

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CLEVERTON LUIZ DANTAS

**CONHECIMENTO DO USO DA CAMISINHA MASCULINO NA  
PREVENÇÃO DAS DSTs/AIDS NOS ADOLESCENTES DE UMA  
ESCOLA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE**

ARACAJU-SE

Dezembro

2016

CLEVERTON LUIZ DANTAS

**CONHECIMENTO DO USO DA CAMISINHA MASCULINO NA  
PREVENÇÃO DAS DSTs/AIDS NOS ADOLESCENTES DE UMA  
ESCOLA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE**

Monografia apresentada ao departamento de  
medicina da Universidade Federal de Sergipe  
como requisito parcial para obtenção do grau  
de médico.

Orientador: Prof. Halley Ferraro Oliveira

ARACAJU-SE

Dezembro

2016

CLEVERTON LUIZ DANTAS

**CONHECIMENTO DO USO DA CAMISINHA MASCULINO NA  
PREVENÇÃO DAS DSTs/AIDS NOS ADOLESCENTES DE UMA  
ESCOLA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE**

Monografia apresentada ao departamento de  
medicina da Universidade Federal de Sergipe  
como requisito parcial para obtenção do grau  
de médico.

Orientador: Prof. Halley Ferraro Oliveira

---

Autor: Cleverton Luiz Dantas

---

Orientador: Prof. Halley Ferraro Oliveira

ARACAJU-SE

Dezembro

2016

CLEVERTON LUIZ DANTAS

**CONHECIMENTO DO USO DA CAMISINHA MASCULINO NA  
PREVENÇÃO DAS DSTs/AIDS NOS ADOLESCENTES DE UMA  
ESCOLA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE**

Monografia apresentada ao departamento de  
medicina da Universidade federal de Sergipe  
como requisito parcial para obtenção do grau  
de médico.

Orientador: Prof. Halley Ferraro Oliveira

BANCA EXAMINADORA

---

Universidade Federal de Sergipe

---

Universidade Federal de Sergipe

---

Universidade Federal de Sergipe

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por dá-me saúde e paciência nos momentos difíceis para poder superá-lo na realização deste sonho.

Aos meus pais Francisco e Maria de Lourdes, por incentivar as minhas escolhas na vida.

Aos meus irmãos Idalicio e José, pela torcida e ajuda nas dificuldades.

A Alynne, minha esposa pelo incentivo, carinho, compreensão durante minhas ausências no decorrer do curso devido trabalho. Te amo

As minhas filhas Maria Julia e Tereza Eduarda, onde proporcionar os melhores dias na minha vida.

Aos meus familiares, tios, tias, primos e primas pela torcida para a realização deste sonho.

Aos amigos do Corpo de Bombeiros Militar de Sergipe, durante esta longa jornada, onde vivi momentos especiais que jamais irei esquecer..

Aos professores da Escola Manoel Alcino do Nascimento responsável pela alfabetização e da graduação pela minha formação, muito obrigado a todos.

Ao professor Dr. Halley Ferraro (Orientador), exemplo de médico e professor, pela dedicação e disponibilidade na orientação deste trabalho.

Ao meu amigo Dr. Fredisson Porto Melo, pela ajuda e apoio fundamental para elaboração deste trabalho.

A todos os adolescentes que se disponibilizaram a participar deste trabalho com entusiasmo, meu muito obrigado.

## LISTA DE TABELAS

### REVISÃO DE LITERATURA

**FIGURA 1** Número de incidência de AIDS nos jovens entre faixa etária dos 15 a 24 anos.

**PERÍODO** 2011.....12

**FIGURA 2-** Números de casos de DSTs curáveis no ano 2008, segundo (OMS).

**PERÍODO** 2008.....13

### ARTIGO CIENTÍFICO

**Tabela 1** - Características sociodemográficos dos adolescentes. ....44

**Tabela 2** - Características sobre vida sexual e conhecimento sobre métodos anticoncepcionais.....46

**Tabela 3** - Distribuição percentual dos adolescentes, de acordo com o conhecimento e atitude frente ao uso dos anticontraceptivos.....48

**Tabela 4-** Porcentagem de conhecimento sobre uso de camisinha e transmissão de DST/AIDS .....49

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CEBRAP: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
- CNS: Conselho Nacional de Saúde
- DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ECA: Estatuto da Criança e Adolescente
- HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
- MS: Ministério da Saúde
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PSE: Programa da Saúde na Escola
- SUS: Sistema Único de Saúde
- TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- WHO: World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 – REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>09</b>
1.1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1.1. SEXUALIDADE PRECOCE.....	09
1.1.2 VULNERABILIDADE.....	10
1.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	10
1.3 DSTs/AIDS NA ADOLSCÊNCIA.....	14
1.3.1 HIV/AIDS.....	14
1.3.2 SÍFILIS.....	14
1.3.3 CRANCO MOLE.....	15
1.3.4 TRICOMONÍASE.....	15
1.3.5 HERPES PAPILOMA VÍRUS (HPV).....	16
1.3.6 GONORREIA.....	16
1.4 CONSEQUÊNCIAS DSTs/AIDS NOS ADOLESCENTES .....	17
1.5 FATORES DE RISCOS DSTs/AIDS.....	17
1.6 MEDIDAS DE PREVENÇÃO DSTs/AIDS.....	18
2. REFERÊNCIAS.....	20

<b>3.NORMAS PARA PUBLICAÇÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>4.ARTIGO ORIGINAL .....</b>	<b>34</b>
4.1 RESUMO .....	35
4.2 ABSTRACT.....	37
4.3 INTRODUÇÃO .....	38
4.4 METODOLOGIA.....	39
4.5 RESULTADOS.....	41
4.6 DISCUSSÃO.....	47
4.7 CONCLUSÃO.....	49
4.8 AGRADECIMENTOS .....	50
4.9 REFERÊNCIAS.....	51

## **1 – REVISAO DA LITERATURA**

### **1.1 – INTRODUÇÃO**

Adolescência é uma palavra derivada do latim ad: para+ olescere: crescer, ou seja, crescer para, situada entre a infância e a fase adulta(BECKER,2003),caracterizado pelo desenvolvimento físico, emocional, social e pelos anseios do indivíduo em alcançar seus objetivos relacionadas às expectativas culturais na sociedade em que vive (EISENSTEIN,2005).A Organização Mundial de Saúde a adolescência compreende dos 10 a 19 anos de idade(Ferreira THS, Farias MA, Silvares EFM,2010).A lei brasileira, através do Estatuto da Criança e do Adolescente(ECA),considera adolescente o indivíduo de 12 a 18 anos de idade. O Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PRO-ADOLESC) da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo utiliza a faixa etária estabelecida pela OMS(Françoso,LA,Mauro,AMMF.2006).

Independente dos parâmetros adotados é o período de profundas transformações psíquicas, físicas e comportamentais. Representa o desenvolvimento individual e social em busca de escolhas para vida no âmbito sexual, levando a risco de gravidez precoce e DST/AIDS(DINIZ,2008).

#### **1.1.1 SEXUALIDADE PRECOCE**

Santos, Rodrigues e Carneiro (2009) mostra que os adolescentes começam a atividade sexual em torno dos 17 anos de idade, onde atribui a condição socioeconômico e o grau escolaridade para inicialização do sexo precoce. Comprovada através de pesquisa realizadas com alunos de escolas privadas em relação aos alunos das escolas públicas. Brêtas et al.(2009) muitos adolescentes iniciam a prática sexual precoce, aproximadamente entre 12 e 17 anos, sem compromisso com responsabilidade social, tornando vulneráveis às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Diniz e Saldanha (2008) atribui a prematuridade do sexo“a falta de comunicações, exigência de grupos, incentivos pelos meios de comunicação,ausência de diálogo com familiares e por sentir solitários.”

### **1.1.2 VULNERABILIDADE**

A vulnerabilidade é decorrente da idade, inexperiência na tomada de decisões, problemas de lidarem com relacionamentos afetivos, muitas vezes não respeitando os sentimentos dos outros. Mesmo com a realização de campanhas e divulgação sobre os meios de prevenção, apresenta rápido aumento entre os jovens na maioria das vezes nas primeiras relações sexuais, jovens sem informações, abalado emocionalmente (Arruda S,Cavasi S,2000). Para Ayres et al. (2003) a vulnerabilidade se apresenta interligados em três eixos social, individual e programático. No individual mostra a capacidade que o individuo tem de contorná-lo obstáculo e possa utilizar como medidas protetoras. Referente ao social depende como as informações chegam nos jovens e estes analisem colocando as mudanças no cotidiano. Não depende somente do indivíduo mais do acesso aos meios de comunicação, grau de escolaridade, influência do poder político, além do enfrentamento de barreiras culturais. No programático relaciona-se aos esforços existência de programas voltados para a prevenção e os cuidados relativos aos agravos que geram o empoderamento social.

### **1.2- DADOS EPIDEMIOLÓGICOS**

As estimativas da OMS (2013), mais de um milhão de pessoas adquirem uma DST diariamente, e anualmente em torno de 500 milhões de pessoas adquirem uma das DST (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase). Da mesma forma, estima-se que 530 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus do herpes genital (HSV-2) e que mais de 290 milhões de mulheres estejam infectadas pelo HPV. No Brasil, estima-se que a cada ano ocorra cerca de 1.967.200 casos novos de clamídia, 1.541.800 de gonorreia, 937.000 de sífilis, 685.400 de HPV e 640.900 de herpes genital.(Ministério da Saúde, 2013).

