



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FABIANE DO AMARAL GUBERT

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DAS ESCALAS *PARENT-
ADOLESCENT COMMUNICATION SCALE* E *PARTNER COMMUNICATION SCALE*:
TECNOLOGIA PARA PREVENÇÃO DE DST/HIV

FORTALEZA
2011

FABIANE DO AMARAL GUBERT

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DAS ESCALAS *PARENT-ADOLESCENT COMMUNICATION SCALE* E *PARTNER COMMUNICATION SCALE*:
TECNOLOGIA PARA PREVENÇÃO DE DST/HIV

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira

FORTALEZA
2011

G955t Gubert, Fabiane do Amaral
Tradução, adaptação e validação das escalas Parent-Adolescent
Communication Scale e Partner Communication Scale: tecnologia
para prevenção de DST/HIV./ Fabiane do Amaral Gubert. –
Fortaleza, 2011.
131f.; il.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Neiva Francenely Cunha Vieira.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Saúde do adolescente. 2. Comunicação. 3. Estudos de
validação. I. Vieira, Neiva Francenely Cunha (Orient.) II. Título.

CDD: 616.9792

FABIANE DO AMARAL GUBERT

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DAS ESCALAS *PARENT-ADOLESCENT COMMUNICATION SCALE* E *PARTNER COMMUNICATION SCALE*:
TECNOLOGIA PARA PREVENÇÃO DE DST/HIV

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ___ / ___ / ___

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profª. Dra. Mirna Albuquerque Frota
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Profª. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profª. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profª. Dra. Maria Alix Leite Araújo
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Profª. Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima
Universidade Federal do Ceará – UFC

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar comigo em todos os momentos, amparando e guiando-me no caminho da perseverança. Estarei sempre em suas mãos, faz de mim o que for da sua vontade.

Ao meu companheiro e eterno namorado, Ranielder Fábio de Freitas, por estar sempre ao meu lado, pelo incentivo, pelo amor dispensado, por compreender minha ausência nos momentos de estudo e trabalho, por compartilhar comigo sonhos e conquistas.

À minha mãe Neiva Suzete, e aos meus irmãos Fabiele e Fábio, que apesar da distância estão sempre em meu coração e a quem também devo esta conquista.

À orientadora Prof^ª. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira, por ser muito mais do que minha mestra na vida acadêmica, mas por ser um presente de Deus para mim, por ser minha amiga e exemplo que sempre seguirei. Sem seu apoio e incentivo jamais seria a profissional que sou hoje, obrigada por tudo!

À Prof^ª. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, por estar sempre presente em minha vida, com suas doces palavras de incentivo, conhecimento e motivação. Obrigada por todos os momentos em que me acolheu e me ensinou a ser uma pessoa mais humana e dedicada à Enfermagem e à saúde do Adolescente.

À Prof^ª. Dra. Elisângela Teixeira, pelo enorme carinho e também pelas valorosas contribuições ao longo de minha vida acadêmica. Obrigada por aceitar participar de minha banca.

Ao Prof. Dr. Paulo César, pelos ensinamentos, pelo cuidado, pela atenção e paciência, os quais foram primordiais para que eu adentrasse o mundo da estatística e para que este trabalho fosse concretizado.

À Prof^ª. Dra. Mônica Oriá, que sempre me apoiou na realização desta pesquisa, mesmo nos momentos de grandes dúvidas. Obrigada pelas palavras de incentivo e motivação durante o curso de doutorado.

Às queridas amigas sobralenses Cibelly Aliny Freitas, minha eterna mestra e responsável primeira por minha formação profissional e humana; a Adriana Gomes, amiga de todas as horas; e a Isabelle Mont'Alverne que esteve comigo ao longo dessa caminhada. Obrigada a vocês por todo carinho, incentivo e amizade que tanto contribuiu para que esse período fosse o mais amoroso possível. Três anjos que caíram na minha vida e ficarão para sempre.

As amigas doutorandas Emanuela Joventino, Nirla, Rafaela, Renatinha, Glêdes, Michell, Islene, Camila, Anna Paula, Eveline, Fernanda, Eveline em especial a Tahissa. Meu muito obrigada por toda essa jornada em que estivemos juntos. Estar com vocês foi a melhor parte do doutorado em Enfermagem.

A todos os participantes do Projeto Aids: Educação e Prevenção, com carinho especial para as amigas Fátima Nóbrega e Álissan, Kelanne, Lígia, Agnes, Anny Giselly, Kellen,

Gabriele, Hosana, Kamille, Jaislâny, Natasha, Natália, Érica, Stella e para os queridos colegas Izaildo, Jucier, Pedro, Alexsandro, Paulo, Carlos Colares, Manoel.

Ao corpo de docentes do Departamento de Enfermagem, especialmente à Prof^ª. Dra. Lorena Barbosa Ximenes, Dra. Karina Pinheiro, Profa. Dra. Ângela Sousa, Dra. Janaína Victor, Dra. Dalva Alves, Dra. Marli Galvão, e aos funcionários e também queridos Valma, Jackeline, Joelna, Cleidismar e Jucilene (Ju), pela contribuição para minha formação humana e profissional.

Aos docentes, Prof^ª. Dra. Mirna Albuquerque e Prof^ª. Dra. Alix Araújo, por terem aceitado o convite de participação como membros desta banca examinadora, por serem enfermeiras preocupadas com a saúde do adolescente e prevenção das DST/HIV, além da paciência e compreensão.

Aos professores Ralph Diclemente, Ginna Wingood, Robim Milhausen, e principalmente a Jéssica Sales, pesquisadores da *Emory University* em Atlanta-Georgia, por terem autorizado a adaptação transcultural destas escalas no Brasil e pela prontidão e interesse em colaborar com nosso estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior - CAPES, pela concessão da bolsa que possibilitou a realização desta pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pela concessão do financiamento que contribuiu para a condução do estudo.

Às escolas participantes, pela contribuição e cordialidade em todos os momentos de nossa coleta de dados.

Às adolescentes entrevistadas e aos juízes participantes, pelas contribuições fundamentais para a conclusão deste estudo e para o crescimento da Enfermagem.

E a todos os que contribuíram e torceram de alguma forma para esta conquista.

A comunicação entre pais e filhos não deve deter-se somente na discussão simplista sobre sexo e preservativo, unicamente, pois se desligarmos as coisas umas das outras, corremos o risco de nenhuma delas se tornar verdadeiramente eficaz.

Daniel Sampaio (2007)

RESUMO

Gubert, Fabiane do Amaral. **Tradução, adaptação e validação das escalas *Parent-Adolescent Communication Scale* e *Partner Communication Scale*: tecnologia para prevenção de DST/HIV.** [tese de doutorado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2011.

Desde o surgimento dos primeiros casos de Aids no cenário epidemiológico mundial, há mais de 25 anos, a prevenção da transmissão do HIV entre mulheres e adolescentes tem sido um dos maiores desafios no controle da doença. Em vista deste cenário, a Educação em Saúde, por meio do uso de tecnologias leves aplicadas à família, tem contribuído para que a população participe dos processos decisórios e sobre os modos de cuidar da saúde, incluindo à prevenção de DST/HIV. Diante deste contexto, o estudo objetivou traduzir, adaptar e validar as escalas *Parent-Adolescent Communication Scale* – PACS e *Partner Communication Scale-PCS* junto a adolescentes do sexo feminino em Fortaleza-CE. Pesquisa metodológica, de abordagem quantitativa, realizada com 313 adolescentes do sexo feminino, que já haviam tido o primeiro intercurso sexual, na faixa etária dos 14 a 18 anos, de três escolas, duas públicas e uma particular. As escalas foram aplicadas juntamente com os questionário, via computador, de novembro/2010 a janeiro/2011. A confiabilidade das escalas foi verificada por meio do teste Alfa de Cronbach e teste de Slipt-Half Coefficient, além do teste-reteste, por meio do teste de Wilcoxon. A validade foi verificada pela validade de conteúdo e de construto por meio da análise de grupos contrastados e associação entre os resultados das escalas e variáveis. Os resultados indicaram que o conteúdo das escalas foi considerado compreensivo, segundo comitê de juízes. O Alfa de Cronbach foi de 0,86 em escolas públicas e 0,87 em particulares. Em relação à validade de construto por meio dos grupos contrastados, não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,067$) entre os grupos de adolescentes de escola pública e particular. No teste-reteste, o teste de Wilcoxon indicou $p > 0,15$. Houve associação entre os escores da PACS-VB e as variáveis: a) idade em escolas particulares ($p=0,007$), b) anos de estudo em escolas particulares ($p=0,013$), c) cor/raça entre rede pública ($p=0,004$) e particular ($p=0,005$); d) com quem reside, em escola pública ($0 < 0,0001$) particulares ($p:0,005$), e) diálogo sobre a menarca ($p < 0,0001$); ciência dos pais sobre a iniciação sexual das filhas ($p < 0,0001$); e ocorrência da primeira relação com o namorado noivo ($p=0,006$) e idade da sexarca em escolas públicas ($p=0,003$) e particulares ($p=0,002$). O uso de método na primeira relação sexual também apresentou relação positiva ($p < 0,0001$). Já na PCS, idade em escolas públicas ($p=0,007$) e particular ($p=0,024$); anos de estudo ($p=0,002$), residir com os pais em escolas públicas ($p=0,006$) e particulares ($p=0,004$) c) cor/raça, ($p:0,005$). O teste F, de Snedecor (ANOVA), revelou associação entre uso do preservativo em escola pública ($p=0,003$). Ainda sobre este quesito, nas duas redes de ensino, houve relação entre o conhecimento da mãe sobre a primeira relação sexual ($p < 0,0001$) e uso do preservativo na primeira relação ($p < 0,0001$) e comunicação com o parceiro atual. No estudo, observou-se que a comunicação com os pais foi a variável preditiva para comportamentos sexuais saudáveis em adolescentes do sexo feminino, incluindo as relações de diálogo com seus parceiros. Concluiu-se, portanto, que se obteve um instrumento confiável, válido e capaz de avaliar a frequência de comunicação das adolescentes com seus pais e parceiros sexuais.

Palavra-chave: Saúde do Adolescente; Comunicação; Estudos de Validação.

ABSTRACT

Gubert, Fabiane do Amaral. **Translation, adaptation and validation of Parent-adolescent Communication Scale and Partner Communication Scale: technology for prevention of STD/HIV**. [PhD thesis]. Fortaleza: Federal University of Ceará, 2011.

Since the appearance of the first cases of AIDS in the world epidemiological scenario, for over 25 years, the prevention of HIV transmission among women and adolescents has been one of the biggest challenges in controlling the disease. Given this scenario, Health Education, through the use of soft technologies applied to the family, has contributed to the population to participate in the decision making processes and on the forms of health care, including the prevention of STD/HIV. Given this context, the study aimed to translate, adapt and validate the scales Parent-Adolescent Communication Scale (PACS) and Partner Communication Scale (PCS) with female adolescents in Fortaleza. Methodological research of quantitative approach carried out with 313 female adolescents who had had the first sexual intercourse between the age of 14 to 18 years, from three schools, two public and one private. The scales were applied along with the questionnaire, by computer, from November 2010 to January 2011. The reliability of the scales was assessed through Cronbach's Alpha test and Split-Half Coefficient test, besides test-retest, using the Wilcoxon test. The validity was verified by content and construct validation through the analysis of contrasted groups and association between the results of scales and variables. The results indicated that the content of the scales was considered comprehensive, according to judges' committee. The Cronbach's alpha was 0.86 in public schools and 0.87 in private schools. Regarding the construct validity through the contrasted groups, there was no statistically significant difference ($p=0.067$) between the adolescent groups from public and private schools. In the test-retest, Wilcoxon test showed $p>0.15$. There was an association between the scores of PACS-VB and variables: a) age in private schools ($p=0.007$), b) years of study in private schools ($p=0.013$), c) color/race, in public ($p=0.004$) and private schools ($p=0.005$), d) whom they live with, in public ($p<0.0001$) and private schools ($p=0.005$), and e) dialogue on menarche ($p<0.0001$); parental science on the sexual initiation of daughters ($p<0.0001$), and the occurrence of the first relationship with her boyfriend/fiancé ($p=0.006$) and age of first sexual intercourse, in public ($p=0.003$) and private schools ($p=0.002$). The use of the method at first intercourse also had a positive relation ($p<0.0001$). In the PCS: age in public ($p=0.007$) and private schools ($p=0.024$); years of study ($p=0.002$); living with parents, in public ($p=0.006$) and private schools ($p=0.004$); color/race, ($p=0.005$). The F test of Snedecor (ANOVA) revealed an association between the use of condom, in public schools ($p=0.003$). Still on this matter, in the two public schools, there was a relationship between the mother's knowledge on the first sexual intercourse ($p<0.0001$) and the use of condom at first intercourse ($p<0.0001$) and communication with current partner. In the study, it was observed that communication with parents was the predictive variable for healthy sexual behaviors in female adolescents, including dialogue relationships with their partners. It was concluded that we obtained an instrument reliable, valid and able to assess the frequency of adolescent communication with parents and sexual partners.

Keywords: Adolescent Health; Communication; Validation Studies.

RESUMEN

Gubert, Fabiane do Amaral. **Traducción, adaptación y validación de las escalas *Parent-Adolescent Communication Scale* y *Partner Communication Scale*: tecnología para prevención de ETS/VIH.** [tesis]. Fortaleza: Universidad Federal del Ceará, 2011.

Desde la aparición de casos de SIDA en el escenario epidemiológico, más de 25 años, la prevención de la transmisión del VIH entre las mujeres, niñas y adolescentes ha sido uno de los mayores retos en el control de la enfermedad. Teniendo en cuenta este escenario, la educación sanitaria, mediante el uso de tecnologías blandas aplicadas a la familia, ha contribuido a la población a participar en la toma de decisiones de las modalidades de atención médica, inclusive en materia de prevención de ETS/VIH. En este contexto, el estudio tiene como objetivo traducir, adaptar y validar las escalas de padres y adolescentes, la Escala de Comunicación - PACS y interlocutor Escala - PCS, con los adolescentes del sexo femenino en Fortaleza. Investigación metodológica, con enfoque cuantitativo, realizado con 313 adolescentes que ya han tenido su primera relación sexual, con edades entre 14 y 18, de tres escuelas, dos públicas y una privada. Las escalas fueron aplicadas en forma conjunta con el cuestionario, por la computadora, desde nov/2010 y jan/2011. La fiabilidad de las escalas se comprobó mediante la prueba de Alfa de Cronbach y la prueba de Slipt-La mitad de coeficiente, y test-retest mediante el test de Wilcoxon. La validez fue verificada por la validez del contenido y construir a través del análisis de asociación entre los grupos y en contraste los resultados de las escalas y las variables. Los resultados indicaron que el contenido de las escalas se consideró comité global según los jueces. El alfa de Cronbach fue de 0,86 y 0,87 en las escuelas públicas en particular. En cuanto a la validez de constructo por medio de grupos contrastantes diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.067$) entre grupos de adolescentes de escuelas públicas y privadas. En la prueba-reprueba el test de Wilcoxon indica que $p > 0,15$. Se observó una asociación entre las puntuaciones de PACS-VB y las variables: a) edad en las escuelas privadas ($p = 0,007$), b) años de educación en escuelas privadas ($p = 0,013$), c) de color / raza en las escuelas públicas ($p = 0,004$) y privados ($p = 0,005$), d) que reside en las escuelas públicas ($0 < 0,0001$) personas ($p = 0,005$), y el diálogo sobre la menarquia ($p < 0,0001$), la ciencia de la los padres sobre la iniciación sexual de las niñas ($p < 0,0001$), y para la primera relación con un novio novio se producen ($p = 0,006$) y la edad de la primera relación sexual en las escuelas públicas ($p = 0,003$) y personas ($p = 0,002$). El uso del método en la primera relación sexual también mostraron una asociación positiva ($p < 0,0001$). En el PCS: a) edad en las escuelas públicas ($p = 0,007$) y privados ($p = 0,024$). b) años de estudio ($p = 0,002$), viven con sus padres en las escuelas públicas ($p = 0,006$) y personas ($p = 0,004$), c) la etnicidad ($p: 0.005$). La prueba F de Snedecor (ANOVA) reveló una asociación entre el uso de preservativos en las escuelas públicas ($p = 0,003$). También bajo este aspecto, los dos sistemas escolares se encontró relación entre las madres saben acerca de su primera relación sexual ($p < 0,0001$) y el uso del condón en la primera relación sexual ($p < 0,0001$) y la comunicación con la pareja actual. En el estudio, se observó que la comunicación con los padres es la variable de predicción del comportamiento sexual saludable en adolescentes del sexo femenino, incluidas las relaciones con sus socios de diálogo.

Palabras clave: Salud del Adolescente; Comunicacion; Estudios de Validación.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 Site na web, gerado em <i>Google Docs</i> , preenchido pelas adolescentes.....	46
FIGURA 2 Imagem do Sistema Gerenciador de Banco de Dados - <i>Google Docs</i>	48
FIGURA 3 Imagem do Programa Excel 2005, no qual os dados eram compilados	48
FIGURA 4 Distribuição do desempenho das adolescentes ao responder a PACS-VB.....	63
FIGURA 5 Distribuição do desempenho das adolescentes ao responderem a PCS-VB...	65
QUADRO 1 Estratificação do <i>n</i> -amostral segundo população do estudo.....	37
QUADRO 2 Critérios para a seleção de Juízes de conteúdo.....	39
QUADRO 3 Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento original da PACS	52
QUADRO 4 Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento original da PACS	53

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Características sociodemográficas das adolescentes do estudo	57
TABELA 2 Antecedentes de comportamento e comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva.....	60
TABELA 3 Desempenho das adolescentes por escola, <i>Parent Communication Scale - Versão Brasileira</i>	62
TABELA 4 Desempenho das adolescentes por escola, <i>Partner Communication Scale – Versão Brasileira</i>	63
TABELA 5 Associação da PACS-VB e variáveis sociodemográficas	68
TABELA 6 Distribuição da PACS-VB e antecedentes de comportamento e comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva	69
TABELA 7 Distribuição da PCS-VB e variáveis sociodemográficas.....	70
TABELA 8 Cruzamentos da PCS-VB e cruzamentos com antecedentes de comportamento e comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva	71

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 <i>Parent-Adolescent Communication Scale</i> e <i>Partner Adolescent Scale</i>	22
2 OBJETIVOS	24
3 ESTADO DA ARTE	25
3.1 Adolescência, Promoção da Saúde e as Políticas Públicas no Brasil	25
3.2 Comunicação entre as adolescentes, seus pais e parceiros sexuais	30
4 METODOLOGIA	35
4.1 Tipo de estudo	35
4.2 Cenário de estudo	35
4.3 População e Amostra	36
4.4 Procedimentos para tradução e adaptação da PACS e PCS	38
4.5 Propriedades Psicométricas das Escalas	42
4.5.1 Validade dos instrumentos de mensuração	43
4.5.1.1 Validade de conteúdo	43
4.5.1.2 Validade de constructo	44
4.6 Instrumentos de coleta das informações	44
4.7 Descrição e análise dos dados	47
4.8 Aspectos ético legais	49
5 RESULTADOS	51
5.1 Tradução e Adaptação Transcultural dos instrumentos <i>Parent-Adolescent Communication Scale (PACS)</i> e <i>Partner Communication Scale (PCS)</i>	51
5.2 Caracterização das adolescentes participantes do estudo	54
5.3 Aplicação <i>Parent-Adolescent Communication Scale</i> e <i>Partner Communication Scale</i>: versão no contexto de Fortaleza	62
5.3.1 Propriedades Psicométrica das escalas	65
5.3.1.1 Análise de confiabilidade das Escalas: Consistência Interna	65
5.3.2 Validade de Conteúdo	66
5.3.3 Validade de Constructo	66
5.3.3.1 Comparação entre grupos contrastados	66
5.3.3.2 Associação entre as variáveis do estudo e aplicação dos instrumentos	67
6 DISCUSSÃO	72

6.1 Características sociodemográficas	72
6.1.1 Características relacionadas ao comportamento e comunicação acerca da saúde sexual e reprodutiva	78
6.2 Adaptação transcultural e propriedades psicométricas das escalas	86
6.3 Aplicação das escalas na versão brasileira: comunicação com os pais e parceiros sexuais	88
6.4 Contribuições do estudo para a Teoria e Prática de Enfermagem na promoção da comunicação pais e adolescentes.	92
7 CONCLUSÕES	98
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	100
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	114
ANEXOS	137

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, a adolescência é definida como a segunda década da vida, de 10 a 19 anos. Já a legislação brasileira, presente no estatuto da criança e do adolescente, refere-se à a faixa etária dos 12 a 18 anos, segundo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Muito além de sua definição cronológica, a adolescência pode ser caracterizada por uma série de transformações biopsicossociais, que compreende desde a maturação dos órgãos sexuais até a elaboração da identidade pessoal e sexual, com o exercício da sexualidade, intimidade e afetividade (MANDÚ, 2006; FERREIRA *et al.*, 2007).

No que se refere à puberdade, essa etapa impõe ao adolescente grandes alterações e, desta forma, ele necessita adaptar-se às novas dimensões e experimentar, com atenção, as novas sensações para integrá-las no seu cotidiano. Ocorrem então mudanças complexas na personalidade, o que gera alterações de comportamento e instabilidade na forma de se relacionar. Essas transformações constituem a síndrome da adolescência normal, que tem características de busca pela identidade, pela tendência grupal, pelo desenvolvimento do pensamento conceitual, pela vivência temporal singular, pela evolução da sexualidade, existindo, em algumas situações, um desacerto entre o corpo - pronto para a reprodução - e a mente - despreparada para experienciar tais acontecimentos (ALMEIDA; CENTA, 2009).

Além disso, nessa etapa do desenvolvimento humano, verifica-se mudança no perfil da distribuição das doenças, identificando-se, mais comumente, um conjunto de agravos relacionados, sobretudo, com o comportamento sexual e com as condutas que o adolescente apresenta dentro de seu convívio social (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008).

No tocante ao sexo feminino, desde o surgimento dos primeiros casos de AIDS no cenário epidemiológico mundial, há mais de 25 anos, a prevenção da transmissão do HIV entre mulheres e adolescentes tem sido um dos maiores desafios no controle da doença. Essas e outras questões motivam o destaque à vulnerabilidade da mulher, especificamente a da adolescente, perante determinados agravos, de modo a enfatizar a infecção por DST/HIV, a qual repercute negativamente na qualidade de vida desse grupo (BORGES; NICHATA; SCHOR, 2006).

A despeito do conhecimento sobre o HIV, adquirido nas últimas décadas até a atualidade, percebe-se que as informações sobre a transmissão não alteraram substancialmente a vulnerabilidade dos adolescentes no Brasil. Esse fato decorre da confluência de vários aspectos da vulnerabilidade, como a desintegração da sociedade civil,

ensejando exclusão social, violência, pobreza, preconceito, intolerância à diversidade e à opção sexual, o que enfatiza o limitado diálogo entre a família, objeto deste estudo (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000).

A vulnerabilidade feminina envolve além dos determinantes biológicos, como a imaturidade do epitélio cervical e sistema imunológico, aspectos psicológicos caracterizados pela percepção de invulnerabilidade, imortalidade e influência das relações de gênero, fatores que podem incidir diretamente sobre o comportamento sexual nesta fase da vida (MORISSON-BEEDEY; NELSON, 2009).

Ainda no campo das DST, a Organização Mundial de Saúde - OMS estima que no Brasil, ocorram mais de 12 milhões de novos casos, destacando a sífilis, gonorreia, clamídia, tricomoníase, papiloma vírus humano e herpes genital, enfermidades que podem ter consequências graves, como disfunções sexuais, esterilidade, aborto, câncer genital, nascimento prematuro ou ainda com deficiências físicas ou mentais (BRASIL, 2007).

As estatísticas na área da saúde evidenciam a crescente feminização do HIV/AIDS, sobretudo em mulheres brasileiras mais pobres e com menor acesso a medidas assistenciais e de promoção à saúde, e como consequência, observa-se um aumento da transmissão vertical do HIV. Além do exposto, a epidemia ultrapassou os limites dos centros urbanos, apresentando forte tendência à interiorização, em direção a municípios de pequeno e médio porte (BRASIL, 2007).

No Brasil, a proporção de infecções entre os sexos vem reduzindo sistematicamente ao longo dos anos, perpassando de 15,1 homens por mulher, em 1986, para 1,5 homens por mulher em 2007. Chama atenção a análise da razão de sexo em jovens de 13 a 19 anos. Nessa faixa etária, o número de casos de aids é maior entre as meninas. A inversão vem ocorrendo desde 1998, com oito casos em meninos para cada 10 em meninas. Em relação ao Ceará, este número é de 1,9 homens por mulher e, na capital Fortaleza, a incidência entre meninas de 13 a 18 anos supera os casos no sexo masculino, evidenciando uma tendência à juvenização e feminização da epidemia no estado (FORTALEZA, 2009).

Em relação à gravidez na adolescência, considerada uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade nessa fase da vida, seja pelas implicações decorrentes desse evento, como o aborto, a morbidade e mortalidade materna, ou ainda pelas repercussões sociais e econômicas que incidem sobre a qualidade de vida.

A gravidez na adolescência tem sido considerada uma situação de risco e um elemento desestruturador neste período da vida, e, em última instância, como elemento

determinante na reprodução do ciclo de pobreza, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho (BRASIL, 2009).

Em Fortaleza, em 2009, segundo o Sistema Nacional de Nascidos Vivos-SINASC, dos 45.251 partos, 9.003 foram em adolescentes, e, destes, 473 na faixa etária de 10 a 14 anos. Segundo o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna de Fortaleza, em 2008, dos 16 óbitos maternos notificados, seis foram entre adolescentes.

Ainda em relação a essa situação, estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2009) acerca da saúde sexual e reprodutiva de jovens e adolescentes, indicou aumento da taxa de fecundidade entre meninas. Aponta-se que entre mulheres em idade fértil se assistiu nas quatro últimas décadas um decréscimo na taxa de fecundidade (em 1940, a média nacional era de 6,2 filhos, em 2000, tornou-se 2,3 filhos), e entre adolescentes e jovens o sentido foi inverso. Desde os anos 90, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou 26%.

Outra situação que afeta a saúde reprodutiva das mulheres é o aumento de abortos, que ocorre especialmente entre as mais jovens, pobres, negras e solteiras. Os abortos e suas complicações relacionam-se comumente à gravidez indesejada e não apoiada pelo parceiro, pelo núcleo familiar e pela sociedade como um todo. Também é preciso considerar que, no Brasil, a região Nordeste apresenta coeficientes maiores de mortalidade materna, articulados a inadequadas condições socioeconômicas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Muitas mulheres encontram-se expostas à gravidez indesejada e DST pelo uso inadequado de métodos contraceptivos, associado à falta de conhecimento e acesso a eles. Conforme dados de 2005, no Brasil, dois terços das mulheres sexualmente ativas (65%) não se protegiam contra as DST e apenas 20% afirmaram fazer uso de preservativos em todas as relações sexuais e 7 % usavam esporadicamente (BRASIL, 2005).

No que se refere às políticas de saúde específicas para esta população, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (Brasil, 2004) representa um avanço, pois o documento considera que as práticas de saúde devem incorporar a integralidade e a Promoção da Saúde como princípios norteadores, buscando consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos com ênfase para prevenção das DST/HIV.

A Política acrescenta ainda que os profissionais de saúde devam reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que potencializem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de proceder a

escolhas adequadas ao seu contexto e momento da vida e que busquem pelo uso de tecnologias apoiadas a cada caso e que demonstrem o interesse em solucionar problemas e minimizar o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte de mulheres (BRASIL, 2004).

Em se tratando especificamente da prevenção às DST, em 2007, foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da AIDS e outras DST. Este plano, resultado do pacto entre a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS e Área Técnica de Saúde da Mulher, os quais pactuaram junto às entidades que atuam no campo dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos, na tentativa de romper com as iniquidades que envolvem essa população.

Em 2008, o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas - SPE, criado em 1996, foi reconhecido como uma das principais ações do Programa Saúde na Escola - PSE, que tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, articulando os setores de saúde e de educação. Com isso, estimou-se contribuir para a redução da infecção pelo HIV/DST e dos índices de evasão escolar causada pela gravidez na adolescência (ou juvenil), na população de 10 a 24 anos.

Em Fortaleza, em março de 2010, frente à tendência à juvenização da epidemia de AIDS e reconhecendo a atenção primária à saúde como principal via de acesso da população feminina, a Coordenação Municipal de DST/AIDS do município instituiu uma política permanente de prevenção às DST junto às mulheres, com destaque para as adolescentes, por meio da capacitação permanente dos profissionais de saúde e do fortalecimento das parcerias com Centros de Atenção Social - CRAS, Centros de Saúde da Família e escolas. O objetivo é que estas mulheres, principalmente aquelas em situação de pobreza, tenham mais acesso à informação e insumos específicos para prevenção a estes agravos (SOUSA, 2010).

Em vista do exposto e das inúmeras políticas de saúde específicas implementadas no Brasil ao longo de 25 anos da epidemia da AIDS, deve-se considerar que a adolescência é um processo individual, mas não desconexo, já que toda uma rede de relações atua sobre ele, tais como a sociedade, cultura, mídia, comunidade escolar e, principalmente, família.

Da teia de relações que cercam o adolescente, a família em que ele está inserido exerce papel fundamental na maneira como passará pelo processo de adolecer, inclusive como se relacionará com seus futuros parceiros sexuais. Nessa instância, a unidade familiar,

tem, ao longo dos anos, sofrido transformações, principalmente no modo de transmitir valores, inclusive sobre temas ligados às DST/HIV.

A família, em diferentes épocas, é identificada como unidade que cuida de seus membros e, apesar das mudanças ocorridas em sua estrutura e organização, continua sendo considerada o principal agente socializador da criança, responsável pelo atendimento de suas necessidades básicas, bem como pela formação dos referenciais de vida que possibilitará enfrentar um mundo em permanente mudança. Portanto, a família é um sistema de saúde para seus membros, da qual faz parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que dirigem as ações da família na Promoção da Saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento de doenças (ELSE, 2004).

Guerra e Seidl (2009) comentam que a influência da AIDS foi a grande propulsora do diálogo na sociedade e na família com início na década de 1980 e o que propiciou estudos sobre a influência dos estilos parentais ou das práticas educativas parentais neste contexto. As conversas sobre assuntos relativos ao sexo tomaram maior destaque, porém, ao mesmo tempo, a comunicação entre pais e filhos acerca de temas relacionados à sexualidade e reprodução continuaram incipientes.

Sendo a família espaço de socialização, representada pela figura materna e paterna, ou ainda na atualidade, por diversos arranjos familiares, ressalta-se a importância desses agentes na educação dos filhos, pois constituem-se em referência desde os primeiros anos de vida da criança até a adolescência. Embora pareça um consenso, a literatura comenta sobre a necessidade de ampliar e discutir questões referentes à sexualidade, primeiramente na família, prosseguindo na escola e em outros grupos sociais (WAGNER; CARPENEUDO, 2005; FERREIRA *et al.*, 2007).

Portanto, mesmo que a família seja considerada estrutura social relevante para a educação de seus membros, especialmente no tocante à sexualidade, mostra-se em muitos momentos, impotente para atuar frente à essas temáticas com seus filhos (GUBERT *et al.*, 2009). Segundo Jesus (1999), essa limitação na comunicação na família é fruto de uma educação repressora, vivida pelos pais enquanto adolescentes, a qual os influencia a reproduzir tal realidade com seus filhos. Os filhos, no entanto, cobram dos pais maior abertura nos relacionamentos, reivindicando respeito e diálogo.

A comunicação é fator fundamental na interação social dos indivíduos e instrumento básico da experiência social. Littlejohn (1988) refere que a comunicação resulta em mudanças e esta se origina de condições da pessoa e na mensagem evidenciada por meio

de valores, atitudes e comportamentos inter-relacionados. Assim, para haver comunicação, deve coexistir compreensão, pois, desse modo, as imagens e experiências são postas em comum. Com efeito, comunicação não se baseia apenas na expressão oral, mas em um conjunto de atitudes empregadas em prol de esclarecer uma mensagem, ou seja, a adolescente está sendo educada sexualmente pelos pais desde a infância, por meio das atitudes que adotam com relação ao aspecto sexual em seu cotidiano (GUBERT *et al.*, 2010).

A troca de conhecimentos sobre sexualidade e reprodução é essencial para o desenvolvimento psicossocial dos adolescentes; entretanto, as modificações aceleradas que ocorrem no tamanho e perfil do corpo podem causar muita ambivalência nessa fase. Algumas vezes, essas modificações orgânicas, características da adolescência, não ocorrem na ordem adequada. A percepção da adolescente diante de dúvidas quanto à maturidade sexual e ao desenvolvimento biológico pode suscitar à imagem desvalorizada do corpo e à diminuição da autoestima, por isso o diálogo na família é essencial (BARROS, 2006).

Em muitos momentos, os pais acreditam que conversar com crianças e adolescentes sobre questões relativas à sexualidade pode estimular a prática sexual. Estudo como o de Heilborn (2004) demonstra o contrário, enfatizando que, quanto mais informado for o adolescente, menos ele ficará aflito em desejar iniciar precocemente a sua atividade sexual e, quando o faz, utiliza formas de prevenir a gravidez e as DST. A educação sexual abrange a sexualidade e todas as repercussões relacionadas a ela, despertando o senso de responsabilidade no adolescente.

Pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (EUA) aponta a necessidade de programas que fomentem as habilidades dos pais para o diálogo efetivo, pois este repercute positivamente na vivência da sexualidade, e destacam que as estratégias utilizadas devem valorizar o contexto sociocultural dos jovens e seus pais. Para tanto, é preciso que os profissionais de saúde identifiquem o modo como se processa esta comunicação e os elementos que necessitam ser fortalecidos (KLEIN *et al.*, 2005).

A importância e valorização da família em relação a outros tipos de suporte para esclarecimentos sobre sexo, como Internet, amigos, também foi expresso nos estudos, de Borges, Nichiata, Schor, (2006) e Gubert *et al.* (2009), os quais comentam sobre a rede social acionada pelos jovens na busca de informações: os amigos e a Internet são grandes aliados no esclarecimento de dúvidas sobre sexo entre os adolescentes, porém a família se encontra como o principal recurso na rede de apoio para esclarecimentos que exigem conhecimentos mais complexos.

A comunicação afeta e é afetada pelo comportamento dos pais. Janeiro (2008) argumenta que bons níveis de comunicação familiar são descritos como elemento de redução dos problemas comportamentais típicos do adolescente. Acrescentam ainda que, apesar das dificuldades apresentadas pelos pais, é no convívio familiar, entre pessoas que se estimam e tentam superar as dificuldades do dia a dia, que as questões devem ser debatidas, levando-se em conta valores, atitudes, crenças religiosas e culturais da família.

Borges, Nichiata, Schor (2006) descrevem que a rede sociofamiliar do adolescente deve ser compreendida como elenco principal na constituição de base para as ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva. A importância da família como fonte de informações acerca da sexualidade foi identificada no estudo de Heilborn (2006), o qual pesquisou adolescentes de 12 a 18 anos de idade, matriculados em escolas públicas em todo o Brasil. Dentre os achados, constatou que 61,6% já haviam recebido orientações sobre sexualidade pela família e uma proporção ainda maior, 76,7%, sobre AIDS.

Para os autores citados anteriormente, é necessário que os adolescentes mantenham diálogos sobre sexualidade com seus pais, pois, além de ampliar a rede de pessoas com quem conversam sobre sexo, utilizam mais o preservativo, principal medida para evitar a gravidez não planejada e as DST.

Outro aspecto presente nos estudos é a questão do estilo parental a que os jovens são sujeitos. Para Janeiro (2008), o estilo parental deve promover autonomia e autodescoberta do adolescente, considerando que estes aspectos estão associados com a competência social e psicológica e diminuem a probabilidade do envolvimento do adolescente em comportamentos sexuais de risco. Nesse sentido, as intervenções de saúde junto às famílias devem prover informações aos pais com vistas a um equilíbrio entre o desafio do desenvolvimento dos adolescentes que é o estabelecimento da sua autonomia e a sua função de protegê-los.

Acrescenta-se ainda que a relação interpessoal entre pais e filhos adolescentes é um momento único e deve ser encorajada constantemente, pois é justamente neste tipo de interação que ocorre a apreensão de valores que tendem a permanecer ao longo da vida. Uma das tarefas mais árduas dos pais na atualidade é manter uma comunicação harmoniosa e eficaz com seus filhos na fase da adolescência, porém é necessário, apesar das dificuldades que surgem nesta etapa da vida, que eles estejam conscientes de que continuam sendo os principais educadores no que diz respeito à sexualidade, portanto devem ser encorajados pelos profissionais de saúde para que continuem dialogando com seus filhos (PEÑA *et al.*, 2007).

Portanto, atribui-se relevância, no campo da Saúde Pública em todo mundo, a estudos que busquem promover a comunicação na família para a promoção de comportamentos salutaros, com destaque para a prevenção às DST/HIV e identificação dos fatores determinantes destes agravos e sua relação com o comportamento sexual de adolescentes do sexo feminino. Nos EUA, por exemplo, a *National Academy of Science* vem solicitando desde a década de 1990 estudos que compreendam os fatores associados à infecção por DST nesta faixa etária e comportamentos preventivos (MESCHKE; BARTHOLOMA; ZENTALL, 2007).

Assim, é relevante avaliar a frequência de comunicação entre pais e adolescentes sobre questões preditivas principalmente nos assuntos relacionados ao sexo e a comportamentos de proteção, como o aumento da frequência de comunicação, que sugere a abertura entre pais e adolescentes, o que conseqüentemente promove discussões mais diretas sobre sexo e incentiva os jovens na busca de informações junto aos pais sobre a saúde sexual e questões relacionadas. Padrões de comunicação sexual aberta incentivam os adolescentes a internalizar os valores e normas incorporadas por meio das mensagens dos pais, influenciando na decisão de praticar ou não sexo, atuando diretamente na comunicação com os parceiros sexuais (WHITAKER; MILLER, 2000).

Para Bandura (1986), por meio da Teoria da Aprendizagem Social, a frequência do diálogo sobre sexualidade é um critério importante para o êxito da aprendizagem e interiorização das mensagens expostas pelos pais, e que, discussões frequentes proporcionam a oportunidade para a repetição, o que facilita uma melhor aprendizagem.

Quanto ao conteúdo da comunicação sexual, estudos apontam que tanto pais quanto filhos acreditam que o foco de sua comunicação sobre sexualidade deva ser relativo à segurança sexual, ou seja, o uso do preservativo, formas de proteção contra às DST/AIDS e gravidez (BERES, 2010). Por conseguinte, é imperativo para avaliar a frequência de comunicação entre pais e adolescentes, especificamente as questões relacionadas com a segurança sexual, considerando que este é um domínio que ambas as partes acreditam ser importante para a comunicação.

Diante desta realidade, a enfermagem tem papel crucial na promoção de intervenções eficazes no fortalecimento dessa comunicação e da promoção da saúde, seja estimulando a relação pais, filhas e parceiros sexuais, ou criando estratégias individuais ou coletivas para as adolescentes no campo sexual e reprodutivo, seja na comunidade, redes sociais de apoio ou serviços de saúde (ALMEIDA; CENTRA, 2009).

Em vista do exposto, acredita-se que as evidências destacadas nos estudos sugerem que a redução das DST e dos comportamentos de risco para o HIV entre adolescentes do sexo feminino pode ser facilitada por meio da comunicação efetiva sobre sexo, fatores de risco e proteção entre pais e filhas. Frente a esse cenário, entende-se que o processo de adotar não ocorre apenas internamente e de maneira isolada, sendo sensível as influências externas, em especial do grupo familiar, o qual também incide sob as relações entre os parceiros sexuais.

Ao considerar que o cenário familiar atual apresenta mudanças em sua dinâmica, principalmente na comunicação entre os pais e seus membros adolescentes, e que, medidas assistenciais e de saúde necessitam ser fomentadas, acredita-se que a comunicação entre os pais e suas filhas adolescentes acerca de temas ligados às temáticas sexo, sexualidade e DST, pode ser uma variável preditiva para o comportamento sexual seguro da adolescente.

Nesse sentido, a relevância do estudo está na possibilidade de adaptação transcultural dois instrumentos, para que estes permitam em conjunto, ou aplicados separadamente, desvelar a comunicação entre pais e adolescentes, e parceiros sexuais, acerca dos assuntos ligados às DST, à AIDS, à gravidez e ao uso do preservativo em Fortaleza-CE, e que a partir dos resultados seja possível promover ações factíveis às necessidades das adolescentes e da família. O fortalecimento dessa relação poderá contribuir para que os pais estimulem a adolescente a ter uma postura crítico-reflexiva diante das questões que envolvem a sexualidade, com apoio dos serviços de saúde.

O enfermeiro, por meio das ações de Educação em Saúde, poderá contribuir para o crescimento de ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e suas famílias, sob um aspecto inovador na abordagem de cuidado, valorizando a necessidade dos jovens e seus pais. Ao otimizar os processos de comunicação entre pais e filhos, promovem-se, efetivamente, as ações de Educação em Saúde, conceito associado ao de Promoção da Saúde, que propõem uma qualificação do indivíduo para convivência social e harmoniosa. A ação educativa envolve o exercício da cidadania em todos os níveis e contextos em que interage: pessoal, grupal, coletivo e institucional, norteando-se pelos valores humanísticos e utilizando-se de princípios e instrumentos democráticos, visando à promoção da qualidade de vida (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2003).

Em face do contexto, destaca-se que a busca de referenciais teórico-metodológicos que fundamentem novas proposições do cuidado de enfermagem junto à adolescentes ainda é recente e, embora já se possa dispor de conhecimentos e práticas importantes, ainda carece de aprofundamentos, discussão e divulgação ampliada, para uma

mais abrangente capacitação dos seus trabalhadores, nos mais diversos contextos assistenciais ou campos de trabalho (ROCHA *et al.*, 2007).

1.1 *Parent-Adolescent Communication Scale e Partner Communication Scale*

A escala intitulada *Parent-Adolescent Communication Scale – PACS* (ANEXO A), de autoria de DiClemente e Wingood, professores da *School of Public Health of Atlanta University – EUA*, foi desenvolvida com base em um extenso trabalho de campo e revisão de literatura, nos últimos cinco anos, no que se refere à comunicação como ferramenta promotora da educação para vivência saudável da sexualidade. A escala, em sua apresentação no estudo original de divulgação e validação, apresentou também outra escala intitulada *Partner Communication Scale*, com foco na relação entre a adolescente e seus parceiros sexuais, a qual obteve seu processo de validação no estudo de Milhausen *et al.* (2008).

Ambos os estudos foram validados junto a 241 adolescentes afroamericanas na faixa etária dos 14 a 18 anos, e verificou-se a confiabilidade dos instrumentos e a relevância do seu uso para intervenções de prevenção às DST/HIV junto a esta população. Para os autores, a PACS e PCS oferecem subsídios para a prática de profissionais de saúde, ademais recomendam sua aplicabilidade em outros países (SALES *et al.*, 2006).

Em relação a PACS e PCS, estas abrangem cinco itens cada, adequados para amostras de adolescentes de qualquer escolaridade. Para construção da escala, foram realizados cinco grupos focais com 40 adolescentes afro-americanas, a fim de determinar a relevância desses temas para o desenvolvimento do instrumento. Cinco profissionais de saúde especializados em educação sexual e saúde reprodutiva avaliaram a importância dos tópicos sugeridos pelos autores, a fim de aprimorar a escala. Inicialmente, 36 itens foram criados, mas apenas dez foram considerados adequados por apresentarem Alpha de Cronbach maior que 0.80. Destes dez itens, desenvolveram-se a PACS e PCS, as quais podem ser aplicadas juntas ou de forma separada. Em relação à exclusão dos demais itens da escala original, os autores comentaram que a intenção era desenvolver um instrumento de fácil compreensão e confiável, que não necessitasse de um longo período de tempo para aplicá-lo. Acrescentaram, ainda, que junto à população adolescente é preciso facilitar a aplicação de testes e outros materiais.

Para validade de rosto, os itens foram submetidos a seis educadores em saúde com experiência na área, além disso aplicou-se a versão pré-teste junto a 15 adolescentes. Com base nas sugestões das adolescentes, os itens foram revistos para potencializar a compreensão da leitura.

Ao final, a PACS foi composta por cinco itens, os quais avaliam a percepção da adolescente sobre a frequência de comunicação de temas relacionados à sexualidade com seus pais. As questões incluem os seguintes pontos: nos últimos seis meses, quantas vezes você e seu(s) pai(s) falaram sobre os seguintes temas: (1) sexo (2) como usar preservativos, (3) como se proteger de doenças sexualmente transmissíveis, (4) como se proteger do vírus da AIDS, e (5) proteger-se da gravidez? Cada item exigiu uma resposta com base na escala *likert* de quatro pontos variando de: 1 (nunca), 2 (raramente), 3 (às vezes) e 4 (muitas vezes).

E a PCS contou com os seguintes questionamentos: durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu parceiro sexual conversaram sobre: (1) gravidez, (2) preservativo, (3) Aids, (4) DST, (5) história dos parceiros sexuais que já teve. Todos os itens foram codificados de modo que os maiores valores indicam maior frequência na comunicação pais e filhas ou entre os parceiros sexuais.

Diante do exposto, acredita-se que o uso das escalas permitirá ao profissional de saúde conhecer previamente, de forma rápida, o nível de comunicação entre a adolescente e seus pais e/ou parceiros sexuais, de modo a possibilitar a implementação de intervenções de saúde congruentes às necessidades diagnosticadas. É importante salientar que a adolescência é uma experiência pessoal e única e que, embora os fatores condicionantes possam ser semelhantes, ou até idênticos, as diferenças entre cada ser humano se manifestam, fazendo com que o vivenciar dessa fase seja peculiar a cada pessoa e cabe ao enfermeiro identificá-la com vistas a promover a autonomia.

Investigar a repercussão do processo de comunicação entre as adolescentes por meio de um instrumento confiável possibilitará a elaboração pelo enfermeiro de intervenções inovadoras que estimulem o cuidado ao adolescente, tendo em vista o contexto familiar. Logo, por meio da adaptação transcultural para a língua portuguesa da PACS e PCS, será possível fornecer subsídios para a construção de intervenções personalizadas de acordo com o contexto no qual a adolescente está inserida.

Defronte ao contexto apresentado, a realização deste estudo visa traduzir, adaptar e validar as escalas *Parent-Adolescent Communication Scale* e *Partner Communication Scale* a partir da realidade do município de Fortaleza, visto que hoje no estado do Ceará, esta é a cidade que mais concentra casos de HIV entre adolescentes do sexo feminino. Frente às evidências provenientes de estudos da área acerca da influência da comunicação pais e filhas no comportamento sexual da adolescente, é perceptível que estudos que desvelem esta realidade nos mais diferentes contextos são relevantes, pois contribuem para um repensar das práticas educativas e preventivas.

2 OBJETIVOS

- Traduzir, adaptar e validar as escalas *Parent-Adolescent Communication Scale* e *Partner Communication Scale* junto às adolescentes do sexo feminino em Fortaleza- Ceará, Brasil.
- Avaliar a confiabilidade e validade da *Parent-Adolescent Communication Scale* e *Partner Communication Scale* para a compreensão do processo de comunicação acerca das DST/HIV entre adolescentes do sexo feminino, seus pais e parceiros sexuais no contexto cultural de Fortaleza-CE;
- Verificar a associação entre os escores da *Parent-Adolescent Communication Scale* e *Partner Communication Scale* e as variáveis sociodemográficas, de comportamento e de comunicação relacionadas à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes.

3 ESTADO DA ARTE

3.1 Adolescência, Promoção da Saúde e Políticas Públicas no Brasil

Nestas duas últimas décadas, registraram-se grandes avanços nos compromissos assumidos internacionalmente pelos países, como também nas legislações brasileiras acerca das dimensões da reprodução e da sexualidade como direitos de cidadania e direitos humanos de adolescentes e jovens. Para comentar sobre a evolução do conceito e da abordagem da saúde do adolescente, deve-se reaver os documentos produzidos pelo Movimento Internacional de Promoção da Saúde, os quais influenciaram profundamente as políticas públicas, envolvendo a saúde desse grupo no cenário mundial.

As Conferências Mundiais de Promoção da Saúde (CMPS), ocorridas de 1978 a 2005, foram importantes para o desenvolvimento da Promoção da Saúde. Ao longo desse tempo, debateu-se a Promoção da Saúde como um “conjunto de valores” - vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social e revalorização ética da vida.

Ao iniciar a propagação do conceito ampliado de Promoção da Saúde, tem-se a Declaração de Alma-Ata, estabelecida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978. A Conferência enfatizou que a saúde era o completo bem-estar físico, mental e social e, não mais, simplesmente, a ausência de doença ou enfermidade.

Em 1986, com I CMPS em Ottawa, produziu-se a Carta de Ottawa, a qual reconheceu a saúde como um direito humano fundamental, e definiram-se como campos de ação para a Promoção da Saúde a construção, a implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o desenvolvimento de habilidades individuais, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde.

Dentre as CMPS, merece destaque a II Conferência, em Adelaide, em 1988, a qual identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis e, dentre elas, destacou-se o apoio à saúde da mulher, incluindo a adolescente. Pela primeira vez em uma década de conferências, houve a real abordagem sobre este tema, ressaltando as mulheres como principais promotoras da saúde em todo mundo. A Conferência de Adelaide propôs que os países iniciassem o desenvolvimento de planos nacionais para a promoção de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, nos quais os pontos da agenda do

movimento feminista, citando o “empoderamento” feminino e um olhar mais ampliado de sua saúde sexual e reprodutiva fossem respeitados e priorizados (BRASIL, 2001).

Desde então, vários eventos e documentos são produzidos com a finalidade de debater e apresentar propostas para as questões da saúde e sua promoção, cabendo ressaltar a importância da realização das conferências mundiais, resultando recomendações e compromisso entre diversos países, incluindo o Brasil, com o objetivo de promover a saúde de seus povos. Assim, além de Ottawa e Adelaide, ocorreram outras conferências, como a de Sundswal (1991), Jacarta (1997), Rede de Megapaíses (Suíça, 1998), México (2000) e, mais recentemente, a VI CMPS, realizada em Bangkok (Tailândia), em 2005.

No Brasil, as propostas oriundas do Movimento Internacional de Promoção da Saúde repercutiram de formas diversas no contexto político e social, seja incentivando o movimento da Reforma Sanitária ainda na década de 1970, bem como apoiando diversos segmentos da sociedade que clamavam por mudanças, dentre elas a saúde da mulher, a qual recebeu grande destaque.

Influenciados por estes acontecimentos, o principal marco legal internacional com relação à saúde de adolescentes (e crianças) foi a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, promulgada em Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989. A convenção demarcou duas mudanças fundamentais na concepção internacional sobre crianças e adolescentes: superação da visão da criança e do adolescente como objeto passivo de intervenção da família, Estado e sociedade. E considerou crianças e adolescentes como pessoas em desenvolvimento e portadores de direito, inclusive de direitos específicos, assinalou uma ruptura de paradigmas e introduziu novas responsabilidades para o Estado com este segmento (BRASIL, 2005a).

A III Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, no texto Direito Reprodutivo e Sexual, voltou atenção especial ao adolescente, quando destacou que as questões de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, incluindo a gravidez não desejada, o aborto sem segurança, as DST e a Aids, deveriam ser solucionadas por meio da disponibilidade de serviços e aconselhamento adequado, especialmente destinado a esse grupo etário; os países deveriam proteger e promover o direito dos adolescentes à educação, à informação e aos cuidados de saúde reprodutiva, e reduzir consideravelmente o número de casos de gravidez na adolescência (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994).

Mais tarde, esses conceitos foram discutidos e ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing), em 1995, segundo a

definição adotada na Conferência “Ação para Igualdade, Desenvolvimento e Paz”. Nessa Conferência, as perspectivas da CIPD do Cairo foram reforçadas e adotou-se uma nova concepção em que se combinavam: a) respeito pelos direitos humanos, incluídos os direitos sexuais e reprodutivos; b) promoção do desenvolvimento humano e do bem-estar, com reforço das políticas de educação, emprego, saúde e respeito ao meio ambiente; c) “empoderamento” das mulheres, adolescentes e jovens, e equidade de gênero.

Uma das principais contribuições da Conferência de Pequim em relação à sexualidade e reprodução foi definir como diretriz a prevenção das restrições de direito que favorecem a vulnerabilidade dos sujeitos. No caso de adolescentes, esta diretriz atinge às normas irrestritas de tutela de pais e responsáveis sobre as questões relativas à saúde e sexualidade de adolescentes, assim como as restrições no atendimento em saúde sexual e saúde reprodutiva nos serviços de saúde decorrentes. Desta maneira, como sujeitos de direitos das políticas públicas, o acesso a programas de educação, à orientação e à assistência sexual devem ser garantidos aos adolescentes e jovens.

Os princípios de Cairo e Pequim opuseram-se radicalmente à instrumentalização do corpo das mulheres e meninas pelas políticas de controle de natalidade e mesmo de planejamento familiar. Estabeleceram como violação dos direitos humanos todo o viés contrário ao direito de decisão das mulheres, definindo o respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos como princípios de toda política de saúde. Desta forma, apontou-se aos países signatários o desafio de romper e erradicar as práticas controlistas no plano das políticas públicas, tais como o combate à pobreza, via controle do crescimento populacional.

No Brasil, esses conceitos contribuíram inclusive para um repensar e a formalização da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996), na qual a educação sexual é prevista como um dos temas transversais a serem incluídos nos Parâmetros Curriculares Nacionais, em todas as áreas do conhecimento – do Ensino Fundamental ao Ensino Médio. Nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), ao tratar do tema “orientação sexual”, define-se a sexualidade como “algo inerente à vida e à saúde, que se expressa desde cedo no ser humano” e como tema a ser discutido e orientado no cotidiano da escola.

A efetiva implantação desses temas na perspectiva dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, e da ação intersetorial exige articulação dos agentes das políticas de saúde e educação, e constituem-se em apoio fundamental para a implementação das políticas de saúde em âmbito nacional. As ações devem ser realizadas de forma contínua e articulada

com o projeto pedagógico de cada escola, respeitando as diferenças e necessidades de cada um dos estabelecimentos de ensino participantes.

Em 2003, foi lançado o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, esta estratégia resultou da parceria entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura (UNESCO) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e visou a reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis, à infecção pelo HIV e à gravidez não planejada, com ênfase na promoção da saúde, por meio de ações educativas de prevenção e ampliação dessa população ao uso do preservativo masculino.

Para fortalecer a discussão das questões de saúde do adolescente, o governo brasileiro vem, em parceria com setores da sociedade civil, incluindo movimento da juventude, formulando diretrizes de implementação de uma política de atenção à saúde desta população. No segundo semestre de 2005, Ministério da Saúde, através da Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem, publicou duas normas técnicas: Marco Legal da Saúde dos Adolescentes, compilando trechos dos instrumentos legais que fundamentam a garantia do pleno exercício do direito à saúde dos adolescentes (Brasil, 2005a), e Saúde Integral de Adolescentes e Jovens – orientações para a organização de serviços de saúde, a fim de recomendar e “nortear a implantação e/ou implementação de ações e serviços de saúde que atendam aos adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa” (BRASIL, 2005b).

Em junho de 2006, o Ministério da Saúde, por meio da área técnica de Saúde do Adolescente, publicou a versão preliminar do Marco Teórico e Referencial da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, compilando informações sobre as realidades desta população no Brasil e identificando diversas necessidades específicas no bojo da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, como: prevenção de HIV/Aids, questões relacionadas à gravidez, violência/abuso/exploração sexual, entre outros.

Porém, o mais amplo e importante documento, ainda em versão preliminar, mas sem o qual os demais perderiam força, é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). Funda-se na prevalência dos direitos humanos, tendo como pilares normativos a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2007).

Para compreender a importância e a possibilidade de impacto das ações e dos serviços em Saúde, destinados aos adolescentes, é fundamental considerar suas principais demandas de saúde, de maneira que as ações oferecidas se adéquem à realidade local –

individual e coletiva – dos principais interessados. Assim, questões relativas à sexualidade e aos direitos reprodutivos podem ser consideradas significativas no bojo de suas necessidades específicas, em especial as ações voltadas à prevenção em DST/Aids; gravidez (maternidade/paternidade); aborto; contracepção e abuso/violência sexual (BRASIL, 2009).

Do escopo apresentado na PNAISAJ, é possível apontar três ordens de desafios: a) quanto à oferta sistemática e organizada de ações e serviços voltados aos adolescentes; b) quanto à capacitação e sensibilização da equipe de saúde para o trabalho com adolescentes, desde uma perspectiva que os considere sujeitos de direitos – especialmente na esfera da sexualidade e da reprodução e, igualmente, considere as especificidades de gênero; e c) quanto à matriz moral/religiosa que direciona o comportamento de muitos profissionais e agentes de saúde, em expressa desatenção aos princípios, diretrizes e normas consagradas na Constituição Federal e nos demais documentos norteadores da política de atenção à saúde do adolescente.

A implementação da política de atenção à saúde do adolescente no Brasil esbarra na carência de formação dos recursos humanos: não há suficientes equipes de saúde para a população; as equipes não estão capacitadas/sensibilizadas para o trabalho com adolescentes e mapeamento de demandas; mesmo as que perpassaram por períodos de formação, nem todos os profissionais se dispõem a atuar com esta população; muitos profissionais, embora capacitados, ainda percebem os adolescentes como pessoas em formação, que precisam de orientação e tutela, e não têm maturidade suficiente para exercer plenamente seus direitos.

Pela ótica da saúde pública, diversos indicadores têm evidenciado o alto nível de vulnerabilidade a que estão sujeitos os adolescentes, quando o assunto são informações e acesso a ações e serviços de saúde sexual e reprodutiva. Nesse sentido, gestores de saúde de todas as esferas governamentais reconhecem que a valoração negativa do exercício da sexualidade e da reprodução dos adolescentes é um empecilho à implementação da política de saúde sexual e reprodutiva voltada a esta população. No entanto, estudos têm revelado a discrepância entre o que é preconizado nos documentos norteadores das políticas – a política de direito - e a prática cotidiana dos serviços.

Em 2007, foi realizada a Primeira Conferência Nacional da Juventude, com o objetivo de promover e propiciar um espaço para o diálogo entre o poder público e a sociedade sobre as perspectivas e os desafios deste segmento. O relatório final contou de nove resoluções e 22 prioridades. No tema sexualidade e saúde, destacaram-se a prioridade de garantir os direitos sexuais e reprodutivos e ampliar projetos educativos que desenvolvam

metodologias participativas sobre gravidez na adolescência, gênero, violência, promoção da saúde e vulnerabilidades (BRASIL, 2007).

Segundo a PNAISAJ, para que a promoção da saúde dos adolescentes seja efetiva, é necessária a adoção de um olhar diferenciado para esta população adolescente que contemple a família e os pares. Essas concepções devem estar presentes nas ações de educação sexual, para fornecer aportes reflexivos e críticos que contribuam para as tomadas de decisões de adolescentes e de jovens relacionadas à sexualidade e à vida reprodutiva, e principalmente estimular pais, cuidadores, adolescentes e jovens a lidar com a sexualidade como parte integrante da vida, respeitando crenças e valores pessoais, bem como o sentido atribuído por pessoas jovens à vida sexual, no que se refere ao amor, ao desejo de constituir família e ao desejo de intimidade e de prazer (BRASIL, 2007).

A institucionalização destas ações, segundo a política, deve ser realizada por meio do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), integrante do Programa Saúde na Escola (PSE), pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Diante disso, esta tese apresenta consonância com as políticas de saúde vigentes na área de promoção a saúde do adolescente no Brasil, principalmente no que se refere à significância da compreensão do processamento de alguns marcos sexuais nas vidas dessa população e das orientações transmitidas por seus pais e possíveis repercussões na relação com os pares.

3.2 Comunicação entre as adolescentes, seus pais e parceiros sexuais

Etimologicamente, a palavra comunicar vem do latim, *communicare*, cujo significado é pôr em comum, tornar comum, fazer saber, participar, comunicar ideias, pensamentos, propósitos, estabelecer relação, difundir, entre outros (MENDES, 1994).

A comunicação é fator fundamental na interação social dos indivíduos e instrumento básico da experiência social. Em consequência, entende-se como diálogo a reflexão conjunta, observação cooperativa da experiência e metodologia de conversação que visa a otimizar a comunicação entre as pessoas e a produção de ideias novas e significados compartilhados. Posto de outra forma, é uma metodologia que permite que as pessoas pensem juntas e compartilhem os dados que surgem desta interação sem procurar analisá-los ou julgá-los de imediato (REISHUS, 2006).

Assim, partindo da perspectiva de que acontecimentos ligados à adolescência apresentam repercussões importantes na vivência saudável da sexualidade e frente à premissa de que as adolescentes que dialogam com seus pais, de forma qualificada, usam mais o

preservativo, bem como iniciam a vida sexual com maior segurança junto aos seus parceiros sexuais, procedeu-se à uma pesquisa do tipo “Estado da Arte”, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2009, com intuito de conhecer/mapear experiências significativas no campo da comunicação entre adolescentes e família. As bases de dados consultadas foram: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), PUBMED, Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Base de dados de enfermagem (BDENF) e Portal de Periódicos da Capes. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): comunicação, adolescente, sexualidade, tendo como limite a palavra “feminino”, a fim de detectar artigos que delimitassem esta população.

A literatura internacional obtida apresentou um total de 270 artigos, dos quais 18 se adequaram à temática desta pesquisa, resultando em três categorias na discussão dos temas, das quais a primeira destacou os pais como principais referências para os filhos; a segunda apontou a necessidade de programas que potencializem a capacidade dos pais em interagir com os filhos e a terceira centralizou a presença materna como principal mediadora na comunicação com os filhos. É importante destacar que a maioria destes estudos foi produzida nos EUA, por profissionais da medicina e enfermagem, com foco na população afroamericana, hoje considerada parte da população adolescente em maior risco para a infecção por DST/HIV e gravidez precoce (VANABLE *et al.*, 2009).

Nos artigos, a maior preocupação referiu-se à dificuldade dos pais em abordarem a temática junto as filhas e sua forte relação com as futuras habilidades, comportamentos e atitudes dessas perante a DST/aids, por isso a importância de reconhecer em que aspectos os pais necessitam de melhor aporte de conhecimento. Nessa realidade, estudo realizado na Alemanha, com 481 adolescentes escolares, indicou que o comportamento do grupo frente às enfermidades estava diretamente ligado à frequência com que dialogavam com os pais sobre o assunto (SHOUTEN *et al.*, 2007).

Os estudos de Silvaram *et al.* (2005) corroboram os entraves dos pais e orientam que programas de educação sexual e reprodutiva sejam criados para ajudá-los a tornarem-se mais confiantes e competentes na comunicação com suas filhas. O estudo realizado junto a 43 jovens indianas em Chennai desenvolveu grupos de debate entre o grupo e seus pais e verificou melhorias na comunicação dos participantes através de um programa de aprendizado, considerando as questões de gênero, raça e orientação sexual dos jovens.

Já outras pesquisas realizadas nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, apontaram para programas que fomentassem as habilidades dos pais para o diálogo efetivo, destacaram que as estratégias utilizadas devem considerar o contexto sociocultural

das jovens (KLEIN *et al.*, 2005). Autores adicionaram que as entidades governamentais deveriam publicar materiais que potencializassem a comunicação, tranquilizando os pais. Os materiais deveriam conter lições sistematizadas, estratégias de implementação, avaliação dos programas e facilidades para o envolvimento da comunidade em todo o processo (GREEN, 2005; KELLY; LESSER; SMOOTS, 2005; SIMANSKI, 1998).

Nos estudos houve ênfase acerca da importância dos pais estarem preparados para dialogarem com os filhos, e que, a primeira discussão sobre sexualidade deveria ser acompanhada de um bom embasamento e segurança. A iniciação deveria ser o mais precoce possível, imprescindível para uma comunicação eficaz futura (CAMPERO *et al.*, 2010).

Ainda, nesse contexto, Alvarez (2010) descreveu em estudo realizado no México, envolvendo 829 estudantes de Ensino Médio entre 14 e 17 anos e seus pais, que nas famílias cujos pais possuíam alto conhecimento sobre DST/HIV, preservativo, gravidez que os filhos tendiam a dialogar mais com eles, provavelmente ligado à capacidade de os pais em articular mais os conhecimentos e repassá-los aos filhos. No estudo, segundo as enfermeiras, foi preciso diagnosticar este nível de conhecimento e capacitar os pais para o diálogo, baseado nas fragilidades encontradas, que podem ser em relação às DST, preservativo e relações de gênero. Esses e outros estudos apresentam em seu bojo a experiência do uso de escalas que contribuem para a mensuração da frequência da comunicação entre pais e filhos, visto que na literatura internacional é comum o uso destes instrumentos. Entre os resultados desses estudos, observa-se associação importante entre conversar frequentemente com os pais e usar mais consistentemente o preservativo, melhor negociação do preservativo entre parceiros sexuais, adiamento das relações sexuais na adolescência, redução dos índices de gravidez precoce (Sales *et al.*, 2009) e ainda que o uso de escalas junto às adolescentes é uma prática específica e apropriada para ser utilizada junto a adolescentes em situação de vulnerabilidade ao HIV (VOLPE *et al.*, 2007; DOSWELL *et al.*, 2008).

Outra abordagem descrita por Fende *et al.* (2001), nos EUA, refere-se ao contato dos pais junto aos namorados das filhas adolescentes. Segundo dados dessa pesquisa, os pais que conhecem mais profundamente o companheiro da filha e com esse estabelece um vínculo baseado no diálogo e na confiança expõe menos a adolescente às DST e ao HIV.

Em relação aos parceiros sexuais, as escalas em sua maioria intentam mensurar a frequência de comunicação entre os parceiros, além de compreender os motivos que dificultam a adesão ao uso do preservativo, incluindo o feminino, bem como o estabelecimento da relação com parceiros fixos e eventuais. Os estudos nesta área tem evidenciado barreiras na comunicação entre os parceiros, incluindo países como EUA, China,

França, Tailândia, México, o que demonstra preocupação mundial com a saúde sexual e reprodutiva na adolescência (WANG; WANG; HSU, 2006; SALES *et al.*, 2006; SALAZAR *et al.*, 2004).

A outra vertente de publicações está relacionadas à importância da presença materna na educação dos filhos sobre sexualidade e sexo, perfazendo um total de 8 (oito) artigos. Segundo algumas experiências, os jovens que não obtiveram um diálogo eficiente com suas mães, possuíam conhecimentos insuficientes para terem uma vida sexual e reprodutiva saudável. Sinaliza-se que nesse processo deve-se fortalecer a relação mãe e filha, inclusive fomentando a participação mais ativa do pai (FOSTER; FASOLINO; TAVAKOLI, 2008; KAO *et al.* 2008. TERI *et al.* 2005).

