UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

EDIELSON DOS ANJOS COSTA

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

ARACAJU-SE

SETEMBRO – 2017

EDIELSON DOS ANJOS COSTA

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Halley Ferraro Oliveira

ARACAJU-SE

SETEMBRO- 2017

EDIELSON DOS ANJOS COSTA

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

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela banca examinadora com requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe, sob a orientação do Prof. Dr. Halley Ferraro Oliveira

Orientador: Prof. Dr. Halley Ferraro Oliveira

Autor: Edielson dos Anjos Costa

Orientador: Prof. Dr. Halley Ferraro Oliveira

ARACAJU-SE

DEZEMBRO – 2017

EDIELSON DOS ANJOS COSTA

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

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela banca examinadora como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe, sob a orientação do Prof. Dr. Halley Ferraro Oliveira

Orientador: Prof. Dr. Halley Ferraro Oliveira

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa vencida. Agora prossigo com novas metas e expectativas para novas conquistas. Para alcançar esse sonho, percorri caminhos com muita determinação, foco, coragem e autoconfiança. Como já dizia Charles Chaplin: “Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, por que o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante”.

Agora, é momento de agradecer àqueles que contribuíram de alguma forma nesta conquista. Começo agradecendo a Deus por ter me concedido saúde, inteligência e a disposição necessária para que esse momento chegasse. Aos meus pais – Josefa Costa e Erinaldo Costa –por terem me apoiado e acreditado em mim desde o início. Agradeço à minha irmã Edilza Costa e ao meu cunhado Claudio Tavares, por tudo que fizeram por mim durante esses anos, serei eternamente grato. Ao meu irmão Emerson Costa e à minha cunhada Jasmin costa, por todo apoio e confiança. Agradeço também aos meus sobrinhos Ruan, Cauã e Natiely. Quero agradecer aos amigos que, mesmo longe, sempre estiveram ao meu lado: Simone Mitma, Max Barros, Leonel Ricardo, Carlos André, Fabiana Cortes, Cristiane Andrade e Douglas de Santos. Agradeço aos amigos que conquistei nesta jornada – pelo apoio, companheirismo e pelos bons momentos que passamos juntos – dentre os quais: José Cardoso, Fernando Alves, Allysson Melo, Cleverton Dantas, Sérgio Ricardo, Deivison Dinízio, Wendel Souza, Raimundo Júnior, Saulo Rodrigues e Jeison Oliveira. Agradeço também aos colegas do internato, em especial à Nanci Cláudia e Francisco Lima, pelas experiências que passamos juntos e troca de conhecimentos. Agradeço também aos demais familiares e amigos pelo incentivo e confiança. Agradeço a todos os professores que passaram pela minha vida, pois seus ensinamentos foram fundamentais para essa conquista. Agradeço em especial ao professor Halley Ferraro Oliveira**,** pelo apoio e confiança.

LISTA DE TABELAS

REVISÃO DE LITERATURA

Tabela 1 Número de incidência de AIDS nos jovens entre faixa etária dos 15 aos 24 anos**.**
PERÍODO 2011.....12

Tabela 2- Números de casos de DSTs curáveis no ano 2008, segundo (OMS).
PERÍODO 2008……..13

ARTIGO CIENTÍFICO

Tabela 1 - Características sociodemográficos dos adolescentes. 46

Tabela 2 - Características sobre vida sexual e conhecimento sobre métodos anticoncepcionais.....48

Tabela 3 -. Distribuição percentual dos adolescentes, de acordo com o conhecimento e atitude frente ao uso dos contranceptivos.....49

Tabela 4- Porcentagem de conhecimento sobre uso de camisinha e transmissão de DSTs/AIDS 50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adiquirida
- 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

1 – REVISÃO DE LITERATURA…….....09

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

1.3.7 DONOVANOSE.....17

1.3.8 LINFOGRANULOMA VENEREO 17

1.3.9 HERPES.....17

1.4 CONSEQUÊNCIAS DSTs/AIDS NOS ADOLESCENTES 18

1.5 FATORES DE RISCOS DSTs/AIDS.....18

1.6 MEDIDAS DE PREVENÇÃO DSTs/AIDS.....19

2. REFERÊNCIAS….....…….....21

3.NORMAS PARA PUBLICAÇÃO …….....…….....27

4.ARTIGO ORIGINAL ……...…….....36

4.1 RESUMO …...…….....…….....37

4.2 ABSTRACT.….....…….....39

4.3 INTRODUÇÃO ….....…….....…….40

4.4 METODOLOGIA….....…..……..……...42

4.5 RESULTADOS.….....……...…….....……..43

4.6 DISCUSSÃO.....…….....49

4.7 CONCLUSSÃO.....51

4.8 AGRADECIMENTOS … ..……...….....…….....52

4.9 REFERÊNCIAS.....53

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 DSTs/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

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 DSTs (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).