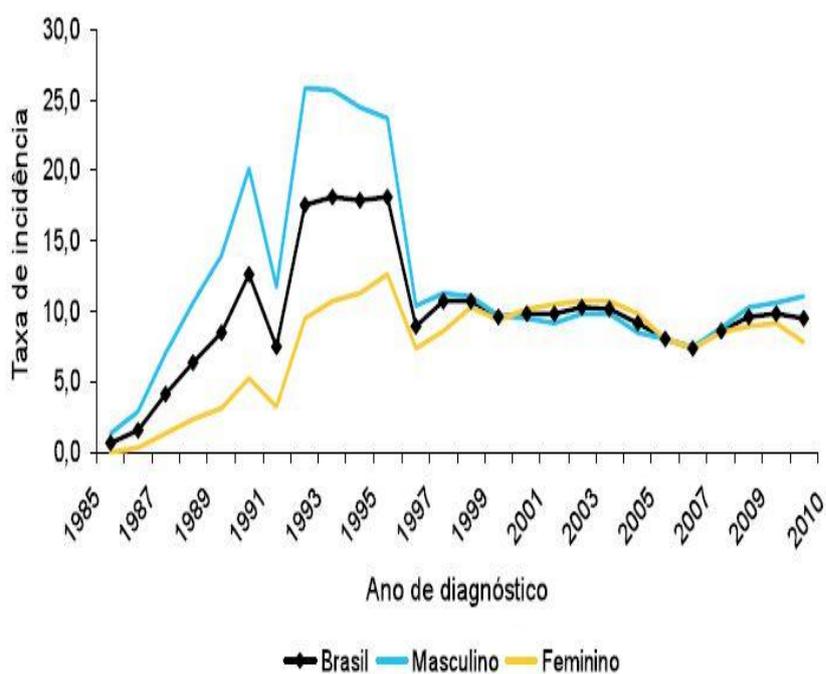
Em 2007 o número de infecção para HIV era de 14 mil pessoas por dia, levando 20 milhões de óbitos desde o diagnóstico dos primeiros casos. Um terço dos 30 milhões dos jovens que convive com HIV/AIDS no mundo encontra-se com idade entre 10 a 24 anos de idade (Paiva V, Peres C, Blessa C,2002). Até 2030 a (OMS) estima 70 milhões

de pessoas serão infectadas, se caso medidas preventivas não sejam tomadas (PINTO et al., 2007). Na última década a taxa de novas infecções de HIV nos jovens encontra-se na faixa etária entre 15 e 24 anos, correspondendo 45% no mundo, no Brasil a incidência para HIV (por 100.000 hab) notificados em 2008 para o sexo masculino 2,2 e para o sexo feminino 2,8 (MAFRA-TOLEDO et al.,2011).

Na adolescência é onde ocorre maior incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST), em torno de 25% de todas as DST são confirmadas em jovens com menos 25 anos (World Health Organization,2007). As adolescentes sexualmente ativa em escala mundial apresenta 30% de infecção por Clamídia e 40% por HPV. Apresenta aumento de infecção por herpes genital em torno 50%, infecção por gonorreia encontra-se maiores entre 15 e 19 anos em relação a outras faixas etárias e 25% de novas infecções pelo HIV se dá em jovens com idade inferior a 22 anos (Naud P et al,2008).

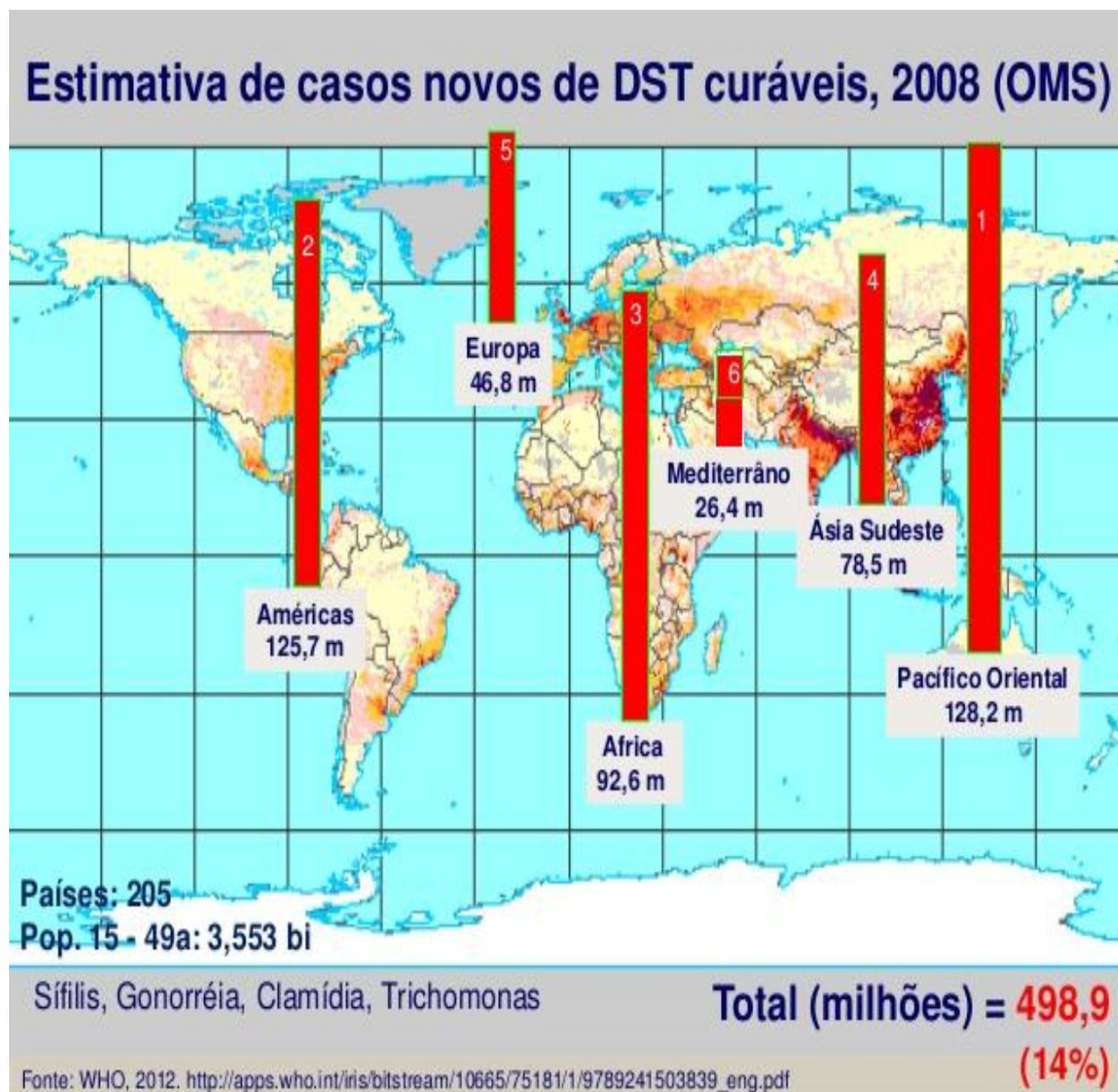
**FIGURA 1-** Conforme os dados apresentados no gráfico abaixo sobre incidência de aids nos jovens de 15 a 24 anos.

**Gráfico : Taxa de incidência de aids (por 100.000 habitantes), em jovens de 15 a 24 anos, por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1985 a 2007.**



Fonte: Boletim Epidemiológico: Aids e DST, ano 8, n. 1, 2011.

**FIGURA 2-** Números de casos de DSTs curáveis, segundo dados da OMS mostrado abaixo.



### **1.3– DST/AIDS NA ADOLESCÊNCIA**

As doenças sexualmente transmissíveis ocorre durante as relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas e transfusões sanguíneas com a pessoa infectada (MARTINS,2006).De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL,2010): Principais afecções: AIDS/HIV, Cranco mole, Gonorreia, (HPV),Sífilis e Tricomoniase.

#### **1.3.1-HIV/AIDS**

AIDS apresenta-se no indivíduo infectado pelo vírus HIV, tornando-se suscetível à infecções oportunistas devido a diminuição das células de defesa. O período entre a infecção e o aparecimento dos primeiros sintomas, chama-se período de incubação, varia de 5 a 30 dias, e o período de latência pode variar de 5 a 10 anos (BRASIL,2010). Geralmente os sintomas iniciais são febre, perda de peso, dores osteoarticulares e perda de força. (RECUERO, 2008). Segundo Protocolo do Ministério da Saúde 2013 para tratamento inicial– primeira linha associação de tenofovir com lamivudina (TDF/3TC)+ Efavirenz (EFV). Segunda linha de tratamento em situações em que o uso de efavirenz e nevirapina esteja impossibilitado, deve-se proceder à sua substituição por um Inibidor de Protease, de modo que o esquema ARV fique estruturado da seguinte forma: ITRN + IP/r.O lopinavir com booster de ritonavir (LPV/r) é a opção preferencial na classe dos inibidores da protease, quando da impossibilidade de uso de ITRNN na composição do esquema.

#### **1.3.2-Sífilis**

A Sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Na fase inicial apresenta lesões genitais pequenas e ínguas nas virilhas.As feridas são indolores, sem secreções, fundo brilhante, medindo de 1 a 2 cm. Mostra período de remissão sem deixar cicatrizes com sensação de cura, caso não tratada avança difusamente pelo corpo com manchas (nas palmas das mãos, solas dos pés), queda de cabelos, cegueira, doenças neurológicas e cardiovasculares(BRASIL,2010). O tratamento da Sífilis é feito com Penicilina Benzatina (Benzetacil), abordando-se tanto o paciente quanto o parceiro.