Em relação à Base de Dados de Enfermagem - BDENF, somente cinco produções foram localizadas, visto que somente uma contemplou o objeto deste estudo, inclusive oriunda do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Em virtude da escassa quantidade de artigos nacionais recuperadas pelo BDENF que abordassem a temática, procedeu-se à busca manual em periódicos de grande circulação na área da Enfermagem, restrito ao período de 2007 a 2011: Revista Texto e Contexto Enfermagem, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Anna Nery, *Online Brazilian Journal of Nursing* e Revista Gaúcha de Enfermagem. Optou-se por pesquisar esses periódicos por considerá-los de grande circulação, bem conceituados nos ambientes acadêmico e profissional, além de apresentarem os artigos na íntegra. Mesmo com este amplo escopo de periódicos pesquisados, foram poucas as publicações que abordaram a comunicação sobre sexualidade na família, evidenciando mais estratégias ligadas ao ambiente escolar que, por sua vez, não contemplavam os pais ou parceiros sexuais, especificamente.

A literatura nacional voltada para a Enfermagem aponta para a preocupação geral no que se refere a melhorias no diálogo familiar, com ênfase em estudos de abordagem qualitativa. No que diz respeito aos adolescentes, há uma similaridade com os estudos abordados anteriormente, na medida em que buscam compreender os motivos que englobam o não diálogo na família (GUBERT *et al.*, 2009; BARBOSA; PINHEIRO; VIERA, 2008a). Quando comparam o relacionamento com seus pais, afirmam ser comumente mais próximos da mãe. É com a mãe, mais do que com os pais que os filhos revelam suas vivências íntimas e tratam de ampla variedade de assuntos (WAGNER; CARPENEUDO, 2005; BORGES; NICHATA; SCHOR, 2006; BARBOSA; PINHEIRO; VIEIRA, 2008b). Assim, os adolescentes apontam as mães como pessoa ideal para conselhos e orientações e acreditam

que elas são mais abertas e iniciam mais as conversas, aceitando as opiniões dos filhos (CARMONA, 2000; DIAS; GOMES, 1999).

Na enfermagem, estudos como o de Almeida e Centa (2009) revelam que é relevante identificar como os pais vivenciam a educação sexual de seus filhos adolescentes, para que o enfermeiro possa assistir os indivíduos em todas as etapas da vida, e para isso precisa estar inserido na família por meio da ESF e nos programas de Educação Sexual das escolas.

Concorda-se com Cano, Ferriani e Gomes (2000) quando expressa os profissionais de saúde possuem um longo caminho ainda a percorrer, principalmente no Brasil, muitos tabus e mitos a superar, pois todo jovem tem direito de ser orientado adequadamente sobre sua sexualidade e esta deve começar no próprio lar, estender-se à escola e a todas as instituições da área da saúde.

Diante de todo o exposto, é nítido que ações no âmbito da enfermagem precisam ser fortalecidas, visto que a maioria dos estudos da área ainda perpassam pela área de Psicologia e Medicina, e que o enfermeiro priorize as diversas vivências que perpassam a vida da adolescente, seja na família ou na interação com seus pares. A partir do momento em que se conseguir empoderar os jovens para a reflexão-ação sobre sua saúde sexual e reprodutiva, conseqüentemente, serão futuras mulheres, esposas, profissionais e mães mais sensíveis sobre a necessidade de socializarem os conhecimentos junto aos seus filhos, e assim, um novo ciclo de comunicação surgirá em meio aos percalços que ainda se vivenciam na atualidade, em que o que predomina ainda é a ausência de diálogo.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de uma pesquisa metodológica, de abordagem quantitativa, a qual visa traduzir, validar e avaliar um instrumento. Este tipo de estudo visa definir o constructo ou comportamento a ser medido, elaborando ou validando um instrumento confiável que possa ser utilizado por outros pesquisadores (LOBIONDO; HABER, 2001). A investigação metodológica inclui alguns pontos a serem alcançados, como a definição do constructo, elaboração dos itens do instrumento, elaboração das instruções para aplicação da escala e psicometria.

Nesse sentido, o estudo visa também verificar as propriedades psicométricas da *Parent-Adolescent Communication Scale - PACS* e *Partner Communication Scale – PCS* para validação e aplicação no Brasil. Conforme Lobiondo e Haber (2001), a psicometria está relacionada à teoria e ao desenvolvimento de instrumentos de medição durante o processo de pesquisa. A psicometria, então, busca por mensurar um conceito por meio de um instrumento válido e confiável.

4.2 Cenário de estudo

O estudo foi realizado em Fortaleza, capital do Estado do Ceará, localizado na região Nordeste do Brasil, a qual abrange uma área de 336 km e é considerada a quarta maior cidade do País, com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE) de 2.505.552 habitantes em 2009. Destes, 53,2% eram do sexo feminino e 40,4% encontravam-se na faixa etária de 0 a 19 anos.

Em termos administrativos, o município de Fortaleza encontrava-se dividido em seis Secretarias Executivas Regionais - SER, que funcionavam como instâncias executoras das políticas públicas municipais. Por meio desta configuração administrativa descentralizada, as políticas municipais de saúde e educação eram gerenciadas pelas SERs, por meio de seus Distritos de Saúde e de Educação, tendo como órgãos gestores as Secretarias Municipais.

A pesquisa foi desenvolvida em três instituições, duas de ensino público, pertencentes a SER III de base estadual, e uma particular, localizada na SER II. Os critérios

utilizados para selecionar as instituições de ensino foram: oferecer Ensino Fundamental ou Médio a alunos dentro da faixa etária estabelecida nas escalas; e no que se refere às escolas públicas, foram definidas aquelas em que o projeto de extensão universitária “Aids: Educação e Prevenção”, do Departamento de Enfermagem da UFC, já atuavam regularmente, além da anuência da escola, das adolescentes e seus pais e/ou responsáveis. Em relação às escolas participantes do estudo, estas possuíam características semelhantes quanto às séries oferecidas para a comunidade: 7^a, 8^a e 9^a séries do Ensino Fundamental, 1^o, 2^o e 3^o anos do Ensino Médio.

Convém destacar a inserção do profissional de saúde dentro desse espaço escolar como proposta do Ministério da Saúde (2005b) para a orientação na organização de serviços de saúde para adolescentes e jovens, em que foram sugeridas estratégias capazes de aproximar essa clientela à unidade de saúde, dentre as quais, destaca-se a integração escola/unidade de saúde/comunidade, necessitando, portanto, da participação ativa do profissional de saúde nesse processo.

Assim, a aplicação da escala nesse contexto partiu da compreensão de que seria necessário imprimir na prática do profissional de saúde, nesse nível de atenção, tecnologias que facilitassem identificar como os usuários respondiam aos agravos e as medidas preventivas, para que as estratégias educativas elaboradas atendessem às necessidades da população.

Em vista disso, decidiu-se desenvolver este estudo em escolas da rede pública e particular, pois se acreditava em diferenças importantes quanto aos níveis de conhecimento entre as adolescentes. Contudo, os estudos que envolvam este dois cenários vêm sendo desenvolvidos, em sua maioria, nas escolas públicas, pois estas se mostram mais disponíveis como campos para o desenvolvimento de pesquisas. Em vista disso, os adolescentes de escolas particulares são pouco investigados sobre a temática em estudo (FERREIRA *et al.*, 2007).

4.3 População e Amostra

A população foi composta por 657 adolescentes do sexo feminino, estudantes das escolas citadas anteriormente na faixa etária de 14 a 18 anos. Como critérios de inclusão foram definidos: adolescentes do sexo feminino, que já tiveram o primeiro intercurso sexual. Os critérios de descontinuidade foram: adolescentes que não participarem de todas as etapas

do estudo ou que no momento do preenchimento das escalas via *on-line* não realizaram o envio adequadamente.

Para o cálculo do tamanho amostral, utilizou-se a fórmula a seguir, empregada para populações finitas, cujo valor da amostra foi de 313 adolescentes. Fixou-se um nível de confiança de 95% e um erro amostral relativo de 5%.

$$n = \frac{z^2_{2,5\%} \times p \times q \times N}{e^2(N-1) + z^2_{2,5\%} \times p \times q}$$

Onde:

n = tamanho da amostra: 313

N = tamanho da população: 657

p = valor estimado da proporção de sucesso ($p=0,5$)

$q = 1-p$ (valor estimado complementar de p)

z = valor tabulado da normal reduzida para nível de confiança de 95% ($z_{2,5\%}=1,96$)

e = erro amostral ($e = 4\%$)

A amostra total definida para as três escolas pesquisadas correspondeu a 313 alunas, esta amostra não foi estratificada intencionalmente, visto que o fato da adolescente ter tido ou não o primeiro intercurso sexual impossibilitaria esta situação, então a amostra variou conforme as seguintes faixas etárias:

Escolas	Idade	População	Amostra
A +B (Pública)	14 -15	193	35
	16- 17	178	94
	18 anos	88	42
Subtotal		359	171
C (Particular)	14 - 15	113	34
	16 - 17	131	84
	18 anos	50	24
Subtotal		298	142
Total		657	313

Quadro 2– Estratificação do n -amostral segundo população do estudo. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

4.4 Procedimentos para tradução e adaptação da PACS e PCS

Inicialmente, foi realizado o processo de tradução e adaptação da PACS e PCS para a língua culta brasileira, visto que originalmente as escalas encontravam-se no contexto cultural e linguístico dos EUA. A autorização para tradução, adaptação e validação das escalas foi providenciada por meio de contato eletrônico (Anexo B), com os autores Wingood e Diclemente, professores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Atlanta na Geórgia/EUA.

Todavia, para que um instrumento possa ser utilizado em outros contextos, recomenda-se um rigoroso processo de adaptação e análise dos índices psicométricos, já que somente a adaptação semântica não abrange as diferenças linguísticas e culturais, o que poderia prejudicar a análise dos resultados de validade e confiabilidade da escala.

Para Giusti e Befi-Lopes (2008), para instrumentos que possuem uma linguagem acessível, mesmo em língua inglesa, como é o caso das PACS e PCS, o processo de tradução de um instrumento pode ser realizado por especialistas, sendo executado somente por um profissional proficiente nos dois idiomas (original e alvo) e familiar com o conteúdo do instrumento, o que resulta em uma tradução de maior qualidade.

Ao considerar os pressupostos dos autores citados, neste estudo, inicialmente optou-se por uma tradução inicial, realizada por um enfermeiro, professor de inglês que atuava na área de DST/AIDS e adolescência há mais de dez anos, tendo-se esclarecido para este o objetivo da tradução.

Após a realização da tradução inicial pelo enfermeiro, o instrumento produzido foi submetido ainda ao processo de *backtranslation* (tradução do idioma-alvo para o idioma-original) por outro tradutor nativo dos Estados Unidos e que atuava no Brasil como tradutor, este não foi informado sobre o motivo da tradução. A seguir encaminhou-se as escalas, após a retrotradução, agora no idioma original (inglês), para os autores do instrumento, a fim de que avaliassem a permanência do sentido original no instrumento.

Uma vez finalizada a etapa de tradução e adaptação do instrumento e envio para os autores das escalas, em vista do rigor metodológico, optou-se por aprofundar e ratificar o processo de tradução e adaptação, encaminhando o mesmo para um comitê de especialistas, com o objetivo de avaliar a equivalência entre o documento original e o adaptado para o Brasil. É importante ressaltar que mesmo optando inicialmente por uma adaptação aparentemente mais simples, mas não menos complexa, também encaminhou-se para outros

profissionais (comitê de especialistas), a fim de antever qualquer inconsistência que poderia ocorrer na fase de pré-teste.

Como parâmetros de análise para a seleção dos especialistas, foram estabelecidas exigências relacionadas à titulação, à produção científica e ao tempo de atuação com a temática em discussão, conforme Barbosa (2008a). Assim, segundo o mesmo autor, para a seleção dos juízes de conteúdo, os participantes deveriam obter no mínimo quatro pontos, de acordo com aspectos apresentados no quadro a seguir.

1. Ser Doutor	2 pontos
2. Ser Mestre	1 ponto
3. Ter experiência na área de saúde do adolescente, HIV/AIDS, comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva de, no mínimo, 5 anos.	1 ponto
4. Participar de grupos/projetos de pesquisa que envolvam a saúde do adolescente/prevenção DST/HIV.	1 ponto
5. Ter pelo menos dois trabalhos publicados em periódicos com a temática saúde do adolescente, HIV/AIDS, comunicação pais e filhos nos últimos três anos.	1 ponto
6. Ter desenvolvido tese ou dissertação na temática saúde do adolescente ou HIV/AIDS.	1 ponto

Quadro 2 - Critérios para a seleção de Juízes de conteúdo. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

Logo, o comitê foi representado por uma enfermeira, com proficiência no idioma inglês, com experiência na área de DST e saúde do adolescente, obtendo 5 pontos, e um enfermeiro, tradutor de inglês, atuante na área de DST/HIV com 4 pontos. Coube aos especialistas a tarefa de avaliar a escala traduzida e adaptada, considerando os seguintes critérios propostos por Beaton *et al.* (1998):

- *Equivalência semântica*: avalia o significado das palavras de cada item (um ou vários significados), preservando a equivalência do significado e a formulação de termos;
- *Equivalência cultural*: avalia a existência de itens que reflitam experiências próprias de cada cultura. Itens que podem ser modificados, na tentativa de compensar um item não significativo na cultura-alvo por outro significativo;

- *Equivalência idiomática*: avalia expressões coloquiais ou expressões idiomáticas difíceis de traduzir. O comitê poderá formular uma expressão equivalente para a versão traduzida;
- *Equivalência conceitual*: avalia palavras que, frequentemente, capturam conceitos ou significados de ambas as culturas. Esse tipo de equivalência é alcançada quando as respostas para algumas questões refletem os conceitos requeridos nas diferentes culturas, isto é, o constructo passa a ser reconhecido como conceitualmente equivalente entre ambas as culturas. Nessa etapa, a versão original também foi apresentada e disponibilizada para todos os membros do comitê juntamente com um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e cópia da versão final para que fossem avaliados os quatro itens citados anteriormente (APÊNDICE B e C).

Após a avaliação pelos membros do comitê, procedeu-se à revisão de todas as anotações realizadas para a síntese do instrumento final, concluindo-se com uma reunião com os membros do comitê para avaliação da versão final da escala. Os especialistas destacaram haver consenso entre as equivalências da escala (semântica, cultural, idiomática, conceitual), estando, pois as escalas aprovadas para serem utilizadas no pré-teste.

O pré-teste foi aplicado em outubro de 2010, junto às adolescentes representantes da população-alvo do instrumento. Consoante Beaton *et al.* (1998), considera-se 30 a 40 indivíduos como ideal para este teste. O objetivo do pré-teste foi que cada participante avaliasse o instrumento traduzido em relação à sua compreensibilidade, pertinência, aprovação e relevância cultural. Assim, participaram 30 adolescentes, 15 de escola particular e 15 de uma instituição pública.

As adolescentes participantes do pré-teste tinham entre 15 e 18 anos de idade, na escola particular; e 14 a 18 anos, na escola pública. Na particular, infelizmente nenhuma adolescente com 14 anos pode participar do pré-teste, pois não obtiveram a autorização dos pais. As séries participantes na escola particular foram apenas o 1º e 2º anos do Ensino Médio, enquanto na pública foram alunas da 9º ano, 1º, 2º e 3ºano. As participantes demoraram cerca de doze a dezoito minutos para o preenchimento das questões, incluindo o questionário socioeconômico. A média de idade das respondentes nesta etapa de estudo foi de 15,8 anos na escola pública e 16,6 na escola privada.

Cada adolescente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em consonância com os pais. O preenchimento da escala foi disponibilizado por meio eletrônico, cujo acesso ocorreu no laboratório de informática de cada escola. As escalas foram então aplicadas inicialmente de forma individual, para que cada adolescente comentasse sobre as

dificuldades e facilidades no momento do preenchimento. Ao final, retornaram a sala em grupos de três ou quatro para que fosse discutido novamente cada item.

Essa etapa visou assegurar a adaptação da escala traduzida, sua equivalência e aplicação na população a qual foi proposta, assim como esclarecer e refinar a redação dos itens, medir a duração da aplicação do instrumento e avaliar a viabilidade da aplicação das escalas por meio eletrônico. Essa etapa foi conduzida por acadêmicas de enfermagem, participantes do Projeto Aids: Educação e Prevenção, do Departamento de Enfermagem da UFC, as quais foram devidamente treinadas para tal atividade.

Essa fase referiu-se à *análise semântica dos itens* da escala, os quais foram examinados quanto à inteligibilidade pelas adolescentes, para verificar se os itens da escala eram compreensíveis para os membros da população a qual o instrumento se destinava, do estrato mais baixo ao mais elevado da população-alvo. Para tanto, a técnica utilizada foi a de *brainstorming*, que consiste na avaliação de cada item em pequenos grupos de pessoas (3 ou 4), os quais são interpretados, inicialmente, pelos sujeitos do estrato mais baixo da população-alvo.

Nesse momento, também foi realizado o pré-teste do formulário para levantamento dos dados sociodemográficos e aspectos relacionados à vivência da puberdade e adolescência, relacionamento e comunicação com os pais e parceiros sexuais. Nas questões relativas à renda, cerca de quatro adolescentes de escola particular e duas da pública referiram não ter sequer noção de quantos salários mínimos a família ganhava, para isso foi ajustado no corpo da pergunta o valor do salário no momento da pesquisa (R\$ 510,00).

Outra dúvida questionada por três adolescentes da escola pública foi acerca da cor parda, pois não sabiam o que significava esta cor. Em virtude disso, o questionário posterior incluiu a definição parda/morena, segundo sugestão das próprias entrevistadas.

Em relação às perguntas inseridas no questionário inicialmente, havia a o questionamento: que idade você tinha quando ficou com um menino pela primeira vez?. No entanto, após discussões entre as pesquisadoras e demanda do próprio grupo participante do pré-teste, principalmente de escola pública, sinalizou a necessidade de este questionamento ser excluído, assim introduziu-se a pergunta: “em relação a sua orientação sexual (por quem você se sente mais atraída) você diria que prefere:” e “Que idade você tinha quando "ficou" com um alguém pela primeira vez?” e também “Essa pessoa com quem você ficou era: () menino () menina”. Em vista do exposto, readaptaram-se os instrumentos a fim de contemplar as demandas propostas por meio da aplicação do pré-teste.

4.5 Propriedades Psicométricas das Escalas

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) sugerem que as propriedades de medida de um instrumento o qual tenha passado por um processo de adaptação devem ser avaliadas. Os autores referem ainda que após a escolha do instrumento apropriado para medir o que se pretende, haverá dois pontos a serem considerados: a confiabilidade e a validade da medida de escolha.

A confiabilidade de um instrumento diz respeito à coerência, clareza, precisão e está ligada à reprodutibilidade ou fidedignidade de uma mesma medida. A validade refere-se à habilidade de um instrumento de mensuração de aferir o que se propõe. A confiabilidade e a validade não se apresentam totalmente independentes, pois um instrumento de mensuração não confiável terá muitas chances de não ser válido (LOBIONDO; HABER, 2001).

Neste estudo, destacaram-se dois aspectos relacionados à confiabilidade: estabilidade e equivalência.

1. **Estabilidade:** refere-se à capacidade de medir o conceito de forma coerente com o passar do tempo, o que é particularmente importante no que se refere à comunicação pais e filhos, pois espera-se que o diálogo seja regularmente estável. Neste estudo, verificou-se a estabilidade por meio do teste-reteste, aplicando a escala com um intervalo de cinco semanas entre a primeira e a segunda aplicação.
2. **Homogeneidade:** ou consistência interna refere-se ao atributo de medição do mesmo conceito pelas questões da escala. Isso significa que os itens do instrumento se correlacionam ou são complementares uns aos outros. No estudo, utilizou-se o indicador estatístico de fidedignidade de um instrumento psicométrico ou Alfa de Cronbach, conhecido como coeficiente de fidedignidade de uma escala, usado em estudos que pretendem replicar técnicas por meio de outros instrumentos. Quanto maior a correlação entre os itens de um instrumento a ser validado, maior o valor do Alfa de Cronbach, e maior a confiabilidade. Por esta razão, o alfa também é conhecido como indicador de consistência interna do teste a ser aplicado. Os Alfas de Cronbach considerados aceitáveis estão entre 0,70 e 0,90. No estudo de validação da PACS, realizado por Sales *et al.* (2006), o Alfa foi de 0,88, o mesmo valor foi encontrado na PCS (MILHAUSEN *et al.*, 2008).

4.5.1 Validade dos instrumentos de mensuração

A validade é a segunda característica relacionada às propriedades de medida a ser analisada (DUARTE, 2001). Segundo Pasqualli (1999), é a demonstração da adequação (legitimidade) do instrumento com o que ele diz medir. Verifica-se a validade de um instrumento mediante a validade de conteúdo, a validade relacionada ao critério e a validade do constructo. Neste estudo, procederam-se somente às validades de conteúdo e de constructo devido ao fato de que não existir no contexto cultural do Brasil um instrumento que pudesse ser utilizado como padrão outro para que fosse realizado a validade de critério.

4.5.1.1 Validade de conteúdo

A validade de conteúdo consiste no julgamento sobre a cobertura dos diferentes aspectos a serem mensurados pelo instrumento (MENEZES; NASCIMENTO, 2000). A validação de conteúdo envolve um exame crítico da estrutura básica do instrumento e uma revisão dos procedimentos usados no desenvolvimento do questionário, realizado ainda durante o processo de tradução.

No estudo, utilizou-se a *análise de validade de conteúdo dos itens*, proposta por Pasquali (2003), a qual busca verificar se os itens referem-se ao fenômeno em estudo, a qual foi realizada pelos juízes, os quais foram comentados anteriormente. A intenção é que estes juízes sejam profissionais da saúde e que possuam domínio sobre o conteúdo do construto (comunicação pais e filhos, saúde do adolescente, DST/HIV) e/ou sobre a elaboração de instrumentos de pesquisa.

Os referidos juízes receberam carta-convite (Apêndice A e B) para participar do estudo, o termo de consentimento livre e esclarecido e uma sinopse do projeto. Tal instrumento foi composto por cada item da escala e questões que avaliavam a clareza e compreensão dos mesmos; a relevância de cada um deles, podendo este ser classificado como não equivalente (-1), indeciso (0) ou equivalente (+1), além de um espaço destinado para possíveis alterações e sugestões por parte dos juízes. O objetivo da análise dos juízes foi verificar a adequação da representação comportamental dos atributos, o ideal era que a maioria dos itens apresentassem concordância entre os juízes e que os mesmos os identificassem como equivalentes a escala original (PASQUALI, 1999).

4.5.1.2 Validade de constructo

A validade de constructo é uma das mais importantes propriedades do instrumento (Fayers; Machin, 2000), embora seja a mais difícil de ser medida. A validade de constructo pode ser analisada por meio da testagem de hipóteses, comparação de grupos contrastados e comparação entre as variáveis do estudo e escores das escalas totais (FAYERS; MACHIN, 2000).

Essa validade envolve inicialmente a formação de um modelo teórico, de modo a descrever os constructos que serão avaliados e postular suas relações (FAYERS; MACHIN, 2000). Os dados são coletados e a avaliação é realizada através do grau com que as relações hipotetizadas são confirmadas. Neste estudo, a validade de constructo foi realizada mediante a testagem de hipóteses por comparação dos grupos contrastados realizada entre adolescentes estudantes de escola pública e particular. Para se utilizar da validação por testagem de hipótese, o pesquisador usa o conceito que subsidia a escala para desenvolver hipóteses relativas ao comportamento dos sujeitos com diferentes escores da escala.

Logo, as hipóteses desenvolvidas para este estudo foram:

- Adolescentes estudantes de escola pública, com menor padrão socioeconômico, menor frequência de comunicação, obterão menores escores na aplicação da escala;
- Maior frequência de comunicação associada às adolescentes estudantes de escola particular com maior padrão socioeconômico.

Para tanto, foi realizada uma análise comparativa entre os dois grupos de adolescentes de escola pública e particular (comparação de grupos contrastados) e as variáveis relevantes (os domínios e a escala total). Procedeu-se ainda à investigação de associações entre os resultados da PACS e PCS, e as características sociodemográficas, de comportamento e de comunicação relacionados à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, mediante aplicação de testes estatísticos. O intuito, de tal procedimento foi avaliar se estas variáveis interferiam no resultado das escalas e se estavam de acordo com a literatura.

4.6 Instrumentos de coleta das informações

Após os procedimentos de tradução, adaptação e aprovação pelo Comitê de Ética, executou-se a aplicação da escala PACS e PCS, a qual foi realizada de novembro de 2010 a janeiro de 2011, também com questionário para análise das variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, anos de estudo, número de pessoas residindo no domicílio, renda,

religião, cor/raça, trabalho), além das de comportamento e comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva (menarca; primeiras informações sobre menarca, sexo, preservativo, gravidez; orientação sexual, idade que “ficou”, sexarca, conhecimentos dos pais acerca da iniciação sexual, idade do parceiro, uso de método contraceptivo na iniciação sexual e na atualidade, número de relações sexuais/mês).

1º Etapa: as adolescentes na faixa etária de 14 a 18 foram convidadas a participarem de uma palestra breve em uma sala reservada na escola, com o intuito de esclarecer sobre os objetivos da pesquisa.

Nesse momento, realizou a leitura do Termo de Consentimento na escola para as adolescentes, reforçando que aquelas que concordassem em participar do estudo deveriam assinar o termo em consonância aos pais e/ou responsáveis, ressaltando que a participação na pesquisa não acarretaria ônus e que o sigilo das participantes seria garantido.

2º Etapa: após a assinatura do termo, em momento agendado posteriormente, as adolescentes responderiam o questionário e a PACS e PCS via eletrônica na própria escola, juntamente com as variáveis sociodemográficas, de comportamento e de comunicação. É importante destacar que o nome das escalas para as participantes foram viabilizados em português, a fim de facilitar a compreensão das participantes e evitar qualquer constrangimento no momento da aplicação do instrumento, por não compreenderem a língua inglesa, por exemplo.

Essa etapa foi crucial para o desenvolvimento da pesquisa, visto que a oportunidade de preencher o instrumento nesta modalidade motivou as adolescentes. Foi comum na escola outras adolescentes perguntarem sobre a possibilidade de também responderem o questionário devido ao comentário e à divulgação das adolescentes participantes.

As pesquisadoras permaneceram à disposição das participantes para qualquer dúvida durante o preenchimento dos instrumentos. Em virtude da escala ser direcionada a adolescentes do sexo feminino que já obtiveram o primeiro intercurso sexual há pelo menos seis meses, excluíram-se as escalas respondidas por aquelas que não contaram com este critério. Foi estabelecido que caso a escola não contasse com Internet no momento da aplicação da escala, estas seriam aplicadas manualmente, fato que não ocorreu neste estudo. A seguir, imagem do *link* que esteve disponível à escala durante o período de estudo.

Escala de Comunicação pais e filhas adolescentes

Seja bem vindo!
Este questionário irá avaliar como é a sua comunicação com seus pais sobre temas relacionados a sexo, sexualidade e gravidez. Para isso, algumas perguntas serão feitas para conhecermos um pouquinho mais sobre sua vida. Não se preocupe com o que você irá responder aqui, pois ninguém saberá as suas respostas. E então, vamos em frente?

***Obrigatório**

1- Qual a sua idade? *

14
 15
 16
 17
 18

2- Qual o seu estado civil? *

Solteira
 Casada
 União estável (vive com companheiro a mais de um ano)
 Outro:

3- A escola que você estuda é: *

Pública
 Particular

Figura 1 - Site na web, gerado em *Google Docs*, preenchido pelas adolescentes. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

A aplicação de uma escala está sujeita a alguns desafios, dentre os quais Polit, Beck e Hungler (2004) consideram os mais comuns aqueles referentes à parcialidade do conjunto de respostas que podem ser divididos em três tipos: 1. Parcialidade pelo desejo de aceitação social, 2. Parcialidade extrema do conjunto de respostas e 3. Parcialidade de aquiescência do conjunto de respostas.

A **parcialidade pelo desejo de aceitação social** ocorre quando o indivíduo tende a mascarar suas atitudes ou características, concedendo respostas que sejam consistentes com a visão social vigente, que no caso deste estudo esteve mais relacionada à iniciação sexual das adolescentes; a **parcialidade extrema do conjunto de respostas** é a tendência de expressar atitudes ou sentimentos com respostas extremas (ex.: concordo totalmente), estimulando distorções, por fim a **parcialidade de aquiescência do conjunto de respostas** é a concordância com os itens da escala independente de seu conteúdo por pessoas que tendem a responder ‘sim’. A tendência de responder ‘não’ ou seja, de discordar com as assertivas independente de seu conteúdo é menos comum (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Como o foco da escala estudada era a comunicação das adolescentes com seus pais e parceiros sexuais, envolto pela sexualidade, cujo tema apresentava um ‘peso’ social

sobre a mulher, tentou-se minimizar estes equívocos ao promover uma atmosfera amigável e descontraída durante a aplicação da escala, ao reforçar as orientações das próprias escalas que afirmavam não haver uma resposta certa ou errada, de forma que cada adolescente era livre para responder o que mais se aproximava de sua realidade, e ao garantir a confidencialidade das respostas.

A opção da utilização da escala *on-line* surgiu após a análise de vários estudos que utilizaram esta ferramenta como estratégia para a coleta das informações com intuito de evitar esses tipos de incorreções. Estudo de Vanable *et al.* (2009), realizado nos EUA, confirma a eficácia do preenchimento via computador, pois segundo depoimento de adolescentes participantes da pesquisa, houve maior adesão e redução das incorreções referentes ao preenchimento. Neste sentido, o enfermeiro pode utilizar este recurso em seus diversos níveis de cuidado, facilitando além da coleta de dados a interação com a adolescente, na medida em que facilita a privacidade.

4.7 Descrição e análise dos dados

O banco de dados foi gerado via Internet, por meio de um Sistema Gerenciador de Banco de Dados *On-line*, presente no *Google Docs*. O *Google Docs* é um pacote de aplicativos do *Google*, totalmente gratuito e funciona totalmente *on-line*, diretamente no browser. Os aplicativos são compatíveis com o *OpenOffice.org/BrOffice.org*, *KOffice* e *Microsoft Office*, e atualmente compõe-se de um processador de texto, editor de apresentações, editor de planilhas e de formulários.

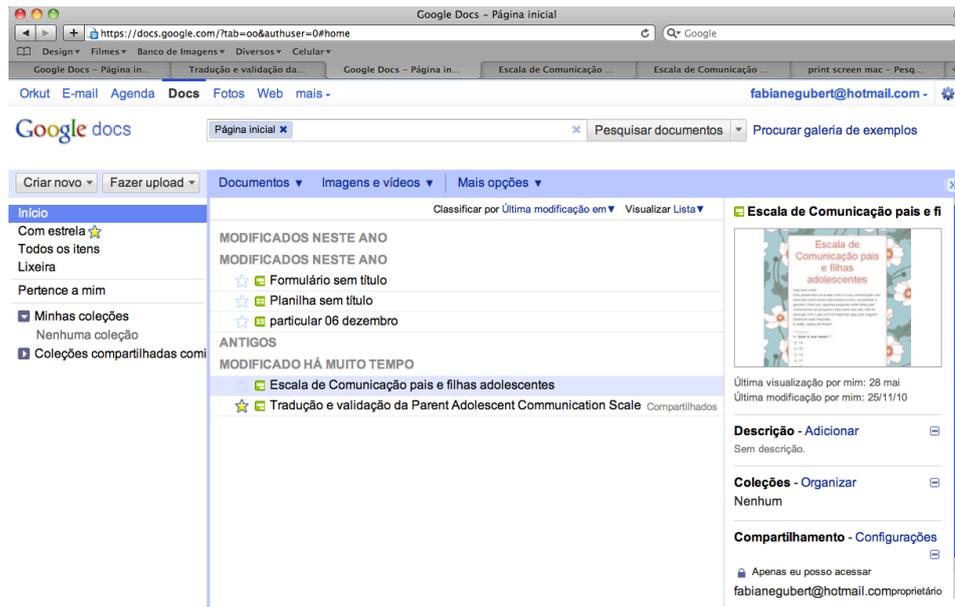


Figura 2 - Imagem do Sistema Gerenciador de Banco de Dados - *Google Docs*. Fortaleza, CE, Brasil, 2010.

Ao final de cada preenchimento das escalas pelas adolescentes, os dados foram transferidos automaticamente para planilha em programa *Excel 2007*, gerado no *Google Docs*, e as análises estatísticas foram realizadas por meio do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos, versão 19.0), para que os dados pudessem ser analisados, cuja aplicação exigia a conversão das respostas em valores numéricos.

	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
4	Indicação de data e hora	1- Qual a sua idade?	2- Qual o seu estado civil?	3- A escola que você estuda é:	4- Quantos anos de estudo você tem?	5- Quanto é a renda aproximada da sua família?	6- Quantas pessoas vivem na sua casa?	7- Qual é a sua religião?
5	03/11/2010 10:03:28	14 Solteira	Pública		12	500		6. Evangélica/Protesta
6	03/11/2010 10:08:57	15 Solteira	Particular		10	1500		4 Católica
7	03/11/2010 10:15:49	15 Solteira	Particular		11	3000		5 Católica
8	03/11/2010 10:19:26	15 Solteira	Particular		12	2500		4 Católica

Figura 3 - Imagem do Programa Excel 2005, no qual os dados eram compilados. Fortaleza, CE, Brasil, 2010.

