estudo, além de a amostra ter se limitado a um município da Região Metropolitana de Aracaju, não podendo ser generalizada. Sugere-se que novos estudos sejam realizados no sentido de ampliar a amostra e aprofundar a questão da importância da autoestima na vida dos jovens e adolescentes.

Referências

- ABERASTURY A.; KNOBEL M. 1981. Adolescência normal. Porto Alegre, Artes Médicas, 94 p.
- ANTUNES, M.C.; PERES, C.A.; PAIVA, V.; STALL, R.; HEARST, N. 2002. Diferenças na prevenção da AIDS entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 36(4 supl.):88-95.
- AQUINO, E.M.; HEILBORN, M.L.; KNAUTH, D.; BOZON, M. A.; ARAÚJO, J. 2003. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos Saúde Pública*, 19(Sup. 2):S377-S388.

- AVANCI, J.Q.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.C.; OLIVEIRA, R.V. 2007. Adaptação transcultural de escala de autoestima para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, **20**(3):397-405. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000300007>
- ÁVILA, L.A. 2011. Adolescência sem fim. *Vínculo*, **8**(1).
- BARKER, S.L.; CASTRO, D.M. 2002. Gravidez na adolescência: Dando sentido ao acontecimento. In: M. de L.J. CONTINI (Coord.). *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Psicologia, p. 78-84
- BANCO MUNDIAL. 2007. Jovens em Situação de Risco no Brasil. Brasília, Banco Mundial, 173 p.
- BARROS, M.N. 2002. Saúde sexual e reprodutiva. In: M. de L.J. CONTINI (Coord.). *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Psicologia, p. 46-54.
- BRÊTAS J.R.S. 2004. A mudança corporal na adolescência: A grande metamorfose. *Temas sobre Desenvolvimento*, **12**(72):29-38.
- CALAZANS, G.; ARAÚJO T.W.; VENTURI G.; FRANÇA JUNIOR I. 2005. Factors associated with condom use among youth. *AIDS*, **19**(Supl. 4):S42-50.
- CERQUEIRA-SANTOS, E.; PALUDO, S.S.; SCHIRÒ, E.D.; KOLLER, S.H. 2010. Gravidez na adolescência: Análise contextual de risco e proteção. *Psicologia em Estudo*, **15**(1):73-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000100009>
- CERQUEIRA-SANTOS, E. 2008. Comportamento sexual e religiosidade: um estudo com jovens brasileiros. Porto Alegre, RS. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 129 p.
- COLE, F.L. 1996. The role of self-esteem in safer sexual practices. *Journal Association Nurses AIDS Care*, **8**(0):64-70.
- COLE, F.L.; SLOCUMB, E.M. 1995. Factors influencing safer sexual behaviors in heterosexual late adolescents and Young adult collegiate males. *Journal of Nursing Scholarship*, **27**:217-222. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00862.x>
- COSTA, M.C.; BIGRAS, M. 2007. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, **12**(5):1101-1109.
- CRUZEIRO, A.L.S.; SOUZA, L.D.M.; SILVA, R.A.; PINHEIRO, R.T.; ROCHA, C.L.A.; HORTA, B.L. 2010. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, **15**(Supl. 1):1149-1158.
- DICLEMENTE, R.J.; DURBIN, M.; SIEGEL, D.; KRASNOVSKY, F.; LAZARUS, N.; COMACHO, T. 2006. Determinants of condom use among junior high school students in a minority, inner-city school district. *Pediatrics*, **89**:197-202.
- ELKIND, D. 2001. *The hurried child: Growing up too fast too soon*. Cambridge, MA, Perseus, 244 p.
- FORMIGLI, V.L.A.; COSTA, M.C.O.; PORTO, L.A. 2000. Evaluation of a comprehensive adolescent health care service. *Cadernos de Saúde Pública*, **16**:831-841. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300031>
- GUIMARÃES, E.A.; WITTER, G P. 2007. Gravidez na adolescência: conhecimentos e prevenção entre jovens. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, **27**(2).
- GOMES, W.A.; COSTA, M.C.; SOBRINHO, C.L.; SANTOS, C.A.; BACELAR, E.B. 2002. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. *Journal de Pediatria*, **78**(4):301-308. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572002000400009>
- HEILBORN, M.L.; SALEM, T.; ROHDEN, F.; BRANDÃO, E.; KNAUTH, D.; VÍCTORA, C.; AQUINO, E.; MCALLUM, C.; BOZON, M. 2002. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*, **8**(17):13-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832002000100002>
- IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). 2010. Censo Brasileiro 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em: 23/09/2011.
- KOLLER, S.H.; CERQUEIRA-SANTOS, E.; MORAIS, N. A.; RIBEIRO, J. 2005. *Juventude brasileira. Relatório técnico para o Banco Mundial*. Washington, World Bank, 173 p.
- LALBAHADUR, K. (2010). *The influence of self-esteem and self-efficacy on sexual risk-taking behavior in school-going adolescents in the Durban Metropolitan area*. UKZN Institutional Repository. Durban, University of Kwazulu-Natal, 107 p.
- LI, X.; STANTON, B.; COTTRELL, L.; BURNS, J.; PACK, R.; KALJEE, L. 2000. Patterns of initiation of sex and drug-related activities among urban low-income African-American adolescents. *Journal of Adolescent Health*, **28**:46-54. [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(00\)00173-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00173-7)
- MCGEE, R.; WILLIAMS, S. 2010. Does low self-esteem predict health compromising behaviors among adolescents? *Journal of Adolescence*, **23**:259-582.
- McNair L. D.; Carter, J.A.; Williams, M.K. 2008. Self-esteem, gender, and alcohol use: relationships with HIV risk perception and behaviors in college students. *Journal Sex Marital Ther*, **24**(1):29-36. <http://dx.doi.org/10.1080/00926239808414666>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acessado em: 01/12/2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2011. Boletim Epidemiológico AIDS. [versão eletrônica]. Brasília, Coordenação Nacional de DST/AIDS, 31 p.
- OZELLA, S. 2002. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: M. de L. J. CONTINI (Coord.). *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Psicologia, p. 16-24.
- PAIVA, V.; VENTURI, G.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; LOPES, F. 2010. *Uso de preservativos: pesquisa nacional MS/IBOPE*. Brasília, Coordenação Nacional de DST/AIDS, 49 p.
- PAIVA, V.; PUPO L.R.; BARBOZA R. 2006. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulne-