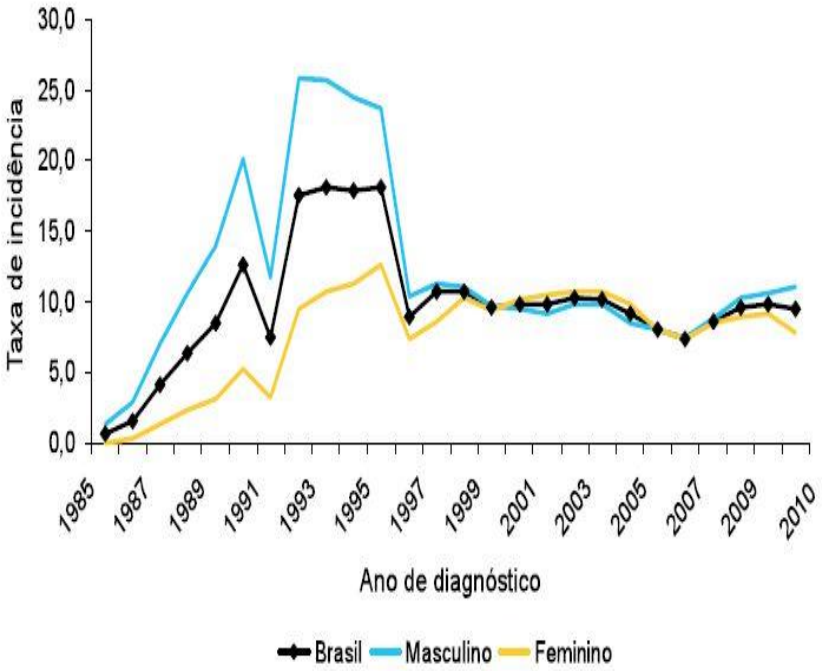
Em 2007 o número de infecção para HIV era de 14 mil pessoas por dia, levando 20 milhões de óbitos desde o diagnóstico dos primeiros casos. Um 1/3 dos 30 milhões dos jovens que convive com HIV/AIDS no mundo encontra-se com idade entre 10 a 24 anos de idade (Paiva V, Peres C, Blessa C,2002). Até 2030 a (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 em torno de 25% de todas as DSTs são confirmadas em jovens com menos 25 anos (World Health Organization,2007). As adolescentes sexualmente ativa em escala mundial apresenta 30% de infecção para Clamídia e 40% para 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).

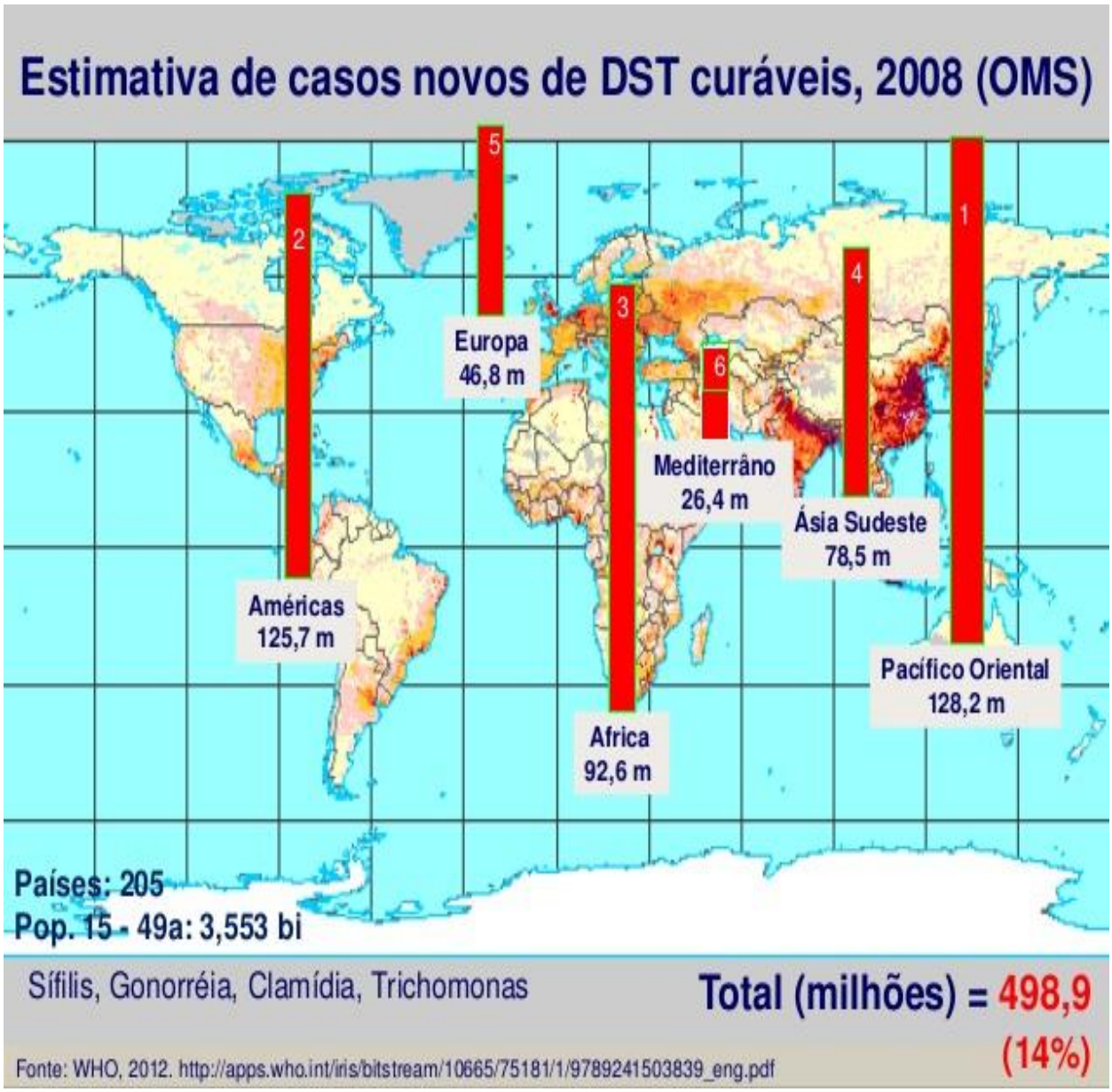
TABELA 1- Conforme os dados apresentados no gráfico abaixo sobre incidência de aids nos jovens de 15 a 24 anos.

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.

TABELA 2- Números de casos de DST curáveis, segundo dados da OMS mostrado abaixo.



1.3– DSTs/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, Hepatite, Gonorreia, (HPV),Herpes,Sífilis, Tricomoníase **,**Linfogranuloma venéreo e Donovanose**.**

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 neurossífilis 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).