Foram utilizadas as medidas estatísticas (média, mediana e desvio padrão) com intervalo de confiança de 95% para as variáveis idade, anos de estudo, número de pessoas residindo no mesmo domicílio, renda familiar e renda *per capita*. As variáveis categóricas sobre comportamento e comunicação foram analisadas por meio dos testes não paramétricos: qui-quadrado e razão de maxiverossimilhança, tendo como parâmetros os resultados oriundos das escalas. Para testar as médias, foram aplicados os testes *t de Student* (para dois grupos) e o teste F de Snedecor (ANOVA). Para todos os testes, foi fixado o nível de significância de 5%.

Em se tratando de uma escala que avalia um comportamento do indivíduo, fez-se necessário que se procedesse à análise psicométrica, a fim de verificar a confiabilidade (consistência interna) do instrumento, verificada pelo alfa de Cronbach e coeficiente de bipartição ou teste de *Slipt-Half Coefficient*. Para o teste-reteste, também foi utilizado o teste de Wilcoxon, bem como sua validade das escalas por meio da análise de construto, verificada pela comparação de grupos contrastados e associação com as variáveis do estudo.

4.8 Aspectos ético e legais

Considera-se que um importante procedimento do pesquisador em relação aos sujeitos do estudo insere-se no campo da ética, pois a área da saúde diferentemente de outras, atua com sujeitos humanos, devendo ser estabelecidas alguma precauções, definidas pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que implica em consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos legalmente incapazes - *autonomia*; ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos - *beneficência*; garantia de que danos previsíveis serão evitados - *não maleficência*; relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis; como garantia de igual consideração dos interesses envolvidos-justiça (BRASIL, 1996).

A autonomia das adolescentes participantes foi preservada, e esclarecidos a natureza e os objetivos do estudo, na medida em que se pretendeu utilizar linguagem acessível e adequada à compreensão das participantes, as quais após terem aceitado participar, assinaram juntamente com seus pais ou responsáveis o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (Apêndice B), ofertada a possibilidade de desistirem do estudo a qualquer etapa do processo, sem risco de sofrer qualquer penalidade.

Quanto ao princípio de beneficência, respeitaram-se os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes, realizando a aplicação dos instrumentos em ambiente privativo, garantindo a confidencialidade, o anonimato das identidades das adolescentes participantes do estudo, firmando o compromisso de divulgar os resultados, com destaque aos itens que forneceria melhoria para as condições de vida da população. No princípio de não maleficência, esclareceu-se que as adolescentes não seriam prejudicadas caso desistissem de participar do estudo.

Nesse sentido, acreditou-se que os resultados da pesquisa proporcionariam benefícios para os sujeitos envolvidos, durante a investigação e poderiam permitir um novo direcionamento na prática de Enfermagem no campo da Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva.

Referiu-se, ainda que, diante da Resolução citada, que as temáticas investigadas respeitariam os princípios emanados, cumprindo com as exigências setoriais e regulamentações específicas do estudo em questão. Ressaltou-se que este estudo foi submetido à anuência das escolas envolvidas, bem como foi ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Ceará – UFC, no qual foi aprovado sob parecer número 141/09 (ANEXO C).

5 RESULTADOS

5.1 Tradução e Adaptação Transcultural dos instrumentos *Parent-Adolescent Communication Scale (PACS)* e *Partner Communication Scale (PCS)*

A adaptação transcultural dos instrumentos foi realizada por meio da avaliação das equivalências semântica, idiomática, experimental e cultural por um comitê de juízes, representado por uma enfermeira, com proficiência no idioma inglês, com experiência na área de DST e saúde do adolescente, e um enfermeiro, tradutor de inglês, atuante na área de DST/HIV.

Os Quadro 1 e 2 apresentam as etapas de tradução e adaptação da escala *Parent-Adolescent Communication Scale (PACS)* e *Partner Communication Scale (PSC)* ao contexto de Fortaleza-CE. As colunas correspondem às fases de cada item da escala da transcrição original à versão final para a língua culta brasileira, sendo (O) versão do original inglês, (T) versão traduzida para o português, (BT) versão traduzida de volta para o inglês e (F) final língua culta brasileira.

Itens da resposta - T				
O	1-Often	2-Sometimes	3-Rarely	4-Never
T	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
Itens da escala				
	O	T	BT	F
1	In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about sex?	Nos últimos 6 meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre sexo?	Over the past 6 months, how often you and your parents talked about sex?	Nos últimos 6 meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre sexo?
2	In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about how to use condoms?	Nos últimos 6 meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre como usar o preservativo ?	Over the past 6 months, how often you and your parents talked about using condoms?	Nos últimos 6 meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre como usar a camisinha ?
3	In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about protecting yourself from sexually transmitted diseases (STDs) ?	Nos últimos 6 meses, com que frequência você e seu(s) pai(s) conversaram sobre como proteger-se das doenças sexualmente transmissíveis?	Over the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about protecting yourself from sexually transmitted diseases (STDs)?	Nos últimos 6 meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre como se prevenir das doenças sexualmente

				transmissíveis (DSTs)?
4	In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about protecting yourself from the AIDS virus?	Nos últimos 6 meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre como proteger-se do vírus da AIDS ?	Over the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about protecting yourself from the AIDS virus?	Nos últimos 6 meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre como se prevenir do vírus da Aids ou HIV ?
5	In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about protecting yourself from becoming pregnant?	Nos últimos 6 meses, com que frequência você e seus pais conversaram como você deve proteger-se de ficar grávida?	Over the past 6 months, how often you and your parents talked about how to avoid pregnancy?	Nos últimos 6 meses com que frequência você e seus pais conversaram sobre como evitar uma gravidez?

Quadro 3 – Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento original da PACS. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

Itens da resposta - T				
O	1-A lot/7 or more times	2-Often/4-6 times	3-Sometimes/1-3 times	4-Never
T	Muito/ 7 ou mais vezes	Frequentemente/4-6 vezes	Algumas vezes/1-3 vezes	Nunca
Itens da escala				
	O	T	BT	F
1-	During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed how to prevent pregnancy?	Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu parceiro sexual conversaram sobre como prevenir a gravidez?	During the past 6 months, how often you and your sexual partner have talked about how to avoid pregnancy?	Durante os últimos 6 meses, quantas vezes você e seu parceiro sexual (namorado ou alguém que está ficando) conversaram sobre como evitar a gravidez?
2-	During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed how to use condoms?	Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu parceiro sexual conversaram sobre como usar o preservativo ?	During the past 6 months, how often you and your sexual partner talked about using condoms?	Durante os últimos 6 meses, quantas vezes você e seu parceiro (namorado ou alguém que está ficando) conversaram sobre como usar a camisinha ?
3-	During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed how to prevent the AIDS virus?	Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu parceiro sexual conversaram como se prevenir do vírus da AIDS ?	During the past 6 months, how often you and your sexual partner talked how to prevent the AIDS virus?	Durante os últimos 6 meses, quantas vezes você e seu parceiro (namorado ou alguém que está ficando)

				conversaram como se prevenir do vírus da AIDS ou HIV?
4-	During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed how to prevent STDs?	Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu parceiro sexual conversaram como se prevenir das DSTs?	During the past 6 months, how often you and your sexual partner talked how to prevent STDs?	Durante os últimos 6 meses, quantas vezes você e seu parceiro (namorado ou alguém que está ficando) conversaram como se prevenir das DSTs?
5-	During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed about your partner's sex history?	Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu namorado conversaram sobre a história dos seus parceiros sexuais?	During the past 6 months, how often you and your sex partner talked about the history of your's sexual partners?	Durante os últimos 6 meses, quantas vezes você e seu parceiro (namorado ou alguém que está ficando) conversaram sobre os parceiros que você já teve?

Quadro 4 – Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento original da PACS. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

As versões finais de ambas as escalas (F), após a avaliação dos juízes e aplicação do pré-teste, sofreram poucas mudanças para a realidade das adolescentes de Fortaleza-CE. Em relação ao título das escalas para o português, estas permaneceram intituladas como: *Parent-Adolescent Communication Scale* (PACS) versão brasileira ou PACS-VB e a *Partner Communication Scale* (PCS) versão brasileira ou PCS-VB.

No que se refere aos itens de resposta da escala, manteve-se a tradução inicial, pois foram compreendidos pela população de adolescentes durante o pré-teste do estudo. Percebeu-se através do Quadro 1 e 2 que praticamente não houve modificações na versão T (versão traduzida para o português) e a F (versão final língua culta brasileira). Uma das alterações realizadas na PACS e PCS foi o uso da palavra “camisinha” ao invés de “preservativo”, com o intuito de valorizar a própria linguagem do grupo de adolescentes.

Em relação ao item 4 (PACS) e ao item 3 (PCS), no qual ambas se referiram à comunicação sobre Aids, foi acrescentada a sigla HIV. A sugestão ocorreu em razão da dúvida existente entre as adolescentes sobre qual sigla representava o vírus e qual era a doença. Este aspecto já evidenciou as lacunas presentes acerca desta temática.

Nos itens 5 (PACS) e 1 (PCS), relacionados à gravidez, utilizou-se a expressão “evitar” por ser de melhor compreensão pelas adolescentes. Além disso, a gravidez não é considerada um agravo que precisa ser prevenido, mas uma situação específica do ciclo vital feminino.

No item 5 da PCS que trata da “história dos parceiros sexuais”, foi recomendada a troca por “conversaram sobre os parceiros sexuais que você já teve”. A palavra “história”, segundo as adolescentes e após consenso entre os juízes, causou constrangimento entre as jovens por insinuar que as mesmas obtivessem um “comportamento antecedente” de vários parceiros sexuais, o que para as participantes significava promiscuidade e poderia haver algum viés no momento de respondê-lo. Para elas, a forma como foi readaptada representou uma forma de perguntar menos constrangedora.

É importante destacar que nas escalas, a expressão “parceiros sexuais” foi adaptada para o público adolescente como “namorado ou alguém que você está ficando”. Durante o pré-teste, as adolescentes solicitaram esclarecimento anterior sobre se a expressão “parceiro”, se seria apenas “namorado sério” ou poderia ser alguém que estavam “ficando”. Em outro estudo produzido pelos autores da escala PCS, também se sugeriu o uso da referência “*boyfriend/steady partner*” ou na tradução para o português “namorado ou alguém que você está ficando” na substituição da expressão parceiro sexual (MILHAUSEN, 2008).

Um ponto positivo na opinião das adolescentes foi a aplicação eletrônica, pois para elas, além de ser mais atrativo visualmente, proporcionava maior privacidade, pois ao enviar o formulário, tinham a certeza de que os dados seriam sigilosos. As participantes de escola pública destacaram que já haviam participado de estudos com formulários preenchidos manualmente e confirmaram a preferência pela aplicação eletrônica com formulário *on-line*. É importante ressaltar que nesse instrumento, a maioria das considerações foram sugeridas pelo próprio público a qual se destinava, fato que evidenciou a adequação do instrumento para esta população.

Após ter finalizado a tradução da escala, seguiu-se para fase de aplicação do instrumento, cuja amostra foi constituída de duas escolas da rede de ensino público e privado.

5.2 Caracterização das adolescentes participantes do estudo

Para a aplicação da versão final das escalas (PACS-VB e PCS-VB) 657, adolescentes foram abordadas durante o horário de aula por meio do consentimento próprio, dos pais e da direção da escola/professores, das quais somente 313 contaram com os critérios

de inclusão. Da população de adolescentes, 45(6,84%) recusaram-se a participar, logo esta investigação envolveu 313 adolescentes.

No momento da aplicação da escala via computador, optou-se por incluir durante as duas aplicações (1^o semana e depois de 5^o semanas) questões que abordassem tanto os aspectos sociodemográficos quanto os comportamentais e de comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva, presentes na vida das adolescentes e que poderiam ter relação com os resultados da aplicação da escala.

A opção de aplicar o instrumento junto ao questionário contribuiu para a introdução das questões da escala. A aplicação após cinco semanas também abrangeu a aplicação do formulário, pois não se pretendeu causar qualquer constrangimento ao retornar para a escola e convidar apenas as adolescentes que tiveram o primeiro intercurso sexual para a aplicação. Este procedimento foi realizado durante as aulas de laboratório de informática, ou momentos em que os professores estivessem ausentes, os quais ocorreram principalmente em escolas públicas.

Diante disso, a Tabela 1 apresenta na escola pública as faixas etárias entre 14 e 16 (N: 87, 50,9%) anos, e de 16 a 18 (N:84, 49,1%). Ao passo que na rede particular, a predominância foi entre 14 e 16 anos (N:90, 63,4%) e apenas 52 (36,6%) na faixa etária subsequente. A média de idade foi de 16,57 anos em escolas públicas (DP: $\pm 1,302$) e 16,15 em particulares (DP: $\pm 1,16$).

Em relação a estado civil, as adolescentes em sua maioria responderam que eram solteiras com 148 (86,5%) e 141 (99,3%) em escola pública e particular, respectivamente. O status de união estável foi mais evidente em adolescentes de escolas públicas 23 (13,5%). No entanto, as adolescentes em união estável deste estudo ainda residiam com os pais ou responsáveis e assim subentendeu-se que ainda deveria existir algum tipo de comunicação na família. As que se referiram solteiras, afirmaram estar em um relacionamento com namorado ou parceiro fixo.

Quanto à escolaridade nas escolas públicas, as jovens apresentaram entre 6 a 10 anos de estudo (N:78, 45,6%) e 93 (54,4%) entre 11 e 14 anos. Ao contrário da instituição particular, em que a maioria ou 104 (73,2%) concentrava-se na faixa dos 11 a 14 anos de estudo. Esta realidade evidenciou que, apesar de terem média de idade aproximada entre os dois tipos de escola, conforme citado anteriormente, as adolescentes de escola pública apresentaram menor escolaridade. A média foi de 10,59 anos de estudo em escolas públicas (DP: $\pm 0,95$) e de 11,22 anos em escolas particulares (DP: $\pm 1,16$).

No tocante ao número de pessoas residindo no mesmo domicílio, na rede pública,

apenas 22 (12,8%) afirmaram ter entre 2 e 3 pessoas, coexistindo na residência, ao passo que em particulares este número foi superior, com 60 (42,2%). Já em relação ao número máximo de residentes, na escola pública, 50 (29,2%) apontaram cerca de 6 a 12 moradores, enquanto que na particular eram apenas 19 (13,3%). Na instituição pública, o número mínimo de pessoas residentes foi de duas e o máximo 12, enquanto que na particular este número variou de 2 até 8 membros. Assim, verificou-se maior número de pessoas residentes em um mesmo domicílio em alunas de escola pública, o que relacionado ao número de cômodos, por exemplo, poderá dificultar a vivência da sexualidade neste contexto.

Já em relação à renda familiar mensal, em salários mínimos, houve variações entre os dois tipos de escola. Na pública, 49 (28,7%) recebiam até um salário. Na faixa de um salário até dois salários em escolas públicas e particulares, este número foi de 90 (52,6%) e 02 (1,4%), respectivamente. Entre 2 e 5,5 salários, 31 (18,1%) das escolas públicas e 67 (47,2) das particulares. Já as maiores rendas mensais encontravam-se entre as adolescentes de escola particular com até 16 salários mínimos.

Ainda sobre essa variável, a renda *per capita* foi de até 1,0 (salário mínimo) em 160 (95,4%) das jovens de escola pública e de 45 (31,7%) em particulares. No percentil de 1,01 até 5,0 (salários mínimos), apenas 11 (4,6%) das meninas de instituições públicas encontravam-se nesta renda enquanto, a maioria ou 97 (68,3%) na particular.

Nas escolas públicas e particulares, predominou a religião católica com 117 (68,4%) e 122 (85,9), respectivamente. Ademais, foram citadas outras denominações cristãs com 54 (31,16%) em meninas de escola pública e 20 (14,1%) em particular.

Todavia, a questão da autodenominação da raça/cor, segundo as participantes eram de raça/cor branca com 88 (51,5%) em públicas e 96 (67,8%) nas particulares. A cor parda foi identificada por 68 (39,8%) na primeira instituição citada anteriormente e 40 (28,2%) na segunda. Já as jovens de cor negra apareceram em 15 (8,8%) e 6 (4,2%).

No item “com que residem”, nas escolas públicas e particulares, predominou morar com os pais com 99 (57,9%) e 92 (64,8%). Parte das adolescentes também apontou residir somente com a mãe: 44 (25,7%) na rede pública e 37 (26,1%) na particular. Esta variável evidenciou os diferentes tipos de família, incluindo a matrifocal.

A questão do trabalho na adolescência também foi abordada no estudo e 39 (22,8%) das alunas de escola pública referiram exercer algum tipo de trabalho remunerado.

Tabela 9 - Características sociodemográficas das adolescentes do estudo. Fortaleza, CE, Brasil, nov/2010-jan/2011

Características (N=313)	Pública		Particular		Média(±Desvio Padrão)	
	N	%	N	%	Púb.	Part.
1. Idade						
14-16	87	50,9	90	63,4	16,57	16,15
16-18	84	49,1	52	36,6	(±1,302)	(±1,16)
2. Estado Civil						
Solteira	148	86,5	141	99,3		
União estável	23	13,5	01	7,0		
3. Anos de estudo						
6 – 10	78	45,6	38	26,8	10,59	11,22
11- 14	93	54,4	104	73,2	(±0,95)	(±1,16)
4. N° pessoas residindo						
2-3	22	12,8	60	42,2	4,77	4,33
4-5	98	55,5	64	45,0	(±1,76)	(± 1,21)
6-12	50	29,2	19	13,3		
5. Renda Familiar em SM*						
Até 1	49	28,7	-	-	1,91	3,50
1 -2	90	52,6	02	1,4	(±0,69)	(±0,52)
2- 5,5	31	18,1	67	47,2		
5,5-16	01	6,00	73	51,4		
6. Renda per capita em SM						
*	160	95,4	45	31,7	1,70	3,89
Até 1,0	11	4,60	97	68,3	(±0,74)	(±0,79)
1,01-5,0						
7. Religião	117	68,4	122	85,9		
Católica	54	31,6	20	14,1		
Evangélica/outra						
8. Cor/Raça	88	51,5	96	67,6		
Branca	83	48,6	46	32,4		
Parda/Negra						
9. Com quem reside	99	57,9	92	64,8		
Pais	44	25,7	37	26,1		
Mãe	28	16,6	11	9,10		
Avós/parentes						
10. Se esta trabalhando	132	77,2	139	97,9		
Não	39	22,8	03	2,1		
Sim						

*Salário Mínimo: R\$ 510,00

Na Tabela 2, observou-se equivalência na idade da menarca entre as adolescentes das escolas públicas e particular, na faixa etária entre 8 e 10 anos de idade em 39 (22,8%) e 25 (17,6%), respectivamente. Enquanto houve predominância no período dos 11 e 12 anos

nos dois cenários. A média na idade da menarca foi de 10,96 anos e (DP: $\pm 1,81$) e 11,68 (DP: $\pm 1,62$) nas escolas públicas e particular.

Evidenciou-se que as adolescentes, tanto de escolas públicas 88 (51,4%) como particular 86 (60,5%) receberam algum tipo de informação sobre a menarca, e 23 (13,5%) e 22 (15,4%) adolescente conversaram sobre o assunto somente após este acontecimento. É importante destacar que 60 (35,5%) e 32 (22,5%) nunca receberam qualquer informação na família acerca do tema.

A principal fonte de informação sobre questões relacionadas a sexo eram os pais, isto valeu para as 69 (40,4%) das adolescentes da escola pública e 63 (44,4%) da escola particular. Como segunda opção para obtenção de informação, revelam os amigos e colegas com 46 (26,9%) e 36 (23,9%) em públicas e particulares, nesta sequência. Os meios de comunicação televisão e Internet foram citados, em que as meninas de escola pública obtiveram mais informações pela televisão 20 (11,7%) ao passo que as da particular, por meio da Internet 15 (10,6%).

As informações sobre gravidez também eram fornecidas primeiramente pela família (pais), a qual prevaleceu como principal recurso, com 60 (35,1%) e 50 (35,2) entre adolescentes da rede pública e particular. Em segunda instância, a mãe foi identificada como figura importante nas conversas sobre gravidez, com 46 (26,9%) entre jovens da escola pública e 43 (30,3%) da particular. Os amigos e colegas para as meninas das escolas estaduais aparecem no terceiro nível de importância, com 23 (13,5%), seguido pela Internet para as adolescentes de escola pública 15 (8,8%) e particular 20 (14,0%).

Na obtenção de conhecimento sobre tema DST/HIV, as adolescentes das escolas públicas e particular revelaram suas preferências na seguinte ordem: professores 61 (35,7%) e 38 (26,8%); pais 44 (25,7%) e 34 (23,9%); internet com 22 (12,9%) e 38 (26,8%). Destaque-se que neste quesito, os profissionais de saúde foram uma das fontes de informações com menor ênfase segundo as adolescentes. Talvez, este fato seja atribuído à dificuldade de acesso das adolescentes aos serviços de saúde e/ou à limitada atenção à saúde dos adolescentes nas políticas de programas de saúde, em especial na atenção primária à saúde.

Outro aspecto pertinente à sexualidade das adolescentes referiu-se a forma como elas se identificaram em relação a orientação sexual. Neste item, a maioria das participantes realizaram a autodefinição pela orientação heterossexual, na proporção de 143 (83,62%) na rede pública e 129 (90,8%) na particular. Esta questão é relevante, pois suscita a comunicação familiar diante de novos arranjos, como por exemplo, as diferentes orientações sexuais e as formas como a família conduz esta realidade.

O “ficar” que caracteriza as primeiras formas de relacionamento com o parceiro/parceira foi respondido pelas adolescentes, sendo que esta experiência ocorreu na maioria delas na faixa etária entre 12 e 15 anos, com 69 (40,4%) na escola pública, com média de 10,96 anos, e 84(59,2%) na instituição particular, com média de 11,68 anos. Houve entre elas o início desta experiência em idade mais precoce, com cerca de 7 a 9 anos, em 39 (22,8%) e 14 (9,9%) das adolescentes de escolas públicas e particulares.

No concernente à idade da primeira relação sexual, nas escolas públicas, a faixa etária predominante foi de 15 e 16 anos (N: 76, 44,44%), com média de 15,9 (DP: $\pm 1,3$). No entanto, na escola particular, observou-se uma predominância de adolescentes que tiveram a sexarca na faixa etária de 16 e 17 anos com 62 (43,6%) de adolescentes. Já na escola particular, a média foi de 16,7 anos (DP: $\pm 1,1$).

Acerca do conhecimento dos pais sobre a vida sexual das filhas, 111 (64,9%) nas públicas e 91 (64,1%) nas particulares, referiram que os pais não possuíam conhecimento sobre esse assunto. Apenas 23 (13,5%) e 6 (4,2%) das adolescentes revelaram para os pais este acontecimento. A mãe foi citada por 37 (21,6%) e 34 (23,9%) das jovens como o único membro da família que detinha conhecimento sobre a iniciação sexual.

Quando questionadas sobre o tipo de relacionamento com os parceiros na primeira relação sexual, as adolescentes das escolas públicas responderam que 113 (66,1%) dos parceiros eram namorados ou noivos, o mesmo ocorreu com 91 (64,1%) das adolescentes da escola particular. Com relacionamento menos estáveis, meninas que experimentaram sua primeira relação com alguém que “apenas ficou”, foi de 50 (30,9%) em escolas públicas e 51 (35,9%) em particulares. Nove alunas de escola pública ou 5,3% referiram ter tido relações com primo ou parente próximo.

Ainda em relação a este quesito, a idade deste primeiro parceiro foi predominantemente entre os 14 e 19 anos nas duas escolas. Na pública 130 (71,9%) e particular 128(90,1%). Entre a faixa etária dos 20 - 26 anos, somente 28% em públicas e 9,9% em particular referiram terem tido um relacionamento com alguém de maior idade. A média de idade dos parceiros na escola pública foi de 17,91 (DP: $\pm 2,33$) e na particular 17,32 (DP: $\pm 1,98$).

No que se refere à comunicação com o parceiro sexual, antes da primeira relação, sobre o tema gravidez, 99 (58,2%) de jovens da escola pública e 101 (71,6%) referiram ter conversado, no entanto, acerca das DST/AIDS, este número inverteu-se, sendo que apenas 81 (47,4%) em públicas e 50(35,2%) em particulares confirmaram ter dialogado com seus pares. O resultado destacou que os jovens possuíam maior preocupação em relação à gravidez do

que com às DST em geral, visto que segundo os resultados, houve diferença na abordagem a estes dois assuntos. Este questionamento, apesar de ser semelhante com o da escala propriamente dita, tentou relacionar o diálogo com o parceiro na primeira relação sexual na atualidade.

Ainda relacionado à comunicação com o parceiro, sobre uso de preservativo masculino, as participantes responderam em relação ao seu uso na primeira relação nas escolas públicas e particulares que 81 (47,4%) e 87 (61,3%), respectivamente, usaram algum método na primeira relação. O principal foi o preservativo masculino, com média de 50% de uso nas três escolas, seguido pelo uso concomitante do preservativo masculino e pílula anticoncepcional, com 6% nos dois tipos de escolas. No entanto, a proporção que não fez uso de nenhum método foi de 48,5% em públicas, e 38% em particular. Este item demonstrou que as jovens de escola particular utilizaram mais métodos contraceptivos que as de escola pública.

A história anterior ou atual de gravidez também foi suscitada. Das adolescentes, 155 (90,6%) e 138 (97,2%) de escolas públicas e particulares referiram nunca terem engravidado. Entretanto, no momento da pesquisa, 7 (5,91%) e 2 (1,4%) das participantes nas instituições citadas anteriormente, afirmaram estarem grávidas.

A média da frequência de relação sexual no último mês foi de M: 5,91 (DP:±0,85) entre meninas da instituição pública, com média de uso do preservativo de 2,83 das relações com intercurso vaginal (DP:±0,45). Já entre meninas de escola particular, esta média de relações sexuais foi um pouco maior, com média de 6,04 intercursos mês e uso de preservativo em 3,29 das vezes, apresentando um percentual maior do uso que as adolescentes de escola pública.

Tabela 10 – Antecedentes de comportamento e comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva. Fortaleza, CE, Brasil, nov/2010-jan/2011

Características (N=313)	Pública		Particular		Média(±Desvio Padrão)	
	N	%	N	%	Púb.	Part.
1. Idade da menarca						
8-10	39	22,8	25	17,6	11,6	12,3
11-12	82	48,0	66	47,2	(±1,2)	(±0,8)
13-15	50	29,2	49	35,2		
2. Diálogo menarca com a família	88	51,4	86	60,5		
Antes da menarca	23	13,5	22	15,4		
Depois da menarca	60		32	22,5		
Nunca		35,2				
3. Informações sobre sexo	69		63	44,4		

Pais	46	40,4	36	23,9		
Amigos e colegas	27	26,9	20	14,1		
Mãe	20	15,8	10	7,04		
Televisão	09	11,7	15	10,6		
Internet		5,3				
4. Gravidez	60		50	35,2		
Pais	23	35,1	16	11,3		
Amigos e colegas	46	13,5	43	30,3		
Mãe	10	26,9	05	3,5		
Televisão	15	5,8	20	14,0		
Internet	03	8,8	05	3,5		
Livros e revistas juvenis	14	1,8	03	2,1		
Professores		8,2				
5. DST	44		34	23,9		
Pais	03	25,7	10	7,8		
Amigos e colegas	14	1,8	12	8,5		
Mãe	08	8,2	07	4,9		
Televisão	22	4,7	29	20,4		
Internet	61	12,9	38	26,8		
Professores	19	35,7	10	7,0		
Profissionais de Saúde		11,1				
6. Orientação sexual	143		129	90,8		
Heterossexual	28	83,6	13	9,2		
Bissexual		16,3				
5. Idade que “ficou”	39		14	9,9	10,96	11,68
7-9	63	22,8	44	31,0	(±1,8)	(±1,62)
10-11	69	36,8	84	59,2		
12-15		40,4				
6. Sexarca	49		22	15,5	15,7	16,1
13-15	76	28,6	58	40,8	(±1,34)	(±1,1)
15-16	46	44,4	62	43,6		
17-18		26,9				
7. Conhecimento dos pais	111		102	71,8		
Não sabem	37	64,9	34	23,9		
Apenas a mãe	23	21,6	06	4,2		
Sabem		13,5				
8. Relacionamento parceiro	113		91	64,1		
Namorado/Noivo	50	66,1	51	35,9		
Pessoa com quem “ficou”	9	30,9	-	-		
Primo/Parente		5,3				
9. Idade do parceiro	130		128	90,1	17,91	17,32
14-19	41	71,9	14	9,9	(±2,33)	(±1,98)
20-26		28,1				
10. Conversa Gravidez parceiro	99		101	71,6		
Sim	71	58,2	40	28,4		
Não		41,8				
11. Conversa DST/AIDS	51		50	35,2		
Sim	120	29,8	92	64,8		
Não		79,2				
12. Uso método primeira relação	81		87	61,3		

Sim	90	47,4	55	38,7
Não		52,6		
13. Método utilizado	78		79	55,6
Preservativo	10	45,6	9	6,3
Preservativo e pílula	83	5,8	54	38,0
Nenhum		48,5		
14. História de gravidez	9		2	1,4
Sim	155	5,3	138	97,2
Não	7	90,6	2	1,4
Está grávida	5,91	4,1	6,04	
15. Frequência relação sexual/mês	2,83		3,29	
16.Frequência uso preservativo				

5.3 Aplicação *Parent-Adolescent Communication Scale* e *Partner Communication Scale*: versão no contexto de Fortaleza-CE

Os resultados aqui expostos foram coletados juntamente com as variáveis citadas anteriormente, com o intuito de introduzir as questões propriamente ditas referentes à PACS-VB e PCS-VB, pois neste momento o instrumento já havia sido traduzido.

Para a aplicação do instrumento total (escalas e variáveis), o tempo utilizado no procedimento variou de 7 a 18 minutos ($M=8,7$; $DP= \pm 3,2$). Pode-se inferir que o tempo de aplicação das escalas foi menor (cerca de 5 a 8 minutos). E, em relação ao escore, este pode variar de 4 a 20 pontos em cada escala, PACS-VB ou PCS-VB. Neste estudo, a fim de facilitar as análises estatísticas, os escores foram transformados de 0 a 100.

Do grupo de 313 adolescentes, 94 avaliaram a escala, 50 de escolas públicas e 44 de escolas particulares, dentre as quais 86 (91,48%) avaliaram como de fácil compreensão e apenas 10 (8,51%) acharam a escala de difícil preenchimento. Na verdade as que opinaram acerca das dificuldades de preenchimento estavam relacionadas à falta de letramento digital. As adolescentes com mais dificuldade de preenchimento foram de escola pública, com cerca de seis participantes.

Tabela 11 - Desempenho das adolescentes por escola, *Parent Communication Scale* - Versão Brasileira. Fortaleza, CE, Brasil, nov/2010-jan/2011

		Frequentemente		As vezes		Raramente		Nunca		P
		N	%	N	%	N	%	N	%	
1. Sexo	Pública	27	15,8	51	29,8	36	21,1	57	33,3	0,638
	Particular	24	16,9	45	31,7	35	24,6	38	26,8	

2. Preservativo	Pública	20	11,7	67	39,2	44	25,7	40	23,4	0,993
	Particular	18	12,7	56	39,4	36	25,4	32	22,5	
3. DST	Pública	8	4,7	14	8,2	46	26,9	103	60,2	0,161
	Particular	8	5,6	21	14,8	43	30,3	70	49,3	
4. HIV	Pública	17	9,9	54	31,36	36	21,1	64	37,4	0,085
	Particular	21	14,8	56	39,4	38	19,7	37	26,1	
5. Gravidez	Pública	61	35,7	62	36,3	29	17,0	19	11,1	0,001
	Particular	52	36,6	50	35,2	26	18,3	14	9,9	

p- teste qui-quadrado

No tocante à aplicação da PACS-VB e sua estratificação por escola, a principal temática discutida entre pais e filhas era acerca da gravidez ($p: 0,001$), e o assunto menos abordado foi em relação as DST, visto que apenas 5% dos pais, nos dois tipos de instituição, conversavam frequentemente com suas filhas. Na Figura 6, foi possível visualizar o desempenho das escolas diante de cada temática, podendo-se observar o melhor resultado da escola particular, além da grande porcentagem que respondeu raramente ou nunca nas questões, representando maior parcela dos resultados.

