



ARTIGO ORIGINAL

A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS?

Does violence in the emotional relationships make STD/AIDS prevention more difficult?

Maria Helena Ruzany¹, Stella Regina Taquette², Rebecca Guimarães Oliveira³,
Zilah Vieira Meirelles⁴, Isabel Batulli Ricardo⁵

Resumo

Objetivos: identificar a ocorrência de situações de violência no cotidiano de adolescentes e jovens de comunidades de baixa renda; pesquisar a relação entre uso de drogas e comportamentos de risco de DST/AIDS; e verificar se a violência nas relações afetivas entre adolescentes e jovens dificulta a prevenção de DST/AIDS.

Métodos: estudo epidemiológico com adolescentes e jovens de dois bairros da cidade do Rio de Janeiro, a partir dos dados obtidos de um questionário estruturado que versava sobre perfil da clientela, informações sobre a família, uso de drogas, situações de violência do cotidiano, experiência sexual, entre outras. Para o presente artigo, somente as variáveis que particularizavam agressividade, uso de drogas, comportamentos sexuais de risco e violência nas relações afetivas foram analisadas. Em particular, destacou-se a associação da variável “eu usei camisinha na última relação sexual” com as questões que indicavam ou não atitudes violentas nas relações afetivas.

Resultados: participaram 1.041 indivíduos na faixa etária entre 14 e 22 anos, sendo 53,6% do sexo feminino. Entre os resultados mais relevantes, observou-se uma relação estatisticamente significativa entre o não uso de preservativo ($p < 0,05$) e as variáveis categóricas que indicavam agressividade nas relações amorosas.

Conclusão: o grupo estudado revelou uma relação importante entre violência nas relações afetivas e o baixo uso de preservativos. Sugere-se a necessidade do desenvolvimento de medidas de prevenção aos comportamentos de risco de DST/AIDS associadas a campanhas contra a violência.

J Pediatr (Rio J) 2003;79(4):349-54: violência, adolescência, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

Abstract

Objectives: to identify violent situations in the daily life of adolescents and young people of low-income communities; to establish a relation between the use of drugs and STD/AIDS risk behavior; and to verify if violence in the emotional relationships between adolescents and young people make the STD/AIDS prevention more difficult.

Method: epidemiological study with adolescents and young people of two neighborhoods in the city of Rio de Janeiro, based on the results obtained from a structured questionnaire that dealt with subjects' profile, information about the family, use of drugs, daily violent situations, sexual experience, among others. For the present article, only the variables that dealt with aggressiveness, use of drugs, sexual risk behavior and violence in the emotional relationships were analyzed. The association between the variable “I used a condom the last time I had sex” and the questions that indicated violent or non-violent attitudes in emotional relationships received special attention.

Results: a total of 1,041 young people aged 14-22 years old took part in the study, 53.6% of them were female. A statistically significant relation was observed between not using condoms ($p < 0.05$) and the categorical variables revealing aggressiveness in emotional relations.

Conclusion: the study showed that there is an important association between violence in the emotional relationships and the inconsistent use of condoms in the group studied. Therefore, preventive measures should be taken regarding youth behavior that involves the risk of STD/AIDS infection, associated with campaigns against violence.

J Pediatr (Rio J) 2003;79(4):349-54: violence, adolescence, sexuality, sexual transmitted diseases and AIDS.

1. Professora Adjunta-Doutora da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ e Diretora do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/UERJ).
2. Professora Adjunta-Doutora da Faculdade de Ciências Médicas do NESA/UERJ.
3. Estudante da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, bolsista de iniciação científica (PIBIC) da UERJ.
4. Mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz e Assistente Social do NESA/UERJ.
5. Professora de Psicologia - Doutora da George Washington University.

Artigo submetido em 25.10.02, aceito em 30.04.03.