A Sífilis Congênita é uma doença de notificação compulsória, responsável por efeitos negativos na assistência perinatal, causando óbito fetal, prematuridade, lesões neurológicas, baixo peso ao nascer e outros efeitos. Diante disso, a OMS estabeleceu em 2005 algumas medidas para erradicação dessa enfermidade, a saber: garantir política governamental com programa bem estabelecido; aumentar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde materno-infantil; identificar e tratar todas as gestantes portadoras de sífilis e seus parceiros; estabelecer vigilância, monitorização e avaliação do sistema de saúde (FEITOSA, et al., 2016).

Estudo realizado no município de Feira de Santana, Bahia, mostra uma prevalência de sífilis entre adolescentes semelhante às estimativas da população brasileira, ou seja, em torno de 1,10%, conforme dados do Ministério da saúde. Isso sugere que os adolescentes estão iniciando a vida sexual de forma precoce e, como consequência, estão mais expostos aos fatores de risco para infecção das DSTs. Este estudo também mostrou que a prevalência de sífilis entre os adolescentes é maior nos indivíduos do sexo masculino, que pode ser justificada por maior exposição ao uso de drogas, o grande número de parceiros sexuais sem proteção e a falta de ocupação profissional entre esse grupo de adolescentes (MONTEIRO, *et al.,* 2015).

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-Tricomoníase

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 (CELLAND et al.,2007).

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).

A mudança de comportamento das adolescentes nas últimas décadas, que vem iniciando a atividade sexual de forma mais precoce, tem levado ao aparecimento de lesões mais graves na fase adulta. Na adolescente não existe uma recomendação para a realização do exame preventivo, uma vez que os processos infecciosos nessa população regridem espontaneamente e, muitas delas possuem alterações simples, não precursoras de câncer do colo de útero. Atualmente a vacina contra HPV tem se tornado uma grande aliada na prevenção do câncer do colo de útero, sendo aplicada na adolescência e seus benefícios serão obtidos na idade adulta. Esta vacina combate a infecção pelos vírus mais frequentes, os HPVs 16, 18, 31 e 45, que são os responsáveis pela maioria dos casos de câncer de útero; e os HPVs 6 e 11, responsáveis por 90% dos casos de candiloma acuminado. Diante do que foi exposto, fica evidente a importância dos programas de educação sexual nas escolas, mostrando a importância do sexo seguro e dos riscos de DST ao praticar sexo com múltiplos parceiros (MACÊDO, *et al*., 2015).

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 transmissão é por contato sexual (WROCLAWSKI; BEZZERRA, 1999; BRASIL, 2010). 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).

1.3.7-Donovanose

Causada pela bactéria Gram-negativa Klebsiella granulomatis, sendo transmitida pelo contato sexual, embora a possibilidade de contágio não sexual. (Manela-Azulay M, Azulay DR,2008; Brasil,2006).O período de incubação varia de 30 dias a 6 meses. A donovanose apresenta evolução crônica que acomete, a pele e as mucosas das regiões genital, perianal e inguinal; Caracteriza-se por lesões úlceradas e indolores com fundo amolecido e aspecto vermelho vivo,bordas irregulares, bem delimitadas(Brasil,2006; Gavazzoni MF, Perissé ARS, Nery JAC,2009).O medicamento de escolha é o estearato de eritromicina ,500mg ,VO, 6/6h por 21 dias. (Duarte G,2004; CDC, 2006)

1.3.8-Linfogranuloma venéreo

O linfogranuloma venéreo (LGV) é causada por Chlamydia trachomatis, sorotipos L1, L2 e L3, transmissão pelo contato sexual.Depois do período de incubação de 3 a 30 dias, na fase primária aparece uma pápula podendo ulcerar no local da inoculação prepúcio ou glande nos homens e na vulva ou parede vaginal nas mulheres.(Brasil,2006; Duarte G,2004; Einarson A, Shuhaiber S, Koren G, 2001).A manifestação clínica mais comum é linfadenopatia inguinal apresentando gânglios dolorosos e unilaterais.5 O tratamento de escolha é a doxiciclina, 100mg,VO, 12/12h durante três semanas. (Ministério da Saúde, 2008).

1.3.9-Herpes

Os vírus (HSV-1 e HSV-2) pertencentes à família Herpesviridae provocam lesões genitais HSV-2 e lesões periorais HSV-1. A infecção ocorre através das mucosas ou soluções de continuidade cutânea.(Gavazzoni MF, Perissé ARS, Nery JAC,2009). Manifestação clínica através de pequenas bolhas em região genital masculina e feminina, recorrente ,incurável ,com ardência e coceira intense.Segundo o (CDC) de 2006, as opções de tratamento são (Workoowski KA,Berman MS,2006) aciclovir, 400

mg três vezes ao dia ou 200 mg cinco vezes ao dia; famciclovir: 250 mg três vezes ao dia; valaciclovir 1.000 mg duas vezes ao dia.O valaciclovir é administrado com menos frequência, porém o aciclovir é o medicamento mais barato e portanto, a primeira escolha. A duração usual do tratamento varia de 7 a 10 dias.

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,2010).

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 inexistem 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,2012).

Um estudo realizado com 3.195 adolescentes de 15 a 19 anos de idade aponta as relações afetivo-sexuais homo/bissexuais como fator de risco para as DSTs. Nesta pesquisa 74,2% dos alunos que tinham comportamento homo/bissexual afirmaram usar preservativos com uma frequência menor em relação aos que afirmaram ter apenas relação heterossexual (48,6%) (ASSIS, et al., 2014).

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).