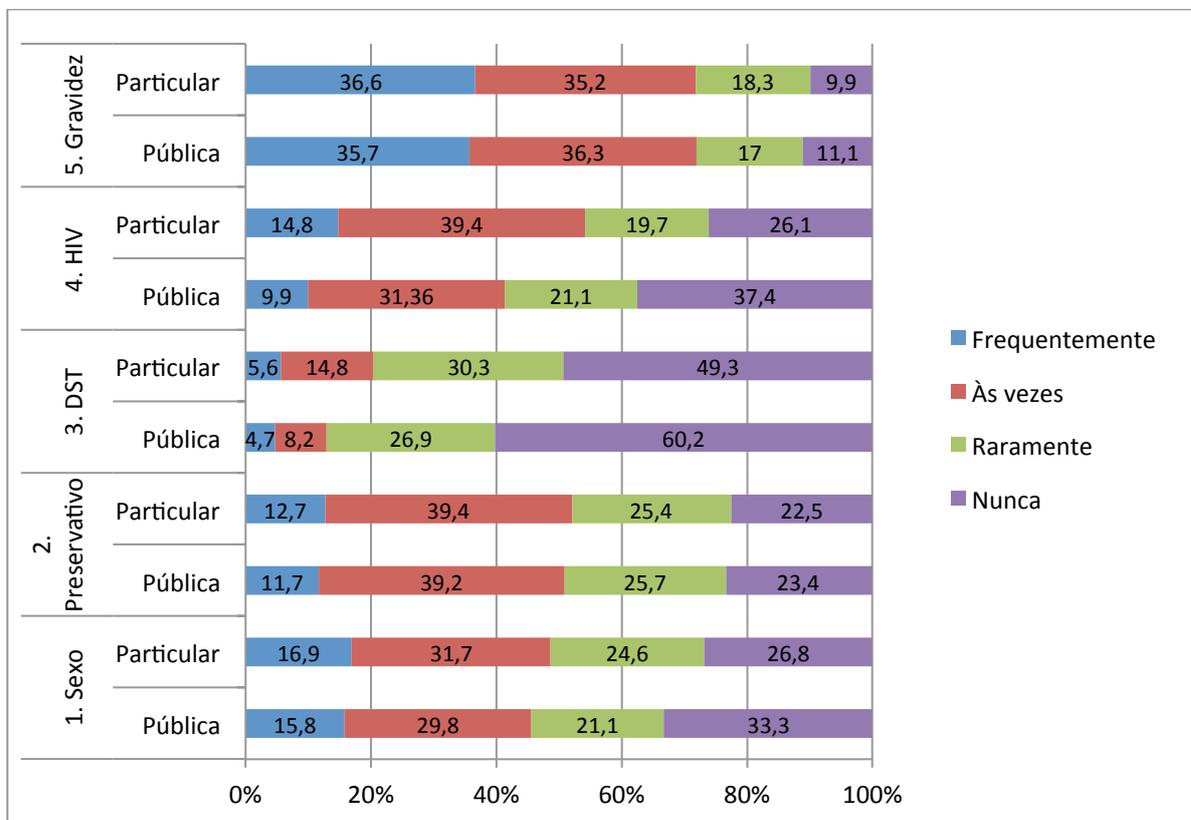


Figura 4 - Distribuição do desempenho das adolescentes ao responder a PACS-VB.

Fortaleza, CE, Brasil, 2011.

Evidenciou-se nos resultados proximidade do desempenho entre as duas redes de ensino, fato que mereceu destaque, visto que a concepção inicial consistia em diferenças entre escola pública e particular, principalmente devido ao fato de que estes se constituem em cenários distintos, apesar de contarem com adolescentes na mesma faixa etária e no mesmo período de vida.

No que se refere às discussões sobre sexo, os pais de jovens de escolas particulares dialogavam mais com suas filhas do que os de pública, visto que em média 48,6% dos pais conversavam frequentemente ou às vezes. Já o preservativo era discutido de forma equilibrada, uma vez que 39% das participantes dialogavam sobre o assunto.

Tabela 12 - Desempenho das adolescentes por escola, *Partner Communication Scale* – Versão Brasileira. Fortaleza, CE, Brasil, nov/2010-jan/2011

		Muito		Muitas vezes		Às vezes		Nunca		p
		N	%	N	%	N	%	N	%	
1. Gravidez	Pública	31	18,1	41	24,0	64	37,4	35	20,5	0,246
	Particular	16	11,3	43	30,3	58	40,8	25	17,6	
2. Preservativo	Pública	11	6,4	20	11,7	72	42,1	68	39,8	0,227
	Particular	13	9,2	23	16,2	64	45,1	42	29,6	
3. Aids	Pública	6	3,5	7	9,1	58	33,9	100	58,5	0,025
	Particular	13	9,2	14	9,9	46	32,4	69	48,6	
4. DST	Pública	6	3,5	8	4,7	35	20,5	122	71,3	0,286
	Particular	12	8,5	6	4,2	31	21,8	93	65,5	
5. Parceiros	Pública	5	2,9	12	7,0	24	14,0	130	76,0	0,622
	Particular	8	5,6	12	8,5	18	12,7	104	73,2	

p: teste qui-quadrado

Consoante aos resultados da escala de comunicação entre as adolescentes e seus pais, em termos estatísticos, não houve associação significativa entre os resultados, contudo pôde-se inferir que o tema gravidez também foi o mais suscitado entre os parceiros, quando observaram-se as proporções entre os itens da escala, com cerca de 40% das participantes, pois 18,1% e 24%, em escolas públicas e particular, responderam que dialogavam com seus

parceiros muito (7 ou mais vezes) ou muitas vezes (5 ou mais vezes). Entre a rede particular este número foi muito semelhante e demonstrou esta situação.

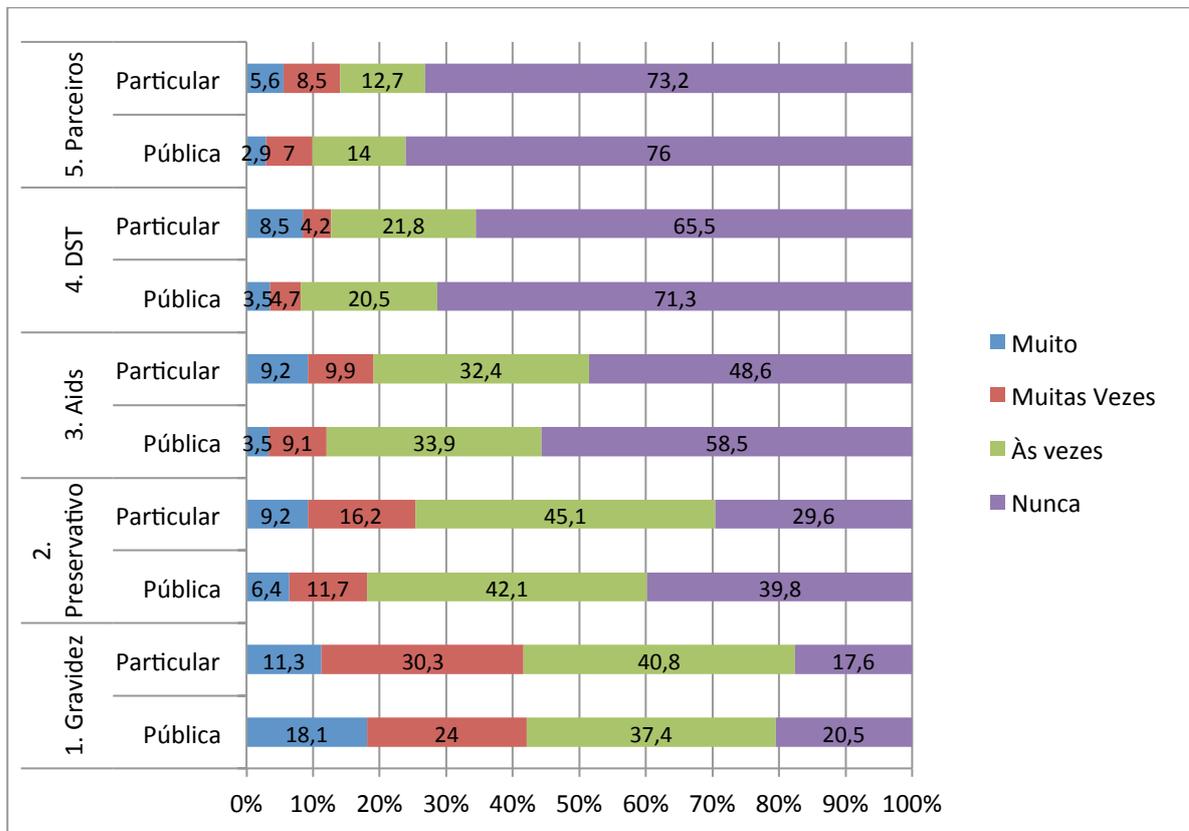


Figura 5 - Distribuição do desempenho das adolescentes ao responderem a PCS-VB.

Fortaleza, CE, Brasil, nov/2010-jan/2011.

Já em relação à comunicação sobre a história dos parceiros sexuais, grande parte das adolescentes respondeu que nunca conversou sobre qualquer experiência prévia, a fim de não constranger o atual parceiro.

5.3.1 Propriedades Psicométricas das Escalas

5.3.1.1 Análise de Confiabilidade das Escalas: Consistência Interna

O alfa de Cronbach das escalas foi de 0,86, indicando uma alta consistência interna. O alfa de Cronbach da escala original foi de 0,88, evidenciando valores muito próximos entre a versão deste estudo e o estudo original de Sales *et al.* (2006) e Milhausem (2008).

Ainda em relação à consistência interna das escalas, empregou-se o coeficiente de bipartição ou teste de Guttman Split-Half Coefficient, o qual apontou um resultado de 0,884, mostrando consistência eficaz. Isto porque esse coeficiente controla os acontecimentos que medeiam os dois momentos de aplicação do mesmo inquérito às mesmas pessoas.

Também, aplicou-se o teste de Wilcoxon para analisar as diferenças antes e depois no mesmo grupo de sujeitos, bem como o coeficiente de correlação de Spearman. Em relação ao teste de Wilcoxon, para todos os pares de itens, os valores de p foram maiores do que 0,15, indicando, portanto, que não houve diferença entre as duas condições antes e depois.

No que se refere ao coeficiente de correlação de Spearman, este evidenciou que todos os valores de r_s foram maiores que 0,760, cujos respectivos valores de p foram menores que 0,0001, revelando que houve correlação significativa entre as respostas das duas aplicações no período de cinco semanas.

5.3.2 Validade de Conteúdo

A validade de conteúdo, realizada por dois enfermeiros com mais de seis anos de experiência no tema, envolveu o exame crítico da estrutura básica dos instrumentos (Apêndice B e C).

No estudo, utilizou-se a *análise de validade de conteúdo dos itens*, proposta por Pasquali (2003), cujos participantes em consenso classificaram todos os itens como equivalente, o que representou que o instrumento apresentava coerência semântica, cultural e idiomática. O resultado já era previsto, já que as escalas possuíam linguagem acessível e adequada, mesmo em língua inglesa.

Assim, pôde-se inferir que mesmo adequada para língua inglesa, o conteúdo da escala, quando adaptado para o português, abrangeu situações próximas ao Brasil, e portanto sua aplicação considerou-se adequada.

5.3.3 Validade de Constructo

5.3.3.1 Comparação entre grupos contrastados

O primeiro método utilizado para realizar a validação relacionada ao construto foi a comparação entre grupos contrastados. Para tanto, foram realizadas duas análises com

divisão das adolescentes em dois grupos:

A: Adolescentes de escola particular

B: Adolescentes de escola pública

C: As adolescentes foram divididas por escola e obtiveram seus escores divididos em **comunicação satisfatória com os pais ou parceiros sexuais** com escores ≥ 60 ou **insatisfatória** ≤ 59 . É importante destacar que para fins desta análise, transformaram-se os escores nos valores entre 0 e 100.

A análise buscou por identificar a repercussão do fato de as adolescentes estudarem em escolas particulares ou pública nos escores da PACS e PCS, entretanto, a relação entre os escores das escalas e a variável escola não foi significativa ($p=0,067$) e os escores médios foram muito próximos entre as duas escolas, pois estudantes de rede pública obtiveram como resultado 62,02 na PACS-VB e 54,93 na PCS-VB, enquanto particulares obtiveram 64,62 na PACS-VB e 51,41 na PCS-VB.

Assim, fundamentada na hipótese inicial de que alunas de escola pública teriam menor comunicação do que alunas de escola particular, devido à influência de alguns determinantes sociais como renda, educação, condição socioeconômica e de saúde, e que estes contribuiriam para a comunicação pais e filhas, verificou-se que a comunicação das adolescentes com seus pais e parceiros sexuais foram semelhantes nos dois cenários.

5.3.3.2 Associação entre as variáveis do estudo e aplicação dos instrumentos

No intuito de avaliar a validade relacionada ao construto, além da análise dos grupos contrastados, procedeu-se à associação entre os resultados da PACS-VB e PCS-VB e as variáveis sociodemográficas, de comportamento e comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva da amostra de estudo, apresentadas nas tabelas a seguir. Destaca-se que apenas os itens que apresentaram associação mais significativa foram descritos, mesmo que não houvesse associação estatística significativa.

A Tabela 5 revela a relação da escala com algumas variáveis sociodemográficas. Em relação às opções “frequentemente” e “às vezes”, estas foram unidas na tabela na forma abreviada “Freq”, a fim de facilitar as análises estatísticas e os cruzamentos, além da disposição dos dados. Cabe salientar que quando realizados os cruzamentos entre as duas escalas, estas apresentaram significativa relação estatística entre si ($p < 0,0001$).

Tabela 13 – Associação da PACS-VB e variáveis sociodemográficas. Fortaleza, CE, Brasil, nov/2010 – jan/2011

	Pública						p	Particular						p
	Freq		Rara		Nunca			Freq		Rara		Nunca		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
1.Idade														
14-16	38	43,7	27	31,0	22	25,3	0,904	45	50	26	28,9	19	21,1	0,007
17-18	32	38,1	28	33,3	24	28,6		24	46,1	15	28,8	13	25,0	
2.Estado Civil														
Solteira	19	20,3	49	42,3	32	38,3	0,289	30	20,3	59	42,3	32	38,3	0,389
União Estável	1	2,7	5	6,3	8	71,4		-	-	-	-	2	5,4	
3.Anos de Estudo														
6-10	34	44,9	23	29,5	20	25,6	0,814	24	63,2	10	26,3	4	10,5	0,013
11-14	34	44,9	32	34,4	26	28,0		45	43,3	31	29,8	28	26,9	
5.Renda														
Até 1	15	30,6	19	38,8	15	30,6	0,434	-	-	-	-	-	-	0,314
1-2	39	43,3	25	27,8	26	28,9		2	100	-	-	-	-	
2,5,5	16	51,6	10	32,3	5	16,1		35	52,2	19	28,4	13	19,4	
5,6-16	-	-	1	100	-	-		32	43,9	22	30,1	19	26,0	
6.Religião														
Católica	50	42,7	39	31,6	28	23,9	0,270	63	51,6	35	28,7	24	19,7	0,153
Outra	20	37,1	16	29,6	18	33,3		6	30,0	6	30,0	8	40,0	
7.Cor/Raça														
Branca	42	47,7	26	29,5	20	22,7	0,004	50	52,1	27	28,1	19	19,8	0,005
Parda/Negra	18	21,6	29	34,9	36	43,3		19	36,3	14	49,2	13	32,5	
8.Com quem reside														
Pais	47	47,5	31	31,3	21	21,2	0,000b	46	50,0	30	32,6	16	17,4	0,005
Mãe	20	45,5	17	38,6	7	15,9		21	56,7	9	24,3	7	18,9	
Avós/Parentes	-	-	7	28,0	18	72,0		2	18,2	2	10,2	9	60,4	
9. Se trabalha														
Sim	10	25,6	13	33,3	16	41,0	0,002	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0,845
Não	60	45,5	42	31,8	30	22,7		68	48,9	40	28,8	31	22,3	

p: teste qui-quadrado

b: maximo verossimilhança

Quando realizada a correlação entre os escores da PACS-VB e as variáveis sociodemográficas, foi identificada uma relação positiva significativa com destaque para os itens: a) idade em escolas particulares ($p=0,007$), pois percebeu-se que quanto menor a idade, maior a comunicação com os pais na faixa etária dos 14 aos 16 anos; b) anos de estudo em escolas particulares ($p=0,013$), considerando que quanto maior a escolaridade das adolescentes mais frequente a comunicação com os pais; c) cor/raça entre rede pública ($p=0,004$) como em particular ($p=0,005$); d) com quem reside, em escola pública ($0 < 0,0001$) particulares ($p=0,005$), com relação com o viver somente com a mãe tende a ter maior diálogo do que em instituições públicas.

Foi realizado também entre as variáveis o teste F de Snedecor (ANOVA), no qual foi identificada associação entre os valores da escala total ($p=0,0088$) e a variável renda (0,40) e número de pessoas residindo (0,44) em escolas públicas. O teste ANOVA apresentou relação entre a pessoa com quem residia, ou seja, no estudo, morar com os pais, tanto em escolas públicas ($p < 0,001$) e particulares ($p=0,004$), demonstrou fortalecer a comunicação. Outro fator que poderá influenciar negativamente é a despeito da adolescente de escola

pública realizar alguma atividade remunerada ($p=0,002$). Na tabela a seguir, verificaram-se os cruzamentos realizados com as principais variáveis de comportamento e de comunicação.

Tabela 14 – Distribuição da PACS-VB e antecedentes de comportamento e comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva. Fortaleza, CE, Brasil, nov/2010 – jan/2011

	Freq		Pública		Nunca		p	Freq		Particular		Nunca		p
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
1.Menarca														
8-10	16	18,3	29	33,3	42	48,3	0,255	20	22,3	33	36,7	37	41,1	0,390
11-12	4	4,8	20	23,8	60	71,4		8	15,4	10	19,2	34	65,4	
13-15	6	12,0	14	28,0	30	60,0		13	16,0	15	30	26	52,0	
2.Diálogo menarca														
Antes	18	14,1	42	32,8	68	53,1	0,000b	25	21,2	37	31,4	56	47,5	0,000b
Depois	1	4,3	5	21,7	17	73,9		2	16,6	5	41,7	5	41,7	
Nunca	1	5	2	10,0	17	85,0		1	8,3	1	8,3	10	83,3	
3.Orientação sex.														
Heterossexual	54	37,6	38	27,0	51	35,5	0,380	60	46,6	38	29,5	31	24,0	0,279
Bissexual	6	21,4	12	42,8	10	35,7		9	69,3	3	23,1	1	7,7	
4.Idade que ficou														
7-9	13	41,0	11	28,2	12	30,8	0,172	5	35,7	5	35,7	4	28,6	0,796
10-11	27	42,9	26	41,3	10	15,9		24	51,5	11	25,0	9	20,5	
12-15	27	42,9	18	26,1	24	34,8		40	42,3	25	29,8	19	22,6	
5. Sexarca														
13-15	8	17,3	10	39,1	28	60,8	0,003	12	26,6	12	26,6	21	46,6	0,002
15-16	18	30,0	14	23,3	28	46,6		14	29,7	15	31,9	18	38,2	
17-18	23	36,5	25	38,4	17	26,1		20	41,6	18	37,5	10	20,8	
6.Pais sabem iniciação														
Não sabem	37	33,3	38	34,2	36	32,4	0,000b	37	36,2	35	34,3	30	29,4	0,000b
Apenas a mãe	25	67,5	12	32,4	-	-		27	79,4	6	34,3	1	2,9	
Sabem	8	34,7	5	21,7	10	43,5		5	83,3	-	-	1	16,7	
7.Relação parceiro														
Namorado/Noivo	61	54,0	30	26,5	22	19,5	0,000b	53	58,3	24	26,4	14	15,4	0,006b
Fica/Parente/Primo	9	15,5	25	43,1	24	41,4		16	31,4	17	33,3	18	35,3	
8.Idade do parceiro														
14-19	57	40,7	45	32,1	38	27,1	0,907	60	46,8	39	30,5	29	22,7	0,582
20-26	13	42,0	10	32,3	8	25,8		9	64,3	2	14,3	3	21,4	
9.Método 1º relação														
Sim	54	60	25	27,8	11	12,2	0,000b	54	62	24	27,6	9	10,3	0,000b
Não	16	19,7	30	37,0	35	26,9		15	27,3	17	30,9	23	41,8	

p: teste qui-quadrado

b- Teste de maximoverossimilhança

Em relação à associação entre as variáveis sexuais e reprodutivas, houve relação com a comunicação entre os pais e as adolescentes e o diálogo sobre a menarca, antes que este evento ocorresse, nas duas redes de ensino ($p < 0,0001$); ciência dos pais sobre a iniciação sexual das filhas, também nos dois cenários ensino ($p < 0,0001$); e em relação à primeira relação ocorrer com um namorado noivo ($p=0,006$) e idade da sexarca em escolas públicas ($p=0,003$) e particulares ($p=0,002$). O uso de método contraceptivo na primeira relação sexual também apresentou relação positiva ($p < 0,0001$).

Após realizada o cruzamento da PACS e as variáveis, procedeu-se à comparação entre a PCS-VB e os mesmos elementos, conforme Tabela 7.

Tabela 15 – Distribuição da PCS-VB e variáveis sociodemográficas. Fortaleza, CE, Brasil, nov/2010 – jan/2011

	Muito		Pública		Nunca		p	Muito		Particular		Nunca		p
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
1.Idade														
14-16	16	18,3	29	33,3	42	48,3	0,007	20	22,3	33	36,7	37	41,1	0,024
16-18	4	4,8	20	23,8	60	71,4		8	15,4	10	19,2	34	65,4	
2.Estado Civil														
Solteira	19	20,3	49	42,3	32	38,3		30	20,3	59	42,3	32	38,3	
União Estável	1	2,7	5	6,3	8	71,4		-	-	-	-	2	100	
3.Anos de Estudo														
6-10	14	17,9	23	29,5	41	52,6	0,108	14	34,9	9	23,7	15	39,5	0,002
11-14	6	6,5	26	28,0	61	65,6		14	13,4	34	32,7	56	53,8	
5.Renda														
Até 1														
1-2	16	28,6	17	38,8	15	30,6	0,142	-	-	-	-	-	-	0,314
2,5,5	40	41,3	27	27,8	26	28,9		4	100	-	-	-	-	
5,6-16	16	51,6	10	32,3	5	16,1		31	48,2	19	28,4	13	19,4	
6.Religião														
Católica	14	11,9	35	29,9	68	58,1	0,937	24	7,4	39	32,0	59	48,4	0,190b
Outra	6	11,1	14	25,9	34	63,0		4	20	4	20,0	12	60,0	
7.Cor/Raça														
Branca	52	57,7	26	29,5	20	22,7	0,178b	40	41,2	27	28,1	19	19,8	0,005b
Parda/Negra	18	52,0	29	68,6	26	59,1		15	70,3	14	49,2	13	32,5	
8.Com quem reside														
Pais	37	53,5	31	31,3	21	21,2	0,006	38	48,0	30	32,6	16	17,4	0,004
Mãe	18	36,5	17	38,6	7	15,9		11	46,7	9	24,3	7	18,9	
Avós/Parentes	2	6,7	7	55,2	18	70,0		2	18,2	2	10,2	9	60,4	
9. Se trabalha														
Sim	1	2,6	5	12,8	33	84,6	0,004	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0,249
Não	19	19,6	44	33,3	69	52,3		27	15,6	42	30,2	70	50,4	

p: teste qui-quadrado

b- Teste de maxiverossimilhança

Verificou-se, na Tabela 7, a associação entre os itens da escala relacionados à idade, pois assim como a escala de comunicação com os pais, a PCS-VB apresentou relação com este quesito. Entre meninas das duas redes de ensino, observou-se que quanto menor a idade entre as adolescentes do estudo, maior a frequência de comunicação com os parceiros sexuais, fosse em escolas públicas ($p= 0,007$) ou particular ($p= 0,024$). A fim de corroborar os resultados, foi realizado o teste de média ou *t de Student*, evidenciando um resultado significativo ($p=0,007$).

No item referente aos anos de estudo, houve relação significativa entre a comunicação entre meninas de escola particular ($p=0,002$), relacionando a maior a escolaridade com a frequência de comunicação com o parceiro. Outro quesito a se destacar, foi o fato da adolescente ainda residir com os pais, em escolas públicas ($p=0,006$) e particulares ($p=0,004$). Acerca da cor/raça, entre as jovens de escola particular, houve relação quanto à cor/raça branca ($p= 0,005$) e comunicar-se frequentemente com o parceiro.

Assim, como apresentado na Tabela 6 (PACS-VB), o fato de a adolescente estar exercendo alguma atividade remunerada pode dificultar a comunicação com seus parceiros sexuais ($p= 0,004$).

A fim de compreender a influência das variáveis sexuais e reprodutivas, a seguir destacam-se as análises realizadas por meio da Tabela 8, na qual aponta-se associação positiva entre ter dialogado sobre a menarca com os pais antes deste acontecimento ($p < 0,0001$); e a idade com que “ficou” com alguém pela primeira vez ($p = 0,003$).

Tabela 16 - Cruzamentos da PCS-VB e cruzamentos com antecedentes de comportamento e comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva. Fortaleza, CE, Brasil, nov/2010 – jan/2011

	Muito		Pública		Nunca		p	Muito		Particular		Nunca		p
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
2. Diálogo sobre menarca														
Antes	18	14,1	42	32,8	68	53,1	0,000	25	21,2	37	31,4	56	47,5	0,000
Depois	1	4,3	5	21,7	17	73,9		2	16,6	5	41,7	5	41,7	
Nunca	1	5	2	10,0	17	85,0		1	8,3	1	8,3	10	83,3	
6. Idade que ficou														
7-9	12	15,1	29	36,7	38	48,1	0,633	9	12,7	21	28,8	32	35,7	0,003
10-11	15	25,8	17	29,3	23	39,6		13	31,0	15	34,9	15	34,1	
12-15	23	42,5	21	38,8	10	18,5		27	50	17	31,4	10	18,5	
8. Pais sabem iniciação														
Não sabem	37	33,3	38	34,2	36	32,4	0,000	37	36,2	35	34,3	30	29,4	0,000
Apenas a mãe	25	67,5	12	32,4	-	-		27	79,4	6	34,3	1	2,9	
Sabem	8	34,7	5	21,7	10	43,5		5	83,3	-	-	1	16,7	
11. Método 1ª relação														
Sim	16	17,7	41	45,6	33	36,7	0,000	24	27,6	33	37,9	30	34,5	0,000
Não	4	5,0	8	9,9	69	85,2		4	7,3	10	18,2	41	74,5	

p: teste qui-quadrado

O teste F de Snedecor (ANOVA) revelou associação entre os valores da escala total ($p = 0,068$) e a variável uso do preservativo em escola pública ($p = 0,003$). Ainda sobre este quesito, nas duas redes de ensino, houve relação entre o fato da mãe saber sobre a primeira relação sexual ($p < 0,0001$) e uso do preservativo na primeira relação ($p < 0,0001$) e comunicação com o parceiro atual.

6 DISCUSSÃO

6.1 Características sociodemográficas

Neste estudo, observou entre as adolescentes de escola particular associação significativa entre faixa etária (14 e 16 anos) e maior frequência de comunicação com os pais ($p= 0,007$). Este fato pode estar relacionado a maior preocupação e acompanhamento dos pais nesta fase, relacionada às profundas mudanças biopsicossociais que ocorrem neste período, como início de relacionamento íntimo com os pares, como o “ficar”, ou até mesmo a primeira relação sexual, conclusão do Ensino Médio e escolha de uma futura profissão.

A PCS-VB revelou que entre os parceiros sexuais esta realidade também ocorria, pois a maior frequência de comunicação encontrava-se entre as mais jovens e seus pares. Esta associação pode estar relacionada à influência da comunicação pais e filhas, pois a medida que a cobrança ou acompanhamento dos pais é reduzida, ocorre determinado “relaxamento” do diálogo com o parceiro o qual pode incidir sobre a menor comunicação ao longo dos anos.

Este fato pode ser atribuído, segundo Guílaro-Ramos & Bouris (2009), em ensaio conduzido com adolescentes latinas e americanas, à diminuição do “*timing*”, ou em língua portuguesa como “encontrar a hora oportuna para o diálogo”, pois a partir desta idade se considera que a adolescente já tem autonomia e maturidade suficiente para tratar de assuntos ligados à sexualidade.

O que se pode elucidar sobre este ponto, é que o *timing* pode estar ligado às diferentes formas de vivenciar a sexualidade em diferentes culturas. No Brasil, por exemplo, a comunicação junto às adolescentes mais jovens está relacionada ao fato de que em nosso País as adolescentes na atualidade tem relações sexuais cada vez mais precoce, diferente, portanto, de outros Países que contam com outras formas de vivenciar a sexualidade.

Por outro lado, Boileau, Zunzunegui e Rashed (2009) comentam que o *timing* pode ser diferente para adolescentes de outras culturas, como entre meninas tailandesas e seus pais, pois nesse cenário, quanto maior a idade da adolescente, mais frequente é a comunicação com seus pais sobre sexo e DST, pois os objetivos de pais e filhas, bem como as situações de vida, começam a ter uma maior afinidade ao longo dos anos.

Outro ponto a destacar na escola particular, é a relação entre escolaridade e frequência da comunicação, seja com os pais ($p=0,013$) ou parceiros sexuais ($p=0,002$). Na escola pública, não se observou diferença em relação a estas variáveis. Inferiu-se que apesar

da não obtenção do mesmo resultado entre escolas públicas e particulares, este dado reforça a relação entre a variável escola e a comunicação, pois o contexto escolar e as condições de aprendizagem que as escolas oferecem incidem diretamente sobre a frequência de comunicação.

O que pode ocorrer na escola pública é que algumas particularidades, como idade tardia de ingresso na escola e/ou repetição de séries iniciais dificultam a relação pais e filhas. Outro item a destacar é sobre as diferenças nos contextos de acesso e aprendizagem na escola pública, os quais não podem ser comparados com a instituição particular, em muitos momentos. Em vista disso, o Ministério da Educação (MEC) tem implementado estratégias na escola pública com vistas a romper com as iniquidades e possíveis situações que podem intensificar a evasão escolar, tais como a aprovação dos alunos no final do ano, independente do desempenho escolar. Segundo o MEC, esta estratégia contribui para a previsão da quantidade de vagas para o ano seguinte nas classes de entrada e acrescentam que a reprovação não contribui para o desenvolvimento dos jovens.

Apesar dos argumentos defendidos pelo MEC, é importante compreender a magnitude dessas reprovações na vida de adolescentes e crianças como um todo, visto que segundo este estudo, o fator escolaridade é requisito fundamental para comunicação entre as adolescentes e família.

No entanto, cabe ressaltar que apesar da conclusão de a Ensino Médio ocorrer um pouco mais tarde entre as jovens de escola pública, considera-se um aspecto positivo, pois elas se beneficiam por mais tempo da socialização dos pares e das orientações dos professores, contribuindo para prevenção da gravidez e DST e para uma maior frequência de comunicação.

Corroborando esta realidade, revisão integrativa realizada por Toledo (2008) acerca da temática adolescência e HIV, constatou que quanto mais a adolescente permanecer inserida em alguma atividade social ou escolar, mais ela desenvolverá atitudes preventivas. Nesta perspectiva, o prolongamento dos estudos pode ter papel importante na prevenção da gravidez e HIV, fazendo com que haja um retardamento da entrada na sexualidade com o parceiro. Inversamente, a ausência de qualquer perspectiva pessoal ou profissional, ligada a uma escolaridade irregular, não motivam as adolescentes a considerarem uma eventual gravidez como uma perturbação maior e, portanto, não haver necessidade de ser evitada.

Acerca do estado civil, entre adolescentes de escola pública, verificou-se um quantitativo de jovens que já se encontrava em uma relação sexual estável com seu parceiro, e residindo junto à família (N:23, 13,5%). Esta situação pode estar relacionada à carência de

recursos econômicos, aliados à baixa expectativa de emprego e estrutura familiar, o que influenciam a adolescente de escola pública a ingressar em um relacionamento com parceiros prematuramente, atrelados ao fato de não possuírem aspirações pessoais ou profissionais de futuro, diferente das jovens de escola particular, o que facilita esta situação.

Em vista disso, as consequências para a vida de uma adolescente que se engaja em uma união estável ainda neste período da vida, para autores como Van Empelen & Kok (2006) e Woolf & Maisto (2008), é o risco para gravidez precoce, pois o fato de estar morando com o parceiro aumenta o número de relações sexuais desprotegidas. Este aspecto confirma a situação das adolescentes do estudo, principalmente em escola pública, pois se verificou-se a diminuição do uso de preservativo entre aquelas em união estável com M: 7,1 relações sexuais/mês e uso de preservativo em apenas 2,1 dos intercursos.

Outro dado que revelou as condições socioeconômicas das adolescentes de escola pública, foi o elevado número de pessoas residindo no mesmo domicílio. O aumento no número de residentes na mesma família pode estar relacionado com a crise econômica que assola a camada mais economicamente desfavorecida da sociedade, em que os filhos se casam, mas não têm condições econômicas de assumirem seus próprios lares e permanecem na casa de seus pais. Esta realidade pôde ser percebida neste estudo em relação às adolescentes em união estável que ainda vivem na casa dos pais. Por outro lado, deve-se por em realce que o maior número de residentes pode significar um incremento da renda familiar, contribuindo para melhorias na qualidade de vida e saúde.

No que se refere à participação das jovens ainda residentes com os pais, Morrinson-Beedy e Nelson (2009) referem que esta situação pode ainda favorecer a comunicação com o parceiro sexual. Para os autores, na medida em que a jovem encontra-se em um ambiente saudável e é valorizada por seus membros, sente-se confiante na relação com o parceiro, o que fortalece o diálogo e a negociação do sexo seguro. Frente a este contexto, o fato de a adolescente estar ainda convivendo com os pais pode ser um fator protetor em relação à negociação com o parceiro.

Atrelado a isso, entre as adolescentes de escola pública, destacou-se a baixa renda familiar, pois 70% das adolescentes referiram ganhar até dois salários mínimos(SM), ao passo que em particulares, a maioria possuía renda média de 2 a 5,5 salários mínimos. A renda *per capita* para maioria das jovens da rede pública (95,4%) variou até 1,0 SM.