Segue o seguinte esquema do Ministério da Saúde: Sífilis Primária-Penicilina benzatina 2.400.000UI,IM,dose única; Sífilis Secundária ou Latente Recente -Penicilina benzatina 4.800.000UI,IM,em duas doses semanais de 2.4MUI; Sífilis Terciária, Sífilis Latente tardia e Sífilis Latente de tempo desconhecido-Penicilina benzatina 7.2MUI, IM,em três doses semanais de 2.4MUI e no tratamento da neurosífilis a droga escolhida é a penicilina cristalina pela capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica.A dose recomendada varia de três a 4.000.000UI, por via endovenosa, de quatro em quatro horas, no total de 18 a 24.000.000UI/dia por 10 a 14 dias (CDC,2002)

### **1.3.3-Cancro Mole**

O cancro mole é ocasionada pela bactéria Gram-negativa *Haemophilus ducreyi*, com período de incubação de 4 a 7 dias. A penetração da bactéria ocorre em área de maior contato, como freio ou fúrcula levando alterações como edema e infiltrações polimorfonucleares (BELDA JÚNIOR,2009). Depois do período de incubação, surgem os primeiros sintomas da doença: pápula eritematosa que se transforma em vesícula pustulosa, ao romper, forma-se uma lesão ulcerada de base mole, com secreção purulenta e odor fétido, rasa e com bordas irregulares, envolta por halo eritematoso vivo. Outra manifestação é o enfartamento ganglionar inguinal, em torno de 50,0% dos casos, a grande maioria unilateral (BELDA JÚNIOR,2009;BRASIL,2006).O tratamento são: ceftriaxone 250mg,IM,em dose única, ou estearato de eritromicina 500mg,VO, 6/6h, durante sete dias.(Einarson A, Shuhaiber S, Koren G.,2001)

### **1.3.4-Tricomoniase**

Causada pelo *Trichomonas vaginallis*, protozoário flagelado, anaeróbio, Gram negativo os sintomas: corrimento amarelo-esverdeado, prurido, dispareunia, Na mulher, a sintomatologia encontra-se por exemplo no colo do útero.Nos homens geralmente são assintomáticos(BRASIL,2010).O tratamento de escolha é metronidazol, 250mg, três vezes ao dia ou 2g dose única. Deve-se realizar o tratamento no parceiro sintomático ou não.

### **1.3.5-Papiloma vírus Humano (HPV)**

O Papiloma vírus humano (HPV) tem como material genético DNA, pertencente ao grupo dos papovavírus com 100 tipos reconhecidos, dos quais 20 destes tem a capacidade de causar infecção nos órgãos genitais humano (BRASIL,2006).

No homem conhecida por “crista de galo” as lesões são massas vegetantes com aspecto couve-flor.Locais frequentemente acometidos são: a glande, meato uretral, corpo do pênis, escroto, região supra púbica e intra-anal(SHIRATSU,PATRIOTA;BELDA JÚNIOR,2009).Na mulher durante a gestação o condiloma acuminado aumenta de tamanho devido a maior vascularização e a alterações hormonais e imunológicas podendo levar à obstrução do canal do parto.Apresenta-se como lesões isoladas ou agrupadas,ou pápulas imoveis que lembram a verruga vulgar.(Brasil,2006).O tratamento baseia-se em métodos físicos: eletrocauterização, laser de CO2, criocauterização e métodos cirúrgicos com atenção para as gestantes. Os métodos químicos, quimioterápicos e imunoterápicos são contraindicados no período gestacional a exceção é o ácido tricloroacético (Duarte G,2004).

### **1.3.6-Gonorreia**

Causada pela bactéria Gram-negativa Neisseria gonorrhoeae onde acomete em maior frequência os homens, apresenta afinidade pela mucosa uretral, epitélio da orofaringe e canal anal.A manifestação clínica ocorre principalmente no período da manhã com secreção amarelada, disúria e prurido (GOMES; BATISTA, 2009; BRASIL, 2006). A maioria das mulheres são assintomáticas devido ao mecanismo de infecção ser diferente do homem. A manifestação clínica é por disúria, urgência miccional e menos frequente secreção amarelada (GOMES; BATISTA, 2009, BRASIL, 2010).O tratamento são ceftriaxone,250mg,IM,dose única, ou estearato de eritromicina,500mg,VO,6/6h,por 7 dias. À ciprofloxacina e ofloxacina é contraindicado na gravidez (Duarte G,2004).

#### **1.4– CONSEQUÊNCIAS DAS DSTs/AIDS NOS ADOLESCENTES**

Adolescentes acometidos pela DSTs/AIDS apresentam danos na reprodutividade como infertilidade, câncer cervical, gravidez ectópica e problemas de autoestima. (Ministério da Saúde,2013). No tocante a AIDS, o preconceito são uns dos maiores problemas em adolescentes infectados a descoberta da doença tem impacto na aceitação pelos familiares, amigos, além do medo que o diagnóstico se torne de conhecimento perante a sociedade. Sorologia positiva nesta fase acaba comprometendo seu desenvolvimento. (SPINARDI et al.,2008). Quanto ao tratamento os adolescentes tomam TARV em domicílio, por questão de privacidade e retiram o rótulo para evitar que os outros saibam. (SUET, 2010).

#### **1.5 – FATORES DE RISCOS DSTs/AIDS**

Os adolescentes encontra-se diante de universo de possibilidades e opções, além do desejo de explorar e experimentar tudo a sua volta, ampliando suas relações além da família, aproximando-se de grupos com os quais se identifica.( Reato LFN, Silva LN, Ranña FF,2006).O envolvimento social advém do valor que antes mantinha com a família, sobretudo com as figuras parentais, transferindo-a para o novo grupo, constituindo assim a transição necessária no mundo externo para alcançar a individualização adulta.( Brêtas JRS,2009).

As informações sobre o sexo são adquiridas de várias fontes, muitas vezes incompleta, onde torna suas manifestações sexuais uma condição de risco e vulnerabilidade. Devido a gravidade, observa distanciamento da família, a influência da mídia e a absorção de informações errôneas podem interferir negativamente no desenvolvimento saudável da sexualidade, associada ao início cada vez mais precoce da atividade sexual entre os adolescentes devido a sua condição de imaturidade para discernir sobre algumas escolhas nessa fase que podem assumir caráter definitivo. (Brasil,2009).

A estimulação sexual da mídia, em especial da televisão, leva a temática fora da realidade, cheia de encantos, onde inexitem consequências do sexo desprotegido,

sempre associando sexo apenas ao prazer, mesmo de forma insensata, as informações veiculadas pela TV são comumente enganadoras, parecendo simples e natural.(Macedo SRH et al,2013; Ferreira THS, Farias MA, Silvares EFM,2010).Atualmente, inúmeros adolescentes estão vivenciando na vida sexual, falta de conhecimento e conscientização das doenças sexualmente transmissíveis e até mesmo gravidez precoce (Ministério da Saúde,2013).

## **1.6–MEDIDAS DE PREVENÇÃO DAS DSTs/AIDS**

A política de implantação de orientação sexual nas escolas brasileiras não é algo recente, advém de épocas remotas onde inaugura o modelo educacional brasileiro. Na segunda e terceira década do século XX, médicos, educadores via com preocupação a educação sexual que era praticada naquela época (CÉSAR,2008). O questionamento para inclusão do tema no programa curricular nas escolas ganhou força a partir dos anos 70. Em meados da década de 80, devido ao grande números de gravidez indesejada e o aumento de casos de HIV no Brasil entre os jovens os debates se intensificaram. (CÉSAR 2009; FERNANDES,2013).

Segundo Freire (1979) o local para desenvolvimento de senso crítico é no ambiente escolar onde os jovens abordam os temas e estabelecem relações interpessoais. Nestes locais, os aprendizes são instrumentos de disseminação do conhecimento do professor. (FREIRE,1996). Devido à complexidade e ações de difícil controle, as DST devem ser vista como prioridade frente ao serviço realizado de maneira integral pela Programa de Saúde da Família(PSF), Unidade Básica de Saúde(UBS) e serviços de referência regionalizados (Françoso,LA,Mauro,AMMF,2006).Em 2000 no Fórum Global da Educação firmou-se a Declaração de Dakar, onde hoje é referência para a assuntos de interesses sociais, como saúde na esfera educacional. Firma uma visão ampla “o saber, o fazer, o viver junto e o ser”, melhorando a qualidade de vida do indivíduo e sociedade com promoção e prevenção da saúde. (UNESCO,2001)

O método de prevenção mais utilizado e conhecido pelos adolescentes é o preservativo masculino a fim de evitar a gravidez e a DST e umas das razões para não usar:

segurança no companheiro, relações sexuais ao acaso e não sente bem. (Almeida MCC et al,2003). Uma das metas para almejar a saúde, passa pela informação e comunicação onde possa atingir o indivíduo e este reconhecer suas ameaças, estabelecendo atitudes frente a hábitos e comportamentos desagradáveis, bem como estimulando mudanças positivas a nível coletivo e favorecendo a implantação de medidas sejam sócio-econômicas e físicas, para melhoria da qualidade de vida de toda população (TEIXEIRA,2004).

## 2.– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Rev Saúde Pública** 2003;37:566-75.

Arruda S, Cavasi S. **Gênero e prevenção das DST/AIDS**. In:Coordenação Nacional de DST e AIDS. Prevenir é sempre melhor.Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. p. 53-63.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 174 p.

BECKER,D.**O que é adolescência**. São Paulo.Brasiliense;2003.98.p .

BELDA JÚNIOR, W. Cancro mole. In: **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 51-55.

BRÊTAS, J.R.S. et al. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 43, n. 3, Set. 2009

CÉSAR, M. R. A. Gênero, sexualidade e educação: notas para uma "Epistemologia". **Educar em Revista**, Curitiba, n. 35, p. 37-51, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/er/n35/n35a04.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2014.

Centers for Disease Control and prevention (CDC). Sexually transmitted disease. Treatment guideline 2002. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2002; 51 RR-6.

DINIZ, R.F e SALDANHA, A.A.W. Comportamento sexual e AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas. 2008. In: IX Congresso Virtual HIV/AIDS. Disponível em: <[http://www.AIDScongress.net/article.php?id\\_comunicacao=371](http://www.AIDScongress.net/article.php?id_comunicacao=371)>. Acesso em: 20 set. 2010.

Duarte G. Doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. In: Linhares IM, Duarte G, Giraldo PC, Bagnoli VR. Manual de Orientação, DST/AIDS -Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). São Paulo; 2004. p. 118-41.

Einarson A, Shuhaiber S, Koren G. Effects of antibacterials on the unborn child: what is known and how should this influence prescribing. *Paediatr Drugs*. 2001;3:803-16.

EISENSTEIN E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc Saude**. 2005;2(2):6-7

Ferreira THS, Farias MA, Silveiras EFM. Adolescência através dos Séculos. **Psicol: Teoria e Pesquisa**. 2010; 26(2):227-234.

FERNANDES, L. M. L. O ensino de sexualidade através de jogos lúdicos para o ensino fundamental. 2013. 13 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Ciências Naturais)–Universidade de Brasília, Planaltina, Julho de 2013. Disponível em: <[http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/5899/1/2013\\_LucileiaMartinsLopesFernandes.pdf](http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/5899/1/2013_LucileiaMartinsLopesFernandes.pdf)>. Acesso em: 02 jan. 2014.

Françoso, LA, Mauro, AMMF. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GOMES, E.E.; BATISTA, M. D. Uretrites. In: BELDA JÚNIOR, W. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 57-64.

MAFRA-TOLEDO, M. et al. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Rev. bras. enferm.**, 2011; 64( 2 ): 370-375. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672011000200024&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000200024&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 6 mar. 2014.

Martins LBM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Sousa MH, Pinto-Neto AM, Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*.2006, 22:2, 315-323.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. 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, proteção e recuperação da saúde. 2010.

Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis; [acesso em 25 abr 2013]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-sao-dst>.

Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher– PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília; 2009.

Nader SS, Gerhardt CR, Nader PJH, Pereira DN. Juventude e AIDS: conhecimento entre os adolescentes de uma escola pública em Canoas, RS. **Rev AMRIGS**.2009;53(4):374-81.

Paiva V, Peres C, Blessa C. **Jovens e adolescentes em tempos de AIDS: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção**. *Psicol USP* 2002; 13(01): 55-78.

PINTO, A.C.S. et al. Compreensão da pandemia de AIDS nos últimos 25 anos. **DST – J.Bras. Doenças Sex. Transm.**,2007;19(1):45-50. Disponível em:<<http://www.dst.uff.br//revista19-1-2007/7.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

Reato LFN, Silva LN, Ranña FF. In: **Manual de Atenção à Saúde do Adolescente**. Prefeitura da Cidade de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde - CODEPPS. São Paulo

RECUERO, M. G. P. **Investigando Possíveis impactos das políticas públicas de prevenção a DSTs/ HIV em adolescentes.** Pelotas. 2008. 92f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) – Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2008.

SANTOS, S. N. J.; RODRIGUES, J. A.; CARNEIRO, W. S. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Conhecimento de Alunos do Ensino Médio. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.** v. 21, n. 2, 2009

SHIRATSU, R. S.;PATRIOTA, R. ; BELDA JÚNIOR, W. Verrugas Genitais no Homem. In: BELDA JÚNIOR, W. **Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 2ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 103-112.

SPINARDI, J.R. et al. Adolescer com HIV: saber, conhecer, conviver. **Adolesc. Saúde**,2008;5(2):714.Disponível em:<[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=54#](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=54#)>. Acesso em:4 mar. 2014.

SUET, M.M. Estudo da adesão à terapêutica antirretroviral em adolescentes infectados pelo vírus da imunodeficiência (HIV) em um hospital de grande porte na Cidade do Rio de Janeiro. Dissertação (Saúde Pública). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes . **Aná. Psicológica**, v.22, n.3, 2004. p.615-620.

UNESCO, Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura; Brasil e a Universidade Católica de Brasília, com objetivo de aprofundar as pesquisas sobre a problemática, bem como de desenvolver ações visando à superação da violência nas escolas, 2001.

World Health Organization. Sexually transmitted infections. 2007.Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en>. Acesso em: jun. 2009.

### **3. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO**

#### **INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

##### **INFORMAÇÕES GERAIS**

A revista **Adolescência e Saúde** é uma publicação oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com periodicidade trimestral. Aceita matérias inéditas para publicação na forma de artigos originais, de revisão, de atualização, relatos de casos, resumo de tese e comunicações breves.

Os artigos serão aceitos para publicação escritos em português. Na versão eletrônica da Revista ([WWW.adolescentesauade.com](http://WWW.adolescentesauade.com)), ISSN-2177-5281, todos os artigos serão disponibilizados tanto numa versão em português como também em inglês.

Os textos devem vir acompanhados de carta assinada pelo autor principal e por todos os co-autores para serem avaliados pelo Conselho Editorial e receberem aprovação para publicação.

Os trabalhos deverão ser submetidos através do site da revista: [WWW.adolescentesauade.com](http://WWW.adolescentesauade.com)

##### **MISSÃO E POLÍTICA EDITORIAL**

A missão da Revista **Adolescência e Saúde** é promover a circulação e a divulgação dos conhecimentos e experiências dos profissionais que trabalham com a saúde dos adolescentes e queiram contribuir para que estes tenham uma vida saudável.

Artigos que ficam os preceitos éticos estabelecidos pelo Comitê de Ética em pesquisa Científica, de acordo com a resolução 196/96, não serão publicados, bem como aqueles que firam os Direitos Humanos da Criança e do Adolescente, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

## **2-PROCESSO DE AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS**

O processo de avaliação do mérito científico considera o atendimento destas instruções, o potencial do manuscrito para publicação e o possível interesse dos leitores. A Revista utiliza o processo de revisão por especialistas (peer review). O trabalho, após revisão inicial dos editores, será encaminhado para análise e emissão de parecer por dois revisores (Consultores Ad Hoc), pesquisadores de competência estabelecida na área específica de conhecimento, selecionados de um cadastro de revisores. No processo serão adotados o sigilo e o anonimato para autor(es) e revisor(es). Os artigos que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados diretamente pelo Conselho Editorial, não cabendo recurso.

A revista *Adolescência e Saúde* apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Dentro desse contexto, a Revista *Adolescente e Saúde* adota a definição de ensaio clínico preconizada pelo OMS, que pode ser assim resumida: “qualquer pesquisa que prospectivamente designe seres humanos para uma ou mais intervenções visando avaliar seus efeitos em desfechos relacionados à saúde. As intervenções incluem drogas, células e outros produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, radiológicos, dispositivos, terapias comportamentais, mudanças de processos de cuidados, cuidados preventivos, etc”. Os conceitos contidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

### **a. Artigos originais**

São relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos. Máximo: 3000 palavras, excluindo referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de referências: 20.

### **b. Artigos de revisão**

Análises críticas ou sistemáticas da literatura, a respeito de um tema selecionado, enviadas de forma espontânea pelos autores ou a pedido dos editores. Máximo de 5000 palavras. Máximo de referências: 30.

### **c. Relatos de caso**

São prioritariamente relatos significantes de interesse multidisciplinar e/ou práticos, relacionados ao campo temático da revista. Máximo de 1500 palavras. Máximo de referências: 20.

### **d. Resumo de teses**

Reprodução de Resumo e Abstracts de Teses e Dissertações.

### **e. Atualizações**

Trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Máximo de 2500 palavras. Máximo de referências: 20.

### **f. Comunicações breves**

Relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas. Relatos que descrevam novos métodos ou técnicas

serão também considerados. Máximo de 1500 palavras. Máximo de referências: 10. Não incluir mais que duas figuras ou tabelas.

### **3. NORMAS GERAIS**

É obrigatório o envio de carta de submissão (digital ou via Correios) assinada por todos os autores. Nessa carta, os autores devem referir que o artigo é original, nunca foi publicado e não foi ou não será enviado a outra revista enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Revista Adolescência e Saúde. Além disso, deve ser declarado na carta que todos os autores participaram da concepção do projeto e/ou análise dos dados obtidos e/ou da redação final do artigo e que todos concordam com a versão enviada para a publicação. Deve também citar que não foram omitidas informações a respeito de financiamento para a pesquisa ou de ligação com pessoas ou companhias que possam ter interesse nos dados abordados pelo artigo.

### **TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**

No momento da aceitação do manuscrito para publicação na Revista Adolescência & Saúde, todos os autores devem enviar carta de autorização da transferência de direitos autorais na qual reconhecem que, a partir desse momento, a Revista Adolescência & Saúde passa a ser detentora dos direitos autorais do trabalho. O artigo só será publicado após o recebimento desta carta.

Para artigos originais, anexar uma cópia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa. **A Revista Adolescência & Saúde adota a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que aprovou as "Novas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos" (DOU 1996 Out 16; no201, seção 1:21082-21085).** Somente serão aceitos os trabalhos elaborados de acordo com estas normas. Para relato de casos, também é necessário enviar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e, se houver possibilidade de identificação do paciente, enviar cópia do consentimento do responsável, para divulgação científica do caso clínico. Para revisões da literatura, não há necessidade desta aprovação.

A Revista Adolescência & Saúde não se responsabiliza pelo eventual extravio dos originais. Os autores devem ter consigo uma cópia do manuscrito original, enquanto o artigo estiver sendo considerado para a publicação pela Revista.

A revista reserva o direito de efetuar, nos artigos aceitos, adaptações de estilo, de gramática e outras que julgar necessárias para atender às normas editoriais.

## **5 NORMAS DETALHADAS**

O conteúdo completo do artigo deve obedecer aos "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (disponível em <http://www.icmje.org/>). Cada uma das seguintes seções deve ser iniciada em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras chave em português; abstract e key words; texto; agradecimentos e referências bibliográficas. Tabelas e figuras devem ser encaminhadas em páginas separadas, numeradas em algarismos arábicos, colocadas ao final do texto, conter o título e as notas de rodapé.

### **5. PÁGINA DE ROSTO**

Formatar com os seguintes itens:

- Título do artigo deve ser conciso e explicativo que represente o conteúdo do trabalho, evitando abreviaturas e indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado, exceto quando isso for essencial para a compreensão das conclusões.
- Título do artigo em inglês.
- Nome COMPLETO de cada um dos autores acompanhado de titulação mais importante de cada autor e a instituição de ensino, pesquisa ou assistência à qual pertence (com cidade, estado e país).
- Autor correspondente: definir o autor correspondente e colocar endereço completo (endereço com CEP, telefone, fax e, obrigatoriamente, endereço eletrônico).
- Instituição: declarar a instituição de ensino, pesquisa ou assistência na qual o trabalho foi realizado.

- Declaração de conflito de interesse: descrever qualquer ligação de qualquer um dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesse, escrever "nada a declarar".
- Fonte financiadora do projeto: descrever se o trabalho recebeu apoio financeiro, qual a fonte (por extenso) e o número do processo.
- Número total de palavras: no texto (excluir página de rosto, resumo, abstract, agradecimento, referências, tabelas, gráficos e figuras), no resumo e no abstract. Colocar também o número total de tabelas, gráficos e figuras e o número de referências.

## 6. RESUMO E ABSTRACT

Cada um deve ter, no máximo, 250 palavras. Não usar abreviaturas. Eles devem ser estruturados de acordo com as seguintes orientações:

- Resumo de artigo original: deve conter as seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão (*Abstract: Objective, Methods, Results and Conclusion*).
- Resumo de artigo de revisão: deve conter as seções: Objetivo, Fontes de dados, Síntese dos dados e Conclusão (*Abstract: Objective, Data source, Data synthesis and Conclusion*).
- Resumo de relato de caso: deve conter as seções: Objetivo, Descrição do caso e Comentários (*Abstract: Objective, Case description and Comments*).

Para o título em inglês e o abstract, é importante obedecer as regras gramaticais da língua inglesa. A revista se reserva o direito de proceder as modificações necessárias com anuência dos autores.

## 7. PALAVRAS-CHAVE E KEY WORDS

Fornecer, abaixo do resumo em português e inglês, de 3 a 6 descritores que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar exclusivamente descritores da lista de "Descritores em Ciências da Saúde" elaborada

pela BIREME e disponível no site <http://decs.bvs.br/>. Essa lista mostra os termos correspondentes em português e inglês.

## **8. TABELAS, GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES**

Os locais sugeridos para a inserção de tabelas, gráficos e ilustrações, segundo sua ordem de aparição, deverão estar assinalados no texto. As tabelas, quadros e figuras devem apresentar um título breve e serem numerados consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citados no texto, sendo restrita a 5 no total. As tabelas devem apresentar dado numérico como informação central. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, com os símbolos na sequência. Se houver ilustração extraída de outra fonte, publicada ou não, a fonte original deve ser mencionada abaixo da tabela. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e fonte quando for extraída de obra publicada. As tabelas, gráficos e ilustrações devem estar impressos em laudas distintas das do manuscrito e acompanhados de título e/ou legenda individualizados. Eles devem ser encaminhados também em arquivos separados. Para tabelas e gráficos, usar preferencialmente arquivos dos softwares Word ou Excel. Para outras ilustrações (figuras, mapas, gravuras, esquemas e fotos em preto e branco), encaminhar obrigatoriamente arquivos com extensão TIFF ou JPG. Para "escanear" as figuras e/ou fotos, selecionar 300 DPI de resolução, nos modos de desenho ou grayscale. Figuras de desenhos não computadorizados deverão ser encaminhadas em qualidade de impressão de fotografia em preto e branco. Ademais, a reprodução de fotografias coloridas será custeada pelos autores.

## **9. AGRADECIMENTOS**

Agradecer de forma sucinta a pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo, mas que não são autores.

## **10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto.

As citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas. Para apresentação das referências, devem ser adotados os critérios do International Committee of Medical Journal Editors, também conhecido como estilo Vancouver.

Os autores devem consultar Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>) e "Sample References" ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)) para informações sobre os formatos recomendados.

Exemplos:

a) Artigos em periódicos:

Dupont W, Page D. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. N Engl J Med. 1985;312:146-51.

Obs.: Quando houver mais de seis autores, citar os seis primeiros nomes seguidos de et al.

b) Capítulos de livros:

Swain SM, Lippman ME. Locally advanced breast cancer. In: Bland KI, Copeland EM. The Breast. Comprehensive management of benign and malignant diseases. Philadelphia: WB Saunders; 1991. p. 843-62.

c) Livros:

Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. Benign disorders and diseases of the breast. Concepts and clinical management. London: Baillière-Tindall; 1989.

d) Trabalhos apresentados em evento:

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

e) Trabalhos de autoria de entidade:

American Medical Association. Mammographic criteria for surgical biopsy of nonpalpable breast lesions. Report of the AMA Council on Scientific Affairs. Chicago: American Medical Association; 1989; 9-20.

f) Teses e dissertações:

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

g) Artigos de periódico em formato eletrônico:

Glat R, Fernandes EM, Pontes ML. Educação e Saúde no atendimento integral e promoção da qualidade de vida de pessoas deficiência. Rev Linhas [Internet]. 2006 Jul-Dez [citado 2009 Mar 23];7(2):1-17. Disponível em: <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/viewFile/1334/1143>.

#### **4-ARTIGO ORIGINAL**

**Revista Adolescência e Saúde**

### **CONHECIMENTO DO USO DA CAMISINHA MASCULINO NA PREVENÇÃO DAS DSTs/AIDS NOS ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE**

Cleverton Luiz Dantas<sup>1</sup>, Halley Ferraro Oliveira<sup>2</sup>, Fredisson Porto Melo<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe

<sup>2</sup> Professor Adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe

<sup>3</sup> Graduado em medicina pela Universidade Federal de Sergipe

Endereço para correspondência: [clevertonluis18@hotmail.com](mailto:clevertonluis18@hotmail.com)

Cleverton Luiz Dantas , tel: (079) 99859-8987

Rua Cláudio Batista, nº 295, Cond. Vivendas do Santo Antônio, Bloco 2 , Apartamento 305, Bairro Santo Antônio, Aracaju-SE.

Instituição onde foi realizada a pesquisa: Universidade Federal de Sergipe

Declaração de Conflito de Interesse: “Nada a declarar”.

Fonte Financeira: “Recursos próprios”

#### **4.1 – RESUMO**

**Objetivos:** Verificar o conhecimento do uso da camisinha masculino nos adolescentes sobre a prevenção das DSTs/AIDS, assim como observar os principais meios de informações que os adolescentes têm a respeito das DST/AIDS.

**Métodos:** Estudo transversal, descritivo e observacional, que foi realizado em um colégio público do município de Lagarto - Sergipe. A população escolhida foi formada por alunos do ensino médio, dos turnos matutino e vespertino. A faixa etária de corte dos adolescentes entrevistados foi entre 12 e 19 anos. Após o contato e autorização da direção da escola, os dados foram coletados através de um questionário padronizado, auto responsivo. Critérios de inclusão: aceitar participar voluntariamente da pesquisa, ter entre 12 e 19 anos e estar devidamente matriculados no período matutino e vespertino nas referidas séries. Os dados obtidos foram submetidos a análises estatísticas, utilizando o programa SPSS versão 21.0.

**Resultados:** Foram aplicados 161 questionários, dos quais 02 foram excluídos porque os adolescentes tinham mais de 19 anos de idade. Os escolares compreenderam 64,78% do sexo feminino e 35,22% do sexo masculino. Quanto a vida sexual, 25,15% referiram ter vida sexual ativa. Idade média da primeira relação sexual de 13,95 anos para o sexo masculino e 15,5 anos para o sexo feminino. O uso de método contraceptivo na primeira relação sexual foi referido em 62,5%. A respeito do conhecimento sobre métodos contraceptivos que sabiam usar, 45,28% afirmaram saber usar camisinha masculina, e 48,43%, a pílula. A principal fonte de informação sobre métodos anticoncepcionais foi à escola 52,32%.

**Conclusão:** De acordo com os resultados do trabalho apresentado observou falhas no conhecimento do uso do preservativo masculino nos adolescentes em relação à prevenção e transmissão de DST/AIDS, situação esta que pode interferir diretamente nas práticas sexuais dos jovens.

**Palavra-chave:** Adolescência; Preservativo; DST/AIDS

## 4.2 – ABSTRACT

**Objectives:** To verify the knowledge of the use of the male condoms in adolescents on STD/AIDS prevention, as well as to observe the main means of information that adolescents have about STD / AIDS.

**Methods:** Cross-sectional, descriptive and observational study, which was conducted in a public school in the city of Lagarto - Sergipe. The chosen population was formed by high school students, the morning and evening shifts. The age cut of respondents adolescents was between 12 and 19 years. After contact and permission of the school management, data were collected using a standardized questionnaire, self-responsive. Inclusion criteria: voluntarily agree to participate in research, have between 14 and 19 years and be properly enrolled in the morning and evening time in these series. Data were subjected to statistical analysis using the SPSS version 21.0.

**Results:** 161 questionnaires were completed, of which two were excluded because the adolescents had more than 19 years old. The school comprised 64.78% female and 35.22% male. As for sexual life 25,15% had active sex life. Average age of first sexual intercourse of 13.95 years for males and 15.5 years for females. The use of contraception at first intercourse was reported by 62.5%. Regarding the knowledge about contraceptive methods they knew to use, 45.28% said they know how to use male condoms, and 48.43% the pill. The main source of information about contraceptive methods went to school 52.94%.

**Conclusion:** According to the results of the present study, there was a lack of knowledge about the use of male condoms in adolescents in relation to STD / AIDS prevention and transmission, a situation that could directly interfere with the sexual practices of young people.

**Keywords:** Adolescence; Condom ; STD / AIDS

### 4.3 - INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de enormes mudanças na vida do ser humano. De fato é a transição entre a infância e a vida adulta. O que causa sérias mudanças na visão de mundo e comportamentos frente às novas necessidades que a vida adulta nos impõe. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define essa fase como o período que compreende a faixa etária de 10 aos 19 anos. Já no Brasil, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) pela lei nº 8.069 de 13/07/1990, considera o período da adolescência entre 12 aos 18 anos<sup>1,2</sup>. Porém, independente de qual referencial seja usado, essa fase da vida vem acompanhada de mudanças físicas, psíquicas, emocionais e comportamentais, levando a exposição de riscos inerente a essa faixa etária, como gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), podendo levar a sérias consequências na vida destes adolescentes. O ministério da saúde (MS) em estudos realizados em 2007 evidenciou que existe uma grade vulnerabilidade desta faixa etária a infecção de DST/AIDS, especialmente entre as meninas e um elevado índice de gravidez precoce. Uma vez identificado esse problema, em 2003, o governo federal criou o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), que tinha como objetivo diminuir essa vulnerabilidade dos adolescentes às DST/AIDS e gravidez precoce<sup>3</sup>. Isso seria feito com a inclusão na educação das escolas brasileiras do tema sexualidade.

A abordagem da temática sexualidade na adolescência é extremamente importante, pois é neste momento da vida que surgem as primeiras dúvidas sobre as mudanças corporais, psicológicas e as primeiras relações sexuais<sup>1</sup>. Acompanhado das mudanças corporais e da primeira relação sexual surge à possibilidade de gravidez indesejada e de contrair as doenças sexualmente transmissíveis. É na adolescência que temos a faixa etária que apresenta a maior incidência de doenças sexualmente transmissíveis.<sup>4</sup> Isto tem sério impacto na saúde reprodutiva das adolescentes, porque podem levar a esterilidade, doenças inflamatória pélvica, câncer de colo de útero, gravidez ectópica, infecções puerperais e recém-nascidos com baixo<sup>1</sup>. Também é nesse momento que ocorre a gravidez precoce, um problema de saúde mundial, especialmente

nos países em desenvolvimento. Levando a prevalências de complicações maternas e fetais, além de agravar problemas socioeconômicos observados nessa faixa etária<sup>5</sup>.

O conhecimento que os adolescentes têm sobre as medidas preventivas estão relacionados às condições de vida da população, sendo que a escolaridade, o nível socioeconômico e a idade têm grande influência. Vários trabalhos mostram que os adolescentes conhecem no mínimo um método contraceptivo, porém menos de 50% utiliza<sup>4</sup>. Pesquisa do Ministério da Saúde revelou que o uso de preservativo foi relatado em 53% dos jovens na primeira relação sexual e 95% citaram o preservativo como forma de proteção da infecção pelo vírus HIV, o que mostra a discordância entre o conhecimento e a prática<sup>1</sup>.

Tornis et al. (2005) mostrou em um estudo sobre sexualidade e anticoncepção que a televisão foi citada pela maioria dos entrevistados como fonte de informação, aparecendo em 57,2 % dos questionários, seguido pelos amigos em 50,5 %. Isso mostra que os adolescentes por terem dificuldades de conhecimento sobre sexualidade em casa buscam em outras fontes como internet, revistas, televisão, amigos, entre outras<sup>6</sup>.

Alguns estudos mostram que os adolescentes estão entrando na puberdade cada vez mais cedo e esse fato acaba levando a um amadurecimento biológico que não coincide com o amadurecimento cognitivo e emocional. Com isso estão iniciando a atividade sexual prematuramente, engajando-se cada vez mais cedo em comportamentos de risco, que podem levar a contrair DST/AIDS e gravidez precoce<sup>7,8</sup>.

Diante de tal problemática é fundamental que os adolescentes tenham não só conhecimento dos métodos de evitar gravidez e DSTs/AIDS como saiba e seja encorajado ao utilizá-los de maneira eficaz.

#### **4.4 - METODOLOGIA**

Delineou-se a pesquisa nos moldes de um estudo descritivo, que foi realizado em um colégio público do município de Lagarto-Sergipe. Escolha do colégio se deu através de sorteio. A coleta de dados ocorreu no mês de setembro e outubro de 2015, após

autorização do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário. A população escolhida foi formada por alunos regularmente matriculados das 1ª, 2ª e 3ª séries do ensino médio, dos turnos matutino e vespertino. A escolha por estas séries ocorreu por serem nelas que se situam o maior número de adolescentes da instituição escolar. A faixa etária de corte dos adolescentes entrevistados foi entre 12 e 19 anos.

Após o contato e autorização da direção da escola, os dados foram coletados através de um questionário padronizado e validado, auto-responsivo, composto por questões abertas e fechadas, divididos em três seções, a primeira seção sobre conhecimentos sociodemográficos, a segunda abordando gravidez e métodos de evitar filhos e a terceira sobre adequação de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais. O questionário continha perguntas abertas e fechadas e foi aplicado em sala de aula sob supervisão de um único pesquisador no mesmo dia.

Foram determinados como critérios de inclusão: aceitar participar voluntariamente da pesquisa, ter entre 12 e 19 anos e estar devidamente matriculados no período matutino e vespertino nas referidas séries. E como critérios de exclusão: Déficit de cognição, não está presente no dia que o questionário foi aplicado. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos pais/responsáveis ou pelo próprio adolescente, quando o mesmo era maior de 18 anos.

Na realização desta pesquisa foram respeitados os preceitos éticos legais baseados na Resolução **CNS-196/96**. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (Nº do CAAE: 47564015.2.0000.5546)

O projeto da mesma foi enviado à direção da escola e autorizado à aplicação do questionário. Os dados dos entrevistados foram analisados quantitativamente e os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas.

Os dados obtidos foram submetidos a análises estatísticas, utilizando o programa SPSS versão 21.0.

#### **4.5 – RESULTADOS**

Foram aplicados 161 questionários, dos quais 02 foram excluídos porque os adolescentes tinham mais de 19 anos de idade. No que se refere à faixa etária, 97,48% (n=155) dos jovens pesquisados possuíam entre 15-19 anos e dos 12-14 anos 2,51% (n=4) dos jovens pesquisados. Os escolares compreenderam 64,78% (n=103) do sexo feminino e 35,22% (n=56) do sexo masculino. Quanto à escolaridade, 32,7% (n=52) dos alunos cursavam a 1ª série do ensino médio, 37,11% (n=59) cursavam a 2ª série e 30,19% (n=48) cursavam a 3ª série. Em relação à religião, 87,98% (n=139) dos escolares afirmaram ter prática religiosa, dos quais 79,85% (n=111) afirmaram ser católicos, 17,98% (n=25) afirmaram ser evangélicos, 12,57% (n=20) afirmaram sem religião e 1,25% (n=2) outras. Em se tratando de estado civil, 96,22% (n=153) se declaram solteiros, 0,63% (n=1) casados e outros 3,14% (n=5). Em relação a cor 24,52% (n=39) se declararam da cor branca, 71,06% (n=113) Parda/Morena, 2,51% (n=4) Negra e 1,88% (n=3) outros. Quanto à escolaridade paterna informada pelos jovens, 63,52% (n=101) possuíam ensino fundamental incompleto ou completo, 10,68% (n=17) ensino médio incompleto ou completo, 10,05% (n=15) ensino superior incompleto ou completo e 15,72% (n=25) não sabe. Quanto à escolaridade materna informada pelos jovens, 58,49% (n=93) possuíam ensino fundamental incompleto ou completo e 17,61% (n=28) ensino médio incompleto ou completo, 8,79% (n=14) ensino superior incompleto ou completo e 15,09% (n=24) não sabe. (Tabela 1)