- rabilidade ao HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. **40**(Supl):109-19.
- PARKER, R. 2000. *Na contramão da AIDS: Sexualidade, intervenção, política*. São Paulo, Editora, 34 p.
- PINHO M. D.; BERQUÓ E; OLIVEIRA K.A.; LOPES F.; LIMA L.C.A.; PEREIRA N. 2002. Juventudes, raça e vulnerabilidades. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. **19**(2):277-94.
- REIS, R.K.; GIR, E. 2010. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **44**(3):759-765.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300030>
- ROSENBERG, M. 1989. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, Princeton University Press, 326 p.
- SWENSON, R.R.; HOUCK, C.D.; BARKER, D.; ZE-ANAH, P.D.; BROWN, L.K. 2012. Prospective analysis of the transition to sexual experience and changes in sexual self-esteem among adolescents attending therapeutic schools. *Journal of Adolescent*, **35**: 77-85.
- TANNER, J.M. 1981. *A History of the Study of Human Growth*. Cambridge, Cambridge University Press, 499 p.
- TRAJMAN, A.; BELO, M.T.; TEIXEIRA, E.G.; DANTAS, V.C.; SALOMÃO, F.M.; CUNHA, A.J. 2003. Knowledge about STD/AIDS and sexual behavior among high school students in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, **19**(1):127-133.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100014>
- WALSH, A. 2010. Self-esteem and sexual behavior: exploring gender differences. *Sex Roles*, **25**:441-450. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00292533>
- WHITAKER, D.J.; MILLER, K.S. 2000. Parent-adolescent discussions about sex and condoms: impact on peer influences of sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Research*, **15**(2):251-273. <http://dx.doi.org/10.1177/0743558400152004>
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). 2009. *Sexual relations among youth in developing countries. Relatório técnico*. World Health Organization. Geneva, Department of Reproductive Health and Research, 57 p.

Submetido: 03/05/2012
Aceito: 25/10/2012