Esse contexto ilustrou satisfatoriamente o cenário em que as adolescentes da rede pública estavam inseridas. Para Gomes e Horta (2010), as condições econômicas e de estilo de vida estão diretamente relacionadas com determinantes do processo saúde-doença. De

acordo com as autoras, as condições de vida dizem respeito às condições materiais, necessárias para a subsistência, sendo a nutrição, a convivência, o saneamento e as condições ambientais, constituídos basicamente pela capacidade de consumo social. Em termos analíticos, o modo de vida determina certas condições vitais, garantidas indiretamente por meio de políticas sociais, e os estilos de vida, correspondendo ao conjunto de práticas - comportamentos, hábitos, atitudes e percepções.

A despeito da autodenominação cor/raça houve associação significativa nos dois cenários no que se refere à comunicação com os pais com $p=0,004$ na rede pública e $p=0,005$ na particular, e também na comunicação com parceiros sexuais em particulares ($p=0,005$). Observou-se que o fato de a adolescente se autodenominar parda ou negra tem relação positiva com menor frequência de comunicação. Estudos como o de Foster, Fasolino e Tavakoli (2008) relatam que as adolescentes não brancas são aquelas em maior situação de vulnerabilidade, ligado principalmente à poucas perspectivas sociais e econômicas que podem estar relacionadas à insuficiente perspectiva de futuro.

Em relação à variável “com quem reside”, as participantes referiram viver predominantemente em famílias biparietais, principalmente as da rede particular de ensino, ocorreu que nas duas redes de ensino, 25%, viviam somente com a mãe. Essa realidade expressa uma nova faceta da família brasileira: a família matrifocal.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD confirma tendências já verificadas nos últimos anos: crescimento do número de famílias chefiadas por mulheres no Brasil (IBGE, 2011). Tais tendências vêm mudando as formas de organização das famílias brasileiras, especialmente em decorrência das transformações culturais, ocorridas nos últimos anos no mundo industrializado, resultando em novos tipos de arranjos, fato este que merece estudos específicos para melhor compreensão da abrangência do fenômeno.

A comunicação entre mães e filhas é considerada ferramenta eficiente na promoção da saúde sexual e reprodutiva. Estudo realizado na Inglaterra, com 157 jovens de ambos os sexos, provenientes de uma comunidade pobre, demonstra que a comunicação da mãe com os filhos está diretamente ligada a comportamentos saudáveis (SOMERS; PAULSON, 2000). Corroborando essa realidade, Dilorio, Kelley e Hockenberry (1999), atuando com adolescentes afroamericanas, e Rosenthal, Feldman e Edwards (1998), em outro estudo, na Austrália, referem que os filhos dialogam mais com suas mães do que com amigos e o pai.

Em dissertação realizada por Gubert (2008), no contexto de Fortaleza-CE, são as mulheres que dialogam com os filhos acerca dos temas relacionados ao sexo, sexualidade e

reprodução, mesmo naqueles domicílios cujo pai se encontra presente. No estudo, as mães de adolescentes do sexo feminino referiram que eram elas que dialogavam, mas que este era considerado superficial, pois os conhecimentos acerca destes assuntos foram considerados insuficientes e sem profundidade, pois as mães tinham barreiras para concretizá-lo. Apenas uma das mães do estudo referiu ter recebido conhecimentos, segundo ela, suficientes, de sua mãe na infância e adolescência.

Mesmo que a mãe seja reconhecida na literatura como principal comunicadora sobre sexualidade com suas filhas, Taquette & Vilhena (2008) apontam em pesquisa com jovens puérperas que um dos motivos relacionados à gravidez precoce nesta fase é a ausência do pai. A ausência paterna na literatura é descrita como fator predisponente à atividade sexual e gravidez precoce; e também porque frequentemente as adolescentes repetem as histórias de suas mães que também engravidaram na adolescência (PERSONA; SHIMO; TARALLO, 2004; GUBERT *et al.*, 2009).

Apesar de a maioria dos estudos na atualidade focalizarem a comunicação mães e filhas, outros, como o de Boyle & O'Sullivan (2010) e Parr, Boyle & Tejada (2008), sugerem que deve-se fortalecer mães e filhas para que estas encorajem a maior participação dos pais para o diálogo, pois no cenário da comunicação pais e filhos as relações de gênero ainda estão muito arraigadas, o que necessita da (re)construção de estratégias adequadas que estreitem esta relação. Para os pesquisadores, esta comunicação favoreceria a atitude da adolescente diante da relação com o parceiro sexual, influenciando a frequência da comunicação sobre assuntos relacionados à sexualidade.

No tocante à variável trabalho, em escola pública, o fato de a adolescente estar realizando alguma atividade remunerada foi considerado um fator negativo para a comunicação, tanto com os pais ($p=0,002$) como com os parceiros sexuais ($p=0,004$). O que demonstrou ocorrer é que a adolescente, ainda em fase escolar, adquire algumas responsabilidades e novas experiências para as quais ainda não está preparada para assumir e a escola parece ser uma rede que proporciona este amadurecimento.

Inserir no mercado de trabalho precocemente para as meninas de escolas públicas pode significar um incremento na renda familiar e uma possibilidade de melhores condições de vida, e que pode contribuir para que a adolescente abandone os estudos, pois vislumbra profissões que promovem retorno financeiro rápido para suprir suas necessidades humanas básicas. Nessa realidade, trabalham, muitas vezes, em profissões mal remuneradas e exercidas sem qualquer direito empregatício, reproduzindo situações vividas pelos próprios pais para buscar uma profissão.

Ao contrário dessa realidade, estudo que comparou o perfil de adolescentes escolares de 14 a 19 anos que trabalhavam e aquelas que não o faziam (Saltanha *et al.*, 2008)] apontou que àquelas que mantinham maior dependência financeira possuíam menor percepção de vulnerabilidade. Segundo o autor, embora muitos estudos enfatizem os aspectos negativos do trabalho na adolescência, reconhecem que ele os valoriza diante de si próprios e da sociedade e permitem adquirir uma independência financeira e psicológica, ao que se acrescenta a hipótese do confronto com uma realidade mais autônoma e objetiva, menos idealizada, que ao mesmo tempo os levaria mais rapidamente ao exercício de sua sexualidade e ao confronto com os riscos consequentes.

Em vista disso, concorda-se com Saldanha *et al.* (2008), proém acrescenta-se que para que o trabalho fortaleça a autonomia da adolescente este deve ser exercido em condições adequadas, com acompanhamento da família e até mesmo da escola. Muitos estágios fornecidos por empresas, como o Centro de Integração Empresa/Escola (CIEE) e órgãos públicos, favorecem a autoestima da adolescente. No entanto, o que ocorre é que a maioria das adolescentes acaba trabalhando como diaristas, empregadas domésticas, babás, em ambientes insalubres que dificultam a aprendizagem escolar.

As interfaces das dimensões socioeconômicas e culturais ligadas ao trabalho na adolescência e a baixa escolaridade oferecem elementos explicativos e mobilizadores do que se conhece sobre os fatores contributivos para barreiras na comunicação acerca das questões sexuais e reprodutivas na família. Assim, o impacto socioeconômico e sua relação com as questões sexuais e reprodutivas revelam que algumas jovens são mais vulneráveis do que outras, pois, além de vivenciarem as mudanças próprias da idade, ainda se deparam com mudanças relacionadas à estrutura familiar e condições de vida, como pobreza, desemprego, baixa escolaridade e violência, além do insuficiente acesso amplo aos meios de comunicação, serviços de saúde e aos meios de prevenção (CASTRO; ABROMAVAY; SILVA, 2008). Os adolescentes nem sempre possuem maturidade para analisar as consequências futuras dessa interação, deparando-se frequentemente com situações de risco, como gravidez precoce e DST/HIV/aids.

Diante do exposto, é nítido que estes fatores sociodemográficos interferem de forma negativa na comunicação das adolescentes, principalmente de escola pública com seus pais. Contudo, a seguir se apresentará a constatação de que as adolescentes de ambos os cenários apresentaram barreiras na comunicação com seus pais e parceiros sexuais relacionadas a outras variáveis associadas à vivência da sexualidade.

6.1.1 Características relacionadas ao comportamento e à comunicação acerca da saúde sexual e reprodutiva

No estudo, em relação à menarca, as meninas de escola pública apresentaram média de 11,6 anos (DP: $\pm 1,2$) e em escolas particulares, de 12,3 anos (DP: $\pm 0,8$). No que concerne aos esclarecimentos recebidos pelas adolescentes antes deste acontecimento, os resultados apontaram que 51% (88) das adolescentes de escolas públicas receberam e 60,5% (86) em particulares. Ademais, as jovens da instituição particular receberam mais informações sobre o evento antes que o mesmo ocorresse, e houve associação estatisticamente positiva entre a PACS-VB ($p < 0,0001$) e o diálogo sobre a menarca.

Informalmente, no preenchimento do instrumento via computador, as adolescentes das três escolas, comentavam acerca da vergonha que sentiram em relação à menarca, aparentemente mais do que o fato de terem praticado sexo. De acordo com Giddens (1993), a vergonha é uma característica mais acentuada na educação das mulheres. Já na infância, a menina incorpora a ideia de que os eventos relacionados ao seu corpo precisam ser encobertos. Dialogar sobre sua sexualidade é torná-la evidenciada, o que deve ser evitado. Sem as informações necessárias, muitas mulheres identificam as transformações em seu corpo como vergonha, o que dificulta a busca por esclarecimentos sobre tais assuntos junto aos seus familiares.

O desconhecimento e o constrangimento da mulher em relação ao seu corpo atravessam as etapas do ciclo vital, o que tende a contribuir para o aumento de dúvidas, receios e sofrimentos acerca do lugar que passa a ocupar na sociedade à medida que envelhece (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006). Trabalhos realizados com grupos de mulheres na maturidade confirmam esse fato (DINIZ; COELHO, 2005).

Estudo conduzido por Fox e Inazu (1998), autores pioneiros em pesquisas envolvendo adolescentes do sexo feminino e a comunicação com seus pais, observou que as adolescentes que recebiam informações sobre a menarca antes de sua ocorrência, tendiam a usar mais o preservativo na primeira relação sexual, além de manterem a comunicação com suas mães sobre sexualidade mais tempo que aquelas que não haviam recebido estas informações. Diante destes resultados, os autores inferiram que na verdade, tão importante quando a comunicação é o *timing* que a mãe apresenta, ou seja, a capacidade de antever eventos na vida das adolescentes como a primeira menstruação ou primeira relação sexual.

Especificamente acerca de adolescentes e menarca, Teitelman (2004), em ensaio realizado junto a 22 adolescentes afroamericanas, europeias e hispânicas de 14 a 18 anos,

revela que a reação ao início dos ciclos menstruais está diretamente associada ao preparo que receberam da família. Para a autora, receber informações adequadas antes do início da menstruação tende a evitar que este evento seja vivido de forma traumática, de modo que este acontecimento poderá definir a futura sexualidade da adolescente. Meninas que aprendem menos, percebem a menstruação como evento negativo. Acrescenta ainda que quando as adolescentes não têm conhecimentos suficientes sobre a menarca, tem baixa autoestima, podendo associar o corpo ao medo e à vergonha e serem vítimas de predadores sexuais. Conclui-se que a menarca é um dos principais acontecimentos na vida das mulheres e que tem repercussões em todo o ciclo vital.

Assim, a menarca e suas implicações devem ser esclarecidas de forma adequada para as adolescentes e as mudanças biológicas e emocionais devem ser acompanhadas constantemente pelo enfermeiro. Esclarecer às meninas desde o início da manifestação dos primeiros caracteres sexuais é importante, pois terá repercussões ao longo de sua vida, e, não obstante, a família deverá ser adicionada nesse processo, com esclarecimentos e apoio.

Em vista disso, os pais devem se manter atentos às principais mudanças na vida das adolescentes. Nesta situação, muitas vezes, é preciso a intervenção do enfermeiro, pois em alguns momentos, os pais não reconhecem estas mudanças típicas desta fase da vida, porque tiveram dificuldade de vivenciá-las também quando foram adolescentes. Por isso, a aplicação da PACS-VC e PCS-VB pode contribuir para que o enfermeiro reconheça esta realidade e intervenha sobre ela. Apesar dos instrumentos não cobrirem exatamente o tema “menarca”, permite que o enfermeiro identifique, de forma rápida, possíveis lacunas no conhecimento das adolescentes, o que pode exigir um maior aprofundamento. Muitas vezes, durante a consulta de enfermagem ao adolescente, o enfermeiro se restringe a questionar sobre a idade da adolescente na ocasião da menarca, a sexarca ou a pubarca, mas não articula a vida das adolescentes e como elas vivenciaram estes acontecimentos.

Pesquisa conduzida por Helpren (2009) relatou que a natureza das discussões entre pais e filhas é modificada com a idade da adolescente, até que em determinado ponto se alcancem às discussões sobre sexo propriamente dito. O autor avaliou o conteúdo da discussões sexual realizada entre pais e filhas e classificou-as em três tipos gerais e que contribuem para a construção da sexualidade da adolescente: 1) “a grande conversa”, que trata de fatos sobre a concepção e menstruação; 2) “fala do chá” ou “*talk tea*”, que lida com valores familiares, aplicada ao comportamento dos indivíduos conhecidos por ambos os pais e filhas; e 3) as questões sociais, que ocorrem mais tarde na adolescência, como

aborto, promiscuidade, gravidez precoce. Esta classificação indica que os pais devem conduzir cada assunto ao seu tempo, porém ambos de forma articulada.

Com o propósito de relacionar os achados provenientes das escalas junto às participantes, estas foram convidadas a relembrem as primeiras fontes de informação acerca das temáticas: sexo, gravidez e DST. Estes resultados permitiram diferenciar o contexto de cada adolescente e, portanto, contribuir para que profissionais de saúde pudessem delinear perfis de socialização à sexualidade e reconstituir as fontes às quais os jovens foram expostos, embora não fosse possível conhecer o conteúdo das informações recebidas, que seriam muito difíceis de reconstruir retrospectivamente, visto que em estudos que se reportam às variáveis sexuais, o viés de memória pode ser um desafio para a coleta de informações precisas.

Para as adolescentes, a principal fonte de informação a respeito da gravidez e/ou sexo, foram os pais. Ainda sobre assuntos relacionados à sexualidade, os pares foram citados como importantes na socialização deste aprendizado. Já no tocante às DST, destacaram-se os professores, em instituição pública ou não. Em relação às DST, os pais foram citados como segunda fonte, seguidos pela Internet.

A família é reconhecida como cenário ideal para a promoção da saúde sexual e reprodutiva pela literatura, visto que os próprios adolescentes, destacando as meninas, reconhecem que as dúvidas sobre gravidez e sexo podem ser esclarecidas com os pais (WAGNER; CARPENEUDO, 2005). Borges, Nichiata e Schor (2006) descrevem que a rede sociofamiliar do adolescente deve ser compreendida como elenco principal na constituição de base para as ações de promoção da saúde.

A importância da família como fonte de informações acerca da sexualidade foi identificada por Paiva (2003), o qual pesquisou adolescentes de 12 a 18 anos de idade, matriculados em escolas públicas de São Paulo. Dentre os achados, constatou que 61,6% já haviam recebido orientações sobre sexualidade pela família. Segundo acrescenta o autor, é necessário que os adolescentes mantenham diálogos sobre sexualidade com seus pais, porque, além de ampliar a rede de pessoas com quem conversam sobre sexo, utilizam mais o preservativo, principal medida para evitar a gravidez não planejada e as DST/aids.

Para Borges, Nichiata e Schor (2006), quando o assunto é relativo ao sexo, os adolescentes procuram os pares na escola em cerca de 40% das vezes, no entanto quando o assunto exige um conhecimento mais elaborado são os pais que os adolescentes procuram.

Acrescenta-se ainda que a escola é expressa na vida do jovem como instituição de grande significado, por proporcionar o exercício de sua identidade ultrapassando a família, em contatos com diferentes agentes sociais, e por criar condições para a produção e o acesso a

novos saberes. Para que esta consiga alcançar, porém, seu objetivo primordial, é preciso que a família se aproxime da escola e sinta-se parte do processo de educação do adolescente. Assim, a escola é considerada espaço privilegiado para a Promoção da Saúde em um enfoque ampliado, na perspectiva de conquista de cidadania e de envolvimento dos diversos agentes que compõem este universo: adolescentes, estudantes, profissionais de educação, familiares, líderes comunitários e profissionais de saúde (SANTOS *et al.*, 2010).

Outro aspecto a ser destacado é a Internet como fonte de informação sobre as DST/AIDS, principalmente entre as adolescentes de escola particular. Harvey *et al.* (2007), em pesquisa com o intuito de compreender como a Internet é recebida por adolescentes em relação às mensagens de saúde, evidenciou que o surgimento da Internet tem motivado o aumento substancial do número de sites dedicados a fornecer conselhos de saúde e informação para os jovens. Muitos fóruns foram criados por instituições de saúde através dos quais é possível formular problemas e procurar soluções relativas às questões de saúde junto aos adolescentes. A Internet nos últimos dez anos constitui-se na popular fonte de orientações e informações de saúde com o potencial de contribuir para resultados positivos de saúde, cuidado e intervenção na adolescência (GRAY; KLEIN; NOYCE, 2005).

Frente ao reconhecimento dessa tendência, os EUA e a Europa, como Inglaterra e França, têm incrementando a maioria dos serviços de saúde, com informações *on-line*, *chats*, áreas de consulta individual virtual, ambientes virtuais de aprendizagem, a fim de contemplar as necessidades dos jovens e convencê-los a frequentar estes serviços (Aynsley-Green *et al.*, 2000; Jones *et al.*, 1997), o que vem resultando em um crescimento de recursos baseados na Internet sob medida para fornecer informações confiáveis e precisas de saúde para os jovens. No Brasil, já se observa algumas iniciativas exitosas, como a Coordenação Nacional de DST/AIDS, por meio do site do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, e algumas organizações não governamentais que estão investindo nesta ideia.

No estudo, os pais foram citados como fonte secundária de informação em relação às DST. Estudo realizado em Fortaleza em 2007, junto a 26 pais de adolescentes de escolas públicas e seus filhos, sobre as dificuldades em manter o diálogo sobre DST, revelou que as conversas entre pais e filhos são pautadas em torno de exemplos de pessoas conhecidas da comunidade, que vivenciaram situações de gravidez indesejada ou DST. Não há maior esclarecimento sobre medidas preventivas de DST ou como evitar claramente uma gravidez. O estudo revelou ainda que a ausência do diálogo acerca das DST poderá resultar da baixa escolaridade dos pais e, conseqüentemente, do pouco acesso aos meios informativos para esclarecer os filhos adolescentes sobre a temática (BARBOSA, 2007).

Os profissionais de saúde e sua influência sobre as primeiras informações também foram indagados junto às adolescentes. Porém, cabe ressaltar que inicialmente no questionário havia a profissão “enfermeiro”, para que as participantes identificassem o profissional que mais havia contribuído com informações, contudo durante o pré-teste elas não souberam identificar o profissional de saúde: enfermeiro, médico ou odontólogo. Em vista disso, o termo foi substituído pela expressão “profissional de saúde”. Mesmo assim esta opção foi a menos suscitada entre as participantes.

Segundo as adolescentes, somente os temas gravidez e DST foram destacados com abordados pelos profissionais de saúde. Acerca do tema DST, entre as adolescentes da escola pública, citaram os profissionais de saúde mais do que as de instituição particular, com cerca de 11,1%, contra 7,0. Em escolas particulares, a televisão (7,8%) foi mais citada como meio de informação do que o profissional de saúde (7,0%).

Esses resultados promovem um repensar sobre as práticas de saúde, principalmente pela enfermagem, pois em uma das escolas públicas estudadas, as pesquisadoras atuavam há mais de oito anos com atividades do Projeto de Extensão - Aids: Educação e Prevenção, realizado pelo curso de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, e ainda eram participantes do Programa Saúde na Escola – PSE. Assim, é preciso refletir sobre a real contribuição na comunidade e oferecer visibilidade ao papel de promotores de saúde. Outro aspecto que deve ser considerado é a ausência de adolescentes nos serviços de saúde, fato que pode contribuir para esta realidade.

No estudo, foi percebida associação positiva entre a frequência da comunicação das adolescentes e seus pais com o uso do preservativo ($p < 0,0001$). Assim, o estudo corrobora outros da área, dos quais enfatizam que o diálogo tem sido positivamente associado ao uso mais consistente do preservativo em adolescentes (Janeiro, 2008; Sales *et al.*, 2006; Dehlendorf; Rihenart, 2010) e inversamente relacionado ao número de episódios sexuais, frequência de relações sexuais desprotegidas, número de parceiros sexuais e probabilidade de ter ao menos uma DST ao longo da vida. Entre meninas sexualmente ativas, a comunicação com os pais tem sido positivamente relacionada com atitudes mais responsáveis, autoeficácia no uso do preservativo e aumento do diálogo com parceiros sexuais (DIAS; MATOS; GONÇALVES, 2007).

Outro ponto abordado foi acerca da orientação sexual às adolescentes, visto que 16,3% (28) e 13% (9,2) nas escolas públicas e particulares, nesta sequência, referiram ter preferência bissexual. Estes percentuais apresentam média superior a nacional apresentada por Heilborn (2007) em estudo multicêntrico, realizado em oito capitais brasileiras, sendo de

3,8%. Os autores revelam que a atração pelo mesmo sexo na adolescência pode ser relacionada à falta de oportunidade dos sujeitos estabelecerem contatos sexuais com pessoas do outro sexo, ou receio frente à difundida pressão social, contrária aos contatos e às relações homoeróticas, ou ainda descrição do próprio adolescente em declarar experiências homossexuais, fato que parece ter sido identificado no presente estudo. Um ponto que pode ter contribuído para este maior número neste estudo é o fato de a pesquisa descrita anteriormente contar com coleta de informações por meio de entrevistas, ao contrário deste, que aplicou um questionário via computador, o que pode ter diminuído o constrangimento dos participantes.

O “ficar” e a primeira relação sexual também foram destacados no estudo. Para Bozon e Heilborn (2008), acerca das etapas de envolvimento amoroso entre os parceiros, estas se desenvolvem ao longo de um processo progressivo de exploração física e relacional, por etapas, que pode transcorrer por vários anos, ou, ao contrário, ser rápido.

No caso das participantes, a idade do “ficar” predominou entre a faixa etária dos 10-11 anos, com 63 (36,8%) entre meninas de escola pública e 12-15 anos, com 84 (59,2%) nas particulares. A idade média da primeira relação sexual variou principalmente entre os 15-16 anos (M:15,8, DP:±0,5) na escola pública e 17-18 na particular (M:16,8, DP:±0,7). Em relação à idade da sexarca, houve associação estatisticamente significativa entre ter a primeira relação sexual com idade menos precoce e comunicação com os pais ($p=0,003$) em particulares e públicas ($p=0,002$).

Percebeu-se pequena diferença entre os dois cenários, fato que pode estar relacionado à comunicação entre pais e filhas. As jovens da rede pública possuíam experiência do “ficar” mais precocemente do que a particular, fato que pode influenciar a relação sexual precoce e a menor frequência de comunicação. O ficar geralmente precede à relação sexual e simboliza em geral uma experiência não sexualizada e constitui-se como primeiro elemento de familiarização com a vida amorosa.

A respeito do grau de relacionamento com o parceiro no momento da iniciação sexual em ambas as redes de ensino, 65% das jovens referiram ter tido a primeira relação com um namorado e 30% com pessoas que apenas “ficaram”, mas que já conheciam há algum tempo. Em pesquisa nacional, realizada por Heilborn (2007), a média de jovens que inicia a relação sexual com um parceiro eventual é de apenas 9%, porcentagem menor do que as adolescentes deste estudo.

No que se refere à iniciação sexual com namorado ou noivo, houve associação estatisticamente significativa com a comunicação com os pais (PACS-VC) em escolas

públicas ($p < 0,0001$) e em particulares ($p: 0,006$). Esta realidade é corroborada em outros estudos nacionais, como o de Paiva, Aranha e Bastos (2008) e internacionais, como o de Guíliano-Ramos & Bouris (2009).

No tocante ao sexo com um parceiro casual entre adolescentes, estudos sugerem que um dos pontos negativos deste tipo de relação sem premeditação, principalmente para as meninas é a insuficiente comunicação ou *Miscommunication Theory*, a qual refere o diálogo como superficial e que não contempla desejos, atitudes do casal, assim esta experiência para as mulheres pode resultar em coerção, violência, não realização sexual, medo e distúrbios sexuais (O'BYRNE; RAPLEY, 2008).

Taylor & Francis (2009) acrescentam que a pouca comunicação entre os parceiros casuais é na realidade um desarranjo da comunicação familiar, pois os pais não desenvolvem competências junto às filhas para que saibam dizer não diante de uma situação a qual não estão preparadas, e aos filhos que compreendam quando a parceira decidir recusar praticar o sexo.

Estes estudos evidenciam que a comunicação entre pais e filhas antecede todo e qualquer tipo de comunicação com os parceiros, ou seja, o fato da adolescente ter uma comunicação frequente com os pais favorece a comunicação com os parceiros sexuais.

Em relação à idade dos parceiros, esta obteve prevalência entre 14-19 anos entre as jovens das escolas analisadas. No ensino particular, este número foi superior, com 128 (90,1%) das participantes. Em comparação à situação nacional, é comum que as mulheres tenham parceiros com grande diferença de idade (a mediana da diferença de idade é de três anos), e mais de um terço dos primeiros parceiros são pelo menos cinco anos mais velhos (MARINHO; AQUINO; ALMEIDA, 2009).

Ainda em relação à primeira relação sexual, as adolescentes responderam, em sua maioria, que os pais não sabiam. Curiosamente, este fato foi maior entre as adolescentes da escola particular, com 102 (71,8%) contra 111 (64,9%) da pública. Em relação ao conhecimento da mãe, entre as escolas, 25% havia contato para elas. Para Amaral e Fonseca (2006), em estudo realizado com adolescentes de Salvador, apenas 16% das participantes do estudo havia contado para a mãe e 1% para o pai. Este fato evidencia que neste estudo houve comunicação predominantemente com a mãe, assim como confirmam outros estudos da área citados anteriormente.

Quanto aos parceiros sexuais, observou-se associação estatisticamente significativa entre o uso do preservativo na primeira relação sexual e a comunicação com pais ($p < 0,0001$) e parceiros sexuais na atualidade ($p < 0,0001$). Também se observou a média da frequência de

relação sexual no último mês, a qual foi de M: 5,91 (DP:±0,85) entre meninas da instituição pública, com média de uso do preservativo de 2,83 das relações com intercurso vaginal (DP:±0,45). Já entre as adolescentes de escola particular, esta média de relações sexuais foi um pouco maior, com media de 6,04 intercursos mês e uso de preservativo em 3,29 das vezes, apresentando um percentual maior do uso que as adolescentes de escola pública.

Diante destes resultados, infere-se que as adolescentes das três escolas apresentaram dificuldade em utilizar consistentemente o preservativo. Mesmo na escola particular, em que houve um percentual relativamente maior de adolescentes que faziam o uso, existiram barreiras relacionadas.

Em vista do exposto, concorda-se com Paiva, Aranha e Bastos (2008), no que se refere a concepções acerca do início da vida sexual e ao uso de contraceptivos e preservativos, o qual refere que muitos adolescentes e jovens tendem a não usá-los quando: iniciam a vida sexual muito cedo e definem a relação em que ocorreu sua iniciação sexual como casual (*caso das adolescentes deste estudo*) (destaque da autora), no caso de adolescentes do sexo feminino, quando possuem parceiros mais velhos (mais de sete anos) ou de outra geração. Tal como se observa na população adulta, há diferenças significativas nos padrões de uso de preservativo, segundo o tipo de vínculo com o parceiro – definido como casual ou fixo/estável. Os motivos associados ao uso e ao não-uso de preservativo tendem a ser muito diferentes em cada uma dessas situações.

Acerca do uso de algum método contraceptivo, um aspecto positivo foi em relação ao percentual de jovens que faziam uso de dupla proteção na primeira relação, 10 (5,8%) adolescentes da escola pública e 9 (6,3%) da particular responderam este item. Chamou atenção o baixo percentual de adolescentes que faziam uso habitual desta estratégia. No estudo, foram observadas correlação positiva entre o usar dupla proteção e a comunicação pais e filhas ($p=0,0004$), e parceiros sexuais ($p=0,0001$).

Dehlendorf e Rihent (2010) também observaram relação entre o uso da dupla proteção e a comunicação com os pais e parceiros sexuais entre adolescentes de 14 a 18 anos e seus pais. Embora no Brasil ainda não seja uma prática tão rotineira, enfermeiras atuantes em clínicas comunitárias nos EUA recomendam o uso da dupla proteção nas primeiras relações sexuais, acompanhada dos pais e dos parceiros. Os pesquisadores acrescentam que a maior dificuldade dos adolescentes em usarem a dupla proteção esta associado à exposição da sexualidade aos pais e que o principal meio para que o adolescente use eficazmente este método é por meio do incentivo dos mesmos.

No presente estudo, assim como na literatura nacional e internacional, também foi observada maior frequência de iniciação sexual protegida entre os jovens que se iniciaram sexualmente mais tarde, por isso a idade da iniciação sexual não deve ser ignorada no debate sobre os programas de prevenção ao HIV.

No estudo, houve associação significativa entre o fato de a mãe saber sobre a iniciação sexual da filha e a frequência da comunicação ($p < 0,0001$). Este aspecto é altamente relevante, pois estudos evidenciam que as adolescentes que possuem relacionamentos sexuais com o apoio dos pais, tendem a ter práticas sexuais mais seguras. E o fato de os pais saberem sobre a iniciação sexual, evidencia o envolvimento destes na vida social de suas filhas, o que facilita o diálogo. Estudo realizado por Fende *et al.* (2001) sugere que os pais devem se beneficiar do contato com o namorado das filhas, a fim de ajudá-las a tomarem decisões saudáveis.

6.2 Adaptação transcultural e propriedades psicométricas das escalas

As escalas *Parent-Adolescent Communication Scale* e *Partner Communication Scale*, objetos desta investigação, submeteram-se ao um minucioso processo de tradução e adaptação transcultural, e abrangeu os seguintes aspectos:

✓ A seleção de um protocolo de tradução e adaptação a ser utilizado, o qual exigiu um processo menos complexos, porém com o mesmo rigor metodológico, o qual otimizou o tempo de tradução e adaptação que segundo Salvetti & Pimenta (2005) é tão válido quanto outros métodos;

✓ Fase do pré-teste: este momento foi essencial para a realização do estudo, pois contribuiu para a definição do instrumento final, pois sem a percepção inicial do público alvo não se poderia prever as direções que a escala poderia assumir. A partir do pré-teste, foi possível verificar palavras e expressões que provocavam confusão e poderiam interferir nos resultados. As principais recomendações foram sugeridas pelas participantes nesta fase de estudo.

✓ A inserção de exemplos em alguns itens, como “namorado ou alguém que você esta ficando”, na questão número 5 da PCS-VB, teve como principal objetivo facilitar a compreensão por parte das adolescentes, bem como evitar possíveis incorreções relacionadas à interpretação dos resultados.

✓ A validade de conteúdo foi a primeira avaliação a que a PACS e PCS foram submetidas após a conclusão da adaptação transcultural. O conteúdo das escalas foi

considerado compreensivo segundo comitê de juízes. Em seguida, as escalas foram intituladas para a versão brasileira, PACS-VB e PCS-VB. Inicialmente, a ideia consistia em dispor a versão em português, mas poderia suscitar dúvidas em relação a outros países que fosse utilizar, como em Portugal, ou países de língua portuguesa da África, podendo ocasionar equívocos de interpretação

✓ Em relação à validade de construto, procedeu-se à associação estatística entre as variáveis sociodemográficas, de comportamento e comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva, bem como a análise da consistência interna mediante o alfa de Crombach, o qual foi de 0,86 em escolas públicas e 0,87 em particulares, aproximando-se muito dos valores do estudo original (0,88) de Sales *et al.* (2006) e Milhausen (2006). Quanto maior o valor de alfa, maior a congruência entre os itens de um instrumento. Nesta fase, foi utilizado o coeficiente de bipartição ou teste de Guttman Slipt-Half, o qual apresentou resultado de 0,884, demonstrando consistência satisfatória. O que evidenciou a confiabilidade da escala, portanto com possibilidade de ser reaplicada em outros contextos.

✓ Ao total, as duas escalas apresentam 10 itens, o que em relação a estudos na área da saúde em geral podem ser considerados reduzidos, porém outros instrumentos que se submeteram por criterioso processo de construção e validação nas temáticas comunicação pais e filhas e outros temas relacionados à sexualidade na adolescência, também apresentaram cerca de 5 (cinco) a 10 itens (SALES *et al.*, 2006; KYUNG-HEE CHOI; NEILANDS; KYUNG-HEE, 2002; DILORIO *et al.*, 2001; MEYER; CARVALHAL; PECHANSKY, 2003; VANABLE *et al.*, 2009). Uma leitura aprofundada nestes materiais revelou que a intenção de apresentar poucos itens nas escalas consistia em diminuir o viés de memória, por se tratar de um tema de cunho íntimo, fato que poderia ser prejudicado pelo excessivo número de questionamentos.