**TABELA 1. Características sociodemográficos dos adolescentes. (Lagarto,2015)**

<b>Características</b>	<b>N=159</b>	<b>100%</b>
<b>Idade acumulada</b>		
12-14	<b>04</b>	<b>2,51</b>
15-16	<b>76</b>	<b>47,80</b>
17-19	<b>79</b>	<b>49,68</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	<b>103</b>	<b>64,78</b>
Masculino	<b>56</b>	<b>35,22</b>
<b>Escolaridade</b>		
1° Série do ensino médio	<b>52</b>	<b>32,70</b>
2° Série do ensino médio	<b>59</b>	<b>37,11</b>
3° Série do ensino médio	<b>48</b>	<b>30,19</b>
<b>Cor da pele</b>		
Branca	<b>39</b>	<b>24,52</b>
Parda/morena	<b>113</b>	<b>71,06</b>
Negra	<b>04</b>	<b>2,51</b>
Demais	<b>03</b>	<b>1,88</b>
<b>Religião</b>		
Católica	<b>111</b>	<b>69,81</b>
Evangélica	<b>25</b>	<b>15,72</b>
Sem religião	<b>20</b>	<b>12,57</b>
Outras	<b>03</b>	<b>1,88</b>
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	<b>153</b>	<b>96,22</b>
Casado	<b>01</b>	<b>0,63</b>
Outros	<b>05</b>	<b>3,14</b>
<b>Escolaridade dos pais</b>		
Ensino fundamental incompleto	<b>83</b>	<b>52,2</b>

Ensino fundamental completo	<b>18</b>	<b>11,32</b>
Ensino médio incompleto	<b>5</b>	<b>3,14</b>
Ensino médio completo	<b>12</b>	<b>7,54</b>
Ensino superior incompleto	<b>5</b>	<b>3,14</b>
Ensino médio completo	<b>11</b>	<b>6,91</b>
Não sei	<b>25</b>	<b>15,72</b>
<b>Escolaridade das mães</b>		
Ensino fundamental incompleto	<b>65</b>	<b>40,88</b>
Ensino fundamental completo	<b>28</b>	<b>17,61</b>
Ensino médio incompleto	<b>7</b>	<b>4,4</b>
Ensino médio completo	<b>21</b>	<b>13,21</b>
Ensino superior incompleto	<b>4</b>	<b>2,51</b>
Ensino superior completo	<b>10</b>	<b>6,28</b>
Não sei	<b>24</b>	<b>15,09</b>

Fonte: Dados coletados pelos autores

Dentre os escolares pesquisados, 25,15% (n=40) referiram ter vida sexual ativa, sendo 55% (n=25) são do sexo masculino e 45% (n=15) são do sexo feminino. A idade média da primeira relação sexual foi de 13,95 anos para o sexo masculino e 15,5 anos para o sexo feminino. Quanto à frequência do uso do algum método contraceptivo para evitar filhos na primeira relação sexual, tem-se que 62,5% (n=25), referiram ter usado, enquanto que 37,5 (n=15) negaram uso de qualquer método (Tabela 2)

A respeito do conhecimento sobre métodos contraceptivos que sabiam usar, 45,28% (n=72) afirmaram saber usar camisinha masculina, 48,43% (n=77) a pílula, 22,01% (n=35) a camisinha feminina, 18,86% (n=30) a pílula do dia seguinte. Segundo os jovens, a principal fonte de informação foi 52,94% (n=90) escola, 8,82% (n=15) livros e revistas, 5,29% (n=9) amigos, 4,70% (n=8) posto de saúde, 17,64% (n=30) familiares e 10,58% (n=18) nunca teve. (Tabela 2).

**TABELA 2- Características sobre vida sexual e conhecimento sobre métodos anticoncepcionais. (LAGARTO,2015)**

<b>Características</b>	<b>N=159</b>	<b>100%</b>
<b>Já teve relação sexual</b>		
Sim	<b>40(n=159)</b>	<b>25,15</b>
Não	<b>116(n=159)</b>	<b>72,95</b>
Sem resposta	<b>03(n=159)</b>	<b>1,88</b>
<b>Sexo dos que declaram já ter tido relação sexual</b>		
Masculino	<b>25(n=40)</b>	<b>55</b>
Feminino	<b>15(n=40)</b>	<b>45</b>
<b>Taxa acumulada de início de relação sexual</b>		
10 – 13 anos	<b>07(n=40)</b>	<b>17,5</b>
14 - 16 anos	<b>30(n=40)</b>	<b>70</b>
17 - 19 anos	<b>03(n=40)</b>	<b>7,5</b>
<b>Fez uso de preservativo na primeira relação sexual</b>		
Sim	<b>25(n=40)</b>	<b>62,5</b>
Não	<b>15(n=40)</b>	<b>37,5</b>
<b>Quais métodos anticoncepcionais sabem usar</b>		
Pílula	<b>77</b>	<b>48,43</b>
Camisinha Masculina	<b>72</b>	<b>45,28</b>
Camisinha Feminina	<b>35</b>	<b>22,01</b>
Pílula do dia seguinte	<b>30</b>	<b>18,87</b>
<b>Onde os adolescentes já receberam orientações sobre anticoncepção</b>		
Na escola	<b>90</b>	<b>52,94</b>
Revista/Livros	<b>15</b>	<b>8,82</b>
Amigos	<b>09</b>	<b>5,29</b>
Com familiares	<b>30</b>	<b>17,64</b>
Outros	<b>26</b>	<b>15,29</b>

Fonte: Dados coletados pelos autores

Quando perguntados sobre quais métodos para evitar gravidez já haviam experimentados, 62,56% (n=117) afirmaram que nunca teve relação sexual, 42,85% (n=30) camisinha masculina, 2,85% (n=2) coito interrompido, 5,71% (n=4) camisinha feminina, 10% (n=07) pílula do dia seguinte, 17,14% (n=12) pílula (comprimido), 2,85% (n=2) tabelinha e 4,28% (n=3) injeção. Quanto ao uso do preservativo masculino, afirmam sempre 37,5% (n=15), 32,5% (n=13) na maioria das vezes, 15% (n=6) de vez em quando e 15% (n=6) nunca. Perguntado aos jovens a camisinha diminui o prazer sexual, responderam sim 38,99% (n=62), não 41,51% (n=66) e 19,5% (n=31) sem resposta. Quanto ao uso do preservativo masculino nas relações sexuais responderam sim 94,34% (n=150), não 2,57% (n=4) e 3,14% (n=5) não sei. Caso o parceiro quisesse ter relação sem a camisinha, sim 17,61% (n=28), não 76,1% (n=121) e 6,29% (n=10) sem resposta.

**Tabela 3 -Distribuição percentual dos adolescentes, de acordo com o conhecimento e atitude frente ao uso dos anticoncepcionais.(LAGARTO,2015)**

<b>Métodos anticoncepcionais já usaram</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Camisinha masculina	<b>30</b>	<b>42,85</b>
Pílula do dia seguinte	<b>12</b>	<b>17,14</b>
Pílula (ACHO)	<b>07</b>	<b>10</b>
Camisinha feminina	<b>04</b>	<b>5,71</b>
Injeção	<b>03</b>	<b>4,28</b>
Coito interrompido	<b>02</b>	<b>2,85</b>
Tabelinha	<b>02</b>	<b>2,85</b>
Nenhum	<b>10</b>	<b>14,28</b>
<b>Uso de camisinha</b>		
Sempre	<b>15(n=40)</b>	<b>37,5</b>
Na maioria das vezes	<b>13(n=40)</b>	<b>32,5</b>
De vez em quando	<b>06(n=40)</b>	<b>15</b>
Nunca	<b>06(n=40)</b>	<b>15</b>
<b>A camisinha masculina diminui o prazer na relação sexual</b>		
Sim	<b>62(n=159)</b>	<b>38,99</b>
Não	<b>66(n=159)</b>	<b>41,51</b>
Sem resposta	<b>31(n=159)</b>	<b>19,50</b>
<b>Os adolescentes devem usar a camisinha em todas as relações sexuais</b>		
Sim	<b>150(n=159)</b>	<b>94,34</b>
Não	<b>04(n=159)</b>	<b>2,57</b>
Sem resposta	<b>05(n=159)</b>	<b>3,14</b>
<b>Se o parceiro não quisesse usar camisinha transaria mesmo assim</b>		
Sim	<b>28(n=159)</b>	<b>17,61</b>
Não	<b>121(n=159)</b>	<b>76,1</b>
Sem resposta	<b>10(n=159)</b>	<b>6,29</b>

Fonte: Dados coletados pelos autores

Quando perguntado sobre o uso da camisinha no início da relação para prevenção DST/AIDS responderam 74,84% (n=116), quanto a transmissão DST na piscina afirmaram 7,54%(n=12), no tocante ao sexo anal para infecção da DST afirmaram 10,69%(n=17) e no sexo oral negaram como forma de infecção 5,66%(n=9). Referente ao tratamento para outras DST afirmaram está protegida AIDS 5,66%(n=9). (Tabela 4)

**Tabela 4- Porcentagem de conhecimento sobre uso de camisinha e transmissão de DSTs/AIDS (LAGARTO,2015)**

<b>Conhecimento sobre camisinha e transmissão de DST/AIDS</b>	<b>ACERTOS</b>	<b>100%</b>
Para evitar DST, a camisinha deve ser colocada desde o início da relação sexual	116(n=159)	74,84
As DST também podem ser adquiridas em piscinas	12(n=159)	7,54
Para se proteger da AIDS, é necessário usar camisinha somente se for ter relações com pessoa que seja contaminada pelo vírus.	31(n=159)	19,49
No sexo oral não se pega DST.	9(n=159)	5,66
No sexo anal se pega DST.	17(n=159)	10,69
É possível pegar AIDS ao se praticar sexo oral ou anal, sem ter praticado sexo vaginal.	95(n=159)	59,74
Mesmo que uma pessoa esteja usando método anticoncepcional precisa usar camisinha para evitar DST.	135(n=159)	84,9
Quando uma pessoa foi tratada de outras DST, ela está protegida de pegar AIDS.	9(n=159)	5,66

Fonte: Dados coletados pelos autores

#### **4.6- DISCUSSÃO**

É importante pesquisar o conhecimento do uso preservativo masculino como medidas de prevenção DST/AIDS nos adolescentes, associando como as informações são adquiridas e se programas implementados estão alcançando metas desejadas. Devido a

possibilidade de implantar futuros projetos educacionais não somente nesta instituição pesquisada, mas em toda rede de ensino que sejam direcionadas a essa faixa etária.

Quanto a cor, 71,06% dos adolescentes se autodenominaram pardos, 24,52% brancos, 2,51% negra e 1,88% demais ao responderem o questionário. Esses dados são contrários aos obtidos nas análises dos indicadores sociais, onde a maioria da população brasileira se considerava branca (48,2%), seguida da cor parda (44,2%)<sup>10</sup>. Constatamos que houve predominância da religião católica (69,81%), seguida da religião evangélica (15,72%); os demais se classificaram sem religião ou outros. De acordo com estudos realizados por Martins (2005) e Rocha (2010), onde a prevalência entre os estudantes, da religião católica seguida da evangélica<sup>4,10</sup>.

Quando analisamos as questões relacionadas a prática sexual entre os participantes que já tiveram relação sexual, a idade média da primeira relação sexual foi de 13,95 anos para o sexo masculino e 15,5 anos para o sexo feminino, sendo que a maioria relatou ter usado preservativo na primeira relação sexual, 62,5% (n=25). Os dados encontrados foram inferiores em relação ao sexo masculino e superiores ao sexo feminino aos encontrados por (Rocha,2010),cuja média de idade da primeira relação sexual foi de 14,6 anos para ambos sexos e os encontrados por SILVA et al (2005), cuja a média de idade da primeira relação sexual foi por volta de 15 anos em ambos os sexos<sup>10,11</sup>. Segundo Brêtas et al.(2009),muitos adolescentes iniciam a vida sexual precoce entre 12 e 17 anos, com pouca responsabilidade social, tornando mais vulneráveis às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)<sup>12</sup>. Diversos especialistas apontam atividade sexual precoce, em idade inferior a 14 anos, um risco comportamental, como foi verificado em 50% dos sujeitos sexualmente ativos<sup>13</sup>. De acordo com o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), atualmente os adolescentes têm a primeira relação sexual mais precocemente que gerações anteriores<sup>14</sup>.

O uso dos preservativo masculino é o método mais eficaz para diminuir o risco de transmissão de DST/AIDS, além de evitar a gravidez precoce<sup>15</sup>. Quanto ao uso de preservativos na primeira relação sexual foi observado em apenas 62,5% dos que

declaram ter vida sexualmente ativa. Os dados encontrados foram inferiores aos encontrados por Rocha (2010), que teve índices superiores a 79,3%. Com relação ao conhecimento dos adolescentes sobre quais métodos contraceptivos saberiam usar, os resultados mostraram que eles conhecem diversos métodos, sendo que os mais citados forma a pílula 48,43%, camisinha masculina 45,28%, camisinha feminina 22,1% e pílula do dia seguinte 18,87%. Os dados encontrados forma inferiores ao estudo de Gardin et al (2011), que teve com resultado a camisinha masculina 97,1%, 89,0 % a pílula, 87,5 camisinha feminina e 74,3 % pílula do dia seguinte. Já os que declaram vida sexual ativa afirmaram usar camisinha masculina 75%, pílula do dia seguinte 30% e pílula 17,5%<sup>17</sup>. Quando perguntado sobre o uso do preservativo em todas nas relações sexuais, os adolescentes afirmaram sim 94,34% (n=159), não 2,57% (n=4) e sem resposta 3,14% (n=4). Verificando na pesquisa, que o uso do preservativo em todas relações sexuais foi 94,34%, superior ao estudo realizado por SILVA *et al* (2005), onde 55.6% afirmaram uso regular de preservativos.

Quanto às informações sobre os métodos contraceptivos, 89,54% afirmaram que já foram informados a respeito de tais métodos. Este dado é inferior ao encontrado por Almeida (2003)<sup>18</sup>, que foi de 97,4% e superior ao encontrado no estudo realizado por Tornis et al (2005) que foi de 74,9%<sup>6</sup>.

Quanto ao risco de transmissão DST/aids, o presente estudo coincide com o realizado por outros autores<sup>12</sup>, para ambos sexos.

É importante salientar que é possível ter ocorrido algum viés de informação em relação ao comportamento sexual, uma vez que o questionário sobre vida sexual é um assunto de natureza íntima e pode causar constrangimento e desconfiança, quanto ao sigilo das informações coletadas. Porém, alguns cuidados forma tomados no sentido de minimizar essa limitação: questionários anônimos, participação voluntaria, compromisso verbal e escrito de caráter confidencial das informações obtidas, aplicação do questionário sem participação de professores ou funcionários em sala de aula.

#### **4.7 – CONCLUSÃO**

De acordo com os resultados do trabalho observou falhas no conhecimento do uso do preservativo masculino nos adolescentes em relação à prevenção e transmissão de DST/AIDS, situação esta que pode interferir diretamente nas práticas sexuais dos jovens. A maioria dos adolescentes ainda não iniciou a prática da atividade sexual e que entre os que iniciaram, a maioria teve atitude favorável ao uso da camisinha na primeira relação sexual. Foi observado neste estudo uma precocidade na idade de iniciação sexual, o que evidencia a necessidade de um maior planejamento e implementação de programas educativos sobre sexualidade nas unidades de ensino, visando a formação de indivíduos responsáveis frente ao exercício da sexualidade

#### **4.8 – AGRADECIMENTOS**

Agradeço á direção da Escola Estadual Professor Abelardo Romero Dantas, por ter reconhecido a importância deste trabalho e dessa forma permitir que o mesmo se concretizasse.

Agradeço aos adolescentes e seus responsáveis por estar sempre solícito, aceitarem participar da pesquisa e responderem o questionário, demonstrando compreensão da importância do estudo.

#### 4.9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva/Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.- 1º Ed. 1º reimpressão.- Brasília; Ministério da saúde, 2013. P. 63-69.

2 - Digiácomo MJ, Estatuto da Criança e do Adolescente Anotado e Interpretado. Curitiba, Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2013. 6ª Ed.

3 - Ministério da Saúde, (BR). Saúde e Prevenção nas Escolas, Atitude para curtir a vida. Brasília, 2007.

4 - Martins LBM. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais, prevenção de DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do município de São Paulo [dissertação]. Campinas, SP: [s.n.], 2005.

5 - Bouzas ICS, Cader AS, Leão L. Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas, obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência. *Adolesc Saude*. 2014;11(3)7-21.

6 - Tornis NHM, Lino AIA, Santos MAML, Lopes CLR, Barbosa MA, Siqueira KM. Sexualidade e anticoncepção: o conhecimento do escolar/adolescente. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 07, n. 03, p. 344 – 350, 2005. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7\\_3/original\\_11.htm](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_11.htm), acessado em 19 de abril de 2015.

7 - SILVA MF. Sexualidade e Gravidez na Adolescência. Campos Gerais - MG: [s.n.], 2011.

- 8 - Moura LNB, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Oliveira DCO. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciam uma gravidez. Rev. Acta Paul Enfermagem, p. 320-26, 2011.
- 9 - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: 2010b.
- 10 - ROCHA, M. J. F. Adolescência e anticoncepção: conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais por estudantes da zona urbana do Cruzeiro do Sul, Acre. São Paulo. 2010. 186f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- 11- SILVA, Pricilla Diniz Bonfim; OLIVEIRA, Michele Dias da Silva; MATOS, Marcos André de; TAVARES, Viviane Rodrigues; MEDEIROS, Marcelo; BRUNINI, Sandra et al. Comportamento de risco para as doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes escolares de baixa renda. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.7, n. 2, p. 185-189, mar. 2005.
- 12- BRÊTAS, J.R.S. et al. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 3, Set. 2009.
- 13 - Soares LR, Cabero FV, Souto TG, Coelho RFS, Lacerda LCM, Matão MEL. Avaliação do comportamento sexual entre jovens e adolescentes de escolas públicas. Adolesc. Saude, Rio de Janeiro, v.12, n.2,p. 76-84, abr/jun 2015
- 14 -Madureira VSF, Weber AI. Conhecimento de adolescentes mulheres sobre contracepção. Cogitare Enferm. 2011;16(2):333-9.
- 15- Programa Nacional de DST/AIDS. Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

17 – Garbin CAS, Lima DP, Dossi AP, Arcieri RM, Rovida TAS. Percepção de Adolescentes em Relação a Doenças Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contraceptivos. DST – J Bras Doenças sex transm 2010; 22(2): 60-63

18 – Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contraceptivo por adolescentes de escolas públicas na Bahia. Rev. Saúde pública 37:566-75, 2003.

19- Jeolás LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. Ciência & Saúde Coletiva 2003; 8(2): 611-620