Um estudo realizado com alunos de duas escolas, uma pública e outra particular, mostrou que os alunos da segunda possuem um conhecimento mais abrangente sobre as DSTs em relação aos alunos da escola pública. No mesmo trabalho foi evidenciado que independente da escola estuda, o tema DSTs é abordado de forma superficial e incipiente, não sendo feita uma abordagem mais completa que possa contribuir de forma significativa na aprendizagem dos alunos (SILVA, 2015).

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.

ASSIS, S.G. de et al. Adolescência, comportamento de sexual e fatores de risco à saúde. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V 48, n 1, p.43 – 51, 2014.

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.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 4ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar –PeNSE. Coordenação de Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2009a.

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

Brêtas JRS. Vulnerabilidade e adolescência. **Rev Soc Bras Enferm Ped** [periódico na Internet].2010; [citado 2014 jan 08];10(2):89-96. Disponível

em:http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdfrevista/vol10n2/v.10_n.2art5.reflvulnerabilidade-e-adolescencia.pdf.

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.

Centers for Disease Control and Prevention.**Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines.** MMWR.2006;55:1-94. (No. RR-11)

Costa LHR, Coelho ECA. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem** [periódico na Internet]. 2011 [citado 2014 jan 08];19(3):[10 telas]. Disponívelem: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_24.pdf

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>. Acesso em: 20 set. 2010.

DINIZ, I.M.S.; LOPES A.S.; BORGATTO A.F. Crescimento físico e composição corporal de escolares de diferentes grupos étnicos do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Cineantropom Desempenho Hum**. 2008: 10(1):12-8.

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

FEITOSA, J.A.S. de et al. Sífilis Congênita. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília.** Brasília. V 5, n 2, p. 286 – 97, 2016.

Ferreira THS, Farias MA, Silvares 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. Disponívelem:<http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/5899/1/2013_LucileiaMartinsLopesFernandes.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2014.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. **A voz dos adolescentes.** http://www.unicef.org.br (acessado em 05/Fev/2003).

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.

Gavazzoni MF, Perissé ARS, Nery JAC. Sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis. In: Azulay-Abulafia L, Alves GF, Costa A. **Dermatologia e Gravidez**.Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, p. 277-292.

MACÊDO, F.L.S. de et al. Infecção pelo HPV na adolescente. **Revista Femina.** Minas Gerais, v 43, n 4, p. 185-188, 2015.

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=S0034716720110002000 24&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em:6 mar. 2014.

Manela-Azulay M, Azulay DR. **Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: Dermatologia.** Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2008. p.367-88.

Marinho MB. Entre funcional e o lúdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da AIDS. Interface- comunicação, saúde, educação [periódico na internet]. 2000 fev; [citado 18 nov 2008]; 4(6): [aprox.12 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.

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 (BR). Bol Epidemiol AIDS, Brasília (DF), 2005;

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hepatites Virais: O Brasil está atento. 3 ed. Brasília, DF:Ministério da Saúde; 2008

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.

MONTEIRO, M.O.P. de et al. **Fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes do sexo masculino, feminino e gestantes de um Centro de Referência Municipal/CRM- DST/HIV/AIDS de Feira de Santana, Bahia.** Rio de Janeiro, v 12, n 3, p. 21- 23, jul/set 2015.

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

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil.Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde,Brasil, 1996. Rio de Janeiro: **Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil**; 1997.

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.

SILVA, R. Quando a escola opera na conscientização dos jovens adolescentes no combate às DSTs. **Educar em Revista.** Curitiba, Brasil, n.57, p. 221-238, jul./set. 2015.

SPINARDI, J.R. et al. Adolescer com HIV: saber, conhecer, conviver. **Adolesc. Saúde**,2008;5(2):714.Disponívelem:<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.

Workowski KA, Berman MS. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep 2006 (RR-11); 55:1-95.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexually Transmitted Infections (STIs), The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. 2013. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/index.html

WROCLAWSKI, E. B.; BEZZERRA, C. A. Uretrites. In: BELDA JÚNIOR, W. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 53-58.

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.adolescenteesaude.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.adolescenteesaude.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 (ConsultoresAdHoc), 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)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 – UMA ATUALIZAÇÃO

Edielson dos Anjos Costa[1], Halley Ferraro Oliveira[2], Fredisson Porto Melo[3], Cleverton Luiz Dantas[4].

[1] Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe

[2] Professor Adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe

[3] Graduado em medicina pela Universidade Federal de Sergipe

[4]Graduado em medicina pela Universidade Federal de Sergipe

Endereço para correspondência: edielsoncosta.med@gmail.com

Edielson dos Anjos Costa , tel: (079) 99971-1530

Rua Pedro José do Nascimento, n° 2636, Conjunto Médici II, Luzia, 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

Geral

- ✓ Analisar o conhecimento e as práticas de adolescentes acerca das DSTs/AIDS.

Específicos

- ✓ Atualizar os resultados de um trabalho preexistente acerca do conhecimento sobre DSTs/AIDS entre adolescentes.
- ✓ Analisar o conhecimento dos adolescentes sobre os possíveis efeitos negativos da prática da atividade sexual de forma desprotegida.
- ✓ Descrever o conhecimento dos adolescentes sobre os fatores de risco predisponentes às DSTs/AIDS.

Métodos: A pesquisa foi delineada nos moldes de um estudo comparativo, realizado em um colégio público do município de Lagarto-Sergipe. A população escolhida foi formada por alunos regularmente matriculados das 1ª, 2ª e 3ª séries 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 e validado, auto-responsivo, composto por questões fechadas. 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 estar presente no dia em que o questionário foi aplicado.

Resultados: Foram aplicados 150 questionários entre estudantes que compreendiam uma faixa etária de 12 a 19 anos. Os escolares compreenderam 59,33% do sexo feminino e 40,66% do sexo masculino. Quanto à vida sexual, 34% referiram

ter vida sexual ativa. O uso de método contraceptivo na primeira relação sexual foi referido em 62,74%. A respeito do conhecimento sobre métodos contraceptivos que sabiam usar, 50,66% afirmaram saber usar camisinha masculina, e 38,66%, a pílula. A principal fonte de informação sobre métodos anticoncepcionais foi à escola, com 66,00%.