✓ Ainda em relação à validade de construto por meio dos grupos contrastados não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,067$) entre os grupos de adolescentes de escola pública e particular, quando relacionadas aos escores da PACS-VB e PCS-VB, apesar das médias de escola particulares serem superiores. Na tentativa de explicar esse fato, o que pode ocorrer é que as escolas públicas participantes do estudo já eram campo de atuação do Projeto: Aids Educação e Prevenção e atividades com adolescentes e seus pais já haviam sido realizadas, fato que contribuiu para que, apesar das variáveis sociodemográficas desfavoráveis, os adolescentes de escola pública obtivessem escores próximos aos da escola particular. Por outro lado, a insuficiente realização de atividades de educação em saúde, principalmente sobre a temática sexualidade em escolas particulares pode ter influência sobre

estes escores. Enfim, deve-se destacar que os dois cenários possuíam lacunas quanto à comunicação entre pais e filhas e parceiros sexuais e que medidas devem ser tomadas pelas escolas, pela família, pela comunidade e pelo serviço de saúde.

✓ A condução da fase do teste-reteste foi uma das mais difíceis do estudo, devido à necessidade de reaplicar os instrumentos junto as 657 adolescentes, pois não se pretendia causar o constrangimento de convidar novamente para o estudo apenas as jovens que já haviam tido a primeira relação sexual. Um ponto positivo, foi que a escola pública, devido à reposição de aula nas férias, continuou o semestre até janeiro de 2011, fato que facilitou a aplicação do reteste. Para tal análise, foi utilizado o teste de Wilcoxon, cujo $p > 0,15$ indicou, portanto, que não houve diferenças entre a aplicação antes e depois, o que demonstrou estabilidade eficaz da escala ao longo do tempo.

6.3 Aplicação das escalas na versão brasileira: comunicação entre pais e parceiros sexuais

Em geral, as duas redes de ensino apresentaram nível aproximado no que se referiu à comunicação com seus pais, com média em escola pública de 62,02 pontos na PACS-VB e na escola particular de 67,02 pontos.

Já em relação à PCS-VB, estes níveis foram baixos já que se estabeleceu no estudo que escores ≤ 59 seriam considerados insatisfatórios, evidenciando que a comunicação entre os parceiros sexuais ainda seria um aspecto que deveria ser fortalecido na relação entre os pares na adolescência. Na PCS-VB, o desempenho da escola pública foi de 54,93 pontos e na particular, 52,41. Neste item, a escola pública apresentou melhor escore .

Em vista do contexto geral das adolescentes dos dois cenários de atuação, e a aplicação da PACS-VB, foi evidenciado déficit em relação à frequência de comunicação entre as adolescentes e seus pais, principalmente sobre a temática DST, em escola pública ou particular, pois apenas cerca de 5% das jovens dos dois tipos de rede de ensino recebiam informações sobre este assunto na família.

Acerca das discussões sobre o HIV, este número foi um pouco superior, principalmente entre as participantes de escola particular, com 14% de adolescentes que conversam frequentemente sobre o assunto. Já nas públicas, 9,9% dialogava na mesma proporção.

Aponta-se que somente o HIV ou a Aids era lembrado nas conversas entre pais e filhas sobre práticas sexuais seguras, e que outras DST, não eram citadas, ou que no

imaginário dos pais, o HIV era a única que merecia destaque pelas crenças e pelos mitos que assolam a infecção, principalmente ligados à letalidade.

Esta realidade ressalta que os pais detinham conhecimento sobre esta temática, mas que se restringiam a falar sobre ela. Assim, o profissional de saúde deve mapear estas informações oriundas dos pais, incentivando pais e filhas a aprofundarem o tema, inclusive dialogando mais sobre as diferentes práticas sexuais, considerando que nem sempre o sexo vaginal é considerado a prática mais realizada pelos adolescentes iniciantes, e sim o sexo oral e anal (HEILBORN, 2007). O HPV, por exemplo, é considerado uma das infecções mais comprometedoras da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes no Brasil, devido ao seu alto potencial oncogênico, inclusive política pública em implantação pelo Ministério da Saúde por meio da aplicação de vacinas para esta população. Outra DST que deve ser socializada amplamente entre as adolescentes e seus pais é a Hepatite B e C.

Se por um lado, as adolescentes relataram pouca comunicação com seus pais acerca do tema HIV e DST, em relação à gravidez este número foi muito superior, pois entre a escola pública e particular, 35,7% e 36,6%, nesta sequência, dialogavam frequentemente com seus pais, o que demonstrou que os pais estavam priorizando esta situação, relacionada principalmente ao medo de que as filhas ficassem grávidas e assumissem sozinhas os cuidados com o filho.

No estudo de Sales *et al.* (2006), o tema gravidez também foi o mais destacado entre as adolescentes, seguido do vírus da Aids. Considerando que a pesquisa foi conduzida nos EUA, compreende-se o motivo do HIV ser o segundo tema mais dialogado entre pais e filhas, pois neste país há os maiores índices de infecção entre adolescentes de 13 a 18 anos nas Américas, principalmente entre as meninas negras e em situação de pobreza. Devido a este panorama, as conversas de pais e filhas tendem a se ajustar, fato que deve ainda ocorrer no Brasil, apesar de todas as campanhas voltadas para a divulgação no novo panorama da Aids tem alertado para a juvenização, interiorização e feminização dos casos de Aids. (BRASIL, 2007).

A gravidez na adolescência é considerada um risco social e um grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, devido a sua magnitude e amplitude, como também em virtude dos problemas dela decorrentes, entre os quais se destacam: o abandono escolar; os conflitos familiares; o incentivo ao aborto pelo parceiro e pela família; o abandono do parceiro; a discriminação social e o afastamento dos grupos de convivência, fatores que interferem na estabilidade emocional da menina mulher adolescente (XIMENES NETO *et al.*, 2007).

Possivelmente, em decorrência de fatores desta natureza, a gravidez na adolescência tem repercussões especialmente sobre as mulheres e não sobre o casal, as adolescentes mencionaram com maior frequência a prevenção da gravidez como principal assunto abordado com seus pais.

Apesar do enfoque biologicista priorizado pelos pais, não se pode negar que ao menos a comunicação sobre algum tema ocorre, pois muitas adolescentes responderam somente ao item gravidez, quando indagadas sobre os cinco temas abordados na PACS-VB (sexo, preservativo, DST, HIV e gravidez).

Nolin e Peterson (2008) afirmam que embora muitas vezes os pais forneçam informações pontuais no início da adolescência, e que neste conteúdo predominem as normas sociosexuais, além de questões e ponto de vista moral (certo e errado), isto é importantes para o desenvolvimento da sexualidade do adolescente. Os autores observaram que essas conversas são relevantes na transmissão de valores morais e de comportamento saudável. A ênfase nas preocupações sociosexuais na adolescência, também são evidentes em estudo de Dilorio *et al.* (2001), em que adolescentes afroamericanas e suas mães expressaram preocupação sobre a gravidez na adolescência e muitas vezes discutido apenas os efeitos negativos de uma gravidez precoce, por exemplo, pode causar em suas vidas, com perspectiva de risco.

Ademais, é importante ressaltar que o tema sexo foi o segundo mais destacado pelas adolescentes na comunicação, entre elas e seus pais, com 15,8% e 16,9% em escolas públicas e particulares, respectivamente. Em comparação ao tema gravidez, observou-se redução importante na frequência da comunicação, porém demonstrou que alguns pais, nos dois cenários, tinham a preocupação em conversar com suas filhas sobre este tema.

Em conversas informais com algumas adolescentes mais comunicativas nas três escolas, durante a coleta de dados, as mesmas indicaram que a comunicação sobre sexo, sempre era antecedida por alguma situação específica na comunidade, família, TV ou Internet, e não de forma direta, como tema principal, o que reforça o que foi abordado anteriormente sobre o *timing* correto que os pais devem ter junto as filhas (GUILARMO-RAMOS; BOURIS, 2009).

Esse achado é importante, pois permite aos profissionais de saúde, e principalmente enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, reforçarem, junto aos pais, estratégias de comunicação com suas filhas, facilitando a interação. O que sugere os resultados do estudo é que os pais precisam ter um objetivo, um foco principal para iniciar uma conversa com suas filhas, ou diante da possibilidade eminente das mesmas fazerem

sexo; ou frente a alguma mudança maturacional, tal como a menarca; ou ainda por suscitarem na televisão alguma situação que possa influenciar as filhas, momento oportuno para a comunicação. No entanto, deve-se sensibilizar os pais para que este diálogo seja o mais natural possível, e que esteja presente na relação pais e filhos, e não somente diante de situações específicas da vida ou que apresente risco. Pois, conforme o que se observou até aqui, a comunicação entre pais e filhas, bem como seus parceiros sexuais constitui-se como variável preditiva para o comportamento sexual saudável e prevenção de DST.

O fato de somente 13,5% dos pais em escolas públicas e 4,2% em escolas particulares terem ciência da iniciação sexual das filhas reflete que o diálogo na família ainda é permeado por muitas normas sociosexuais, as quais são importantes, como destacou anteriormente, mas ao mesmo tempo podem fragilizar a autoestima das adolescentes, contribuindo para relação sexual desprotegida e a gravidez precoce. Por outro lado, a mãe, neste contexto, foi destacada como principal comunicadora, pois 21,6% e 23,9% das participantes de escolas públicas e particulares, nesta sequência, contavam com elas quando o assunto era a comunicação sobre a iniciação sexual.

Já em relação aos resultados da PCS-VB, o desempenho das adolescentes foi inferior ao da PACS-VB, apesar de haver associação significativa entre as duas escalas ($p < 0,0001$), ou seja, quanto mais frequente a comunicação com os pais, mais presente ela está entre os parceiros. Assim como na escala de comunicação pais e filhos, entre os parceiros sexuais, o tema dialogado com maior frequência também foi a gravidez, com proporção de 18,1% na escola pública e 11,3% na particular.

O segundo assunto abordado pelas jovens e seus parceiros, segundo a PCS-VB, foi o uso do preservativo, com 6,4% e 9,2%, em ambas as escolas. Entretanto, o item referente ao diálogo sobre os parceiros sexuais que já tiveram, que tinha como intuito resgatar o grau de intimidade e relacionamento entre os pares, foi de apenas 2,9% em escola pública e 5,6% em particulares. Interessante destacar que estudo de Milhausen *et al.* (2008) apresentou, juntamente com DiClemente e Wingood, os resultados do estudo original, em que a PCS foi validada, o principal ponto discutido entre as adolescentes foi exatamente sobre a história dos parceiros sexuais, seguida da prevenção de DST.

Para Milhausen *et al.* (2008), os casais de adolescentes afroamericanos, população do estudo original, conversavam mais sobre os parceiros que já tiveram como forma de aprofundar o relacionamento e conhecer melhor o parceiro. Para as adolescentes, ao saber quantas “namoradas” o parceiro, ou contar para o namorado as experiências que já teve, era uma forma de cumplicidade.

Na realidade brasileira o que parece é que as jovens de Fortaleza apresentavam medo de expor certos aspectos de sua vida íntima, o que poderia transmitir ao parceiro uma perspectiva errônea de promiscuidade. Para Amaral e Fonseca (2008), enfermeiros da área da saúde do adolescente, em ensaio realizado junto a 16 adolescentes do sexo feminino, na faixa de 13 a 18 anos, o principal sentimento que impedia as adolescentes de aprofundarem esta conversa era o medo, de ser julgada pelo parceiro ou de estimularem fofocas na comunidade.

Os pesquisadores comentam ainda que algumas jovens trazem consigo barreiras na comunicação, originadas desde a infância e que muitas vezes foram oriundas de reações violentas dos pais no momento em que socializaram algum sentimento íntimos de suas vidas. As agressões físicas e verbais, assim como outros tipos de violência, foram citadas pelas adolescentes, sem nenhum tipo de questionamento, mostrando, de forma subentendida e natural, a violência como parte do seu cotidiano. Pesquisa brasileira realizada sobre a juventude e sexualidade, aponta que os homens no Brasil atribuem mais valor à virgindade feminina do que as mulheres (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004).

Essas evidências demonstraram a realidade das adolescentes de Fortaleza e que também refletiram as de outras jovens do País, e suscitou entre os profissionais de saúde que atuavam junto a esta população, a necessidade de aprofundarem as ações que envolviam a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, fosse por meio da consulta de Enfermagem, visita domiciliária, grupos educativos, participação em associações ou grupos de jovens, que medidas educativas e de fortalecimento da relação pais e filhos e entre os parceiros sexuais deveriam ser priorizadas quando o assunto era adolescência. Para isso, convidar os pares e também a família para participarem da consulta de enfermagem é estratégia essencial para contribuir com mudanças neste contexto.

6.4 Contribuições do estudo para a Teoria e Prática de Enfermagem na promoção da comunicação pais e adolescentes

Em relação à aplicação das escalas, o nível de instrução das adolescentes é um ponto que deve ser considerado durante a condução de algum teste. É importante utilizar algum método confiável para garantir a compreensão da escala pela população a ser estudada. No caso deste estudo, proceder à validação de conteúdo, junto a especialistas ou juízes proficientes na temática e realização de pré-teste junto à população de estudo, a fim de determinar a clareza e objetividade das perguntas, seria condição necessária para estudos que verificassem o comportamento sexual de adolescentes.

Ainda sobre este quesito, a aplicação de escalas via computador foi algo muito promissor, pois a adolescente sentiram-se mais confortável no ato do preenchimento, fato que pode ser comprovado neste estudo (VANABLE *et al.*, 2008). Neste sentido, o enfermeiro pode utilizar este recurso em seus diversos níveis de cuidado, facilitando, além da coleta de informações, a interação com a adolescente. Para isso, é preciso desenvolver competências de enfermagem, a fim de utilizar corretamente este recurso.

Fortalecer os conhecimentos sobre DST/HIV, gravidez e autoeficácia no uso do preservativo, é essencial para o empoderamento da adolescente. Reconhecer as situações em que as jovens negociam ou não o uso do preservativo com os parceiros, incluindo as relações entre autoestima, imagem corporal, questões de gênero e identidade étnica ou cultural, são imprescindíveis para agir sobre o processo saúde-doença, visto que conforme se observou neste estudo, o fato de a adolescente ser parda ou negra pode influenciar na comunicação com seus pais e parceiros. Neste quesito, conhecer como se processam a comunicação entre adolescente, família e parceiros sexuais devem ser priorizadas pelo enfermeiro, a fim de promover a vivência saudável da sexualidade.

A abordagem da orientação e das práticas sexuais deve ser encorajada para o processo de mudanças frente às DST. Neste estudo, abordaram-se as diferentes orientações sexuais das adolescentes, no entanto, como o estudo se restringiu a adolescentes que já haviam tido o primeiro intercurso vaginal, as participantes com orientação sexual homossexual foram excluídas da amostra de estudo. No entanto, deve-se conhecer as diferentes práticas sexuais e de prevenção destas jovens, a fim de compreender se as mesmas estão tendo atitudes preventivas e possuem conhecimentos adequados para vivenciarem de forma saudável a sexualidade. E, acima de tudo, preparar os pais para orientarem as adolescentes.

Nesse contexto, as atividades de prevenção às DST/AIDS, independente do cenário de prática, devem romper com a visão heterossexista e normativa, pois as políticas de saúde vigentes no Brasil ainda valorizam as estratégias preventivas e programas voltados à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes heterossexuais e que se encontram em um relacionamento estável. Em vista disso, no Brasil, há necessidade de que o Sistema Único de Saúde - SUS garanta em suas diretrizes, escolhas preventivas para as distintas formas de relacionamento afetivosexual entre os adolescentes em diferentes contextos de relações de gênero e não somente na perspectiva de evitar a concepção.

Em relação ao empoderamento, capacitar às jovens para o uso do preservativo feminino é algo que deve ser estimulado pelo enfermeiro. Segundo os resultados, as

adolescentes, em sua maioria, faziam uso somente do preservativo masculino ou pílula anticoncepcional, sendo que o preservativo feminino não foi sequer citado pelas participantes. O preservativo feminino é amplamente divulgado pelos serviços de saúde, na maioria dos casos, entre profissionais do sexo, mulheres infectadas pelo HIV e alérgicas ao látex. Neste sentido, verificam-se contradições entre teoria e prática, pois se reconhece a adolescente como vulnerável às infecções por DST, mais do que qualquer outro grupo etário na atualidade, mas não se encoraja este método como estratégia de empoderamento, mesmo reconhecendo a dificuldade de barganha entre os parceiros sexuais no uso do preservativo masculino, como percebido neste estudo.

Portanto, a partir dos resultados da presente tese e suas contribuições para a teoria e prática de enfermagem, preconiza-se que o enfrentamento da epidemia da AIDS requer uma visão coletiva e que as práticas de enfermagem busquem a construção de um processo de cuidar, alicerçado nas significações das necessidades das adolescentes, e desta forma contribua para a redução das distâncias entre práticas, representações e conhecimento científico disponível, utilizando instrumentos confiáveis como o uso de escalas validadas para adentrar no universo imaginário e real em que as adolescentes vivem.

A despeito disso, não podemos deixar de citar a definição do conceito de Educação em Saúde, o qual segundo Naido e Wills (1994) refere ser uma aprendizagem sobre saúde, que envolve a capacidade permanente ou disposição para mudança de cada sujeito. A Educação em Saúde também é compreendida como atividade principal da Promoção da Saúde para desenvolver autonomia, responsabilidade das pessoas e comunidades com sua saúde (LEVY, 2000), como prática social crítica e transformadora (VIEIRA, 1998). E também como capacidade de autonomia da pessoa e sua liberdade de tomar decisões com base no conhecimento crítico, sem persuasão, coerção ou medo (CANDEIAS, 1997).

Assim, é importante salientar ser no âmbito da ESF que a Educação em Saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família, destacando o enfermeiro. Atividades educativas voltadas para as adolescentes ainda são, muitas vezes, pautadas no ciclo gravídico-puerperal, ou no planejamento familiar, ou na prevenção de HIV/AIDS, a qual se restringe à prevenção da gravidez, não se atendo à sexualidade como um todo e modificações típicas da adolescência.

Estudo realizado na Inglaterra com enfermeiras da atenção primária à saúde e escolas realizou uma capacitação para estas profissionais incrementarem a comunicação com adolescentes do sexo feminino. Na pesquisa, capacitaram-se os profissionais para atuarem

diante de situações que envolviam a sexualidade dos pacientes e que necessitavam da orientação das enfermeiras, para isso foram desenvolvidas competências em serviço para abordar o tema sexo, sexualidade, DST, HIV e foi incentivado o uso de instrumentos validados e confiáveis para conhecer de forma eficaz e rápida o universo dos adolescentes (MACDOWALL *et al.*, 2010).

Assim, é desejado que o profissional da ESF esteja capacitado para a assistência integral e contínua às famílias da área adstrita de seu território, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 2005). Em vista disso, não é possível promover a saúde dos adolescentes se não houver relação próxima com sua família e comunidade, por isso é significativo envolver pais e parceiros sexuais nesta caminhada.

Ao tomar as adolescentes usuárias da ESF como objeto das práticas educativas e carentes de um saber relacionado à sexualidade e reprodução, perde-se de vista a noção de que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre saúde-doença. E, por isso, é importante mapear aspectos relacionados à vida dessas adolescentes, com destaque para a comunicação com seus pais e parceiros sexuais, envolvendo as temáticas sexo, gravidez, DST, HIV e preservativo.

Nessa perspectiva, entende-se que a Educação em Saúde possa ser uma combinação de experiências de aprendizagem, delineadas e estruturadas, com vistas a facilitar ações voluntárias que conduzem à saúde. A Educação em Saúde distingue-se de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem e se apresenta como uma atividade planejada com vistas a desenvolver a autonomia dos sujeitos envolvidos (CANDEIAS, 1997).

Para isso, é preciso mapear a realidade em que se pretende atuar, seja conhecendo a população, os indicadores epidemiológicos e as redes sociais de apoio, e assim utilizar instrumentos válidos e confiáveis que facilitem este diagnóstico. Diante disso, pode-se elucidar que o uso da PACS-VB e PCS-VB, tecnologias leves, de educação em saúde, que adaptadas ao cenário de Fortaleza, permitirá ao enfermeiro e demais profissionais de saúde conhecer o nível de comunicação entre adolescentes na comunidade, com sua família e seus pares.

Em razão de todo o contexto vivenciado pelas adolescentes, a Educação em Saúde é a forma apropriada para realizar intervenções nas questões relativas ao exercício da sexualidade, considerando principalmente a comunicação entre pais e filhas. Pensar que

somente atividades como palestras contingentes, ou apresentação de vídeos sem discussão e reflexão, possam romper com o círculo de iniquidades que permeiam a vida sexual e reprodutiva de adolescentes do sexo feminino, é ver com ingenuidade a questão feminina. Acredita-se que o enfermeiro responsável e comprometido com o SUS entende essa realidade e procura novos caminhos para alcançar melhorias na qualidade de vida de mulheres de todo o Brasil, identificando por meio de instrumentos validados, como no caso da PACS-VB e PCS-VB, a frequência de comunicação e focalizar em temas, ou situações que comprometam a vivência saudável da sexualidade.

A contribuição do enfermeiro com a Escola também é fator essencial na promoção da saúde sexual. Mesmo com todos os avanços curriculares no âmbito escolar, com a inclusão dos temas transversais por meio dos Parâmetros Curriculares Nacionais, instituídos pelo Ministério da Educação e flexibilidade, para que as escolas tenham autonomia nos domínios estratégicos, administrativo, pedagógicos relativos a condução de seus currículos, no aspecto relacionado à saúde sexual, melhorias precisam ser promovidas, principalmente em escolas particulares. Segundo depoimentos informais das alunas de escola particular, a educação sexual ainda é abordada de forma pontual por professores durante as aulas de reprodução humana.

O enfermeiro, como profissional comprometido com a saúde da população, deve estimular que a escola seja promotora de saúde, colaborando junto a mesma, para que ela consiga articular suas aspirações educacionais com as necessidades sexuais e reprodutivas de seus integrantes. A educação para a vivência saudável da sexualidade é uma das competências da escola, e para desenvolvê-las, é preciso investir na ação intersetorial junto à saúde.

Diante da complexidade dos determinantes sociais que atuam sobre a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes do estudo, sinaliza-se que há necessidade de maiores investigações nesta área de conhecimento, pois, revendo Barroso, Vieira e Varela (2003), é a partir disso que se poderá promover ações educativas capazes de agir sobre o indivíduo, ampliando suas potencialidades para, então, atuar no grupo, na família e nas redes sociais; abrindo-se para experiência coletiva pelo diálogo e a comunicação intersubjetiva, estabelecendo uma consciência coletiva que impulse mudanças e exercendo seu papel no controle social.

Frente às lacunas apresentadas no estudo e as implicações para a enfermagem, considera-se necessário intensificar esforços para o desenvolvimento de estudos que fomentem evidências fortes relativas à relação entre a adolescência, a vulnerabilidade feminina e prevenção ao HIV. Ao final, considera-se que a aplicação das escalas analisadas

contribuirão para a prática e pesquisa em enfermagem, na medida em que suscitam abordagens que facilitarão a implementação de cuidados de enfermagem para a promoção da saúde e prevenção de DST/HIV em adolescentes do sexo feminino.

7 CONCLUSÕES

Ao final deste estudo, após tradução, adaptação, validação e aplicação da PACS-VB e PCS-VB, junto às adolescentes de Fortaleza-CE, conclui-se que a caracterização sociodemográfica, de comportamento e de comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva em parte, reforçam os estudos já produzidos nestes dois cenários. No entanto, em relação ao item faixa etária em escola particular, evidenciou correlação positiva entre os escores da PACS-VB ($p=0,007$) e comunicação mais frequente com seus pais e, também, com parceiros sexuais.

Além dessas suas associações, houve relação entre os escores da PACS-VB e a) anos de estudo em escolas particulares ($p=0,013$), c), cor/raça entre rede pública ($p=0,004$) e particular ($p=0,005$); d) com quem reside, em escola pública ($0 < 0,0001$) e particular ($p:0,005$), e) diálogo sobre a menarca, ($p < 0,0001$); ciência dos pais sobre a iniciação sexual das filhas ($p < 0,0001$); e em relação à primeira relação ocorrer com um namorado noivo ($p=0,006$) e idade da sexarca em escolas públicas ($p=0,003$) e particulares ($p=0,002$). O uso de método na primeira relação sexual também apresentou relação positiva ($p < 0,0001$). Já na PCS-BV, destaca-se a) idade em escolas públicas ($p=0,007$) e particular ($p=0,024$). b) anos de estudo ($p=0,002$), c) residir com os pais em escolas públicas ($p=0,006$) e particulares ($p=0,004$) d) cor/raça, ($p:0,005$). O teste F de Snedecor (ANOVA) revelou associação entre uso do preservativo em escola pública ($p=0,003$). Ainda sobre este quesito, nas duas redes de ensino, houve relação entre o fato da mãe saber sobre a primeira relação sexual ($p < 0,0001$) e uso do preservativo na primeira relação ($p < 0,0001$) e comunicação com o parceiro atual.

A aplicação da escala envolveu 313 adolescentes, 142 de escola particular e 171 da rede pública de ensino. O tempo médio utilizado foi de 8,2 minutos e escore médio da PACS-VB foi de 62,02 em escola pública e de 67,62 em particular. Já a PCS-VB apresentou escores de 54,93 na rede pública e 51,41 na particular. Houve relação positiva entre a PACS-VB e a PCS-VB ($p < 0,0001$). Os dados revelaram que adolescente da rede pública e particular encontravam-se com comunicação insatisfatória em relação ao parceiro, pois os escores foram ≤ 59 , e mesmo obtendo-se escore acima de 60 na PACS-VB, deve-se destacar as pouca comunicação pais/filhas.

A avaliação das propriedades psicométricas das escalas evidenciaram alta consistência interna. Apesar de demonstrarem 10 itens, revelaram elevado índice de confiabilidade Alfa de Crombach, 0,86 na pública e 0,87 na particular, semelhante a escala original (0,88).

Já na avaliação do teste-reteste, foi utilizado o teste de Wilcoxon, com $p > 0,15$, indicando, portanto, que não houve diferenças entre a aplicação antes e depois, o que demonstrou estabilidade eficaz da escala ao longo do tempo (diferença de cinco semanas). Sobre este quesito, poderia ser uma indicação para futuros estudos em outras populações de adolescentes a aplicação das escalas em intervalos diferentes entre as duas medidas.

A validade de constructo por meio da comparação entre os dois grupos contrastados que analisa a pressuposição inicial da tese de que as alunas de escola pública teriam menor frequência de comunicação com seus pais e seus parceiros sexuais do que aquelas de escola particular, devido à possível influência de alguns determinantes sociais como renda, educação, condição socioeconômica, rede de comunicação e mídia, não se concretizou no estudo, pois o que se percebeu foi uma comunicação muito próxima entre os dois cenários.

Concluiu-se, portanto, que se obteve um instrumento confiável, válido e capaz de avaliar a frequência de comunicação das adolescentes com seus pais e parceiros sexuais.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No estudo, observou-se que a comunicação com os pais foi variável preditiva para comportamentos sexuais saudáveis em adolescentes do sexo feminino, incluindo as relações de diálogo com seus parceiros sexuais. Tanto os resultados oriundos, das informações iniciais apontadas pelas adolescentes, como aquelas decorrentes da aplicação das escalas na atualidade, refletiram que houve pouca comunicação dos pais para com suas filhas adolescentes, principalmente em relação às DST/AIDS, restringindo-se ao diálogo acerca da gravidez nas três instituições pesquisadas.

Ao analisar os dois cenários escolares, observou-se que os fatores sociodemográficos tiveram influência na comunicação pais e filhas, porém não pareceram ser determinante para que o diálogo ocorresse. O que realmente pareceu influenciar, na frequência da comunicação, foram as relações que se estabeleceram na família, como o cuidado entre pais e filhas, o carinho, a preocupação, o zelo, a cumplicidade, o *timing* dos pais em relação ao desenvolvimento biopsicológico de suas filhas.

Essa relação deve ser promovida desde o início da infância, com informações adequadas sobre a adolescência, DST, HIV, relações amorosas, e tudo isso parece estar acima da condição financeira ou da classe social, já que no estudo, verificou-se que não houve diferenças expressivas estatisticamente entre escola públicas e particular de Fortaleza. Frisa-se que a comunicação pais/filhas está diretamente ligada ao diálogo com os parceiros sexuais, situação que merece destaque e que necessita ser fortalecida.

Todavia, foi possível observar através da aplicação das escalas, variáveis preditivas que podem ser fortalecidas no diálogo com as adolescentes, favorecendo a tomada de decisão diante da vida sexual, como também fatores protetores que são essenciais para a promoção da autoestima e do empoderamento. A partir da identificação destes fatores, o enfermeiro pode estabelecer um plano de cuidados e de promoção da saúde adequados às necessidades das adolescentes, dos pais e parceiros sexuais. Ao utilizar os pontos em que as participantes se mostraram mais autoeficazes na comunicação com seus pais e parceiros sexuais, pode-se estimular a melhoria de outros aspectos em suas vidas.

Diante dos resultados, não se pôde, no entanto, inferir que o desempenho da PACS-VB e PCS-VB seja vistos da mesma forma em outros estudos, ou em diferentes cenários, ou ainda com adolescentes que ainda não tiveram a primeira relação sexual, pois para isto, seria necessário novas pesquisas para avaliar a confiabilidade e validade das escalas. Inclusive um aspecto que pode ter influenciado no resultado próximo entre as duas redes de

ensino é o fato de que as escolas públicas deste estudo já eram campo de atuação de um projeto de Extensão Universitária voltado para a prevenção de DST, o que pode ter contribuído para um desempenho similar.

Quanto à aplicabilidade das escalas, pode-se indicar que as versões traduzidas da PACS-VB e PCS-VB possam ser aplicadas tanto no cenário da atenção primária à saúde, durante as consultas de enfermagem ao adolescente, diagnóstico prévio para atividades de educação em saúde, quanto em atividades comunitárias, como também em clínicas especializadas, visto que elas permitem identificar fatores que dificultam ou facilitam a frequência da comunicação entre as adolescentes, seus pais e parceiros sexuais, e contribui para a atenção direcionada do enfermeiro e outros profissionais de saúde nesse campo de atuação.

Não obstante, é preciso apontar uma possível limitação deste estudo relacionada ao viés de memória, já que muitos itens dos instrumentos faziam referência a acontecimentos passados há vários anos, e também com o viés da desajustabilidade social sobre as respostas dadas pelos sujeitos aos itens. Entretanto, como o estudo indagou sobre eventos marcantes da vida das adolescentes (como a iniciação sexual) e priorizou igualmente eventos recentes (como a última relação sexual), espera-se ter minimizado esse problema. Outro ponto a ser destacado é a dificuldade em aplicar o instrumento na instituição particular, visto que em muitos momentos este tipo de atividade não é considerada prioridade neste meio, e sim a aplicação rigorosa dos conteúdos escolares, fato que dificultou a coleta de dados e que não ocorreu em públicas.

Sugere-se ainda a necessidade de aplicação das escalas em outros cenários, incluindo as adolescentes que ainda não tiveram a primeira relação sexual, ou junto aquelas que possuem algum tipo de deficiência e que por este motivo seja fator para a menor frequência de diálogo entre pais/filhas e parceiros, ou com diferentes orientações sexuais, pois este é um instrumento confiável, válido para identificar as variáveis preditivas que podem vir a influenciar a vida sexual e reprodutiva das adolescentes nestas diferentes situações. Estas sugestões são inclusive estimuladas pelos próprios autores das escalas originais DiClemente, Wingood e Milhausen, todavia, seria necessário um novo estudo, com estabelecimento de novos critérios e análises psicométricas. Estes estudos para o Brasil seria algo inovador, principalmente porque os estudos sobre a temática envolvendo instrumentos válidos são escassos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C. C. H.; CENTA, M. L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 71-76, 2009.
- ALVAREZ, C. Predictors of Condom Use Among Mexican Adolescents. **Research and Theory for Nursing Practice**, v.12. n. 4, p. 34-43, 2010.
- AMARAL, M. A.; FONSECA, R. M. G. S. Entre o desejo e o medo: As representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p. 469-476, 2006.
- AYNSLEY-GREEN, A. *et al.* Who is speaking for children and adolescents and for their health at the policy level? **BMJ.**, v. 321, p. 229, 2000.
- BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall,1986.
- BARBOSA, S. M.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C. Estágios de mudança dos pais nas conversas com os filhos sobre prevenção HIV/AIDS. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 1019-1024, 2008a.
- BARBOSA, S. M.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C. O comportamento dos pais em relação à comunicação com os filhos adolescentes sobre prevenção de HIV/AIDS. **Rev Rene**, v. 9, n. 1, p. 96-102, 2008b.
- BARBOSA, R. C. M. **Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego seguro entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho.** 2008. 156f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.
- BARROS, M. L. **Sobre Gerações, famílias e políticas sociais.** In: BARROS, M. L. (Org.). Família e Gerações. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 164-178
- BARROSO, M. G.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Educação em Saúde no contexto da promoção humana.** Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures.** New York: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2003.

BOILEAU, C.; ZUNZUNEGUI, M. V.; RASHED, S. Gender differences in unsafe sexual behavior among young people in urban Mali. **AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 8, p.1014-1024, 2009.

BORGES, A. L. V.; NICHATA, L. Y. I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: A rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 422-427, 2006 .

BOYLE, A. M.; O'SULLIVAN, L. F. General and sexual communication in established relationships: an exploration of possible links to condom use among young adults. **The Canadian J. of Human Sexuality**, v. 9, n. 19, p. 1-20, 2010.

BOZON, M.; HEILBORN, M. L. **O Aprendizado da sexualidade.** In: MENEZES, M. L. (Col.). Sociologia da sexualidade. São Paulo: FGV Editora, 2008, p.124..