Introdução

O aumento da incidência de AIDS na última década tem suscitado diversos estudos com o objetivo de melhorar a compreensão e prevenir a infecção pelo vírus HIV. No Brasil, na década de noventa, 43% dos casos de AIDS notificados encontravam-se na faixa etária entre 20 e 34 anos, demonstrando que o perfil epidemiológico da AIDS vem revelando uma juvenilização¹. Como a fase de latência

da doença é longa, de até 11 anos, pode-se inferir que grande parte desses pacientes se contaminou durante a adolescência.

A violência social a que os jovens estão expostos hoje em dia ultrapassou os campos da justiça, polícia e sociologia, tornando-se também um problema de saúde pública². Nos últimos quatro anos, a cidade do Rio de Janeiro assistiu a uma elevação progressiva dos índices de mortalidade na adolescência por causas externas, principalmente devido aos homicídios por armas de fogo. As taxas de mortalidade por armas de fogo em adolescentes do sexo masculino, na faixa etária de 10 a 19 anos, foram significativamente maiores nas áreas de elevada concentração populacional³. Esses fatos permitem afirmar que o incremento da violência nos grandes centros urbanos conduz a uma vulnerabilidade maior deste grupo etário.

O adolescente que vive em condições de pobreza é constantemente desafiado a buscar formas de sobrevivência dentro do enfrentamento diário das múltiplas ameaças em seu cotidiano. Ressalta-se que algumas dessas dificuldades relacionam-se à convivência com a violência doméstica e suas conseqüências, como o desentendimento e a falta de harmonia nas relações afetivas. Nesta perspectiva, as relações violentas podem levar à falta de diálogo e submissão de parceiros sexuais a atos violentos ou à dispensa do uso de preservativo como proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DST), pondo em risco a saúde do adolescente.

Alguns estudos revelam uma associação entre violência e AIDS. A exposição à violência na comunidade influencia a maneira como se estabelecem os relacionamentos familiares e interpessoais. Ser exposto à violência no contexto social parece ter relação com vitimização e perpetração em outros contextos, como o familiar e o interpessoal⁴. Num relacionamento amoroso com traços de violência, as relações costumam ser desiguais, geralmente sem diálogo suficiente para que haja entendimento. Supõe-se que este comportamento potencialize o risco de DST/AIDS, porque inviabiliza a negociação sobre o uso de preservativo nas relações sexuais. Uma pesquisa, realizada na cidade de Baltimore, EUA, com jovens americanos de origem africana, revelou uma conexão entre o comportamento de risco para AIDS e relacionamentos violentos⁵. A vitimização e perpetração, tanto emocional como física, estavam associadas ao número de parceiros e DST nos últimos seis meses.

O objetivo deste estudo foi identificar a ocorrência de situações de violência no cotidiano de adolescentes e jovens de comunidades de baixa renda; pesquisar a relação entre uso de drogas e comportamentos de risco de DST/AIDS; e verificar se a violência nas relações afetivas entre adolescentes e jovens dificulta a prevenção de DST/AIDS.

Metodologia

O estudo realizado em 1998, na cidade do Rio de Janeiro, consistiu em um inquérito epidemiológico aplica-

do em uma amostra de 1.041 jovens de 14 a 22 anos, de escolas públicas e comunidades de baixa renda das regiões de Vila Isabel e Acari. Os dois bairros foram selecionados por serem locais de atuação do Núcleo de Estudo da Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Optou-se por uma amostra de conveniência, já que a idéia do estudo não era obter um perfil dos adolescentes e jovens dos bairros pesquisados, e sim conhecer e compreender melhor o público alvo, para aperfeiçoar a intervenção nas referidas áreas, por isso, não foi realizado cálculo amostral. Da mesma forma, não houve preocupação de representatividade dos diversos grupos, na medida em que os resultados não seriam generalizados à população das comunidades estudadas, e a discussão estaria restrita às vivências dos participantes.

A equipe de pesquisa era composta por duas docentes da Faculdade de Ciências Médicas, uma assistente social e quatro alunos de graduação bolsistas. O instrumento foi elaborado por professores da Universidade de Maryland, nos EUA, e aplicado pela primeira vez em comunidades de risco da cidade de Baltimore. O modelo do questionário foi baseado na teoria de sistema ecológico desenvolvido por Bronfenbrenner⁶, que propõe a associação dos resultados do comportamento de jovens de baixa renda com vulnerabilidade individual e riscos ambientais. Testes de validade e confiabilidade foram realizados no instrumento original nos EUA, não tendo sido refeitos após a tradução. Os itens do questionário foram discutidos na equipe de pesquisadores junto com dois adolescentes das comunidades mencionadas, sendo, em seguida, eliminadas algumas perguntas e outras totalmente reformuladas na linguagem sugerida por eles. O estudo piloto foi realizado com 20 adolescentes. O projeto de pesquisa e o instrumento utilizado foram avaliados e aprovados pelo comitê de ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da UERJ.

Para atingir o público-alvo da pesquisa, adolescentes de 14 a 22 anos, escolheu-se o período noturno das escolas do bairro de Vila Isabel. O trabalho iniciava com uma reunião da equipe de pesquisadores e os diretores das escolas, para explicar os objetivos do estudo e o instrumento a ser utilizado. No processo de aplicação dos questionários, a equipe contou, neste bairro, com a colaboração de diretores e professores. Embora nenhum aluno tenha se recusado a participar, a disponibilidade das turmas dependeu da liberação dos professores.

Em Acari, pelas dificuldades de acesso e de infraestrutura noturna, a equipe optou pela aplicação dos questionários nos horários diurnos. Como somente uma escola deste bairro concordou na participação dos alunos na pesquisa, decidiu-se convidar também jovens da comunidade, alguns deles já afastados da escola. Portanto, contou-se com duas amostras de conveniência, em que a seleção dos participantes ocorreu por metodologias diferentes.

O roteiro do questionário incluía dados pessoais e familiares, situações de violência nas comunidades e no relacionamento afetivo. Além disso, entre outros temas,

tratava de experiência sexual e uso de drogas. No total eram 130 perguntas, divididas em seis sessões. Neste artigo, foram estudadas as sessões que continham perguntas sobre o relacionamento entre parceiros, e variavam desde a negociação até o uso de violência na solução dos problemas. As perguntas que caracterizavam negociação podem ser exemplificadas com a seguinte: “eu respeitei a opinião dele/dela”. Quanto à violência nas relações afetivas, havia perguntas desde agressão verbal, por exemplo: “eu o ofendi ou xinguei”; à agressão física: “eu torci o braço ou puxei os cabelos dele/dela”. Com referência à agressão sexual, exemplifica-se com: “eu usei força física para obrigar a fazer sexo oral ou anal”. Em relação à sexualidade, indagou-se sobre as práticas sexuais, uso de preservativo, número de parceiros, prostituição, homossexualidade, etc. Estudou-se, em particular, os questionários dos adolescentes e jovens que afirmaram ter iniciado atividade sexual, associando-se a variável “eu usei camisinha na última vez que transei” com as respostas que indicavam graus variáveis de negociação e violência nas relações afetivas.

Antes da aplicação do questionário, a equipe enfatizava que as respostas eram confidenciais e que não haveria possibilidade de identificação do participante. Em seguida, solicitava-se o consentimento de todos por escrito. Houve boa adesão à pesquisa por parte dos adolescentes e jovens, tanto escolares quanto comunitários. As informações foram analisadas pelo *software* SPSS.

Devido à diferença na seleção das amostras, o estudo descritivo foi analisado de forma independente nas duas localidades, entretanto, dada a grande semelhança dos resultados encontrados, as análises comparativas foram estudadas em conjunto.

Resultados

Em Vila Isabel, foram aplicados 575 questionários em jovens com faixa etária predominante de 17 a 18 anos (42,6%), e, em Acari, 466, na faixa de 16 a 17 anos. Em ambos os grupos, houve discreto predomínio do sexo feminino, 53,6% do total pesquisado. Embora os participantes pertencessem a grupos socioeconômicos desfavorecidos, observou-se que pouco menos da metade deles (43,7% em Vila Isabel e 44,3% em Acari) declarou que residia em morro ou favela. A maioria dos participantes do estudo referiu que se sente importante para sua família e amigos. Entretanto, apenas 22,1% e 17,3%, Vila Isabel e Acari respectivamente, responderam serem necessários para suas comunidades.

A violência entre moradores das comunidades e entre familiares pôde ser verificada através das questões que envolviam agressão física. Um elevado percentual de adolescentes informou já ter presenciado brigas entre casais, tanto na comunidade quanto na família e entre os amigos (Tabela 1). A Tabela 2 aponta, em ambos os bairros, um alto percentual de jovens que já apanhou severamente dos pais ou parentes, assim como que já participou de alguma briga.

Tabela 1 - Percentual de adolescentes que presenciou brigas de casal por bairro

“Vi brigas de casal com pancadaria...”	Vila Isabel n=575 n (%)	Acari n=466 n (%)
Na comunidade	437 (76,0)	388 (83,6)
Entre seus familiares	287 (49,9)	219 (47,2)
Entre seus amigos	265 (46,1)	211 (45,5)

Tabela 2 - Percentual de respostas às perguntas sobre agressão física

Perguntas formuladas	Vila Isabel n=575 n (%)	Acari n=466 n (%)
“Apanhei severamente dos pais ou parentes”	169 (29,4)	120 (25,9)
“Participei de brigas”	206 (35,8)	161 (34,7)
“Sofri ameaças de agressão pela polícia”	65 (11,3)	55 (11,9)
“Fui agredido pela polícia”	43 (7,5)	37 (8,0)
“Vi alguém ser agredido com faca ou revólver”	256 (44,5)	203 (43,8)
“Tive alguém próximo agredido por arma”	300 (52,2)	238 (51,3)

Constatam-se, também, respostas afirmativas quanto a agressões por parte da polícia. Muitos informaram ter visto alguém ser agredido com faca ou revólver, enquanto que cerca de metade deles teve alguém ligado a si que foi ferido com tiro. Nota-se que um percentual pequeno, mas relevante, respondeu ter carregado arma de fogo como proteção pelo menos uma vez.

As drogas que os adolescentes citaram fazer uso foram: tabaco, álcool, maconha, cocaína, cola de sapateiro e remédios. Do total dos adolescentes pesquisados, 50,4% revelaram ter usado pelo menos uma dessas drogas, sendo que 11,9% relataram o uso de tabaco e 48,4% de álcool. Um percentual de 2,6% revelou já ter comercializado drogas. Entre os usuários de drogas de qualquer tipo, houve uma relação estatisticamente significativa, para ambos os sexos, com a variável “eu já tive mais de uma pessoa ao mesmo tempo” ($p < 0,05$).

Nas questões referentes à sexualidade, 62,6% dos jovens de Vila Isabel e 46,5% de Acari afirmaram já ter iniciado a vida sexual, e 2,5% dos participantes referiram ter sido obrigados a manter relação sexual contra a vontade. O estudo de ambos os bairros revelou que havia casos de vitimização e perpetração de estupro (Tabela 3). Tendo em

vista a semelhança das frequências de algumas variáveis sobre sexualidade em ambos os locais, estas foram apresentadas em conjunto. Entre os participantes sexualmente ativos, 45,2% informaram ter utilizado preservativo na última relação sexual, e 5,2% já terem alguma DST.

Tabela 3 - Percentual de positividade de respostas às variáveis que expressam agressão sexual

Perguntas formuladas	Vila Isabel n=575 n (%)	Acari n=466 n (%)
“Eu o/a obriguei a transar sem camisinha”	33 (5,7)	22 (4,7)
“Eu usei força física para ele/ela transar comigo”	14 (2,4)	7 (1,5)
“Eu fui vítima de estupro”	9 (1,6)	5 (1,1)
“Eu fui ameaçado/a de estupro”	32 (5,6)	22 (4,7)
“Eu estuprope alguém”	4 (0,7)	6 (1,3)

Na pergunta sobre com quem já os participantes conversaram sobre sexo, os resultados foram: 41,1% com pais ou responsáveis, 47,2% com outro adulto, 74,3% com algum amigo jovem e 5,6% com ninguém. Em relação a conversas sobre AIDS, 44,5% já falaram sobre o assunto com pais ou responsáveis, 63,4% com outro adulto, 61,2% com algum amigo jovem, e 8,9% nunca conversaram com ninguém sobre a doença.

No sentido de estudar, entre os adolescentes sexualmente ativos, a possibilidade de associação entre violência na relação afetiva com namorado/a e prevenção de DST/AIDS, utilizou-se, como variável, a resposta à pergunta “eu usei camisinha na última vez que transei”. Esta resposta,

quando positiva, apresentou uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com a afirmação à questão: “eu disse que juntos acharíamos uma solução para o problema”. Em contrapartida, principalmente entre os participantes do sexo feminino, obteve-se uma relação estatisticamente significativa entre o não uso de camisinha ($p < 0,05$) e algumas variáveis categóricas que indicavam violência verbal, física ou sexual nos relacionamentos amorosos (Tabela 4).

Ressalta-se, contudo, que se subdividindo os adolescentes sexualmente ativos em dois grupos – os que responderam de maneira afirmativa ao conjunto de variáveis categóricas que indicavam violência no relacionamento amoroso, e os que responderam negativamente –, não foi detectada uma relação significativa, do ponto de vista estatístico, na associação com a variável “eu usei camisinha na última vez que transei”.

Discussão

A violência nas relações interpessoais observada nas camadas sociais menos favorecidas do ponto de vista econômico é frequentemente relacionada à pobreza^{7,8}. Neste estudo, esta relação foi encontrada, na medida em que todos os adolescentes pesquisados pertenciam à classe social de baixo poder aquisitivo, e a maioria deles havia presenciado agressão física entre casais, e quase a metade testemunhara alguém ser agredido com faca ou revólver. A pobreza, por sua vez, está associada a um maior índice de contaminação pelo HIV. Estudos mostram uma disseminação crescente da AIDS nos municípios mais pobres do país; e, no estado do Rio de Janeiro, em particular, a incidência de AIDS perinatal tem uma correlação significativa com o índice de concentração de pobreza⁹.

No entanto, as dificuldades econômicas por que passam a maioria dos adolescentes brasileiros não explicam os altos níveis de violência. Sociedades mais pobres não enfrentam

Tabela 4 - Estudo comparativo entre variáveis que indicam agressividade nas relações afetivas e o não uso de preservativos na última relação sexual

Perguntas formuladas que obtiveram respostas positivas	Sexo masculino			Sexo feminino		
	n (%)	χ^2	p	n (%)	χ^2	p
“Eu o/a ofendi ou xinguei”	44 (57,9)	4,023	0,045	57 (66,3)	2,968	0,085
“Eu me machuquei brigando com ele”	21 (52,5)	0,277	0,599	19 (82,6)	5,692	0,017
“Eu o/a obriguei transar sem camisinha”	17 (85,0)	11,284	0,001	8 (57,1)	0,036	0,850
“Eu gritei ou berrei com ele/a”	66 (50,8)	0,398	0,528	85 (65,4)	5,141	0,023
“Eu ameacei bater ou jogar alguma coisa nele/a”	26 (66,7)	6,065	0,014	35 (70,0)	3,147	0,076
“Eu dei um chute nele/a”	21 (55,3)	0,827	0,363	33 (75,0)	6,171	0,013
“Nos últimos doze meses participei de uma briga”	81 (51,6)	0,953	0,329	50 (69,4)	4,923	0,027

esses mesmos problemas. Numa população, a pobreza por si só não é geradora de violência, e sim a inexistência de valores culturais que norteiem as relações entre os indivíduos. Segundo Velho & Alvito¹⁰, as transformações ocorridas na sociedade contemporânea, principalmente em termos econômicos, e o aumento populacional das cidades afetaram profundamente o sistema de valores éticos e morais, reforçando o individualismo, diminuindo a reciprocidade nas relações. O individualismo reforça a impessoalidade, tanto nas relações interpessoais como entre as classes sociais¹¹. Neste estudo, dado as condições locais de cada bairro, observou-se uma violência estrutural, ou seja, a falta de condições sociais e bens de serviço público. Essa injustiça social é parte da geração de violência, pois fere os direitos de cidadania das populações que ali vivem.

Durante a adolescência, o indivíduo se apresenta mais instável e vulnerável às influências externas, sendo o momento oportuno para a incorporação de valores, tanto adequados quanto inadequados^{12,13}. Um estudo desenvolvido em Seattle, EUA, apontou que as vivências de situações de opressão e constrangimento presentes nas idades de 10, 14 e 16 anos foram preditivas de violência em idades superiores aos 18 anos¹⁴. No Brasil, pesquisa realizada com adolescentes escolares apontou uma relação estatisticamente significativa entre punição física grave intrafamiliar e agressividade na adolescência¹⁵. A família, portanto, desempenha um papel relevante na origem do comportamento violento neste grupo etário^{16,17}.

Fazer parte de uma família em que as pessoas têm comportamento violento, conviver com crianças violentas na escola e ser exposto ao crime e ao tráfico de drogas na comunidade podem aumentar o risco de envolvimento com a violência mais tarde. Contudo, mesmo enfrentando esta situação em seu cotidiano, os adolescentes responderam que se reconhecem importantes para suas famílias e seus amigos. Este é um dado fundamental que indica a necessidade de incluirmos as famílias nos programas de apoio ao desenvolvimento juvenil. Estudos com adolescentes americanos enfatizam a conexão com a comunidade, família e amigos como fatores preditivos de um desenvolvimento saudável do jovem¹⁸.

O elevado índice de consumo de drogas, principalmente do álcool, chamou a atenção neste estudo. O uso de álcool está relacionado ao início precoce e desprotegido da atividade sexual e comportamento delinquentes¹⁹⁻²¹. Um estudo realizado na cidade de São Paulo, com 689 estudantes de segundo grau, demonstrou uma associação entre uso de álcool e maconha e comportamento sexual de risco²². Da mesma forma, um artigo de revisão sobre o tema revelou uma forte relação entre o uso de drogas na adolescência e comportamento de risco para DST²³. Assim como é descrito na literatura, o presente estudo constatou que, entre os jovens que consumiam drogas, um número significativo admitiu relacionar-se com múltiplos parceiros, o que demonstra maior vulnerabilidade desta população a DST/AIDS^{24,25}.

Embora a maioria dos adolescentes tenha informado já ter conversado sobre AIDS com alguém, menos da metade afirmou ter feito uso de preservativo na última relação sexual. O uso de preservativos entre adolescentes no Brasil é inconstante. Segundo uma pesquisa realizada entre estudantes da cidade de São Paulo, 34% dos adolescentes sexualmente ativos informaram que não usaram camisinha na última relação²⁶. Um estudo com estudantes pertencentes a uma escola de Manhasset, Long Island, EUA, mostrou que, apesar de quase todos os adolescentes saberem dos efeitos protetores dos preservativos, 25,6% não estavam seguros ou tinham conceitos errados sobre a forma de proteção às DST. Havia uma minoria que não acreditava no que o governo divulga sobre a AIDS²⁷.

Freqüentemente a adesão às medidas preventivas contra AIDS procede da percepção da ameaça à saúde e da vulnerabilidade para esta doença. Depende, também, da presença de casos entre familiares ou amigos e da eliminação de obstáculos para efetivar a ação. Citam-se como exemplos a opinião de muitas pessoas de que a camisinha reduz o prazer e o receio de ser visto como promíscuo, quando se anda com preservativos²⁸. O esclarecimento dessas questões junto aos jovens pode ser um caminho efetivo para que os mesmos passem a se proteger com eficácia.

Outro dado digno de reflexão é que os adolescentes conversam sobre sexo mais com os amigos do que com os adultos, pais ou responsáveis. Em nossa sociedade, ainda há muito preconceito sobre o exercício da sexualidade antes do casamento, e isso pode ser um obstáculo ao acesso à informação, educação e preparação para a prática da sexualidade de maneira mais prazerosa e responsável. Boa parte do problema origina-se da forma como as instituições sociais – a família, a escola, as organizações religiosas, o setor da saúde, etc. – lidam com esta questão²⁹.

Entre os adolescentes pesquisados, observou-se a presença de comportamentos de risco à saúde sexual, como a baixa adesão ao uso de preservativo e a ocorrência de relacionamentos sexuais em troca de algo, como dinheiro, roupas, comida ou drogas. A violência sexual pode ser notada através da presença de respostas positivas às questões sobre relações sexuais forçadas, ameaças de estupro e estupro consumados. Estes índices, apesar de baixos, não podem ser ignorados. Ser jovem e pertencer às classes de baixo nível socioeconômico foi associado à violência entre parceiros, em estudo com 6.184 casais³⁰.

Um estudo realizado em Lima, Peru, sobre experiências sexuais e questões psicossociais de adolescentes sexualmente ativos, apontou que normas culturais restringem o uso de preservativo para sexo casual, e isso possivelmente coloca muitos jovens em risco de uma gravidez não planejada e/ou DST³¹. Revelou, ainda, que a conduta sexual pode ser de risco, especialmente no contexto de coerção sexual e quando se faz sexo associado ao consumo de drogas ou álcool.

Embora a presente pesquisa tenha levantado problemas e apontado prováveis caminhos para solucioná-los, vale mencionar algumas limitações, entre elas a não realização de teste de confiabilidade e validade do instrumento após a tradução e adaptação do mesmo, e a utilização de uma amostra de conveniência. Desta forma, os resultados encontrados não podem ser generalizados, merecendo novos estudos para esclarecimento das questões suscitadas.

O estudo aponta uma relação entre violência nas relações afetivas e a dificuldade de prevenção de DST/AIDS. Entre as causas desta associação, poderia estar a impossibilidade de negociação no uso de preservativos. Para que as medidas de prevenção aos comportamentos sexuais de risco entre os jovens sejam eficazes, sugere-se campanhas contra a violência doméstica e nas relações afetivas.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos seguintes alunos de graduação (bolsistas da UERJ) pela participação na coleta de dados: Alexandre Wilson de Oliveira Santos, Omar Souza Nicolau e Wili Szuchmacher. Da mesma forma, agradecem a análise estatística realizada por Carla Lourenço Tavares Andrade.

Referências bibliográficas

- Chequer P. A AIDS no Brasil: perfil epidemiológico e ações. *A Folha Médica* 1998;117(1):3-5.
- Minayo MCS, Assis SG. Saúde e violência na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J)* 1994;70:263-6.
- Ruzany MH, Szwarcwald CL. Mortalidade de adolescentes no município do Rio de Janeiro, de 1981 a 1995 - quantos óbitos poderiam ser evitados? *J Pediatr (Rio J)* 1999;75:327-33.
- Malik S, Sorenson SB, Aneshensel CS. Community and dating violence among adolescents: perpetration and victimization. *J Adolesc Health* 1997;21:291-302.
- Ricardo IB. Life choices of African-American youth living in public housing: perspectives on drug trafficking. *Pediatrics* 1994;93(6 Pt 2):1055-9.
- Bronfenbrenner U. Ecological systems theory. In: Vasta R, editor. *Annals of Child Development*. Volume 6. Greenwich, CT: JAI Press; 1989.p.187
- Gianini RJ, Litvoc J, Eluf Neto J. Agressão física e classe social. *Rev Saúde Pública* 1999;33(2):180-6.
- Macedo AC, Paim JS, Silva LM, Costa MC. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2001;35(6):515-22.
- Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MA, de Andrade CL. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública* 2000;16 Supl 1:7-19.
- Velho G, Alvito M. Cidadania e violência. Rio de Janeiro: UFRJ/FGV; 1996.
- Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999;4:7-23.
- Levisky DL, Vasconcellos ATM, Blay E, Smeke ELM, Outeiral JO, Lins MIA, et al. Adolescência e violência. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- Taquette SR. Iniciação sexual da adolescente - o desejo, o afeto e as normas sociais [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.
- Herrenkohl TI, Maguin E, Hill KG, Hawkins JD, Abbott RD, Catalano RF. Developmental risk factors for youth violence. *J Adolesc Health* 2000;26(3):176-86.
- Meneghel SN, Giugliani EJJ, Falceto O. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Cad Saúde Pública* 1998;14(2):327-35.
- Zavaschi ML, Benetti S, Polanczyk GV, Soles N, Sanchotene ML. Adolescents exposed to physical violence in the community: a survey in Brazilian public schools. *Rev Panam Salud Publica* 2002;12(5):327-32.
- 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.
- Roth JL, Brooks-Gunn J. Youth Development Programs: Risk, Prevention and Policy. *J Adolesc Health* 2003;32:170-82.
- Strasburger VC. Sex, drugs, rock'n'roll. Are solutions possible? - A commentary. *Pediatrics* 1985;76(4 Pt 2):704-12.
- Valois RF, Oeltmann JE, Waller J, Hussey JR. Relationship between numbers of sexual intercourse partners selected health risk behaviors among public high school adolescents. *J Adolesc Health* 1999;25:328-35.
- Melzer-Lange MD. Violence and associated high-risk health behavior in adolescents. Substance abuse, sexually transmitted diseases, and pregnancy of adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1998;45(2):307-17.
- Scivoletto S, Tsuji RK, Abdo CHN, Queiróz S, Andrade AG, Gattaz WF. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21(2):87-94.
- Fortenberry JD. Adolescent substance use and sexually transmitted diseases risk: a review. *J Adolesc Health* 1995;16:304-8.
- Tapert SF, Arons GA, Sedlar GR, Brown SA. Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. *J Adolesc Health* 2001;28:181-9.
- Tubman JG, Windle M, Windle RC. Cumulative sexual intercourse patterns among middle adolescents: problem behavior precursors and concurrent health risk behaviors. *J Adolesc Health* 1996;18:182-91.
- Carlini-Cotrim B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2000;34(6):636-45.
- Imperato A. Acquired Immunodeficiency Syndrome and suburban adolescents: knowledge, attitudes, behaviors and risks. *J Community Health* 1996;21(5):329-47.
- Bunnk B, Barker A, Siero F, Eijnden R, Yzer M. Predictors of AIDS-preventive behavioral intentions among adult heterosexuals at risk for HIV-infection: extending current models and measures. *AIDS Educ Prev* 1998;10(2):149-72.
- Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema publico: una visión critica. *Salud Pública Mex* 1997;39:132-43.
- Moreno Martín F. Violence between couples. *Rev Panam Salud Pública* 1999;5(4-5):245-58.
- Cáceres CF, Marin BV, Hudes ES, Reingold AL, Rosaco AM. Young people and structure of sexual risks in Lima. *AIDS* 1997;11 Supl 1:67-77.

Endereço para correspondência:

Dra. Maria Helena Ruzany

Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente

Pavilhão Floriano Stoffel

Boulevard 28 de Setembro, 109 fundos – Vila Isabel

CEP 20551-030 – Rio de Janeiro, RJ

E-mail: nesa@uerj.br