Conclusão: De acordo com os resultados do trabalho, observou-se uma grande evolução no conhecimento dos adolescentes sobre o uso de preservativo em relação à prevenção e transmissão de DST/AIDS, se compararmos, por exemplo, à pesquisa realizada por Dantas (2016). Em geral, ao iniciarem a vida sexual precocemente, os adolescentes não estão preparados biologicamente para tal ato e também não possuem conhecimento suficiente para identificarem os fatores que os expõem à vulnerabilidade relativa à DST/AIDS.

A maioria dos adolescentes tinha entre 14 a 16 anos de idade, eram do sexo masculino, solteiros(as), pardos(as), adeptos a religião católica. Quando se considera a questão da idade, os meninos começaram a vida sexual mais precocemente do que as meninas.

O uso do preservativo nos adolescentes foi a melhor forma de prevenção de DST/AIDS, embora nem todos utilizem esse método. Apesar da maioria dos estudantes usarem a camisinha, o seu uso esteve condicionado ao conhecimento e a confiança no parceiro, a prevenção de DST/AIDS. Outros fatores responsáveis pela dispensa de preservativos são a confiança no(a) parceiro(a) e o simples fato de conhecer a pessoa.

Palavra-chave: Adolescência; Preservativo; DSTs/AIDS

4.2 – ABSTRACT

Objectives: General - To verify the knowledge of the use of the male condom in the

adolescents of a Public School on the prevention of STD/ AIDS.

Specific: -To study the adolescent students according to sociodemographic data.

-Observe the main means of information that adolescents have about STD/ AIDS.

Methods: The research was outlined in the form of a comparative study, carried out in a public school in the municipality of Lagarto-Sergipe. The chosen population was formed by students regularly enrolled in the 1st, 2nd and 3rd grades of high school, the morning and afternoon shifts. The cut age group of adolescents interviewed was between 12 and 19 years old. After the contact and authorization of the school's management, the data were collected through a standardized and validated, self-responsive questionnaire, composed of closed questions. The inclusion criteria were: to accept to participate voluntarily in the research, to be between 12 and 19 years old and to be duly enrolled in the morning and afternoon period in the referred series. And as exclusion criteria: cognition deficit, not present on the day the questionnaire was applied.

Results: 150 questionnaires were applied among students who comprised an age group of 12 to 19 years. The students comprised 59.33% female and 40.66% male. Regarding sexual life, 34% reported having an active sex life. Contraceptive use at the first sexual intercourse was reported at 62.74%. Regarding the knowledge about contraceptive methods they knew how to use, 50.66% said they know how to use a male condom, and 38.66%, the pill. The main source of information on contraceptive methods was school, with 66.00%.

Conclusion : According to the results of the study, a great evolution in the adolescents' knowledge about the use of condoms in relation to the prevention and transmission of STD / AIDS was observed, if we compare, for example, the research done by Dantas (2016). In general, adolescents are not biologically prepared for early sexual activity and are not sufficiently knowledgeable to identify the factors that expose them to STD / AIDS vulnerability.

The majority of adolescents were between 14 and 16 years of age; they were male, single, brown, Catholic. When one considers the question of age, boys started sex life earlier than girls.

The use of condoms in adolescents was the best way to prevent STD / AIDS, although not everyone uses this method. Although most of the students use the condom, their use was conditioned by their partner's knowledge and trust, STD / AIDS prevention. Other factors responsible for dispensing condoms are trust in the partner and the simple fact of knowing the person.
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 n° 8.069 de 13/07/1990, considera o período da adolescência entre 12 aos 18 anos[1,2]**.** 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[3]**.** 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[1]. 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.[4] 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[1]. Também é nesse momento que ocorre a gravidez precoce, um problema de saúde mundial, especialmente nos países em desenvolvimento. Levando a prevalências de complicações maternos e fetais, alem de agravar problemas socioeconômicos observados nessa faixa etária[5].

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 influencia. Vários trabalhos mostram que os adolescentes conhecem no mínimo um método contraceptivo, porém menos de 50% utiliza[4]. 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[1].

Tornis at 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[6].

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[7,8].

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

A pesquisa foi delineada nos moldes de um estudo comparativo, realizado em um colégio público do município de Lagarto-Sergipe. A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2017, 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 fechadas, divididos em três seções: a primeira seção, sobre conhecimentos sociodemográficos; a segunda, abordando gravidez e métodos de evitar filhos; a terceira, sobre adequação de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais. O questionário 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 estar presente no dia em 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 (N° 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.

RESULTADOS

No total, foram aplicados 150 questionários entre estudantes que compreendiam uma faixa etária de 12 a 19 anos. Dentre os jovens pesquisados, 95,33% (n=143) tinham entre 15 e 19 anos de idade. Apenas 4,66% (n=07) informaram ter entre 12 e 14 anos de idade. Dentre os 150 pesquisados, 59,33% (n=89) são do sexo feminino e 40,66% (n=61) do sexo masculino. Quanto à escolaridade, 27,33% (n=41) dos alunos cursavam a 1ª série do ensino médio, 24% (n=36) cursavam a 2ª série e 48,66% (n=73) cursavam a 3ª série do ensino médio. Em relação à religião, 93,32% (n=140) dos escolares afirmaram ter prática religiosa, dos quais 73,33% (n=110) afirmaram ser católicos, 14,66% (n=22) afirmaram ser evangélicos e 5,33% (n=8) informaram seguir outras religiões/crenças. Os 6,66% (n=10) restantes afirmaram não possuir religião. Em se tratando de estado civil, 98% (n=147) se declararam solteiros e 2% (n=3) casados. Em relação à cor da pele, 75,33% (n=113) se declararam de cor parda/morena, 20,66% (n=31) de cor branca, 2,66% (n=4) de cor negra e 1,33% (n=2) se declararam de outras etnias. Quanto à escolaridade paterna informada pelos jovens, 48,66% (n=73) dos alunos disseram que o pai possuía ensino fundamental incompleto ou completo, 29,33% (n=44) ensino médio incompleto ou completo, 12,66% (n=19) ensino superior incompleto ou completo e 9,33% (n=14) não souberam informar. Quanto à escolaridade materna, 34% (n=51) dos alunos disseram que a mãe possuía ensino fundamental

incompleto ou completo, 34,66% (n=52) ensino médio incompleto ou completo, 23,33% (n=35) ensino superior incompleto ou completo e 8% (n=12) não souberam informar. (Tabela 1)

TABELA 1. Características sociodemográficas dos adolescentes. (Lagarto, 2017)

Características	N=150	100%
Idade acumulada		
12-14	**07**	**4,66**
15-16	**63**	**42,00**
17-19	**80**	**53,33**
Sexo		
Feminino	**89**	**59,33**
Masculino	**61**	**40,66**
Escolaridade		
1° Série do ensino médio	**41**	**27,33**
2° Série do ensino médio	**36**	**24,00**
3° Série do ensino médio	**73**	**48,66**
Cor da pele		
Branca	**31**	**20,66**
Parda/morena	**113**	**75,33**
Negra	**04**	**2,66**
Demais	**02**	**1,33**
Religião		
Católica	**110**	**73,33**
Evangélica	**22**	**14,66**
Sem religião	**10**	**6,66**

Outras	**8**	**5,33**
Estado civil		
Solteiro	**147**	**98,00**
Casado	**3**	**2,00**
Outros	**00**	**00**
Escolaridade do pai		
Ensino fundamental incompleto	**53**	**35,33**
Ensino fundamental completo	**20**	**13,33**
Ensino médio incompleto	**9**	**6,00**
Ensino médio completo	**35**	**23,33**
Ensino superior incompleto	**6**	**4,00**
Ensino superior completo	**13**	**8,66**
Não sei	**14**	**9,33**
Escolaridade da mãe		
Ensino fundamental incompleto	**36**	**24,00**
Ensino fundamental completo	**15**	**10,00**
Ensino médio incompleto	**20**	**13,33**
Ensino médio completo	**32**	**21,33**
Ensino superior incompleto	**9**	**6,00**
Ensino superior completo	**26**	**17,33**
Não sei	**12**	**8,00**

De acordo com o resultado da pesquisa, 34% (n=51) – ou seja, cerca de um terço – dos 150 estudantes afirmaram que já tiveram relação sexual, sendo que 66,66% (n=34) dos que afirmaram isso são do sexo masculino e 33,33% (n=17) são do sexo feminino. Quando questionados sobre o uso de algum método contraceptivo para evitar filhos na primeira relação sexual, tem-se que 62,74% (n=32) desses 51 estudantes referiram ter usado, enquanto que 37,25% (n=19) negaram uso de qualquer método (Tabela 2).

A respeito do conhecimento sobre métodos contraceptivos que sabiam usar, 50,66% (n=76) dos 150 jovens afirmaram saber usar a camisinha masculina, 38,66% (n=58) a pílula, 16,66% (n=25) a camisinha feminina e 26% (n=39) a pílula do dia seguinte. Segundo os jovens, a principal fonte de informação sobre anticoncepção foi a escola, citada por 66% (n=99) dos estudantes; em seguida, estão: 32,66% (n=49) familiares, 28% (n=42) amigos, 18,66% (n=28) livros e revistas. (Tabela 2).

TABELA 2-Características sobre vida sexual e conhecimento sobre métodos anticoncepcionais. (Lagarto, 2017)

Características	N=150	100%
Já teve relação sexual		
Sim	**51(n=150)**	**34,00**
Não	**99(n=150)**	**66,00**
Sexo dos que declaram já ter tido relação sexual		
Masculino	**34(n=51)**	**66,66**
Feminino	**17(n=51)**	**33,33**
Taxa acumulada de início de relação sexual		
10 – 13 anos	**03(n=51)**	**5,88**
14 - 16 anos	**35(n=51)**	**68,62**
17 - 19 anos	**13(n=51)**	**25,49**
Fez uso de preservativo na primeira relação sexual		
Sim	**32(n=51)**	**62,74**
Não	**19(n=51)**	**37,25**
Quais métodos anticoncepcionais sabem usar		
Pílula	**58**	**38,66**
Camisinha Masculina	**76**	**50,66**
Camisinha Feminina	**25**	**16,66**
Pílula do dia seguinte	**39**	**26**
Onde os adolescentes já receberam orientações sobre anticoncepção		
Na escola	**99**	**66,00**

Revista/Livros	**28**	**18,66**
Amigos	**42**	**28,00**
Com familiares	**49**	**32,66**

Quando indagados sobre quais métodos para evitar gravidez já haviam experimentado, 62,56% (n=117) afirmaram que nunca teve relação sexual, 47,05% (n=24) dos estudantes disse camisinha masculina, 35,29% (n=18) pílula do dia seguinte, 33,33% (n=17) pílula (comprimido), 7,84% (n=4) tabelinha, 3,92% (n=2) coito interrompido, 3,92% (n=2) camisinha feminina e 1,96% (n=1) injeção. E com qual frequência esses adolescentes sexualmente ativos fazem uso de camisinha? 35,29% (n=18) afirmam que sempre fazem uso do preservativo; 31,37% (n=16) dizem que na maioria das vezes; 17,64% (n=9) de vez em quando e 15,68% (n=8) nunca.

Perguntado aos jovens se acham que a camisinha diminui o prazer sexual, responderam sim 22,66% (n=34), não 20,66% (n=31) e 56,66% (n=85) ficaram sem resposta. Ao todo, 92% (n=138) dos 150 adolescentes afirmam que é dever, sim, usar o preservativo em todas as relações sexuais; somente 4% (n=6) afirmou que não concorda com isso. Outros 4% (n=6) ficaram sem resposta para essa questão. Caso o(a) parceiro(a) quisesse ter relação sem a camisinha, 32% (n=48) diriam sim e 68% (n=102) diriam não.

Tabela 3 -Distribuição percentual dos adolescentes, de acordo com o conhecimento e atitude frente ao uso dos anticontranceptivos. (LAGARTO, 2017)

Métodos anticoncepcionais já usaram	**N**	**%**
Camisinha masculina	**24**	**47,05**
Pílula do dia seguinte	**18**	**35,29**
Pílula (ACHO)	**17**	**33,33**
Camisinha feminina	**02**	**3,92**
Injeção	**01**	**1,96**
Coito interrompido	**02**	**3,92**

Tabelinha	**04**	**7,84**
Nenhum	**14**	**27,45**
Uso de camisinha		
Sempre	**18 (n=51)**	**35,29**
Na maioria das vezes	**16 (n=51)**	**31,37**
De vez em quando	**09 (n=51)**	**17,64**
Nunca	**08 (n=51)**	**15,68**
A camisinha masculina diminui o prazer na relação sexual		
Sim	**34(n=150)**	**22,66**
Não	**31(n=150)**	**20,66**
Sem resposta	**85(n=150)**	**56,66**
Os adolescentes devem usar a camisinha em todas as relações sexuais		
Sim	**138(n=150)**	**92,00**
Não	**06(n=150)**	**4,00**
Sem resposta	**06(n=150)**	**4,00**
Se o parceiro não quisesse usar camisinha transaria mesmo assim		
Sim	**48(n=150)**	**32,00**
Não	**102(n=150)**	**68,00**

Tabela 4- Porcentagem de conhecimento sobre uso de camisinha e transmissão de DSTs/AIDS (LAGARTO, 2017)

Conhecimento sobre camisinha e transmissão de DST/AIDS	**ACERTOS**	**100%**
Para evitar DST, a camisinha deve ser colocada desde o início da relação sexual	144(n=150)	96,00
As DST também podem ser adquiridas em piscinas	85(n=150)	56,66
Para se proteger da AIDS, é necessário usar camisinha somente se for ter relações com pessoa que seja contaminada pelo vírus.	115(n=150)	76,66

No sexo oral não se pega DST.	90(n=150)	60,00
No sexo anal se pega DST.	125(n=150)	83,33
É possível pegar AIDS ao se praticar sexo oral ou anal, sem ter praticado sexo vaginal.	112(n=150)	74,66
Mesmo que uma pessoa esteja usando método anticoncepcional precisa usar camisinha para evitar DST.	138(n=150)	92,00
Quando uma pessoa foi tratada de outras DST, ela está protegida de pegar AIDS.	125(n=150)	83,33

4.6– DISCUSSÃO

A adolescência é um caminho abarrotado de descobertas. A cada passo, uma novidade. Algumas dessas novidades, contudo, merecem atenção especial. Temas como drogas, preconceito e sexualidade aparecem como pedras "drummondianas" no caminho dos jovens. Levando em consideração que meninos e meninas têm sua primeira relação sexual precocemente – em média, aos 14,6 anos de idade (ROCHA, 2010) –, é de extrema importância observar o nível de conhecimento que os adolescentes possuem a respeito da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e de gravidezes precoces. Segundo publicação do Ministério da Saúde, o uso do preservativo masculino é o método mais eficaz para diminuir o risco de DST/AIDS, além de evitar a gravidez precoce.

Nesta pesquisa, os resultados mostraram que 1/3 dos estudantes entrevistados já tiveram relação sexual. A primeira relação sexual da maioria (68,62%) ocorreu entre 14 e 16 anos. Os dados são semelhantes à pesquisa realizada em 2015, nesta mesma escola, por Dantas (2016). Assim como na pesquisa de Dantas, a maioria dos estudantes que declararam já ter tido relação sexual é do sexo masculino. Mais da metade de todos os estudantes do sexo masculino afirmam que já não são mais virgens, mantendo, portanto, padrão similar ao da pesquisa de Dantas (2016).

De acordo com Brêtas et al.(2009), uma grande quantidade de adolescentes inicia a vida sexual entre os 12 e os 17 anos de idade, com pouca responsabilidade social, apresentando-se como alvos vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DST), especialmente ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)[12]. Diferentes pesquisadores e especialistas assinalam como um risco comportamental a atividade sexual precoce, em idade inferior a 14 anos, assim como foi verificado em 50% dos sujeitos sexualmente ativos da pesquisa feita por Soares et al. (2015)[13]**.** O Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) afirma que, atualmente, os adolescentes têm a primeira relação sexual mais precocemente que gerações anteriores[14]**.**

Quando analisamos as questões relacionadas à pratica sexual entre os participantes que já tiveram relação sexual, pouco mais da metade (62,74%) relatou ter usado preservativo na primeira relação sexual. Os dados encontrados foram semelhantes aos encontrados por Dantas (2016), que encontrou índice de 62,5%. Contudo, ambos foram inferiores ao encontrado anteriormente por Rocha (2010), cujos resultados apresentaram índices superiores a 79,3%. Ou seja, os adolescentes estão se apresentando menos cautelosos se compararmos com os resultados obtidos por Rocha (2010).

Quando perguntamos aos adolescentes sobre quais métodos contraceptivos saberiam usar, os resultados mostraram que eles conhecem diversos métodos, sendo que a pílula anticoncepcional convencional (38,66%) e a camisinha masculina (50,66%) foram os mais citados. Se compararmos com os resultados obtidos por Dantas (2016), observamos que a camisinha masculina manteve índice semelhante, apenas um pouco superior – antes era 45,28% das respostas, agora, ultrapassou os 50%. Entretanto, em outro ponto, observou-se fato interessante: o índice de conhecimento sobre o uso da pílula do dia seguinte cresceu e obteve equiparação significativa se comparado ao índice do uso da pílula anticoncepcional convencional.

Na pesquisa de Dantas (2016), quando questionados sobre quais métodos anticoncepcionais sabem usar, a pílula convencional foi citada em 48,43% das respostas, enquanto que a pílula do dia seguinte foi citada em 18,87%. Já a presente

pesquisa trouxe 38,66% para a pílula convencional e 26% para a pílula do dia seguinte. A equiparação é notada também quando buscou-se saber quais métodos anticoncepcionais os adolescentes já usaram: em Dantas (2016), 17,14% citaram a pílula do dia seguinte e 10% a pílula; no presente trabalho, 35,29% citaram a pílula do dia seguinte e 33,33% citaram a pílula convencional. O aumento é notável.

Dentre os outros métodos anticoncepcionais já usados pelos jovens, somente a injeção e a tabelinha tiveram diferenças perceptíveis na comparação deste trabalho com a pesquisa realizada por Dantas (2016). No trabalho de Dantas, 4,28% disseram já ter usado a injeção, enquanto 2,85% afirmaram ter usado a tabelinha como método anticonceptivo; no presente trabalho, a injeção foi citada por apenas 1,96%, enquanto a tabelinha alcançou índice de 7,84%. Camisinhas masculina e feminina, assim como os demais métodos, apresentaram resultados semelhantes nas duas pesquisas.

Porém, os dados encontrados sobre uso de camisinha masculina foram visivelmente muito inferiores aos obtidos no estudo de Gardin et al (2011): 75% dos que declararam ter vida sexual ativa afirmaram usar camisinha masculina[17].

Quando perguntados se o(a) parceiro(a) não quisesse usar camisinha na relação sexual, 32% dos adolescentes aceitariam, enquanto 68% afirmam que diriam não. Os números parecem relativamente agradáveis, porém, se comparados aos encontrados por Dantas (2016), chegam a preocupar. No trabalho de Dantas (2016), apenas 17,61% afirmaram que aceitariam transar sem camisinha.

Quanto às informações sobre os métodos contraceptivos, 89,54% afirmaram que já foram informados a respeitos de tais métodos. Este dado é inferior ao encontrado por Almeida (2003)[18], que foi de 97,4% e superior ao encontrado no estudo realizado por Tornis et al (2005) que foi de 74,9%[6]**.** 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-se uma grande evolução no conhecimento dos adolescentes sobre o uso de preservativo em relação à prevenção e transmissão de DST/AIDS, se compararmos, por exemplo, à pesquisa realizada por Dantas (2016). Em geral, ao iniciarem a vida sexual precocemente, os adolescentes não estão preparados biologicamente para tal ato e também não possuem conhecimento suficiente para identificarem os fatores que os expõem à vulnerabilidade relativa à DST/AIDS.

A maioria dos adolescentes tinha entre 14 a 16 anos de idade, eram do sexo masculino, solteiros(as), pardos(as), adeptos a religião católica.Quando se considera a questão da idade, os meninos começaram a vida sexual mais precocemente do que as meninas.

O uso do preservativo nos adolescentes foi a melhor forma de prevenção de DST/AIDS, embora nem todos utilizem esse método. Apesar da maioria dos estudantes usarem a camisinha, o seu uso esteve condicionado ao conhecimento e a confiança no parceiro, a prevenção de DST/AIDS. Outros fatores responsáveis pela dispensa de preservativos são a confiança no(a) parceiro(a) e o simples fato de conhecer a pessoa.

Embora tenha crescido o número de adolescentes que afirmam já receberam orientações sobre anticoncepção na escola, na família e com amigos, há ainda um número preocupante de jovens que nem sempre põem em prática ações de prevenção por dificuldades em relação ao uso do preservativo. Isso reforça que os adolescentes aprendem, recebem o conhecimento, mas não há uma mudança de comportamento frente ao risco da atividade sexual. Tendo em vista os dados levantados, percebe-se que

a educação orientadora e preventiva sobre as DST/AIDS devem ser ininterruptas, com ações a respeito de sexualidade e reprodução nas escolas, na comunidade e na família.

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.

4.9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. 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.
3. 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.- 1° Ed. 1° reimpressão.- Brasília; Ministério da saúde, 2013. P. 63-69.
4. 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.
5. DANTAS, C.L. **Conhecimento do uso da Camisinha Masculina na Prevenção das DSTs/AIDS nos Adolescentes de uma escola pública do estado de Sergipe**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2016.

6. 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.
7. 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
8. Madureira VSF, Weber AI. **Conhecimento de adolescentes mulheres sobre contracepção.** Cogitare Enferm. 2011:16(2):333-9.
9. 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** [disertação]. Campinas, SP: [s.n.], 2005.
10. Ministério da Saúde, (BR). Saúde e Prevenção nas Escolas, Atitude para curtir a vida. Brasília, 2007.
11. 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.
12. 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.
13. Programa Nacional de DST/AIDS. **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
14. 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.
15. SILVA MF. **Sexualidade e Gravidez na Adolescência**. Campos Gerais - MG: [s.n.], 2011.
16. 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 adolescentesescolares de baixa renda. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.7, n. 2, p. 185-189,mar. 2005.

17. 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
18. Tornis NHM, Lino AIA, Santos MAML, Lopes CLR, Barbosa MA, Sigueira 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, acessado em 19 de abril de 2015.