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, 2 Supl, p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Ação Social, justiça, trabalho e educação. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília: Ministério da Ação Social, justiça, trabalho e educação, 1990.

_____. Projeto Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de mega Países, Declaração do México, Brasília: Ministério da Saúde, 2001(a).

_____. **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens:** orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área do Adolescente e Jovem**. Marco legal: saúde um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as mulheres. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Departamento de ações programáticas estratégicas, Área técnica de saúde do adolescente e do jovem. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde, Prevenção de Agravos e de Enfermidades e na Assistência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Lei de diretrizes e bases da educação nacional. [Internet]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>. Acesso em 20 jan 2010

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Coordenação Nacional de DST e Aids**. Boletim Epidemiológico da AIDS. [Internet] 2009. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> Acesso em 05 nov 2010]

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de Promoção da Saúde: Mudanças individuais e organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 2009-2013, 1997.

CANO, M. A. T.; FERRIANI, M. G. C.; GOMES, R. Sexualidade na Adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 18-24, 2000.

CAMPERO, L. *et al.* Cam First steps toward successful communication about sexual health between adolescents and parents in Mexico. **Qual Health Res.**, v. 20, n. 8, p. 1142-1154, 2010.

CARMONA, J. Linha cruzada: a comunicação entre pais e filhos sobre sexualidade. 150f. 2000. Dissertação (Mestrado) - Universidade Pontifícia do Rio Grande do Sul/PUCRS, Porto Alegre, 2000.

CASTRO, M. G.; ABROMAVAY, M.; SILVA, L. B. **Juventude e Sexualidade**. Brasília: UNESCO, 2004.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL De POPULAÇÃO e DESENVOLVIMENTO, Políticas de saúde do adolescente. Cairo, 1994. p.3. Disponível em: <http://membros.lycos.fr/redeluso/documentos/ResumoCIPD>>. Acesso em 22 jul. 2008.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos sociais e reprodutivos - pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas (SP): Editora da UNICAMP, 2003.p. 17-34.

DEHLENDORF, C.; RINEHART, W. Communication in reproductive health: Intimate topics and challenging conversations. **Patient Education and Counseling**, v.81, n. 3, p. 321–323, 2010.

DIAS, A. C. G.; GOMES, W. B. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. **Estudos de Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 79-106, 1999.

DIAS, A. C. G.; GOMES, W. B. A experiência de ser gestante adolescente. **Revista de Ginecologia & Obstetrícia**, v. 8, n. 3, p. 161-167, 1999.

DIAS, S.; MATOS, M. G.; GONÇALVES, A. Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. **Aná. Psicológica**, v. 25, n. 4, p. 625-634, 2007.

DILORIO, C.; KELLEY, M.; HOCKENBERRY, E. M. Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends. **Journal Adolescent Health**, v. 24, n. 3, p. 181-189, 1999.

DILORIO, C. *et al.*. Measurement of parentig self-efficacy and outcome expectancy related to discussions about sex. **J. Nurs. Meas.**, v.9, n.2.p.135-149, 2001.

DINIZ, G.; COELHO, V. A história e as histórias de mulheres sobre o casamento e a família. In: FERES-CARNEIRO, T. (Org.). **Família e casal**: efeitos da contemporaneidade. Rio de Janeiro: Editora da PUC, 2005, p. 137-158.

DOSWELL, W. M. *et al.* A theoretical model of early teen sexual behavior: what research tells us about mother's influence on the sexual behavior of early adolescent girls. **Journal of Theory Construction and Testing**, v.12, n.3, p.56-59, 2008.

DUARTE, Y. **Família**: Rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001. Tese (Doutorado) -Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ELSE, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In.: ELSE, I.; MARCONI, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p.76-81.

FENDE, J. M. *et al.* A preliminary examinations of adolescents girls' perceptios of the parental. **Journal of pediatric and adolescent Gynecology**, v. 14, n. 3, p.113-117, 2001.

FERREIRA, M. A. *et al.* Saberes dos Adolescentes: Estilo de Vida e cuidado à Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 217-224, 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação Municipal de DST- Aids. **Boletim epidemiológico – 2º trimestre**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

_____. Informações do SINASC 2007. Disponível em:
<<http://www.saudefortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em 6 jan. 2010.

FOSTER, M.; FASOLINO, T. K.; TAKAVOLI, A. S. Factor Analysis and Pschometric properties of the mother-adolescent sexual communication (MASC) instrument for sexual risk behavior. **Journal of Nursing Measurement**, v. 16, n. 3, p. 171-183, 2008.

FOX, G. L.; INAZU, J. K. Mother-daughter communication about sex. **Family Relations**, v. 29, p. 347-352, 1998.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: UNESP; 1993.

GIUSTI, E.; BEFI-LOPES, D. M. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, v. 20, n. 3, p. 207-210, 2008.

GOMES, C. N.; HORTA, N. C. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Rev. APS**, v. 13, n. 4, p. 486-499, 2010.

GREEN, H. H. Parent peer education: Lessons learned from a community-based initiate dor teen pregnancy perceptions. **Journal Adolescent Health**, v. 37, n. 3, p. 100-107, 2005.

GUBERT, F. A. **Relato de mães acerca da comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva com suas filhas adolescentes**. 131f. 2001. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

GUBERT, F. A. *et al.* Nursing care promoting dialogue among mother and adolescent female: ethnographic study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 4, 2009.

GUBERT, F. A. *et al.* Escalas para medida de comportamento preventivo em meninas adolescentes frente às DST/HIV: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p.794-802, 2010.

GUERRA, C. P. P.; SEIDL, L. M. F. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. **Paidéia**, v.19, n. 42, p. 59-65, 2009.

GUILARMO-RAMOS, V.; BOURIS, A. Working whith parents to promote healthy adolescent sexual development. **The Prevention Research**, v.16, n. 4, p.7-12, 2009.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol.**, v. 46, n. 12, p. 14, 1993.

HARVEY, K. J. *et al.* 'Am I normal?' Teenagers, sexual health and the internet. **Social Science & Medicine**, v. 65, p. 771-781. 2007.

HEILBORN, M. L. (Org.). **Família e Sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

JANEIRO, J. M. S. V. Educar sexualmente os adolescentes: uma finalidade da família e da escola? **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 29, n. 3, p. 382-390, 2008.

JESUS, M. C. P. **Educação Sexual: o cotidiano de Pais e adolescentes**. Juiz de Fora: FEME, 1999.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS - UNAIDS. **Aids epidemic update**: Geneva, UNAIDS [Internet]. 2007. Disponível em: <http://www.unaids.org/es/knowledgecentre/hivdata/epiupdate/epiuparchive/2007/default.asp> Acesso em 05 nov. 2009.

KAO, T. A.; GUTHRIE, B.; CHERRY, C. L. Intergenerational Approach to Understandig Taiwanese American Adolescent Girls' and Their Mothers' Perceptions About Sexual Health. **Journal of Family Nursing**, v.13, p. 313-331, 2008.

KELLY, P. J.; LESSER, J.; SMOOTS, A. Tailoring STI & HIV prevention programs for teens. **Matern Child Nurs.**, v. 30, n. 4, p. 237-242, 2005.

KLEIN, J. D. *et al.*. Evaluation on the parents as primary sexuality educators program. **Journal Adolescent Health**, v. 37, n. 3, p. 94-99, 2005.

LEVY, S. **O programa de educação em saúde** [Internet]. 2000. Disponível em: <http://www.gov.br/programaseprojetos>>. Acesso em 23 set 2010.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos Teóricos da Comunicação humana**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

LOBIONDO, W.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACDOWALL, W. *et al.* 'Talking of Sex': Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. **Pat Educ Couns.**, v. 81, n. 3, p. 332-337, 2010.

MANDÚ, E. N. T. **Saúde reprodutiva: abordagens para o trabalho de Enfermeiros (as) em atenção básica**. Cuiabá: Ed. UFMT, 2006.

MARINHO, L. F. B.; AQUINO, E. M. L.; ALMEIDA, M. C. C.. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, suppl. 2, p.227-239, 2009.

MENDES, I. A. C. **Enfoque Humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Savier, 1994.

MENEZES, P. R.; NASCIMENTO, A. F. Validade e Confiabilidade das escalas de avaliação em Psiquiatria. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. C.; ZUARDI, A. W. **Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. Lemos Editorial, 2000, p. 23-27.

MESCHKE, S.; BARTHOLOMAE, S.; ZENTALL, S. Adolescent sexuality and parent-adolescent processes: Promoting health teen choices. **Family Relations**, v. 49, 143-154, 2007.

MEYER, E.; CARVALHAL, A.; PECHANSKY, F. Adaptation for brazilian portuguese of a scale to measure willingness to wear condoms. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 25, n. 4, p. 224-227, 2003.

MILHAUSEN, R. R. *et al.* Validation of a Partner Communication Scale for use in HIV/AIDS prevention interventions. **Journal of HIV/AIDS prevention in children & youth**, v.19,n. 3, p.14-28, 2008.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.; ESTRELLA, R. C. N. Sistema único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1825-1833, 2006.

MORISSON-Beedey D.; NELSON, L. E. HIV Prevention Interventions in Adolescent Girls : What is the State of the Science? **Wordviews on Evidence-Based Nursing**, v. 1, n. 3, p. 165-175, 2009.

NAIDOO, J.; WILLS, J. **Health Promotion – foundations for practice**. London: Baillière Tindall,1994.

NEILANDS, T. B.; KYUNG-HEE, C. A validation and reduced form of the female condom attitudes scale. **Aids Education and Prevention**, v.13, n.2. p.158-171, 2002.

O'BYRNE, R. M.; RAPLEY, H. If a girl doesn't say 'no' . . . : Young men, rape and claims of 'insufficient knowledge'. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, v. 18, p. 168-193, 2008.

OLIVEIRA, T. C.; CARVALHO, L. P.; SILVA, M. A. O Enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 306-311, 2008.

PAIVA, V. É difícil se perceber vulnerável. In: PAIVA, V. **Fazendo arte com a camisinha: sexualidades jovens em tempos de aids**. São Paulo (SP): Ed. Summus, 2003, p. 106-40.

PAIVA, V.; ARANHA, F.; BASTOS, F. I. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil, 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, supl 1, p.54-64, 2008.

PARR, P.; BOYLE, R. A.; TEJADA, L. I Said, You Said: A Communication Exercise for Couples. **Contemporary Family Therapy**, v. 30, n. 3, p. 167-173, 2008.

_____. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração** Brasília: LabPAM, 1999.

_____. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação.** Petrópolis: Vozes, 2003.

PEÑA, R. *et al.* From among girl friends to among mothers-baseline research adjusts a health promoting intervention in Nicaragua. **AM Journal Health Promotion.**, v. 21, n. 4, p. 278-283, 2007.

PERSONA, L.; SHIMO, A. K. K.; TARALLO, M. C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 12, n. 5, p. 745-750, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. T. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: Método, Avaliação e Utilização.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

REISHUS, S. **I've become my mother: recognizing and outwitting the mom gen in sex, love and aging.** Tradução: Vera Whately, Rio de Janeiro: Carpe Diem, 2006.

ROCHA, C. L. A. *et al.* Uso de métodos anticoncepcionais em adolescentes sexualmente ativos de 15 a 18 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 2862-2868, 2007.

ROSENTHAL, D. A.; FELDMAN, S. S.; EDWARDS, D. Mum's the Word: mother's perspectives on communication about sexuality with adolescents. **Journal Adolescent.**, v. 21, n. 6, p. 727-743, 1998.

SALAZAR, L. F. *et al.* Self-concept and Adolescents' refusal of unprotected sex: A test of mediating mechanisms among African American Girls. **Prevention Science.**, v. 5, n. 3, p. 137-147, 2004.

SALES, J. M. *et al.* Validation of Parent-Adolescent Communication Scale for use in STD/HIV Prevention Interventions. **Health Educ. Behav.**, v. 35, n. 3, p. 332-345, 2006.

SALES, J. M. *et al.* Validation of the worry about sexual outcomes scale for use in STI/HIV interventions for adolescent female. **Health Education Research**, v. 18, n. 3, p. 140-152, 2009.

SALVETTI, M. G.; PIMENTA, C. A. M. Validação da Chronic Pain Self-efficacy Scale para a língua portuguesa. **Rev Psiq Clín.**, v. 32, n. 4, p. 202-210, 2005.

SANTOS, A. C. L. *et al.* Modelo de crenças em saúde e vulnerabilidade ao HIV: percepções de adolescentes em Fortaleza-CE. **Revista Eletrônica de Enfermagem [on-line]**, v. 12, n. 4, 2010. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6492>

SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. As novas Tecnologias de Informação e Comunicação em Educação em Saúde. In: MINAYO, M. C.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). **Críticas e Atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 245-255.

SHOUTEN, B. C. *et al.* Parent-adolescent communication about sexuality: the role of adolescents' beliefs, subjective norm and perceived behavioral control. **Patient Educ. Couns.**, v. 66, p. 75-83, 2007.

SILVARAM, S. *et al.* Sexual health promotion in Chennai, Índia: Key role of communication among social networks **Health Promotion Int.**, v. 20, n. 4, p. 327-333, 2005.

SIMANSKI, J. M. The birds and the bees: an analysis of advised given to parents though the popular press. **Journal Adolescent Health**, v. 33, p. 33-45, 1998.

SIRIARUNRAT, S. *et al.* Development of a model for parent-adolescent daughter communication about sexuality. **Southeast Asian J Trop Med Public Health**, v. 41, n. 4, p. 961-972, 2010.

SOEKEN, K. L. Validity of measures. In: WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. R. **Measurement in nursing and health research**. 3. ed. New York: Springer, 2005. p.342

SOMERS, C. L.; PAULSON, S. E. Students' perceptions of parent-adolescent closeness and communication about sexuality: relations with sexual knowledge, attitudes, and behaviors. **Journal adolescent.**, v. 23, n. 5, p. 629-644, 2000.

SOUSA, R. M. R. B. **Divulgação projeto Prevenção ao HIV/AIDS em mulheres de Fortaleza**. Coordenação Municipal de DST/AIDS de Fortaleza, 2010.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 105-114, 2008.

TEITELMAN, A. M. Adolescent Girls' Perspectives of Family Interactions Related to Menarche and Sexual Health. **Qualitative Health Research**, v. 14, n. 9, p. 1292-1308, 2004.

TERI, A. *et al.* Heterosocial Behaviors in Early Adolescent African American Girls: The Role of Mother-Daughter. **Journal of Family Nursing**, v. 11, n. 122, p. 124-129, 2005.

TOLEDO, M. M. **Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: revisão integrativa.** 2008. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem/USP, São Paulo, 2008.

TORSTEN, B.; CHOI, K. A validation and reduced form of the female condom attitudes Scale. **AIDS Education and Prevention.**,v. 14, n. 2, p. 158-171, 2002.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem Psicológica.** Atmed Editora: São Paulo, 2009

VAN EMPELEN, P.; KOK, G. Condom use in steady and casual sexual relationships: Planning, preparation and willingness to take risks among adolescents. **Psychology and Health**, 27, 165-181. 2006.

VANABLE, P. A. *et al.* Test-Retest Reliability of Self-Reported HIV/STD-Related Measures Among African-American Adolescents in Four U.S.Cities. **Journal of Adoles. Health.**; v. 44, n. 1, p. 214-221, 2009.

VIEIRA, N. F. C. **Issues in the Implementation of a School-Based HIV/AIDS Education Project in Fortaleza, Brazil.** 1998. Tese (Doutorado) - Universidade de Bristol, Inglaterra, 1998.

VOLPE, E. M. *et al.* Adaptation and Refinement of the HIV Knowledge Questionnaire for Use With Adolescent Girls. **Journal of the association of Nurses in Aids Care**, v. 18, n. 5, p. 57-63, 2007.

WAGNER, A.; CARPENEUDO, C. Estratégias de Comunicação Familiar: A perspectiva dos filhos adolescentes. **Rev. Psicologia; Reflexão Crítica.**, v. 18, n. 2, p. 277-282, 2005.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. R. Measurement in Nursing Research, Ed. F.A. Davis Company, Philadelphia, 1991.

WANG, R.; WANG, H.; HSU, H. A relationship Power Scale for female adolescents: preliminary development and psychometric testing. **Public Health Nursing.**, v. 24, n. 1, p. 81-90, 2006.

WHITTEMORE, R.; KNAFL K. The integrative review: updated methodology. Methodological issues in nursing Research. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WOOLF, S. E.; MAISTO, S. A. Gender differences in condom use behavior? The role of power and partnertype. **Sex Roles**, v. 58, p. 689-701, 2008.

APÊNDICE A - Questionário

1. Qual a sua idade?	
2. Estado Civil: 1. solteira, 2. casada, 3. união estável/vive com companheiro, 4.outro	
3. Série que estuda:	
4. A escola que você estuda é: 1. Pública, 2. Particular	
5. Escolaridade/total de anos de estudo:	
6.Qual a renda aproximada da família (número de salários mínimos)?	
7.Quantas pessoas vivem em sua casa?	
8.Qual a sua religião: 1. católica, 2. Protestante, 3. Pentecostal, 4. Espírita, 5. mais de uma, 6. outra. Especificar _____	
9. Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para definir a sua cor ou raça? 1.branca, 2. preta 3.parda 4.indígena 5não sabe	
10. Com quem você mora atualmente? 1.com ambos os pais, 2.apenas com a mãe, 3. apenas com o pai, 4. com mãe e o padrasto 5. com pai e a madrasta, 6. com outros responsáveis, 7.mora com namorado ou marido	
11. Você está trabalhando, estagiando ou exercendo alguma atividade remunerada? 1. sim, 2.não	
12. Com que idade você ficou menstruada pela primeira vez?	
13. Sua mãe conversou sobre isso com você? 1. sim, antes da primeira menstruação, 2. sim, só depois da primeira menstruação 3. não, nunca conversou, 4.não sabe/não lembra	
Através de quem ou como você obteve as primeiras informações sobre: 14. Relação sexual? 1. sua mãe, 2.seu pai, 3.seu parceiro/namorado, 4. seus irmãos/irmãs, 5.amigos/colegas, 6.professores/escola, 7.enfermeira/posto de Saúde, 8.televisão, 9.livros, 10.filmes.	
15.Gravidez/ meios para evitar filhos? 1. sua mãe, 2.seu pai, 3.seu parceiro/namorado, 4. seus irmãos/irmãs, 5.amigos/colegas, 6.professores/escola, 7.enfermeira/posto de Saúde, 8.televisão, 9.livros, 10.filmes.	
16. E doenças sexualmente transmissíveis e AIDS? 1. sua mãe, 2.seu pai, 3.seu parceiro/namorado, 4. seus irmãos/irmãs, 5.amigos/colegas, 6.professores/escola, 7.enfermeira/posto de Saúde, 8.televisão, 9.livros, 10.filmes.	
17. Que idade você tinha quando “ficou” pela primeira vez?	
18. Neste relacionamento “rolou” ?: 1. beijos e abraços, 2. você fez carícias íntimas, 3.você recebeu carícias íntimas, 4.ficou nua/sem roupa na frente dele, 5.você fez sexo 6. não lembra	
19. Você já teve relações sexuais alguma vez? 1. sim, 2. não	
20. Que idade você teve sua primeira relação sexual?	
21. Os seus pais (ou responsáveis) sabem disso?	

1. sim, os dois pais sabem 2. sim, só a minha mãe sabe, 3.sim, só meu pai sabe, 4.sim, os meus responsáveis sabem, 5. não, meus pais não sabem sobre isso 6. não, meus responsáveis não sabem	
22. A pessoa com quem você teve a sua primeira relação sexual na época era: 1. namorado 2. pessoa com quem você “ficou”, 3.marido ou companheiro,	
23. Que idade tinha essa pessoa?	
24. Antes da primeira relação sexual, você e seu parceiro conversaram sobre evitar a gravidez e DST? 1. sim, 2. não	
25. Você já tem filhos? 1.sim 2.não	
27. Você gostaria de acrescentar alguma informação que você considere importante que não foi perguntado? Escreva o que você quiser.	

Espaço reservado

Responsável pela coleta _____ Data: ____ / ____ / ____

Observações:

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Adolescentes

Cara adolescente, estamos convidando você a participar de uma pesquisa chamada Validação da *Parent-Communication Scale* e *Partner Communication Scale* que tem o objetivo de analisar a comunicação entre você e sua família, ou um namorado, caso tiver, sobre sexualidade. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

- Estou ciente de que o benefício deste estudo esta na possibilidade de produção de novos conhecimentos sobre a comunicação de adolescentes do sexo feminino e seus pais, acerca de temas relacionados a sexualidade e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, e que para isso, irei responder a um questionário com 26 perguntas, sobre como vivencio minha sexualidade, incluindo meus conhecimentos sobre gravidez e uso de métodos contraceptivos..
- Estou ciente de que o questionário será aplicado no local que mais for conveniente para mim, em dois momentos. Foi-me esclarecido que minhas respostas irão ajudar os profissionais de saúde a promoverem um cuidado mais adequado as adolescentes de minha idade nos assuntos que envolvem a sexualidade.
- Estou ciente de serão dois encontros, os quais durante esse tempo, poderei recusar a continuar participando e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo. A pesquisadora também me esclareceu que sempre que eu desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e que para isso não haverá qualquer custo, gastos e também não receberei qualquer tipo de pagamento;
- Também me foi esclarecido que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Endereço da responsável pela pesquisa

Fabiane do Amaral Gubert, Rua Ildefonso Albano, 441, apto 804, Meireles, tel: 99953916

Endereço: Rua do Rosário, 283, Centro, Fortaleza-CE. Tel: 85-34526974

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Telefone: 85-33668338

Fortaleza, de de		
Assinatura da adolescente	Nome e assinatura do responsável pelo estudo	DIGITAL
Assinatura do responsável legal	Nome do profissional que aplicou o TCLE	
Testemunha		

Dados do responsável legal:

Endereço:

Telefone:

APÊNDICE C - Avaliação da Equivalência Semântica e Idiomática entre as versões originais e traduzida das Escalas *Parent-Adolescent Communication Scale* e *Partner Communication Scale*

Prezado (a),

A lista dos itens apresentados corresponde às versões originais e traduzida de duas escalas, sendo que a primeira *Parent-Adolescent Communication Scale*, foco de nosso estudo será apresentada inicialmente, e a *Partner Communication Scale* qual será utilizada concomitantemente a fim de contribuir para a validade e confiabilidade da primeira, tal como os autores realizaram no estudo original. As diferenças culturais entre a nossa população e a que originou o instrumento (americana) e estamos realizando a adaptação transcultural do mesmo para a utilização na assistência e pesquisa dentro do contexto sociocultural do Brasil, seguindo, para tanto uma metodologia fundamentada no rigor científico proposto por diversos especialistas em adaptação Transcultural de instrumentos de medidas cognitivas e comportamentais.

Solicito, assim, sua valiosa colaboração, no sentido de avaliar as equivalências semântica e idiomática entre as versões original e traduzida do referindo instrumento, levando em conta as seguintes orientações:

1. Equivalência Semântica refere-se à correspondência do significado das palavras; baseia-se na avaliação gramatical e do vocabulário, isto é, as palavras possuem os mesmos significados? Visto que, muitas palavras de um idioma podem não possuir tradução adequada para outro idioma.
2. Equivalência Idiomática refere-se ao uso das expressões equivalentes em ambos os idiomas; algumas palavras, termos e expressões idiomáticas são difíceis de traduzir, logo caso haja dificuldades na compreensão de algum item, por favor, sugira palavras, termos ou expressões idiomáticas equivalentes.
3. Os itens identificados pela letra A correspondem aos itens em sua forma original;
4. Os itens identificados pela letra B correspondem aos itens traduzidos para o português;
5. Para a análise das equivalências, por favor utilize a escala especificada a seguir, assinalando com um “X” o campo correspondente ao seu julgamento:

Não Equivale	- 1
Indeciso	0
Equivale	+1

Caso, em sua avaliação, o item corresponda aos valores -1 ou 0, por favor sugira as alterações que julgar mais apropriadas, no espaço reservado abaixo de cada um dos itens.

Agradecemos antecipadamente sua contribuição.

Fabiane do Amaral Gubert
99953916/32190969
fabianegubert@hotmail.com

APÊNDICE D - Avaliação da Equivalência Semântica e Idiomática entre as versões originais e traduzida das Escalas *Parent-Adolescent Communication Scale* e *Partner Communication Scale*

Para cada um dos itens a seguir utilize a escala abaixo para designar sua avaliação de equivalência, assinalando um "x" no campo correspondente a sua opinião

- A- Never
B- nunca

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

- A- Rarely
B- Raramente

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

- A- Sometimes
B- Às vezes

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

- A- Often
B- Frequentemente

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

- A- In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about sex?
B- Nos últimos seis meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre sexo?

Equivalência	- 1	0	+1

Semântica			
Idiomática			

A- In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about how to use condoms?

B- Nos últimos seis meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre como usar o preservativo?

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

A- In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about protecting yourself from sexually transmitted diseases (STDs) ?

B- Nos últimos seis meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre como se proteger das doenças sexualmente transmissíveis?

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

A- In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about protecting yourself from the AIDS virus?

B- Nos últimos seis meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre como se proteger do vírus da AIDS?

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

A- In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about protecting yourself from becoming pregnant?

B- Nos últimos seis meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre como evitar a gravidez?

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

Partner Communication Scale

- A- Never
B- Nunca

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
idiomática			

- A- Sometimes/1-3 times
B- Algumas vezes/1 a 3 vezes

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
idiomática			

- A- Often/4-6 times
B- Muitas vezes/ 4 a 6 vezes

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
idiomática			

- A- A lot/7 or more times
B- Muito/ sete ou mais vezes

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
idiomática			

- A- During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed how to prevent pregnancy?

B- Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu parceiro sexual conversaram sobre como evitar a gravidez?

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

A- During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed how to use condoms?

B- Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu parceiro sexual conversaram sobre como usar o preservativo?

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

A- During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed how to prevent the AIDS virus?

B- Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu parceiro sexual conversaram como se prevenir do vírus da AIDS?

Equivalência	- 1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

A- During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed how to prevent STDs?

B- Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu parceiro sexual conversaram como se prevenir das DSTs?

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

A- During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed about your partner's sex history?

B- Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu namorado conversaram sobre os parceiros que você já teve?

Equivalência	- 1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

APÊNDICE E - Avaliação da Equivalência Cultural e Conceitual entre as versões originais e traduzida das Escalas *Parent-Adolescent Communication Scale* e *Partner Communication Scale*

Prezado (a),

A lista dos itens apresentados corresponde às versões originais e traduzida de duas escalas, sendo que a primeira *Parent-Adolescent Communication Scale*, foco de nosso estudo será apresentada inicialmente, e a *Partner Communication Scale* qual será utilizada concomitantemente a fim de contribuir para a validade e confiabilidade da primeira, tal como os autores realizaram no estudo original.

O instrumento da *Parent-Adolescent Communication* se propõem a mensurar o nível de comunicação entre pais e filhas adolescente, desenvolvido pelos pesquisadores Ralph Diclemente e Gina Wingood da Universidade de Atlanta - EUA. Os outros instrumentos, também de autoria dos mesmos autores serão utilizados como forma de avaliar a comunicação com o parceiro fixo ou novo parceiro sexual. Estes dados comparados a comunicação pais e filhas permite relacionar estes constructos o que viabiliza a validação da escala.

Consideramos que os instrumentos são de uma linguagem simples, mas que contempla possíveis diferenças culturais entre a nossa população e a que originou o instrumento (Americana), estamos realizando a adaptação transcultural do mesmo para a utilização na assistência e pesquisa dentro do contexto sociocultural do Brasil, seguindo, para tanto uma metodologia fundamentada no rigor científico proposto por diversos especialistas em adaptação Transcultural de instrumentos de medidas cognitivas e comportamentais.

Solicito assim, sua valiosa colaboração, no sentido de avaliar as equivalências Cultural e Conceitual entre as versões original e traduzida do referindo instrumento, levando em conta as seguintes orientações:

1. **Equivalência Cultural ou Experiencial** as situações evocadas nos itens devem corresponder às vivenciadas em nosso contexto cultural; além de utilizar termos coerentes com a experiência vivida pela população à qual se destina.

2. **Equivalência Conceitual** representa a coerência do item em relação àquilo que se propõe a medir; Palavras, frases ou expressões podem ter equivalência semântica e serem conceitualmente diferentes. Os conceitos devem ser explorados e os eventos experimentados pela população do Brasil.

3. Os itens identificados pela letra C correspondem aos itens em sua forma original;

4. Os itens identificados pela letra D correspondem aos itens traduzidos para o português.

5. Para a análise das equivalências, por favor, utilize a escala especificada a seguir, assinalando com um “X” o campo correspondente ao seu julgamento:

Não Equivale	- 1
Indeciso	0
Equivale	+1

Fabiane Gubert
99953916/32190969
fabianegubert@hotmail.com

Avaliação da Equivalência Cultural e Conceitual entre as versões originais e traduzida das
Escalas *Parent-Adolescent Communication Scale* e *Partner Communication Scale*

Parent-Adolescent Communication Scale

- A- In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about sex?
B- Nos últimos seis meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre sexo?

Equivalência	- 1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

- C- In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about how to use condoms?
D- Nos últimos seis meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre como usar o preservativo?

Equivalência	- 1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

- C- In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about protecting yourself from sexually transmitted diseases (STDs) ?
D- Nos últimos seis meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre como se proteger das doenças sexualmente transmissíveis?

Equivalência	- 1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

- C- In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about protecting yourself from the AIDS virus?
D- Nos últimos seis meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre como proteger-se do vírus da AIDS?

Equivalência	- 1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

C- In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about protecting yourself from becoming pregnant?

D- Nos últimos seis meses, com que frequência você e seus pais conversaram sobre como evitar a gravidez?

Equivalência	- 1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

Partner Communication Scale

A- During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed how to prevent pregnancy?

B- Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu parceiro sexual conversaram sobre como evitar a gravidez?

Equivalência	- 1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

C- During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed how to use condoms?

D- Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu parceiro sexual conversaram sobre como usar o preservativo?

Equivalência	- 1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

C- During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed how to prevent the AIDS virus?

D- Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu parceiro sexual conversaram como se prevenir do vírus da AIDS?

Equivalência	- 1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

C- During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed how to prevent STDs?

- D- Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu parceiro sexual conversaram como se prevenir das DSTs?

Equivalência	- 1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

- C- During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed about your partner's sex history?

- D- Durante os últimos seis meses, quantas vezes você e seu parceiro conversaram sobre os parceiros que você já teve?

Equivalência	- 1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

ANEXO A - Parent-Adolescent Communication Scale

In the past 6 months, how often have you and your parent(s) talked about the following things:

(1) sex,

never, rarely, sometimes, often

(2) how to use condoms,

never, rarely, sometimes, often

(3) protecting yourself from sexually transmitted diseases (STDs),

never, rarely, sometimes, often

(4) protecting yourself from the AIDS virus, and

never, rarely, sometimes, often

(5) protecting yourself from becoming pregnant?

never, rarely, sometimes, often

Partner Communication Scale

During the past 6 months, how many times have you and your sex partner discussed:

(1) how to prevent pregnancy,

never, sometimes/1-3 times, often/4-6 times, a lot/7 or more times

(2) how to use condoms,

never, sometimes/1-3 times, often/4-6 times, a lot/7 or more times

(3) how to prevent the AIDS virus,

never, sometimes/1-3 times, often/4-6 times, a lot/7 or more times

(4) how to prevent STDs?

never, sometimes/1-3 times, often/4-6 times, a lot/7 or more times

5) your partner's sex history?

never, sometimes/1-3 times, often/4-6 times, a lot/7 or more times

ANEXO B

RE: BRAZIL - Validation of a Parent-Adolescent Communication Scale for Use in STD/HIV Prevention...

De: nvieira@ufc.br

Enviada: segunda-feira, 25 de maio de 2009 1:05:26

Para: Diclemente, Ralph Joseph (rdiclem@emory.edu)

Cc: fabianegubert@hotmail.com

Dear Dr Diclement, thank you very much for having given us permission to translate the PACS scale. I will keep you informed about the methodology we are going to use. Please be free to any question you may have to us. My CV is published on CNPq data base, plataforma lattes.

Sincerely,
Profa. Neiva Francenely Cunha Vieira, PhD
Nursing Associate Professor
Faculty of Nursing
Federal University of Ceara

I think it's great idea. Go right ahead.

>

> Best of luck!

> Ralph

>

>> -----Original Message-----

> From: nvieira@ufc.br [mailto:nvieira@ufc.br]

> Sent: Sunday, May 10, 2009 9:11 PM

> To: rdiclem@sph.emory.edu; gwingoo@sph.emory.edu

> Cc: dirffoe@ufc.br

> Subject: BRAZIL - Validation of a Parent-Adolescent Communication Scale
> for Use in STD/HIV Prevention...

>> To:

> Dr. Ralph J. DiClemente, PhD

> 4248 Wieuca Overlook, NE

> Atlanta, GA 30342

> (404) 255-0038

> e-mail: rdiclem@sph.emory.edu

>> Dr Gina Wingood

> Professor

> Director of Graduate Studies, PhD Program

> Department of:

> Behavioral Sciences and Health Education

> Rollins School of Public Health

ANEXO C



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 141/09

Fortaleza, 05 de junho de 2009

Protocolo COMEPE nº 89/ 09

Pesquisador responsável: Neiva Francenely Cunha Vieira

Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem/ UFC

Título do Projeto: Tradução e validação da *Parent-adolescent Communication Scale*: tecnologia para prevenção de DST/HIV em adolescentes do sexo feminino

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 04 de junho de 2009.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC