



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA – DME**

**ANÁLISE DO NÍVEL DE PROFICIÊNCIA SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS DE ESTUDANTES DA EDUCAÇÃO BÁSICA DO ESTADO DE  
SERGIPE, SUAS RELAÇÕES COM ESTILOS DE VIDA E ATITUDES DE  
VULNERABILIDADE**

**GUILHERME FERNANDES RAMOS DA SILVA**

Aracaju/SE

2018

**GUILHERME FERNANDES RAMOS DA SILVA**

**Análise do nível de proficiência sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis de  
estudantes da educação básica do Estado de Sergipe, suas relações com estilos de vida e  
atitudes de vulnerabilidade**

**Orientadora: Profa. Dra. Alice Alexandre Pagan (DBI/UFS)**

**Co-orientadora: Profa. Dra. Rosana Cipolotti (DME/UFS)**

São Cristóvão/SE

2018

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA – DME**

**Análise do nível de proficiência sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis de  
estudantes da educação básica do Estado de Sergipe, suas relações com estilos de vida e  
atitudes de vulnerabilidade**

Trabalho de conclusão de curso apresentado pelo aluno  
Guilherme Fernandes Ramos da Silva, sob orientação da  
Profa. Dra. Alice Alexandre Pagan e co-orientação da Profa.  
Dra. Rosana Cipolotti, ao Departamento de Medicina da  
UFS, como requisito parcial para obtenção do grau de  
Bacharel em Medicina.

---

Autor: Guilherme Fernandes Ramos da Silva

---

Orientadora: Profa. Dra. Alice Alexandre Pagan

Aracaju/SE

2018

**GUILHERME FERNANDES RAMOS DA SILVA**

**Análise do nível de proficiência sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis de  
estudantes da educação básica do Estado de Sergipe, suas relações com estilos de vida e  
atitudes de vulnerabilidade**

Trabalho de conclusão de curso apresentado pelo aluno  
Guilherme Fernandes Ramos da Silva, sob orientação da  
Profa. Dra. Alice Alexandre Pagan e co-orientação da Profa.  
Dra. Rosana Cipolotti, ao Departamento de Medicina da  
UFS, como requisito parcial para obtenção do grau de  
Bacharel em Medicina.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**1º examinador**

---

**2º examinador**

---

**3º examinador**

À minha família...

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pelo cálice das bênçãos que derrama sobre nós! Obrigado por guiar meus passos! Rogo para que eu possa sempre continuar trilhando, em Sua companhia, o caminho da paz e da caridade. Senhor, fazei de mim um instrumento de vossa paz!

À minha família, fonte de amor e ternura, que, para além dos primeiros passos, me ensinaram a amar e servir. Pai, mãe, obrigado pelo apoio e amor, incondicional. Clara, minha linda irmã, obrigado por sempre acreditar em mim, mesmo quando eu já não mais acreditava. Marcelle, minha maravilhosa namorada, obrigado por dividir comigo as horas de angústia e alegria, e pelo incentivo e consolo nos momentos que mais precisei. Amo muito todos vocês. Aonde quer que eu vá, levarei vocês comigo em minha alma, em meu ser.

Às minhas orientadoras, professoras Alice Alexandre Pagan e Rosana Cipolotti. Com vocês, mais que dar os primeiros passos nos caminhos das ciências experimentais, aprendi a ter carinho pelo que se faz; aprendi a me colocar no lugar no meu paciente, do meu educando, e pude, então, me despir de muitos dos meus preconceitos! Obrigado por, mais que me ensinar ciências, terem sido educadoras do sentido essencial do termo: certamente, depois de vocês, serei não apenas um médico melhor, mas uma pessoa melhor! A vocês, meu carinho, minha amizade, meu apreço e minha admiração!

À minha amiga Fabrícia Leoniza, pessoa boníssima e perspicaz, sem a qual este trabalho não teria sido possível. Fabrícia, obrigado por partilhar comigo a árdua tarefa que foi a construção desse trabalho, desde o seu nascedouro, até seu termo! Que a nossa amizade perdure para além da ciência!

Ao amigo Marcos Hernani, pessoa formidável que, sem esperar nada em troca, ofereceu-se para auxiliar quando foi preciso, sem sequer ser convidado. Marcos, sem você compor esse trabalho teria sido ainda mais árduo. Obrigado pela amizade e carinho que me dedicas.

Aos amigos Nicolas Magno, Luís Filipe Góis e Luís Fabiano Passos: apoio e luz nas horas mais escuras. Ao amigo William Batista pelos valiosos conselhos.

Por fim, agradeço aos profissionais e alunos das escolas pesquisadas. Esse trabalho foi realizado com vocês e para vocês. Sem esse apoio dos educadores e educandos, não haveria sentido fazer pesquisa em educação. Muito obrigado.

*“(...) a nossa inclinação é resistente às prescrições da razão<sup>1</sup>”*  
(Immanuel Kant)

---

<sup>1</sup> KANT, Immanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Trad. Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2008, p. 66.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: *Acquired immunodeficiency syndrome*

DCNT: Doenças crônicas não transmissíveis

HIV: *Human immunodeficiency virus*

HPV: *Human papillomavirus*

HSV: *Herpes simplex virus*

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST: Infecções sexualmente transmissíveis

MS: Ministério da Saúde (Brasil)

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

SES-SE: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido

UNAIDS: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

## **LISTAS**

### **LISTA DE TABELAS**

|                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 – Expectativa de vida ao nascer, Brasil, 1940-2015.....                            | 12 |
| Tabela 2 – Óbitos por ocorrência, segundo Capítulo CID-10, em Sergipe, entre 1996-2015..... | 21 |

### **LISTA DE QUADROS**

|                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 – Eixo 1: Atitude de discernimento para ação em situação de risco.....                                 | 42 |
| Quadro 2 – Eixo 2: Atitude de comunicação para o autocuidado.....                                               | 44 |
| Quadro 3 – Frequência do nível do discurso dos estudantes, por descritor conceitual, em termos percentuais..... | 45 |

## RESUMO

IST ainda são importante problema de saúde pública. Em 2016 a OMS estimou sua incidência em um milhão de casos por dia. A educação em saúde é uma das estratégias disponíveis para enfrentar o crescimento, através dela é possível construir uma sociedade co-responsável por sua situação de saúde. Neste cenário, esta pesquisa se propôs a verificar o nível de proficiência sobre IST de estudantes secundaristas de Aracaju, identificando seus discursos e atitudes de risco. Realizamos a abordagem por questionários que tentaram mensurar conteúdos de base conceitual e procedimental sobre IST. Ao final, em que pese a faixa etária e nível de escolaridade, conclui-se que a maioria dos estudantes apresenta discursos acima do esperado acerca do reconhecimento das IST, formas de prevenção, tratamentos e sintomas, não sendo possível constatar se esse maior nível de informação está, invariavelmente, atrelado à redução do número de casos, em termos populacionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em saúde; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Fatores de risco; Atitudes de vulnerabilidade.

## SUMÁRIO

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. REVISÃO DE LITERATURA.....                                                          | 12 |
| a. Infecções sexualmente transmissíveis.....                                           | 14 |
| b. Educação em saúde.....                                                              | 18 |
| c. À guisa de justificativa.....                                                       | 21 |
| 2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                                                     | 25 |
| 3. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....                                                         | 33 |
| 4. ARTIGO CIENTÍFICO.....                                                              | 36 |
| 5. APÊNDICES.....                                                                      | 55 |
| a. Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....                 | 55 |
| b. Apêndice B – Solicitação de Autorização da Secretaria de Estado da<br>Educação..... | 56 |
| c. Apêndice C – Questionário.....                                                      | 57 |

## REVISÃO DE LITERATURA

Nas últimas décadas, a situação de saúde no Brasil passou por radicais transformações. Em decorrência de diversos fatores – melhoria do padrão de vida da população, melhor qualidade de habitação, maior acesso à educação, educação em saúde, informação, medidas de promoção de saúde como saneamento básico, implementação de novas tecnologias em saúde e o aumento da cobertura da rede prestadora da atenção básica à saúde (ARAÚJO, 2012), dentre outros – a expectativa de vida do brasileiro aumentou sensivelmente, passando de cerca de 45 anos de idade em 1940 para 75 anos em 2015; um aumento de 30 anos de esperança de vida nos últimos 75 anos, como evidencia a tabela 1 abaixo (IBGE, 2015, p. 7).

Tabela 1. Expectativa de vida ao nascer, Brasil, 1940-2015.

| Ano           | Expectativa de vida ao nascer |       |        | Diferencial entre os sexos (anos) |
|---------------|-------------------------------|-------|--------|-----------------------------------|
|               | Total                         | Homem | Mulher |                                   |
| 1940          | 45,5                          | 42,9  | 48,3   | 5,4                               |
| 1950          | 48                            | 45,3  | 50,8   | 5,6                               |
| 1960          | 52,5                          | 49,7  | 55,5   | 5,9                               |
| 1970          | 57,6                          | 54,6  | 60,8   | 6,2                               |
| 1980          | 62,5                          | 59,6  | 65,7   | 6,1                               |
| 1991          | 66,9                          | 63,2  | 70,9   | 7,8                               |
| 2000          | 69,8                          | 66    | 73,9   | 7,9                               |
| 2010          | 73,9                          | 70,2  | 77,6   | 7,4                               |
| 2015          | 75,5                          | 71,9  | 79,1   | 7,2                               |
| Δ (1940-2015) | 30                            | 29    | 30,8   |                                   |

Fonte: IBGE, Estatísticas sociais, 2015.

Para além do aumento da longevidade, essas mudanças históricas, que implicaram num melhor nível de saúde no país, acarretaram também uma mudança do perfil de morbimortalidade do brasileiro. Nossa população, neste interstício, deixou de registrar como principal causa de adoecimento e morte as doenças infectocontagiosas e passou a observar um aumento da prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis, as DCNT (PRATA, 1992). Chamamos esse processo de mudança nos padrões de morbimortalidade de uma dada população, saindo de uma condição na qual predominam doenças infecciosas para uma na qual predominam doenças mais típicas da maturidade, de transição epidemiológica:

"O perfil de morbi-mortalidade pode ser considerado um indicador relativamente sensível das condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população, sendo o resultado da interação de diversos fatores interdependentes (...) o declínio do coeficiente de mortalidade geral não é o único aspecto notável no Brasil nos últimos 50 anos; também a redução da mortalidade infantil, o aumento da expectativa de vida da população e a modificação do seu perfil epidemiológico foram observados. Este processo, o qual Omran (1971) descreveu como de transição epidemiológica, caracteriza-se pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas." (PRATA, 1992).

Contudo, dissonando da descrição clássica de transição epidemiológica teorizada por Omran (1971), ainda que tenhamos reduzido a participação proporcional das doenças infecciosas na mortalidade geral da população brasileira, nosso país, diferentemente da maioria dos países desenvolvidos, ainda é assolado por uma “tripla carga de doenças” (MENDES, 2010), na qual as doenças infecciosas e parasitárias – ladeada pela ascendência assustadora das mortes por causas externas (GONSAGA, 2012), e pelo crescimento esperado da prevalência das DCNTs – ainda constituem importante componente nos padrões de morbimortalidade apresentados pelo Brasil (ARAÚJO, 2012a).

A persistência das infecções como causa relevante de adoecimento, entretanto, não se deve apenas às agendas não concluídas de controle de endemias ou de promoção de saúde: de fato, o que existe é uma forte tendência ao declínio de doenças que outrora foram significativas causas de morbimortalidade no Brasil, como a tuberculose, a hanseníase e as doenças preveníveis por meio de vacinação (WALDMAN & SATO, 2016). Todavia, o visível comportamento perseverante das doenças infectocontagiosas no que se convencionou chamar de “tripla carga de doenças” (MENDES, 2010) deve-se mais às doenças que assumem um caráter emergente ou reemergente<sup>2</sup> que aos antigos males outrora vivenciados pelas nossas comunidades.

Ressalte-se aqui que, conquanto as infecções respondam, em números percentuais, por uma pequena parte dos casos de doença e morte no Brasil, em cifras absolutas elas ainda constituem um importante problema de saúde pública (SEGURADO; CASSENTE; LUNA,

---

<sup>2</sup> É válido salientar aqui que, conforme remarcam Waldman e Sato (2016), a emergência e reemergência das doenças infectocontagiosas não significam, necessariamente, um retrocesso na situação de saúde do Brasil. A frequência e a velocidade com a qual estas doenças se espalham dependem de inúmeros fatores (como a globalização, o intercâmbio de pessoas e mercadorias, transportes de massa, crescimento populacional, aumento do processo de urbanização, surgimento de novas doenças, dentre outros) e, na história do mundo, diversas foram as condições nas quais epidemias de doenças infectocontagiosas se espalharam, não relacionadas, forçadamente, à más condições de saúde. À guisa de exemplo relembremos a pandemia de gripe pelo influenza H1N1 ocorrida em 2009, mesmo em países com excelente situação de saúde.

2016). Curiosamente, dentre as doenças contagiosas que registraram os maiores aumentos nos números de casos, as doenças sexualmente transmissíveis, cuja prevenção há muito já é possível – ao lado das arboviroses como dengue, zika e chikungunya – ganham destaque (WALDMAN & SATO, 2016).

Este aparente paradoxo pode ser explicado por diversos fatores, dentre eles, uma maior liberdade sexual das pessoas nos dias atuais, o que facilita os contatos íntimos, inclusive, em idade cada vez mais precoce (HUH & CAVALINI, 2013). Há ainda quem aponte que exista falta de informação sobre o assunto – que se tornou, nos últimos anos, um tabu em nosso país – pela redução das campanhas educativas (FAÇANHA *et al*, 2004). Outras fontes afirmam ainda que as taxas de informações gerais acerca das ISTs, paradoxalmente, aumentaram; contudo, ainda que a disponibilidade da informação seja maior atualmente, é alegado que menos de 30% da população as compreende corretamente, principalmente no que concerne à prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs (UNAIDS, 2017).

Apesar das aparentes discordâncias, o que é ponto pacífico entre os diferentes estudiosos, neste contexto, é que a maior liberalidade na expressão sexual dos indivíduos em nosso tempo favorece a multiplicidade de parceiros e, uma prática sexual mais presente e mais plural somada à queda da adesão aos preservativos – e à opção por métodos anticoncepcionais que não sejam métodos de barreira *paripassu* como motivador à dispensa do condom, que parece funcionar como importante fator de risco independente – podemos, ao menos, esperar um aumento na incidência das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) que, inegavelmente, ainda hoje constitui um importante problema de saúde pública.

### **Infecções sexualmente transmissíveis**

Ilustrando a magnitude do problema, a Organização Mundial da Saúde (OMS), dados de agosto de 2016, mostrou que a incidência diária de afecções transmitidas por via sexual supera um milhão de casos por dia. Isto quer dizer que mais de 365 milhões pessoas se contaminam com algum tipo de IST anualmente. Deste total, 25% dos casos são ou devido uma destas quatro afecções: infecções por clamídia, por gonorreia, sífilis ou tricomoníase. Em termos de prevalência, estima-se ainda que:

- Mais de 500 milhões de pessoas no mundo estão infectadas pelo vírus *Herpes simplex* genital (HSV-2);
- Mais de 290 milhões de mulheres estão infectadas com algum subtipo do vírus do papiloma humano (HPV);
- O HPV é o responsável pelo câncer invasivo do colo uterino que, por sua vez, vitima 530 mil mulheres por ano, levando cerca 275 mil mulheres à óbito todos os anos;
- Quase 1 milhão de mulheres estão infectadas com a bactéria causadora da sífilis e, deste total, aproximadamente 350 mil mulheres terão desfechos adversos em suas gestações em decorrência dessas infecções;
- Cerca de 300 mil óbitos fetais por ano são causados por consequências diretas da infecção congênita pela bactéria causadora da sífilis.

Por sua vez, ao analisarmos a situação sumariamente no Brasil, observamos estimativas do Ministério da Saúde (MS) apontando que, no mínimo, cerca de 14,4% da população já foi infectada, em algum momento de sua vida, com alguma IST de etiologia bacteriana (BRASIL, MS, 2015). Este mesmo relatório estima que a prevalência de IST de etiologia viral é de aproximadamente 41,9%; isso significa que quase metade da população do país já teve algum contato com algum agente viral causador de IST. Destes dados, podemos depreender que boa parte da população está assintomaticamente infectada – e espalhando a infecção. Considerando os novos hábitos sexuais da nossa população e das novas gerações, é razoável supor também que esta contaminação tem grandes chances de ter ocorrido de maneira muito precoce, o que pode futuramente impactar numa maior incidência de complicações relacionadas às ISTs não tratadas/diagnosticadas, como o câncer de colo uterino causado pelo HPV.

É importante lembrar que, por definição, chamamos de ISTs<sup>3</sup> as doenças causadas por agentes infecciosos que são transmitidos, sabidamente, pelo contato sexual, qualquer que

---

<sup>3</sup> Observar-se aqui que, desde 2015, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde (BRASIL, MS, 2015) recomenda a adoção da terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) em vez do classicamente difundido Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Essa recomendação vai ao encontro das recomendações e terminologias empregadas pela OMS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que assim a propõem, contextualizando que boa parte das ISTs são assintomáticas, ou seja: não causam doença clinicamente observável em curto e médio prazo (UNAIDS, 2017b). Além disso, tem-se como ganho adicional uma menor estigmatização do indivíduo portador de IST, uma vez que ele passa a receber o

sua modalidade: sexo vaginal, sexo oral ou sexo anal (OMS, 2016). Mais de 30 diferentes espécies de micro-organismos transmitidos sexualmente são conhecidos dentre bactérias, vírus, fungos e protozoários. Entre os patógenos causadores de ISTs, oito deles – quatro agentes virais: vírus da hepatite B (HBV), vírus do papiloma humano (HPV), vírus da herpes (HSV), vírus da imunodeficiência humana (HIV); e, quatro agentes bacterianos: sífilis, gonorreia, clamídia e tricomonas – têm especial importância pelo impacto que causam na saúde pública: estes oito são grandes responsáveis pela imensa maioria das ISTs diagnosticadas diariamente na população (OMS, 2016).

Note-se ainda que, conquanto o contágio, bem como a disseminação populacional das ISTs, ocorra principalmente pela via sexual, é importante observar que outras vias de contaminação são possíveis: transmissão por transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, pelo compartilhamento de seringas e agulhas utilizadas previamente por outrem, transmissão ocupacional por acidentes de trabalho com perfurocortantes e/ou exposição de mucosas ou pele não íntegra à fluídos contaminados, além da transmissão vertical materno-fetal (LONGO, 2013).

Algumas ISTs terão, por conseguinte, as vias extra-sexuais como mais comum forma de disseminação da infecção. Isto é particularmente verdade para o vírus da hepatite C, cuja via parenteral não-sexual responde pela maior parte dos contágios. Ainda assim, redundantemente, a principal via de transmissão considerando a totalidade das ISTs é a via sexual, e as mais prevalentes ISTs em nosso meio são, por conseguinte, adquiridas pelos indivíduos desta forma: hepatite B, HIV, HSV, sífilis, gonorreia, tricomoníase e clamídia (BRASIL, MS, 2015).

Por este motivo, não é surpreendente que os hábitos sexuais dos indivíduos – representados aqui pela quantidade e variação de parceiros sexuais, pelo uso ou não de preservativo e pela modalidade de sexo praticado – assim como os agentes biológicos causadores da infecção, como a carga de patógenos do hospedeiro, como o *status* imunitário do receptor e como o tempo de duração da infecção nos indivíduos, sejam importantes fatores de risco que irão contribuir no processo de adoecimento e dispersão das ISTs nos contingentes populacionais (BRASIL, MS, 2015).

---

*status* de “portador” ou de “infectado” em vez de “doente”, reduzindo o impacto psíquico e amenizando o estigma social que, ainda hoje, orbita os pacientes que lidam ou que lidaram com ISTs.

Consequentemente, esta marcante complexidade – tanto biológica quanto social – dos fatores envolvidos na transmissão e desenvolvimento das ISTs, terão como consequência direta um impacto não-uniforme sobre a população exposta, de modo que alguns estratos sociais e etários específicos – que possuem diferentes níveis de exposição – acabam perfazendo um grupo de maior risco para o desenvolvimento de ISTs, como, por exemplo, os profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis que compartilham suas seringas (UNAIDS, 2015).

Deste modo, corresponde ao esperado que, como exposto acima, o maior número de casos de infecção pelo vírus HIV seja diagnosticado, justamente, entre os jovens, que têm vida sexual mais intensa e maior variabilidade de parceiro. Segundo relatório recente (2017) do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), os jovens entre 15 e 24 anos responderam por mais de um terço da incidência de infecção por HIV no mundo no ano de 2016. Obviamente, são vários os fatores que podem ser elencados como determinantes deste quadro e é temerário apontar somente um deles como o grande responsável.

Por exemplo, a falta de sintomatologia típica e imediata ou mesmo em curto e médio prazo de boa parte das ISTs é um dos elementos que favorece profundamente sua disseminação nas comunidades. Ao somarmos isso à ausência de sintomas, à diversidade de parcerias sexuais, à baixa taxa de testagem e, consequentemente, ao desconhecimento sobre seu *status* sorológico, os indivíduos são capazes de espalhar as infecções, muitas vezes, sem o conhecimento de que o estão fazendo (BRASIL, MS, 2015).

Outro fator agravante adicional é que, embora boa parte das ISTs sejam preveníveis (algumas, a exemplo da Hepatite B, inclusive com estratégias de vacinação) e que planos de prevenção combinada de ISTs sejam frequentemente adotados em políticas públicas voltadas para o controle de ISTs (PCDT, 2015) – a exemplo combinação da prevenção individual (educação sexual, aconselhamento, métodos de barreira, adoção de EPI para profissionais de saúde, profilaxia pós-exposição, etc) com a prevenção coletiva (vacinação), a oferta de diagnóstico rápido e o tratamento precoce para evitar o espraio populacional das infecções – ainda assim, a ausência de prevenção em nível individual é importante causa de adoecimento, sendo a falta da prevenção o fator de risco que mais cresceu em importância na última década (Pesquisa Nacional “Juventude, Comportamento e DST/AIDS”, 2012).

Por fim, a ausência de diagnóstico, como citado acima e, consequentemente, da implementação do tratamento adequado, perpetua a cadeia de transmissão, impedindo que o

controle das ISTs seja realizado de maneira efetiva. Complexas são as condições que levam os indivíduos a se exporem em maior ou menor grau e mesmo a evitarem o diagnóstico e/ou tratamento. Entretanto, sabidamente, o acesso à informação – ou a falta dele – é um fator que, certamente, em alguma medida, está demasiado imbricado nesta decisão, seja ela consciente ou não (ARAÚJO, 2012b).

## **Educação em Saúde**

No que concerne à educação em saúde<sup>4</sup>, uma definição possível e elucidativa a compreende como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem desenhadas visando predispor, efetivar e reforçar comportamentos voluntários que conduza à saúde dos indivíduos, grupos ou comunidades” (GREEN & KREUTER, 1997). Embora não seja assim tão óbvio, faz-se necessário perceber que, entendendo educação em saúde nesta direção, curso forçado, seremos compelidos a perceber também – como pudemos começar a explicar no tópico anterior – que a determinação da saúde de uma população é um resultado complexo dependente de uma multiplicidade nem sempre facilmente mensurável de fatores que interagem entre si para produzir uma singular situação de saúde, tanto no indivíduo, como na comunidade.

Fato é que as múltiplas experiências dos indivíduos, acidentais ou não, e a pluralidade do comportamento humano concorrem para o desenvolvimento de um processo de

---

<sup>4</sup> Uma vez que o escopo do trabalho compreende, em última instância, investigar também se a educação em saúde no contexto atual de avanço das ISTs é efetiva enquanto medida de promoção de saúde, é importante diferenciarmos aqui educação em saúde de promoção de saúde. A educação, de maneira geral, por sua vez, está presente em todas as fases da vida do ser humano e é responsável pela sua interação com o meio à sua volta. (GIRONDI, 2006). Logo, como afirmado no texto, educação em saúde compreende instruir, ensinar os indivíduos modos de produzir sua própria saúde, mediante controle voluntário de suas ações. Isso pode ser dar tanto no âmbito da atenção à saúde em seus diversos níveis – primário, secundário e terciário – quanto em áreas que dialoguem com a saúde como nos processos pedagógicos da educação formal, por exemplo. No que concerne à promoção de saúde, o seu conceito, mais amplo, é capaz de englobar a educação em saúde, mas, por definição, ele precisa transcendê-lo. Observemos que a própria OMS, quando da promulgação da carta de Ottawa para promoção de saúde, em 1986, ainda que tenha definido a promoção de saúde como “O processo de permitir que as pessoas aumentem o controle ou melhorem sua saúde”, elencou como estratégias importantes para a promoção de saúde algumas ações ultrapassavam a mera educação em saúde, dentre elas: a construção de políticas públicas e fortalecimento de ações comunitárias (OMS, 1986). A seu turno, 16 anos mais tarde, o relatório do The 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology define promoção de saúde como “qualquer combinação planejada de mecanismos educacionais, políticos, ambientais, regulatórios ou organizacionais que apoiem ações e condições de vida favoráveis à saúde de indivíduos, grupos e comunidades” (GOLD & MINER, 2002), justamente vindo ao encontro da visão na qual enxerga-se a promoção de saúde como uma junção de suporte às ações integradas que, com o objetivo de melhorar as condições de saúde de uma dada população, transcende a mera abordagem comportamental e abarca situações políticas, sociais e econômicas como parte integrante da dinâmica social e, portanto, determinantes no processo saúde-doença das populações.

aprendizagem que, invariavelmente, modula as decisões das pessoas e influenciando em suas situações de saúde (CANDEIAS, 1997). Assim, neste contexto, é imperativo ter-se em conta que a educação em saúde não pode prescindir de absorver, em algum grau, estas experiências e transformá-las em comportamentos voluntários que poderão dirigir os indivíduos a uma situação de saúde mais favorável.

Portanto, é fundamental notar que, quando falamos de educação em saúde, isto implica, diretamente, dizer que devemos instruir os indivíduos para que estes tornem-se sistematicamente cômicos dos determinantes em saúde que os cercam, de modo a orientar seu modo de vida em um caminho no qual se vislumbra um menor risco de adoecimento; ou seja: educar, em saúde, significa trabalhar para que as pessoas possam, conscientemente, se comportar de maneira tal que, intencionalmente, produzam por meio de seu comportamento efeitos benéficos desejados sobre sua própria saúde (CANDEIAS, 1997).

Dado este cenário, extremamente relevante é perceber, contudo, que assimilar todo este processo de educação saúde como uma mera relação ensino-aprendizagem tradicional, pautada apenas em abordagens conteudistas nas quais o indivíduo apenas assimila – muitas vezes por mera repetição – um determinado *modus operandi* no qual se dá um processo mórbido, tem também o seu lado nefasto. A falta de uma educação crítica, além de impedir que o indivíduo transponha os seus conhecimentos sobre uma dada doença (transmissão, prevenção, diagnóstico e terapêutica) para as diversas situações práticas que ocorrem em seu cotidiano e que destoam, em maior ou menor grau, do que é aprendido na teoria, também pode fazer com que o sujeito venha a se culpar por quaisquer morbidades que venha a desenvolver eventualmente, ainda que não exista relação causal direta com seu comportamento – como, por exemplo, uma doença de fundo hereditário (VASCONCELOS, 1999).

Destarte, tanto para transpor essa autculpabilização do sujeito quanto para ser eficaz em termos de promoção de saúde, as ações educativas em saúde devem não somente se apropriar criticamente do discurso padrão da ciência normativa, mas também dialogar com a cultura e as condições de vida dos indivíduos educandos (SALCI *et al*, 2013), de maneira construtiva e não coercitiva, possibilitando a adoção espontânea de comportamentos consoantes com os objetivos da promoção de saúde (CANDEIAS, 1997). Longe de ser um processo estático e impositivo, a educação em saúde deve ser adaptada às inúmeras possibilidades do ser e do existir humano, tanto enquanto individualidade quanto comunidade.

Isso se mostra ainda em mais alto relevo quando observamos alguns resultados de pesquisas em educação em saúde que evidenciam a eficácia de ações de educação em saúde que foram pensadas levando-se em consideração as peculiaridades inerentes a determinados grupos sociais. Cordeiro *et al*, estudando métodos de esclarecer a população idosa sobre como se prevenir contra o contágio do HIV, concluíram que repensar as ferramentas utilizadas na abordagem desse grupo etário foi mais eficaz que utilizar a abordagem tradicional voltada para a população geral, concluindo que trabalhos educativos alternativos possuem fundamental importância e eficácia em populações resistentes às abordagens tradicionais – a exemplo da população idosa, uma vez que a sua intimidade sexual ainda lhes causa constrangimento, intimidação e vergonha (CORDEIRO *et al*, 2017).

Neste contexto, de todo o exposto e ainda considerando que as ISTs são infecções cujo contágio se dá, mormente, por fatores comportamentais, não é de todo difícil observar a importância da educação em saúde no controle da incidência das ISTs na população. Estudando os fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes e ferramentas efetivas na prevenção, Araújo *et al*, 2012b, concluíram que:

(...) por ser a AIDS uma doença transmissível e, até o momento, incurável, cujos índices vêm aumentando no mundo inteiro, deve-se considerar que **os componentes efetivos para o seu controle e prevenção são a informação e a educação**. Dessa forma, torna-se imprescindível pensar na AIDS como uma doença cada vez mais presente nas instituições de saúde, **sendo indispensável aos profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, dispor de conhecimentos e habilidades pedagógicas em atividades com vistas à educação**, ao controle e à prevenção da transmissão do HIV. (...) Assim, as **alternativas educacionais** com vistas à sua prevenção devem estar pautadas em orientações cuja essência seja a **diminuição da vulnerabilidade** com valorização da vida, **mudança de comportamento** e construção das alternativas de prevenção **num clima de liberdade, responsabilidade e solidariedade humana**. [Grifo nosso].

Logo, conclui-se que a educação – inclusive tomada de modo geral – é a principal ferramenta através da qual os governos e o Estado podem utilizar para construir um *corpus social* composto por cidadãos críticos e, em qualquer circunstância, co-responsáveis pela sua situação de saúde. A implementação de ações educativas – seja como proposta de Estado participante do ensino formal ou da atenção primária, seja estimulando os núcleos familiares a fazê-lo – devem, por sua vez, permitir, livremente, o crescimento e o amadurecimento dos sujeitos, contemplando o diálogo com a sua cultura e os saberes científicos.

### À guisa de justificativa...

Seguindo a tendência nacional, a tabela 2 abaixo ilustra que, no Estado de Sergipe, o perfil de mortalidade da população também exhibe uma tripla carga de doenças (DATA-SUS, 2017): Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs) são a primeira *causa mortis*, lideradas esse grupo pelas doenças cardiovasculares; seguidas das causas externas (problema importante no Brasil). Observemos que as doenças infecciosas orbitam, em termos percentuais, em níveis congruentes com a média do país, cerca de 4,5% das causas de óbito (DATA-SUS, 2017). Dentre as doenças infecciosas, o HIV, uma IST potencialmente prevenível, é a terceira entidade que mais está relacionada a óbito (*Idem*).

Em termos de morbidade, também sem surpresas, as doenças que contribuem com um maior número de casos para a persistência das doenças infectocontagiosas em nosso meio devem-se, à esteira do restante do país, às arboviroses, parasitoses endêmicas (como a esquistossomose) e às ISTs. Estimativas da Secretaria Estadual da Saúde do Estado de Sergipe (SES-SE) informam que é esperado um aumento de até 37% no total de casos de hepatites virais para o ano de 2017, tomando-se como base o ano anterior; comparando-se os dados atuais com as notificações realizadas no mesmo período do ano anterior, já existe um registro efetivo de um aumento de 68% em relação a 2016 (SES-SE, 2017).

**Tabela 2. Óbitos por ocorrência, segundo Capítulo CID-10, em Sergipe, entre 1996-2015**

| CAPÍTULO CID-10                                    | Nº Óbitos | %     |
|----------------------------------------------------|-----------|-------|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias      | 9.330     | 4,36  |
| II. Neoplasias (tumores)                           | 22.801    | 10,66 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 1.573     | 0,74  |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas  | 15.587    | 7,29  |
| V. Transtornos mentais e comportamentais           | 3.463     | 1,62  |
| VI. Doenças do sistema nervoso                     | 3.079     | 1,44  |
| VII. Doenças do olho e anexos                      | 8         | 0,00  |
| VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide      | 39        | 0,02  |
| IX. Doenças do aparelho circulatório               | 50.121    | 23,43 |
| X. Doenças do aparelho respiratório                | 16.046    | 7,50  |
| XI. Doenças do aparelho digestivo                  | 10.861    | 5,08  |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo        | 700       | 0,33  |

|                                                    |                |               |
|----------------------------------------------------|----------------|---------------|
| XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo  | 575            | 0,27          |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário             | 3.847          | 1,80          |
| XV. Gravidez parto e puerpério                     | 537            | 0,25          |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal  | 10.830         | 5,06          |
| XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 2.561          | 1,20          |
| XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 31.287         | 14,62         |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade     | 30.699         | 14,35         |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>213.944</b> | <b>100,00</b> |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Em resumo: o que temos como cenário atualmente em nosso estado é, assim como no Brasil como um todo, um aumento do número dos casos de IST que, não podendo ser ignorado, já se tornou um importante problema de saúde pública. Concordante com uma grande gama de autores da Saúde Coletiva, também acreditamos que as ações de promoção em saúde são ferramenta fundamental para o controle da disseminação destas doenças. Notadamente, para doenças de base comportamental, como as ISTs, as ações de Educação em Saúde, dentro desse componente macro que é a promoção de saúde, desempenham singular papel. A própria SES-SE orienta: “torna-se imprescindível a conscientização da população sobre os perigos da doença” (SES-SE, 2017).

Por serem julgados mais vulneráveis, os jovens são, frequentemente um grande público-alvo das ações de educação em saúde. Segundo o relatório 2017 do Programa das Nações Unidas Sobre HIV/AIDS, UNAIDS, os riscos entre adolescentes tendem a ser maiores quando o seu crescimento e desenvolvimento ocorrem em ambientes inóspitos, com acesso escasso à alimentos, serviços de saúde, educação, moradia e com altas taxas de violência (UNAIDS, 2017).

Adicionalmente, os adolescentes parecem possuir uma menor percepção de risco em relação aos adultos (*Idem*). Em pesquisa realizada em 37 países com jovens entre 15 e 24 anos, UNAIDS observou que apenas cerca de 30% dos jovens entrevistados possuía um conhecimento suficiente sobre prevenção das ISTs (*Idem*). Estes dados, extremamente atuais, continuam em concordância com o observado por Rouquayrol, dezessete anos antes. Para este pesquisador, a falta de preparo dos pais impacta significativamente da educação ruim dos filhos; assim como o tabu social de falar sobre sexo e sexualidade também exerce efeito negativo na conscientização destes jovens, seja pela escola, seja pela família, que tem

vergonha aliada à falta de instrução perpetuada sobre essas condições infecciosas (ROUQUAYROL, 2000).

Entretanto, ainda que parte dos autores atuais apontem a insuficiente informação como elemento primordial, em nossa pesquisa, temos por pressuposto que a mera “conscientização” – no sentido de meramente assimilar automaticamente um conteúdo, ainda que de maneira voluntária, ativa e consciente –, ainda que ocorra, é insuficiente. Isto porque, também em nossos dias, a taxa de infecção por ISTs também vem crescendo entre as pessoas com boa escolaridade e elevado grau de instrução. O boletim epidemiológico de AIDS 2016, do MS-Brasil, já apresenta dados congruentes com essa afirmação. Apenas no ano passado, o contingente de novas infecções por HIV em indivíduos com nível de escolaridade superior ao ensino médio completo somou, em termos percentuais, mais de 49% dos casos. Entre 2007 e 2016, mais de 45% dos novos casos foram diagnosticados em pessoas que possuíam, no mínimo, o ensino médio completo (BRASIL, MS, 2016).

Assim sendo, é possível afirmar que a maior incidência de casos de ISTs entre os jovens deve-se, realmente, à imaturidade de falta de informação? Essa é uma questão para a qual esperamos, ao menos, achar algumas pistas que possam nos direcionar à resposta... Dada a atual situação, *a priori*, assumimos que para promover saúde na escola é preciso mais que uma mera exposição de conteúdo. Uma educação crítica é fundamental para que se possa promover, dentre outros importantes efeitos na sociedade, a saúde dos indivíduos. Como se pôde observar acima, a mera educação formal com muitos anos de estudos completos não garante a saúde dos indivíduos. Uma possibilidade é que nem estes conteúdos e nem uma reflexão crítica sobre eles estejam contemplado nas grades curriculares das escolas e universidades.

Sabidamente, essa nossa posição é compartilhada por muitos estudiosos. Justamente por não ser mais possível ignorar que os casos de ISTs também têm avançado em grupos sociais relativamente esclarecidos, conscientes não somente dos perigos da doença, mas também da dinâmica da doença, desde as formas de contágio até os tratamentos disponíveis, é preciso não apenas nos perguntar “será que o aumento das ISTs deve-se, necessariamente, à falta de informação?”, mas, ato contínuo, partir desta dúvida em direção às novas formas de conscientização social e desenvolvimento da cidadania.

Neste sentido, tomando como pressuposto o que foi exposto – considerando o aumento das ISTs no Brasil e em Sergipe; considerando que a população jovem responde pelo

maior número de casos diagnosticados de ISTs; considerando que estes jovens estão dentre os grupos mais vulneráveis às ISTs, e; considerando ainda que a informação (ou a falta dela) é importante fator de risco para contágio – nesta pesquisa, buscamos investigar o nível de conhecimento de estudantes jovens da rede pública Estadual de ensino básico de Sergipe, não somente em seu aspecto conteudista, mas mormente no que concerne ao tipo de discurso e postura adotadas pelos estudantes frente a uma situação problema na qual os seus conhecimentos sobre ISTs sejam requeridos.

Assim, essa pesquisa se justifica pela importância de se avaliar o impacto que a informação ou sua falta tem, efetivamente, enquanto fator de risco para contaminação por ISTs. Optamos aqui, para isto, trabalhar com nível de proficiência em vez do clássico “nível de conhecimento”, porque consideramos que um questionário avaliativo no padrão ‘certo x errado’ não contemplam elementos de subjetividade que, indubitavelmente, são capazes de influenciar a tomada de decisão do indivíduo, visto que, em sua maioria, todos eles já trazem consigo experiências pregressas de aprendizagem que são, em maior ou menor grau, aproveitadas (ESTEBAN, 2008).

Deste modo, preferimos contemplar, em paralelo ao discurso normativo padrão da ciência, saberes não-científicos ou discursos não-normativos, uma vez que estes conhecimentos existem na prática e, via de regra, não são contemplados por modelos padronizados de questionários, excluindo assim essas variações de saberes e apenas mensurando se os estudantes estão acima ou abaixo de determinado nível de proficiência, ou seja, de um certo parâmetro considerado padrão que, nem sempre, são suficientes para atingir efetivamente os objetivos educacionais (SOUZA, 2016), sejam eles na área da saúde ou não.

Não devemos, portanto, nos esquecer que, para além do discurso normativo das ciências, existem inúmeras, quase infinitas, possibilidades que os indivíduos têm de conhecer e se relacionar com o mundo que os cerca (SOUZA, 2016, p. 12), construindo, dessa forma, não apenas novos saberes, mas também novos discursos que, *mutatis mutandis*, se adaptam às suas necessidades e realidades, funcionando como o intermediário que os auxilia na resolução de problemas cotidianos.

Este trabalho, portanto, em seus objetivos, procurou identificar estes discursos, tanto em seus aspectos conceituais quanto suas relações com o comportamento que os estudantes venham a exibir frente a uma situação-problema, ou seja, em seus aspectos atitudinais e procedimentais. Esperamos, com isso, não apenas dar mais um passo em direção à resposta da

pergunta “qual a relação entre informação em contágio por ISTs?”, mas também, contribuir para um aprimoramento do processo de educação em saúde, seja no ensino formal ou não, de modo que estas ações considerem as especificidades dos sujeitos e possam, por fim, contribuir para uma educação mais humana, cidadã e livre.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Ronaldo de; MONTEIRO, Paula. *Trânsito religioso no Brasil*. In: **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 92-100, July 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392001000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392001000300012&lng=en&nrm=iso) Acessado em 15 de Junho de 2017.

ANWAR, M.; SULAIMAN, S. A. S.; AHMADI, K.; KHAN, T. M. *Awareness of school students on sexually transmitted infections (STIs) and their sexual behavior: a cross-sectional study conducted in Pulau Pinang, Malaysia*. In: **BMC Public Health**, 10, 47. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-47> Acessado em 15 de junho de 2017.

ARAÚJO, José Duarte de. *Polarização epidemiológica no Brasil*. In: **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 21, n. 4, pp. 533-538, dez. 2012a. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso). Acessado em 30 out. 2017.

ARAÚJO, Telma Maria *et al.* *Fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes*. In: **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012b abr/jun; v. 20, n. 2, pp. 242-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a17.pdf> Acessado em 01 de novembro de 2017.

ARAÚJO, Fabrícia Leoniza. **Habilidades socioemocionais e conteúdos sobre IST no ensino fundamental**. 50f. Monografia (Licenciatura em Ciências Biológicas). Orientadora: Alice Alexandre Pagan. Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão/SE, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT)**. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acessado em 30 de setembro de 2017.

BRÊTAS, J. R. S.; HOARA, C. V. S.; JARDIM, D. P.; MUROYA, R. W. *O conhecimento de DST/AIDS por estudantes adolescentes*. In: **Rev Esc Enferm USP**. 2009, v. 43, n.3, pp.551-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a08v43n3.pdf> Acessado em 15 de junho de 2017.

CAIXA SEGUROS. **Pesquisa Nacional Juventude, Comportamento e DST/AIDS**. Disponível em: [http://www.caixaseguradora.com.br/institucional/Biblioteca%20de%20Documentos/Informa%C3%A7%C3%A3o%20e%20preven%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0s%20DSTs%20e%20AIDS/JUVENTUDE\\_COMPORTAMENTO\\_E\\_DST\\_AIDS.pdf](http://www.caixaseguradora.com.br/institucional/Biblioteca%20de%20Documentos/Informa%C3%A7%C3%A3o%20e%20preven%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0s%20DSTs%20e%20AIDS/JUVENTUDE_COMPORTAMENTO_E_DST_AIDS.pdf) Acessado em 01 de novembro de 2017.

CANDEIAS, Nelly M. F., *Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais*. In: **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, pp. 209-13, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n1/2249.pdf> Acessado em 01 de novembro de 2017.

FAÇANHA, M. C.; MENEZES, B. L.; FONTENELE, A. D.; MELO, M. A.; PINHEIRO, A. S.; CARVALHO, C. S.; PEREIRA, L. O. *Conhecimento sobre reprodução e sexo seguro de adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza-Ceará*. In: **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.16, p. 5-9, 2004. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista16-2-2004/1.pdf> Acessado em 01 de novembro de 2017.

FGV. **Novo mapa das religiões.** Disponível em: [http://www.cps.fgv.br/cps/bd/rel3/REN\\_texto\\_FGV\\_CPS\\_Neri.pdf](http://www.cps.fgv.br/cps/bd/rel3/REN_texto_FGV_CPS_Neri.pdf) Acessado em 15 de junho de 2017.

HUH, D.M.J; CAVALINI, S.F.S. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_atencao\\_integral\\_hiv.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_atencao_integral_hiv.pdf) Acessado em 01 de novembro de 2017.

IBGE. **Censo 2010.** Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&id=3&idnoticia=2240&busca=1&t=censo-2010-unioes-consensuais-ja-representam-mais-13-casamentos-sao-frequentes-classes> Acessado em 15 de junho de 2017.

\_\_\_\_\_. **Tábua completa de mortalidade 2015.** Disponível em: [https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2015/defaulttab\\_xls.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2015/defaulttab_xls.shtm) Acessado em 30 de setembro de 2017.

INEP. **O que é o SAEB.** 2016a. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/saeb>. Acesso em 18 de setembro de 2016.

\_\_\_\_\_. **O que é o PISA.** 2016b. Disponível em: <http://sitio.educacenso.inep.gov.br/pisa>. Acesso em 15 de setembro de 2016.

JENKINS, E. W. & PELL, R. G. **The Relevance of Science Education Project (ROSE) in England: a summary of findings.** 2006. Disponível em: <http://roseproject.no/network/countries/uk-england/rose-report-eng.pdf>. Acesso em 18 de setembro de 2016.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets. Global update 2017.** 2017 Disponível em:

[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Global\\_AIDS\\_update\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf)  
Acessado em 31 de outubro de 2017.

---

\_\_\_\_\_. **Guia de terminologia do UNAIDS.**  
2017b. Disponível em: [http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/10/WEB\\_2017\\_07\\_12\\_GuiaTerminologia\\_UNAIDS.pdf](http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/10/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf) Acessado em 31 de outubro de 2017.

KOHL, Márcia Bet *et al.* *Do conhecimento surge a prevenção DSTs/AIDS.* **Caderno de Publicações Acadêmicas**, v. 1, n. 1, p. 83, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/publicacoes/article/view/61> Acessado em 15 de junho de 2017.

GOLD, R.S.; MINER, K. R. 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. *Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology.* In: **J Sch Health**. 2002;72:3–7. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1746-1561.2002.tb06501.x/abstract> Acessado em 01 de novembro de 2017.

GONSAGA, R. A. T. *et al.* *Evaluation of the mortality due to external causes.* In: **Revista do colégio brasileiro de cirurgiões**. v. 39, n. 4, pp. 263-267. doi.: 10.1590/S0100-69912012000400004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n4/04.pdf> Acessado em 01 de novembro de 2017.

GREEN, L. W. & IVERSON, D. C. *School health education.* In: **Annual review of public health**. v. 3, pp. 321-338, 1892. Disponível em: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.pu.03.050182.001541> Acessado em 01 de novembro de 2017.

GREEN, L.W. & KREUTER, M.W. *Health promotion planning, an educational and environmental approach.* 2nd. ed., Mountain View, Mayfield Publishing Company, 1991. Disponível em:

<https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/30012/0000380.pdf?sequence=1>  
Acessado em 01 de novembro de 2017.

LIMA, Bárbara Conceição Santos. **Aproximação e distanciamento do discurso científico sobre o sistema de classificação biológica no ensino fundamental: reflexões sobre o desempenho escolar**. 40f. (Monografia - Graduação em Ciências Biológicas). São Cristóvão, SE: Universidade Federal de Sergipe, 2014.

LONGO, Dan L. *et al.* **Medicina interna de Harrison**. Trad. Ademar Valadares Fonseca *et al.* Rev. Téc. Almir Lourenço da Fonseca *et al.* 18ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

MARQUES, E. S.; MENDES, D. A.; TORNIS, N. H. M.; LOPES, C. L. R. *Conhecimento dos escolares adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis/AIDS*. In: **Rev. Eletrônica Enferm.** 2006; v. 8 n. 1, pp. 58-62. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/943/1151> Acessado em 15 de junho de 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. In: **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, pp. 2297-2305, Aug. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso). Acessado em 30 de outubro de 2017.

OECD. **About PISA**. 2016. Disponível em: <https://www.oecd.org/pisa/aboutpisa/>. Acesso em 15 de setembro de 2016.

\_\_\_\_\_. **Matriz de avaliação de leitura**. 2013. Disponível em: [http://download.inep.gov.br/acoes\\_internacionais/pisa/marcos\\_referenciais/2013/matriz\\_avaliacao\\_leitura.pdf](http://download.inep.gov.br/acoes_internacionais/pisa/marcos_referenciais/2013/matriz_avaliacao_leitura.pdf). Acesso em 15 de setembro de 2016.

\_\_\_\_\_. **Matriz de avaliação de ciências**. 2013a. Disponível em: [http://download.inep.gov.br/acoes\\_internacionais/pisa/marcos\\_referenciais/2015/matriz\\_de\\_ciencias\\_PISA\\_2015.pdf](http://download.inep.gov.br/acoes_internacionais/pisa/marcos_referenciais/2015/matriz_de_ciencias_PISA_2015.pdf). Acesso em 15 de setembro de 2016.

OMRAN, A. R. *The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change*. In: **Milbank Mem. Fund**, 1971; v. 49, p. 509-583. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/> Acessado em 30 de outubro de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Sexually transmitted infections (STIs)**. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>. Acessado em 30 de setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Ottawa charter for health promotion**. 1986. Genebra, Suíça: OMS. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> Acessado em 01 de novembro de 2017.

PAGAN, A. A. **Tecnologias de avaliação do desempenho escolar em ciências e matemática**: um estudo multidisciplinar. Aracaju: Fundação Universidade Federal de Sergipe, 2011.

PACHECO, Eliezer & ARAÚJO, Carlos Henrique. **Pesquisa nacional de qualidade na educação**: a escola pública na opinião dos pais. 2005. Disponível em: [http://download.inep.gov.br/download/imprensa/2005/Saeb/pesquisa\\_nacional\\_qualidade\\_educacao.pdf](http://download.inep.gov.br/download/imprensa/2005/Saeb/pesquisa_nacional_qualidade_educacao.pdf). Acesso em 18 de setembro de 2016.

PRATA, Pedro Reginaldo. *A transição epidemiológica no Brasil*. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-175, June 1992. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1992000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200008&lng=en&nrm=iso). Acessado em 30 de outubro de 2017.

SEGURADO, Aluisio Cotrim; CASSENOTE, Alex Jones; LUNA, Expedito de Albuquerque. *Saúde nas metrópoles - Doenças infecciosas*. In: **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 29-49, Apr. 2016. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000100029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100029&lng=en&nrm=iso). Acessado em 30 de outubro de 2017.

Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES-SE). **Adolescentes assumem comportamento perigoso em relação ao HIV**. Disponível em: <http://saude.se.gov.br/index.php/2017/07/03/adolescentes-assumem-comportamento-perigoso-em-relacao-ao-hiv/> Acessado em 30 de outubro de 2017.

SJØBERG, Svein & SCHREINER, Camilla. **The ROSE project**: An overview and key findings. 2010. Disponível em: <http://www.cemf.ca/%5C/PDFs/SjobergSchreinerOverview2010.pdf>. Acesso em 18 de setembro de 2016.

SILVA, R.A.R.; NELSON, A.R.C.; DUARTE, F.H.S. *et al.* *Conhecimento de estudantes adolescentes sobre transmissão, prevenção e comportamentos de risco em relação as DST/HIV/AIDS*. In: **Rev Fund Care Online**. 2016 out/dez; 8(4):5054-5061. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3634/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3634/pdf_1) Acessado em 15 de junho de 2017.

SOUZA, Sanny Santos. **Validação externa baseada no pluralismo epistemológico: um estudo sobre o tema “ser humano” e “saúde” no Estado de Sergipe**. 86f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências e Matemática) – Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Matemática (PPGECIMA), Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão/SE, 2016.

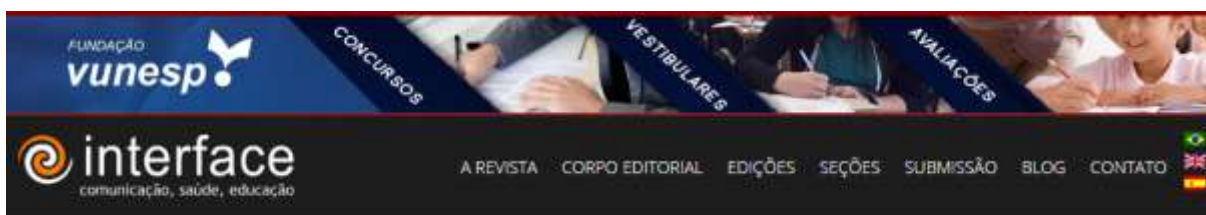
VASCONCELOS E. M. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

WALDMAN, Eliseu Alves and SATO, Ana Paula Sayuri. *Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio*. In: **Rev. Saúde Pública [online]**. 2016, vol.50, 68. Epub Dec 22, 2016. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050000232>. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000100137&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100137&lng=en&tlng=en) Acessado em 30 de outubro de 2017.

ZABALA, Antoni. **A prática educativa: como ensinar.** Tradução: Ernani F. da F. Rosa. Consultoria, supervisão e revisão técnica: Nalú Farenzena. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO



Revista Interface: <http://interface.org.br/submissao/>

Qualis A1 – Ensino / Qualis A2 – Educação / B1 – Saúde coletiva

### Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nas três línguas da revista (português, inglês e espanhol), com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nas três línguas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nas três línguas da revista. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nas três línguas. As resenhas devem dispor do título da obra resenhada no seu idioma original.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.
- Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.
- Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

– Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

#### **Nota**

Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.

**3** O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação. A revista adota os seguintes critérios mínimos de autoria: **a) ter participado da discussão dos resultados; e b) ter participado da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.**

#### **Nota**

O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

**4** A página inicial do manuscrito (*Main Document*) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

– Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

#### **Notas**

Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 20 palavras.

– Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras).

#### **Notas**

Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

– Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

**5** Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

**6** Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

**7** Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas devem estar em arquivos separados do texto original (*Main Document*), com suas respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

#### **Nota**

No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

**8** Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

**NÍVEL DE PROFICIÊNCIA SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS DE ESTUDANTES DA EDUCAÇÃO BÁSICA DO ESTADO DE  
SERGIPE, SUAS RELAÇÕES COM ESTILOS DE VIDA E ATITUDES DE  
VULNERABILIDADE**

Guilherme Fernandes Ramos da Silva

Alice Alexandre Pagan

Rosana Cipolotti

Fabrícia Leoniza de Araújo

**RESUMO**

Educação em saúde ainda é uma das importantes estratégias disponíveis para combater as IST, pois possibilita a construção de uma sociedade corresponsável por sua situação de saúde. Com esse pressuposto, esta pesquisa se propôs a verificar o nível de proficiência sobre IST de estudantes secundaristas de Aracaju/SE, identificando seus discursos e atitudes de risco. Realizamos a abordagem por questionário, visando mensurar conteúdos conceituais e procedimentais sobre IST. Ao final, considerando faixa etária e nível de escolaridade, concluímos que a maioria dos estudantes apresentou discurso acima do esperado acerca do reconhecimento das IST e suas características, não sendo possível confirmar se esse maior nível de informação se reflete, invariavelmente, na redução efetiva do número de casos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em saúde; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Fatores de risco; Atitudes de vulnerabilidade.

**INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas diversos fatores – como a melhoria do padrão de vida da população, melhor qualidade de habitação, maior acesso à educação, educação em saúde, informação, medidas de promoção de saúde como saneamento básico, implementação de novas tecnologias em saúde e o aumento da cobertura da rede prestadora da atenção básica à saúde (ARAÚJO, 2012), dentre outros – foram responsáveis pelo aumento da expectativa de

vida do brasileiro (IBGE, 2015) e pela mudança do perfil de morbimortalidade da população brasileira (GONSAGA, 2012).

Conquanto o nível de saúde do Brasil tenha melhorado, na contramão dos países desenvolvidos, nosso povo ainda padece pelo que se convencionou chamar de uma “tripla carga de doenças” (MENDES, 2010): doenças infecciosas e parasitárias, ladeadas pela ascendência assustadora das mortes por causas externas e pelo crescimento esperado da prevalência das DCNTs, ainda constituem importante fator impactante nos padrões de morbimortalidade apresentados pelo Brasil (ARAÚJO, 2012a).

Observe-se que a persistência das infecções como importante causa de adoecimento não se deve apenas às agendas não concluídas de controle de endemias ou de promoção de saúde: existe um visível comportamento perseverante das doenças infectocontagiosas que assumem um caráter emergente ou reemergente. Dentre as doenças contagiosas que persistem, aquelas de base comportamental, cuja prevenção há muito já é possível – como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) –, ao lado das arboviroses como dengue, zika e chikungunya, ganham destaque e registram os maiores aumentos nos números de casos (WALDMAN & SATO, 2016).

Diversos fatores são cogitados para explicar esse aparente paradoxo: maior liberdade sexual das pessoas, falta de informação – dados da UNAIDS de 2017 apontam que menos de 30% da população não compreende corretamente as informações concernentes à prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs – redução das campanhas educativas (FAÇANHA *et al*, 2004), contudo, as fontes ainda são discordantes e há quem afirme que taxas de informações gerais acerca das IST, paradoxalmente, aumentaram, ainda que as taxas de contágio estejam em escala crescente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em agosto de 2016, relatou que a incidência diária de afecções transmitidas por via sexual supera um milhão de casos por dia. Isto quer dizer que mais de 365 milhões pessoas se contaminam com algum tipo de IST anualmente. Deste total, 25% dos casos são ou devido uma destas quatro afecções: infecções por clamídia, por gonorreia, sífilis ou tricomoníase. No Brasil, estimativas do Ministério da Saúde (MS) apontam que cerca de 14,4% da população já foi infectada, em algum momento de sua vida, com alguma IST de etiologia bacteriana (BRASIL, MS, 2015).

Seguindo a tendência nacional, no Estado de Sergipe, dentre as doenças infecciosas, o HIV, uma IST potencialmente prevenível, é a terceira entidade que mais está relacionada a

óbito (DATA-SUS, 2107). Além disso, estimativas da Secretaria Estadual da Saúde do Estado de Sergipe (SES-SE) informam que é esperado um aumento de até 37% no total de casos de hepatites virais para o ano de 2017, tomando-se como base o ano anterior. Comparando-se os dados de 2017 com as notificações realizadas no mesmo período de 2016, já existe um registro efetivo de um aumento de 68% em relação a 2016 (SES-SE, 2017).

Certamente, a marcante complexidade tanto biológica quanto social dos fatores envolvidos na transmissão e desenvolvimento das ISTs tem, como consequência direta, um impacto não-uniforme sobre a população exposta, de modo que alguns estratos sociais e etários específicos – que possuem diferentes níveis de exposição – acabam perfazendo um grupo de maior risco para o desenvolvimento de ISTs (UNAIDS, 2015): não surpreende, portanto que o maior número de casos de infecção pelo vírus HIV seja diagnosticado, justamente, entre os jovens, que têm vida sexual mais intensa e maior variabilidade de parceiro.

Obviamente, são vários os fatores que podem ser elencados como determinantes deste quadro e é temerário apontar somente um deles como o grande responsável. A falta de sintomatologia típica e imediata ou mesmo em curto e médio prazo de boa parte das IST; a diversidade de parcerias sexuais; a taxa de testagem e, conseqüentemente, o desconhecimento sobre seu *status* sorológico, certamente, também são importantes fatores implicados (BRASIL, MS, 2015).

Neste contexto atual, acredita-se que as ações de promoção em saúde são ferramenta fundamental para o controle da disseminação destas doenças. Notadamente, para doenças de base comportamental, como as ISTs, as ações de Educação em Saúde, dentro desse componente macro que é a promoção de saúde, desempenham singular papel. A própria SES-SE orienta: “torna-se imprescindível a conscientização da população sobre os perigos da doença” (SES-SE, 2017).

Entretanto, ainda que parte dos autores atuais apontem a insuficiente informação como elemento primordial, em nossa pesquisa, temos por pressuposto que a mera “conscientização” – no sentido de meramente assimilar automaticamente um conteúdo, ainda que de maneira voluntária, ativa e consciente –, ainda que ocorra, é insuficiente. Isto porque, também em nossos dias, a taxa de infecção por ISTs também vem crescendo entre as pessoas com boa escolaridade e elevado grau de instrução. O boletim epidemiológico de AIDS 2016, do MS-Brasil, já apresenta dados congruentes com essa afirmação. Apenas no ano passado, o

contingente de novas infecções por HIV em indivíduos com nível de escolaridade superior ao ensino médio completo somou, em termos percentuais, mais de 49% dos casos. Entre 2007 e 2016, mais de 45% dos novos casos foram diagnosticados em pessoas que possuíam, no mínimo, o ensino médio completo (BRASIL, MS, 2016).

Assim sendo, é possível, efetivamente, afirmar que a maior incidência de casos de ISTs entre os jovens deve-se, realmente, à falta de informação? Essa é uma questão para a qual esperamos, ao menos, achar algumas pistas que possam nos direcionar à resposta... Dada a atual situação, *a priori*, assumimos que para promover saúde na escola é preciso mais que uma mera exposição de conteúdo. Uma educação crítica é fundamental para que se possa promover, dentre outros importantes efeitos na sociedade, a saúde dos indivíduos. A mera educação formal, dado o cenário atual, parece não estar garantindo a saúde dos indivíduos. Uma possibilidade é que nem estes conteúdos e nem uma reflexão crítica sobre eles estejam contemplado nas grades curriculares das escolas e universidades.

Isto exposto, essa pesquisa se justifica pela importância de se avaliar o impacto que a informação ou sua falta tem, efetivamente, enquanto fator de risco para contaminação por ISTs. Neste sentido, buscamos aqui investigar o nível de conhecimento de estudantes jovens da rede pública Estadual de ensino básico de Sergipe, não somente em seu aspecto conteudista, mas, mormente no que concerne ao tipo de discurso e postura adotadas pelos estudantes frente a uma situação problema na qual os seus conhecimentos sobre ISTs sejam requeridos.

Este trabalho, portanto, teve como objetivo central identificar estes discursos, tanto em seus aspectos conceituais quanto suas relações com o comportamento que os estudantes venham a exibir frente a uma situação-problema, ou seja, em seus aspectos atitudinais e procedimentais. Tentamos, com isso, não apenas dar mais um passo em direção à resposta da pergunta “qual a relação entre informação em contágio por ISTs?”, mas também, contribuir para um aprimoramento do processo de educação em saúde, seja no ensino formal ou não, de modo que estas ações considerem as especificidades dos sujeitos e possam, por fim, contribuir para uma educação mais humana, cidadã e livre.

## **METODOLOGIA**

Em vista de obter êxito em nosso intento, optamos por trabalhar com nível de proficiência em vez do clássico “nível de conhecimento”. Isso porque consideramos que um

questionário avaliativo no padrão ‘certo x errado’ não contemplam elementos de subjetividade que, indubitavelmente, são capazes de influenciar a tomada de decisão do indivíduo, visto que, em sua maioria, todos eles já trazem consigo experiências pregressas de aprendizagem que são, em maior ou menor grau, aproveitadas (ESTEBAN, 2008).

Logo, o questionário elaborado para verificar o nível de proficiência dos estudantes em IST tiveram por objetivo evidenciar a aproximação ou distanciamento do discurso adotado pelo discente daquele oferecido pela ciência normativa, aprendida em sala de aula. Nenhuma alternativa foi construída seguindo um modelo binário de certo *versus* errado, mas sim, contendo, cada item de resposta, em uma gradação, um tipo de discurso diferente que, na vida prática, pode ser adotado por quaisquer indivíduos face às situações similares que possam enfrentar durante sua vida (o discurso do senso comum, o discurso da educação básica e o discurso padrão da ciência).

A investigação compreendeu uma abordagem individuada, observacional, transversal e quali-quantitativa, com a construção do questionário realizada em 6 movimentos: fundamentação teórica, elaboração do questionário, validação qualitativa, validação quantitativa, aplicação do questionário (coleta de dados) e análise dos dados.

Inicialmente empreendemos uma pesquisa bibliográfica sobre o desempenho escolar e o currículo da educação básica visando subsidiar a elaboração de novas questões que estejam mais integradas à realidade sócio-cultural dos discentes da Educação Básica e sejam capazes de mensurar aspectos conceituais do aprendizado de ciências. Posteriormente, as questões foram elaboradas e compuseram um questionário sobre IST no qual as questões tentaram sondar conceitualmente e procedimentalmente os saberes dos estudantes sobre a definição de IST's, suas formas de transmissão, a prevenção e o seu tratamento.

Para a validação qualitativa o questionário elaborado, constando de 8 questões de objetivos conceituais e 8 questões de objetivos procedimentais, foi avaliado por três professores (juízes) distintos e com experiência em educação, da Universidade Federal de Sergipe, com o objetivo de verificar a coerência e pertinência das questões. Posteriormente, uma aplicação comentada com estudantes do primeiro ano do ensino médio foi realizada com o objetivo de verificar se os estudantes seriam capazes de interpretar corretamente as questões – validação quantitativa. Por fim, o questionário foi aplicado em cinco turmas do primeiro ano do ensino médio de três diferentes escolas da Grande Aracaju. As coletas foram realizadas em

três diferentes escolas da rede Estadual situadas na Grande Aracaju, mediante autorização para a pesquisa pela Secretaria de Estado da Educação de Sergipe (SES-SE).

Em tempo, todos os estudantes incluídos na pesquisa concederam, mediante a aquiescência dos seus responsáveis, o consentimento para participação na pesquisa, expresso pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que foi explicado de maneira pormenorizada em cada escola e classe. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Sergipe (CEP-UFS) e está registrado para apreciação sob o número CAAE 71329917.7.0000.5546, parecer número 2.256.567.

No total, 77 estudantes das três escolas foram incluídos na pesquisa e após a obtenção dos resultados, os dados foram analisados estatisticamente com auxílio do *Software Package for Social Science (SPSS) 18.0.*, licenciado para o Departamento de Biologia da Universidade Federal de Sergipe.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Questionário sócio-econômico**

Em relação às escolas participantes – Vitória de Santa Maria, Joaquim Vieira Sobral e Glorita Portugal – a Escola Vitória de Santa Maria teve a maior participação absoluta. Acreditamos que isso se explica pelo maior número absoluto de estudantes em suas classes de primeiro ano do ensino médio, além da menor média de idade dos estudantes nesta escola. Tivemos a percepção de que os alunos com menor faixa etária têm maior aceitabilidade na participação nas pesquisas, fato que foi observado em todas as escolas, talvez por terem compreendido a pesquisa também como uma tarefa escolar a ser realizada.

No que concerne à faixa etária, a concentração de estudantes que participaram da pesquisa na faixa etária de 15-17 anos, variando, no total, dos 13 aos 20 anos; 79% dos participantes da pesquisa tinham entre 15 e 17 anos e, neste sentido, considerando-se que é esperada para o primeiro ano do ensino médio uma faixa etária média dos 14 aos 16, esta pesquisa pôde evidenciar que, nas escolas pesquisadas, a maioria dos estudantes estava dentro da faixa etária esperada.

Pertinente ao sexo dos discentes participantes, a distribuição foi bastante equitativa: 38 alunas (49%) do sexo feminino e 39 alunos (51%) do sexo masculino. Cruzando-se os dados idade x sexo, os resultados sugerem que estudantes do sexo feminino parecem ter maior tendência a seguir mais regularmente o ensino regular, evidenciando que as mulheres têm uma média de idade mais baixa na primeira série do ensino médio: a maior parte entre 15 e 16 anos, enquanto homens concentraram-se na faixa etária dos 16 aos 17 anos.

No que toca à escolaridade dos pais dos alunos, observa-se que a maioria dos estudantes tem pais que não chegaram ao nível superior. Pudemos observar uma equivalência entre a escolaridade dos pais e das mães dos estudantes, o que nos levou a inferir que pode existir uma tendência de que pessoas com o mesmo nível de escolaridade tendem mais a se relacionar entre si. O *Rho de Spearman* foi utilizado para testar se a associação poderia ter sido ao acaso, mas com um  $p=0,004$  o teste evidenciou que efetivamente existe uma associação significativa entre a escolaridade de ambos os pais, resultado congruente com o que, no Censo de 2010, demonstrou o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), evidenciando que aproximadamente 68,2% dos indivíduos no Brasil se casam com parceiros do mesmo nível de instrução (IBGE, 2010), o que reforça nossa hipótese que sugere que pessoas com determinado nível de escolaridade tendem a se associar com outros indivíduos de grau instrucional semelhante.

Por fim, no que concerne à religião, em sua maioria, eram predominantemente católicos. Novamente estes dados são compatíveis com a literatura que aponta 65% da população brasileira como Cristã, católicos apostólicos romanos (IBGE, 2010). Em nossa pesquisa, 38,9% dos estudantes se declararam católicos, enquanto apenas 10,3% – contra 22,4% do IBGE – se autodeclarou evangélico. Apesar do alto índice de cristãos, chamou-nos a atenção a elevada frequência de pessoas que acreditam em Deus, mas que não têm religião definida: estes perfizeram 27,3%, quase um terço da amostra pesquisada.

Tentamos relacionar as variáveis escolaridade x religião. A importância desta análise reside no fato de que é possível que tanto uma quanto outra possa afetar, significativamente, a vida sexual do indivíduo: Anwar e colaboradores, em 2010, em um estudo semelhante ao nosso, realizado com estudantes que tinham entre 15 e 20 anos, analisando o conhecimento de estudantes sobre IST, concluíram que muito do conhecimento dos alunos sobre as doenças advinham da sua prática sexual, que era, dentre outros fatores, influenciada pelo seu nível

educacional e religiosidade (ANWAR, 2010). Assim, utilizamos o teste de Kruskal-Wallis para testar se houve diferença entre o desempenho dos alunos – considerando aqui o “desempenho-padrão” como a alternativa que apresentava o discurso científico em linguagem padrão da ciência – das diversas religiões. Contudo, diferentemente do encontrado em alguns trabalhos na literatura, não encontramos associação significativa ( $p=0,205$ ) entre o desempenho do aluno e a sua religião, não havendo tendência na nossa amostra estudada de alunos de religiões determinadas a adotar um nível discurso específico acerca das IST em detrimento de outro.

### **Avaliação procedimental**

Para a análise das oito questões procedimentais agrupamos as questões que apresentaram características em comum. Quatro questões procedimentais buscaram mensurar o discernimento dos estudantes face as situações de risco. Apresentamos na tabela 1 abaixo os descritores avaliados nas perguntas.

Objetivamente, mas tentando não aniquilar os saberes prévios dos estudantes, buscamos compreender nestas questões como cada indivíduo tenderia a agir em uma dada situação de risco, e qual seria o discurso de “conhecimento em saúde” que rege a sua conduta, se senso comum, nível médio de escolaridade ou se o aluno, em suas ações, adota atitudes compatíveis com um indivíduo que pauta suas ações pelo conhecimento científico que possui sobre determinado tema – em nosso caso, das ISTs.

**Quadro 1. Eixo 1 – Atitude de discernimento para ação em situações de risco**

| <b>Questão</b> | <b>Descritores procedimentais</b>                                       | <b>Senso comum (%)</b> | <b>Adequado ao fundamental (%)</b> | <b>Mais próximo ao científico (%)</b> |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Q2</b>      | Agir diante da descoberta de possíveis sintomas de DST                  | 10,38                  | 6,49                               | 83,11                                 |
| <b>Q5</b>      | Se portar adequadamente diante de pessoas contaminadas por HIV          | 3,89                   | 28,57                              | 55,84                                 |
| <b>Q6</b>      | Lidar com situações de exposição da autoimagem frente a opinião pública | 3,89                   | 10,38                              | 83,11                                 |

|           |                                         |      |       |       |
|-----------|-----------------------------------------|------|-------|-------|
| <b>Q8</b> | Se preparar para prática do sexo seguro | 2,59 | 24,67 | 70,12 |
|-----------|-----------------------------------------|------|-------|-------|

Como resultado, observamos que, de modo geral, maioria dos estudantes da rede Estadual de ensino público de Sergipe apresentou tendência a se posicionar com ações que mais se aproximam dos discursos padrão das ciências. Ressalte-se que nenhuma das escolas tem “educação em saúde” como disciplina regular da sua grade e, neste sentido, aproximar-se mais do discurso-padrão das ciências coloca a maioria dos alunos em um nível de proficiência acima do esperado para sua idade e escolaridade.

Notadamente, ainda chama-nos a atenção o alto índice de estudantes que, divergindo do que de fato ocorre, ainda pautam suas condutas baseado meramente no senso comum. Compreendemos que o senso comum é um importante saber, um conhecimento herdado, capaz de formar as bases morais e culturais de uma determinada sociedade e de regular o seu funcionamento interno de modo que os cidadãos consigam viver harmoniosamente entre si (CHAUÍ, 1998), entretanto, em termos de ações e políticas de saúde, cabe ao discurso reflexivo propor ações que mitigarão o impacto das doenças nas comunidades, aproveitando-se do senso comum, quando necessário, para conscientizar e educar a população, desfazendo a perpetuação dos preconceitos e condutas deletérias. Neste íterim, a crença de mais de 25% dos estudantes – ou seja, 1 em cada 4 pessoas – de que é possível se contaminar com o vírus HIV pela saliva, ainda é algo que nos mostra a importância de se trabalhar, formalmente, com o tema educação em saúde na sala de aula.

Em tempo, os descritores avaliados também evidenciam que é preciso adotar estratégias de promoção do autocuidado e que a educação em saúde pode ser peça fundamental para isso. Conquanto a maioria dos alunos demonstre saber que o preservativo é essencial para a prevenção do contágio das IST – com cerca de 70,12% dos estudantes aderindo a esta alternativa – o que se nos apresenta, enquanto profissionais de saúde, é o crescimento, conforme explicitado na primeira seção deste trabalho, do número de casos de IST, mormente o aumento de casos de HIV e a recrudescência social da sífilis. Com este cenário, certamente a pergunta que se impõe é: se os alunos não demonstram falta de conhecimento, qual será o fator preponderante para o aumento do número de casos?

Acreditamos, neste sentido, que a educação em saúde, mais que o conhecimento conceitual, deve trabalhar as atitudes e procedimentos dos estudantes, bem como suas

habilidades sócio-emocionais, na tentativa de fazê-los não somente conscientes, mas autônomos em relação ao cuidado e responsabilidade com sua própria saúde. Evidentemente, por mais que a medicina curativa avance, educar em saúde parece ser uma das medidas mais eficazes na direção do controle de endemias infecciosas de base comportamental.

Atuando em outro enfoque, outro bloco de quatro questões procurou analisar como os alunos interpretam imagens de campanhas preventivas e como geralmente procedem para a realização do seu autocuidado.

#### **Quadro 2. Eixo 2 – Atitude de comunicação para o autocuidado**

| <b>Questões</b> | <b>Descritores procedimentais</b>                                | <b>Senso comum (%)</b> | <b>Adequado ao fundamental (%)</b> | <b>Mais próximo ao científico (%)</b> |
|-----------------|------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Q1</b>       | Interpretar texto escrito e formular juízo de valor sobre vacina | 3,89                   | 80,51                              | 14,28                                 |
| <b>Q3</b>       | Interpretar imagem e texto sobre eficácia do preservativo        | 7,79                   | 41,60                              | 50,64                                 |
| <b>Q4</b>       | Interpretar imagem à respeito do uso da vacina                   | 11,69                  | 18,18                              | 62,33                                 |
| <b>Q7</b>       | Interpretar imagem e texto à respeito do uso do preservativo     | 20,77                  | 42,85                              | 35,06                                 |

Paradoxalmente de modo diferente às respostas do eixo 1, neste bloco de descritores que visavam avaliar a prevenção e o autocuidado, a maioria dos estudantes enquadrou suas respostas respondeu dentro do que se esperava para educandos que acabaram de concluir o ensino fundamental: 80,51% das respostas assinaladas correspondiam ao discurso compatível com o nível médio. Talvez, por aqui termos trabalhado com textos mais longos, mais informativos, isso tenha sido um viés de pesquisa, dado que é manifesto que os estudantes tendem a ler com menos atenção textos mais longos.

Tentamos correlacionar as variáveis extraídas das questões e os dados de perfil censitário utilizando o teste de *Spearman*, que consiste em analisar correlações não paramétricas – ou seja, avaliando a função, invertendo ou preservando a relação de ordem, que pode ser entre bivariáveis, sendo imparcial quanto à distribuição de frequências das

variáveis (SPIEGEL,1985) – e obtivemos correlação positiva da variável *idade* com a questão Q2, em valores negativos (*spearman*= -277, sig 0,16): dessa maneira, se evidenciou aqui, como sugerido no início dessa seção, uma tendência tal que afirma que alunos mais novos tendem a responder mais próximo do científico em relação a alunos mais velhos.

Também identificamos correlação positiva significativa entre Q6 e Q2 (*spearman*= 231, sig 0,46), indicando a tendência de alunos que escolheram a alternativa de nível mais científico em Q2, também marcaram mais científico em Q6. Essas questões têm em comum a situação de enfrentamento, sendo que Q2 tratava de como saber agir em situações de risco e em Q6 de como lidar melhor com a exposição pública.

Por fim, outra correlação positiva significativa de destaque foi a de Q7 com o *grau de instrução do pai* (*spearman*= 261, sig 0,24). Quanto maior o *grau de instrução do pai*, o aluno tende a responder mais próximo do científico para esta questão, evidenciando, por **extrapolação**, que o grau de escolaridade dos pais deve ser importante fator motivacional e instrucional na tomada de decisões e ações realizadas pelo educando.

### Avaliação conceitual

Do total de questões, 8 questões tinham objetivo conceitual que tentaram traduzir diferentes discursos possíveis, cada um dentro seus contextos epistemológicos, correspondentes aos diferentes níveis de conhecimento: senso comum, nível médio, discurso científico padrão. Cada questão colocou o estudante frente a situações-problema que, de modo diverso das questões de objetivo procedimental, buscaram verificar a capacidade e o discernimento de cada indivíduo em reconhecer **o que é** (em vez de como agir) uma situação de risco, a sintomatologia e o tratamento das diversas IST.

**Quadro 3 – Frequência do nível do discurso dos estudantes, por descritor conceitual, em termos percentuais**

| Questões | Descritores Conceituais | Senso | Nível | Discurso   | Não             |
|----------|-------------------------|-------|-------|------------|-----------------|
|          |                         | Comum | Médio | Científico | soube/respondeu |
|          |                         | (%)   | (%)   | (%)        | (%)             |

|            |                       |      |      |      |      |
|------------|-----------------------|------|------|------|------|
| <b>Q11</b> | Definição de DST      | 6,5  | 15,6 | 74,0 | 6,5  |
| <b>Q9</b>  | Formas de transmissão | 10,4 | 42,9 | 33,8 | 12,9 |
| <b>Q15</b> | de DST                | 28,6 | 45,5 | 20,8 | 5,1  |
| <b>Q10</b> |                       | 20,8 | 18,2 | 53,2 | 6,5  |
| <b>Q12</b> | Sintomas das DST      | 10,4 | 22,1 | 55,8 | 11,7 |
| <b>Q14</b> |                       | 19,5 | 27,3 | 45,5 | 7,7  |
| <b>Q13</b> | Formas de prevenção   | 7,8  | 25,9 | 50,3 | 7,8  |
| <b>Q16</b> | Tratamento            | 23,4 | 25,9 | 40,3 | 10,4 |

Observamos que a maioria dos estudantes, 74%, identificou no discurso científico a melhor definição para IST: “infecções que podem ser transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) com uma pessoa que infectada, mas que podem ocorrer também por via vertical (mãe-feto) ou parenteral (compartilhamento de seringas e contato com objetos perfuro-cortantes)”, o que nos deve levar a reconhecer que um percentual significativo dos estudantes demonstra já ter um conhecimento prévio, ao menos, do que sejam as IST, possivelmente tanto pelo despertar dos contatos sexuais, que ocorrem, para a maioria dos indivíduos, principalmente na adolescência, quanto pela facilidade da difusão da informação pelos vários meios de comunicação, virtualmente todos os estudantes já tiveram algum contato com o tema.

Segundo Brêtas e colaboradores, num recorte acerca o conhecimento dos adolescentes matriculados na educação básica do Estado de São Paulo sobre ISTs, 100% dos alunos evidenciaram ter contato prévio com o tema, sendo que aproximadamente 75% deles tiveram contato pela televisão (BRÊTAS *et al*, 2009, p. 553)

Quanto às formas de transmissão, observamos predomínio do discurso do ensino médio, ou seja, de um discurso que reconhece uma possibilidade de transmissão além da sexual – como pelas vias parenterais – mas que parece desconhecer propriamente o conceito de agente etiológico, de infectividade e patogenicidade. Chama-nos ainda a atenção a alta prevalência de respostas, na questão Q15, ao nível do senso comum, que contemplava apenas

a possibilidade de contágio por IST por via sexual. Outros autores, como Marques e colaboradores, em 2006, estudando o nível de conhecimento dos escolares adolescentes sobre IST, relatam resultados semelhantes: “Observa-se pelas afirmações dos entrevistados, que é restrito o grau de conhecimento que têm sobre as DST. Nota-se que a maioria deles associa estas doenças ao ato sexual, e não relata outros meios de contaminação” (MARQUES *et al*, 2006).

De nossa parte, inferimos que, possivelmente, o que ainda parece ser um tanto quanto obscuro para estes alunos é o conceito de agente etiológico (vírus, bactérias, etc), extremamente importante para compreender as formas de contágio. Essa dificuldade na compressão da patogenicidade e infectividade dos agentes etiológicos e seu papel na gênese das ISTs se insinua de maneira ainda mais evidente quando observamos o alto índice de respostas que contemplaram o discurso do senso comum como o mais adequado (10% em Q9 e 28,6% em Q15).

**Curioso** é que estudantes que, de modo geral, ignoram outras formas de contágio conheçam tão bem as formas de prevenção: todas as questões que versaram sobre prevenção tiveram maior frequência de respostas ao nível do discurso padrão da ciência. No que se referiu ao tratamento, a maior parte também soube identificar o discurso científico.

Ainda que a maioria dos estudantes refira um nível de discurso acima do esperado, na literatura diversos estudos relatam conhecimento insuficiente sobre o tratamento das IST. Brêta e colaboradores afirmam que existe um amplo desconhecimento sobre o assunto. Silva e colaboradores, em 2016, pesquisando o nível de conhecimento sobre ISTs em adolescentes da rede pública de Natal/RN, são alguns dos que concluíram que existe um grande desconhecimento sobre o tratamento das diversas ISTs, com destaque para o HIV/AIDS (SILVA *et al*, 2016).

Aventamos como hipóteses que justificassem essa divergência, três possibilidades, aditivas ou alternativamente consideradas: a possibilidade da nossa amostra ser relativamente pequena (os estudos acima citados trabalharam com 1087 e 222 adolescentes de ambos os sexos, respectivamente); e/ou o fato de termos elaborado poucas questões que abordassem sobre o tratamento; e/ou, no contexto sergipano, a desinformação sobre o tratamento não ser o

principal elemento relacionado ao aumento do número de portadores de ISTs e às dificuldades no controle das infecções.

Com efeito, havemos que considerar que o quantitativo de questões que abordou cada tema (definição, transmissão, prevenção, tratamento e diagnóstico) foi uma das limitações da pesquisa. Contudo, uma vez que a aplicação de um questionário demasiado extenso implicaria em ainda menor adesão, optamos por elaborar apenas 8 questões de objetivos conceituais além das 8 de objetivos procedimentais, já que o questionário sócio-econômico por si só já impunha alguma resistência por parte dos estudantes à participação na pesquisa, por alongar em demasia, na visão dos estudantes, o inquérito.

Mesmo modo, a baixa adesão dos estudantes foi uma outra limitação da pesquisa. Ao todo, 77 estudantes foram incluídos, não obstante um número significativamente superior compusesse as classes abordadas. Consideramos múltiplos os motivos que justificam a adesão restrita: falta de interesse, não visualização de uma utilidade prática em participar; ausência de ganhos imediatos, dentre outros. Talvez o próprio tema em si, tabu para os pais, que precisaram assinar o TCLE, também tenha sido um fator limitante que contribuiu em alguma medida para o relativamente diminuto contingente de estudantes participantes.

Por sua vez, no que concerne à identificação dos sintomas, a maioria dos estudantes, 40,3%, assume o discurso padrão da ciência como a melhor resposta, admitindo que nem toda IST é sintomática inicialmente, fato que impossibilita o reconhecimento de uma pessoa com a infecção apenas pelo seu fenótipo, sem a ciência do seu *status* sorológico. Embora animador, o resultado surpreende pela quantidade não desprezível de estudantes que assumiu o discurso do senso comum – expresso na alternativa através da crença de que toda IST é sempre sintomática, invariavelmente se manifestando através de alguma lesão característica e estigmatizando a pessoa portadora – como o representante de sua forma dominante de pensamento (23,4% dos estudantes) o que nos leva a pensar que ainda existe muito preconceito por desconstruir.

Por fim, realizamos o teste de Mann-Whitney para determinar se houve diferença nas respostas de acordo com o sexo dos participantes. Não houve variação significativa ( $p=0,270$ ) entre o sexo do discente e as respostas oferecidas, para todas as questões analisadas. Entretanto, no que se refere às formas de transmissão das doenças (Q9 e Q15), observamos

que existe uma correlação positiva ( $p=0,041$ ), segundo o teste *Rho de Spearman*, entre a idade e as respostas assinaladas, o que, diferentemente do observado nas questões procedimentais, sugere que estudantes mais velhos tenderam, conceitualmente, a assinalar discursos mais próximos do científico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de uma ferramenta que mensurasse o nível de proficiência sobre ISTs de estudantes do ensino médio da educação básica em termos conceituais e procedimentais sem cair na velha dicotomia “certo/errado” foi uma tentativa de se contemplar, na pesquisa, as pluralidades epistemológicas compreendidas nos diversos níveis de saberes dos indivíduos., visto que as ações de educação em saúde não podem se dar ao luxo de esquecer da miríade de discursos existentes nas populações e necessita compreender que estes saberes são, também eles, determinantes das condições de saúde de um povo.

Nesta pesquisa, os testes que conseguimos elaborar tentaram manter uma gradação entre os níveis de conhecimento existentes, partindo do senso comum em direção ao discurso científico, contemplando algum discurso intermediário (nível médio) – resposta esperada para estes estudantes – dentre as alternativas presentes nas questões.

Ao termo, concluímos que a maioria dos estudantes participantes da pesquisa apresentou, consistentemente, um discurso acima do esperado para a sua faixa etária e nível de escolaridade, no que se refere ao reconhecimento das IST, suas formas de prevenção, seus tratamentos e sintomas.

Dado o panorama apresentado, uma das conclusões possíveis desta pesquisa é que o nível de proficiência dos estudantes da rede básica de ensino da capital sergipana é considerado adequado para sua idade e escolaridade, não podendo ser implicado ou responsabilizada – *a priori*, e ao menos como fator preponderante –, portanto, a falta de informação sobre ISTs, pelo crescente aumento do número de casos reportado nos últimos anos.

Neste contexto, é possível também assumir que, ainda que o discurso da maioria esteja adequado, uma parcela significativa assume posturas dissonantes. Em última análise, isso pode, por sua vez, ter um impacto social significativo, já que ao assumir um discurso mais simplificado, seja por desconhecimento, seja por convicções particulares, essas pessoas

podem ser verdadeiros vetores de espalhamento populacional de infecções sexualmente transmissíveis em estágios subclínicos. Certamente, um estudo semelhante (sobre a proficiência acerca das IST) com a população recém-diagnosticada com IST seria mais esclarecedor, neste sentido.

O tamanho da amostra, o quantitativo limitado de questões, a ausência de questões abertas e o tempo limitado de resposta do questionário em sala de aula, certamente, são importantes vieses do trabalho, que precisa ser aperfeiçoado, para que possa refletir com mais precisão – inclusive estatística – um dado nível populacional de proficiência sobre IST.

Ainda assim, visto os dados expostos, acreditamos ter evidências para defender que o sistema formal de ensino, deveria abordar estes temas importantes em sala de aula, incorporando em sua rotina ferramentas de avaliação que, mas que testar a memorização do mero conceito, possa mensurar a capacidade do aluno de reconhecê-lo, entender a sua importância e compreender a sua aplicabilidade em situações práticas cotidianas.

Nesta mesma direção, cremos que uma abordagem das ISTs pelos professores em sala de aula de maneira construtivista – visando dirimir dúvidas e apresentar conceitos-chave, através dos quais os alunos possam construir os seus discursos, se apropriar do conhecimento e identificar, mediado pelos seus saberes, os conceitos-chave para solucionar as situações-problemas com as quais, eventualmente, possam se deparar no decorrer de sua vida – seria uma importante estratégia de educação em saúde que, num futuro próximo, poderia ser extremamente eficaz na redução dos alarmantes índices crescentes, ano a ano, de contágio.

Por fim, sugerimos que estudos sejam realizados com a população convivendo com HIV/AIDS, visando identificar os fatores de risco que tiveram maior relevância no contágio, comparando estes dados com o desta pesquisa atual, para assim, podermos melhor avaliar o impacto das medidas de educação em saúde na promoção de saúde dos indivíduos suscetíveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANWAR, M.; SULAIMAN, S. A. S.; AHMADI, K.; KHAN, T. M. *Awareness of school students on sexually transmitted infections (STIs) and their sexual behavior: a cross-sectional study conducted in Pulau Pinang, Malaysia*. In: **BMC Public Health**, 10, 47. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-47> Acessado em 15 de junho de 2017.

ARAUJO, José Duarte de. *Polarização epidemiológica no Brasil*. In: **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 21, n. 4, pp. 533-538, dez. 2012a. Disponível em [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso). Acessado em 30 out. 2017.

ARAÚJO, Telma Maria *et al.* *Fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes*. In: **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012b abr/jun; v. 20, n. 2, pp. 242-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a17.pdf> Acessado em 01 de novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT)**. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acessado em 30 de setembro de 2017.

BRÊTAS, J. R. S.; HOARA, C. V. S.; JARDIM, D. P.; MUROYA, R. W. *O conhecimento de DST/AIDS por estudantes adolescentes*. In: **Rev Esc Enferm USP**. 2009, v. 43, n.3, pp.551-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a08v43n3.pdf> Acessado em 15 de junho de 2017.

FAÇANHA, M. C.; MENEZES, B. L.; FONTENELE, A. D.; MELO, M. A.; PINHEIRO, A. S.; CARVALHO, C. S.; PEREIRA, L. O. *Conhecimento sobre reprodução e sexo seguro de adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza-Ceará*. In: **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.16, p. 5-9, 2004. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista16-2-2004/1.pdf> Acessado em 01 de novembro de 2017.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&id=3&idnoticia=2240&busca=1&t=censo-2010-unioes-consensuais-ja-representam-mais-13-casamentos-sao-frequentes-classes> Acessado em 15 de junho de 2017.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets. Global update 2017.** 2017 Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Global\\_AIDS\\_update\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf) Acessado em 31 de outubro de 2017.

GONSAGA, R. A. T. *et al.* *Evaluation of the mortality due to external causes.* In: **Revista do colégio brasileiro de cirurgiões.** v. 39, n. 4, pp. 263-267. doi.: 10.1590/S0100-69912012000400004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n4/04.pdf> Acessado em 01 de novembro de 2017.

MARQUES, E. S.; MENDES, D. A.; TORNIS, N. H. M.; LOPES, C. L. R. *Conhecimento dos escolares adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis/AIDS.* In: **Rev. Eletrônica Enferm.** 2006; v. 8 n. 1, pp. 58-62. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/943/1151> Acessado em 15 de junho de 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde.* In: **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, pp. 2297-2305, Aug. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso). Acessado em 30 de outubro de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Sexually transmitted infections (STIs).** 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>. Acessado em 30 de setembro de 2017.

SILVA, R.A.R.; NELSON, A.R.C.; DUARTE, F.H.S. *et al.* *Conhecimento de estudantes adolescentes sobre transmissão, prevenção e comportamentos de risco em relação as DST/HIV/AIDS.* In: **Rev Fund Care Online.** 2016 out/dez; 8(4):5054-5061. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3634/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3634/pdf_1) Acessado em 15 de junho de 2017.

Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES-SE). **Adolescentes assumem comportamento perigoso em relação ao HIV.** Disponível em:

<http://saude.se.gov.br/index.php/2017/07/03/adolescentes-assumem-comportamento-perigoso-em-relacao-ao-hiv/> Acessado em 30 de outubro de 2017.

[WALDMAN, Eliseu Alves](#) and [SATO, Ana Paula Sayuri](#). *Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio*. In: **Rev. Saúde Pública [online]**. 2016, vol.50, 68. Epub Dec 22, 2016. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050000232>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000100137&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100137&lng=en&tlng=en) Acessado em 30 de outubro de 2017.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

##### ESTUDO: TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS DE AVALIAÇÃO SOBRE AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

*Seu filho foi convidado(a) para responder um questionário que aborda em seu conteúdo as doenças sexualmente transmissíveis. A colaboração dele(a) será muito importante para nossa pesquisa, podendo ele(a) desistir a qualquer momento, sem que tenha nenhum prejuízo. Trata-se de uma pesquisa vinculada ao Programa de Iniciação Científica, da Universidade Federal de Sergipe.*

Eu, ( \_\_\_\_\_ ), portador da Cédula de identidade, RG \_\_\_\_\_, e inscrito no CPF/MF \_\_\_\_\_ nascido(a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade que meu filho(a) \_\_\_\_\_ participe como voluntário(a) do estudo das tecnologias educacionais de avaliação sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) Meu filho(a) tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- II) A desistência não causará nenhum prejuízo à sua saúde ou bem estar físico.
- III) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que os dados pessoais dele(a) não sejam mencionados;
- IV) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa
  - ( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
  - ( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Aracaju, de de 2017

Assinatura do Responsável pelo aluno (a): \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Responsável pelo Projeto: Profa. Dra. Alice Alexandre Pagan

Telefone/e-mail para contato: [apagan.ufs@gmail.com](mailto:apagan.ufs@gmail.com)

## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA – DBI  
Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – Pibic

### OFÍCIO

À Secretaria de Estado da Educação (SEED-Sergipe)

Prezado Senhor secretário, cordiais saudações!

Respeitosamente venho por meio desta missiva, eu, Guilherme Fernandes Ramos da Silva, aluno regularmente matriculado no curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS), cadastrado sob o número de matrícula 201210016478, sob a orientação da Profa. Dra. Alice Alexandre Pagan, solicitar auxílio da Secretaria de Estado de Educação para a conclusão da pesquisa “Tecnologias de avaliação do desempenho escolar em ciências e matemáticas – construção de uma ferramenta de avaliação”, realizada no âmbito do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic)

A presente pesquisa visa identificar qual o nível de aproximação do discurso do estudante do ensino básico da rede Estadual de Sergipe – no que concerne aos seus conhecimentos procedimentais, conceituais e atitudinais – em relação ao discurso da ciência-padrão, na área de biologia, saúde e educação em saúde. Neste contexto, a validação do instrumento acima citado perpassa por sua aplicação em uma turma de estudantes do 1º ano do ensino médio da rede pública de Sergipe.

Isto posto, visando concluir esta etapa do trabalho, peço deferimento do presente pleito com a indicação de quais escolas poderiam nos receber, nos comprometendo ainda em enviar os resultados finais da pesquisa à SEED, a qual poderá utilizar os dados em seu planejamento, identificando o nível de aproximação do discurso dos estudantes desta escola com os da ciência padrão no que concerne ao ensino das ciências e da educação em saúde.

Sem mais para o momento, desde já agradeço a atenção que será dispensada ao assunto.

Cordialmente,

  
Guilherme Fernandes Ramos da Silva

Projeto PIBIC nº PVA4232-2016b

Contatos:

Guilherme Fernandes (Bolsista): (79) 9-9924-8386 / email: gferasi@hotmail.com

Dra. Alice Alexandre Pagan (Orientadora): email: apagan.ufs@gmail.com

  
M. Gláucia Castorina dos Santos  
Chefe de Serviço  
SEED/DEED/SEED

## APÊNDICE C



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS

DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA – DBI

PROGRAMA DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – PIBIC

#### Tecnologias de avaliação do desempenho escolar em ciências e matemática

**Tema: Doenças Sexualmente Transmissíveis**

Data: \_\_/\_\_/2017

#### QUESTIONÁRIO SOCIOEMOCIONAL

##### PERFIL CENSITÁRIO

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Idade: \_\_\_\_ anos.

Mora com quem?

☐ Pai; ☐ Padrasto; ☐ Mãe; ☐ Madrasta; ☐ Irmãos; ☐ Avós;

☐ Avós; ☐ Sozinho; ☐ Filhos/as ☐ Relação conjugal (casado, mora junto etc.)

☐ Outros/as \_\_\_\_\_

Quanto às suas crenças religiosas, você se considera (marque apenas uma opção):

1. ☐ Agnóstico;
2. ☐ Ateu;
3. ☐ Católico;
4. ☐ Protestante pentecostal
5. ☐ Protestante tradicional;
6. ☐ Protestante renovado;
7. ☐ Testemunha de Jeová;
8. ☐ Ortodoxo;
9. ☐ Judeu;

10. ☐ Muçulmano;
11. ☐ Budista;
12. ☐ Umbandista;
13. ☐ Candomblé;
14. ☐ Espírita;
15. ☐ Acredito em Deus, mas não tenho religião definida;
16. ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Quantas pessoas residem na casa de sua família incluindo você? \_\_\_\_\_

Quantos banheiros têm a casa da sua família? \_\_\_\_\_

Qual o grau de instrução de seu pai:

- |                                                            |                                                       |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Não escolarizado;              | 6. <input type="checkbox"/> Universitário incompleto; |
| 2. <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto; | 7. <input type="checkbox"/> Universitário completo;   |
| 3. <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo;   | 8. <input type="checkbox"/> Especialização;           |
| 4. <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto;       | 9. <input type="checkbox"/> Mestrado/ Doutorado       |
| 5. <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo;         |                                                       |

Qual o grau de instrução de sua mãe:

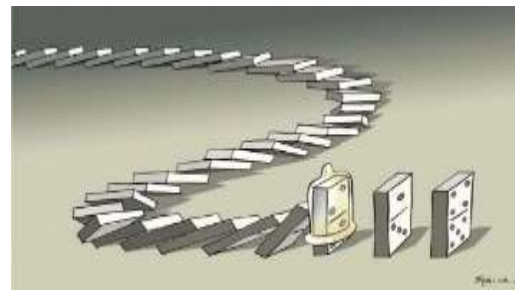
1. ☐ Não escolarizada;
2. ☐ Ensino Fundamental Incompleto;
3. ☐ Ensino Fundamental completo;
4. ☐ Ensino Médio incompleto;
5. ☐ Ensino Médio completo;
6. ☐ Universitário incompleto;
7. ☐ Universitário completo;
8. ☐ Especialização;
9. ☐ Mestrado/ Doutorado;

## QUESTIONÁRIO

### Questão 1

Joana viu na TV uma propaganda de que adolescentes entre 9 e 13 anos deveriam ser vacinados contra o HPV, logo ela que tem 10 anos, questionou a seu pai sobre os efeitos colaterais da vacina que tinha visto na TV. Além disso o pai de Joana tem muitas dúvidas quanto a vacinação, porque acreditava que poderia ser um estímulo a vida sexual de sua filha que era muito jovem, e com isso optou por não permitir que ela tomasse a vacina. Que conselho você daria para o pai de Joana?

- A) Vacine. A vacina nessa idade é importante porque pode ajudar na prevenção não apenas do HPV, mas também do câncer;
- B) Vacine, pois alguns desses efeitos colaterais, não estão relacionados com a vacina, e sim, com a reação dos adolescentes a ela, por isso alguns indivíduos acabam desmaiando;
- C) Melhor não vacinar, porque a vacina pode estimular ela a fazer sexo. Por outro lado, mas deveria aproveitar que é de graça, pois a vacinação é muito eficaz contra a doença;
- D) N.D.A.



### Questão 2

Um(a) adolescente, que já teve a primeira vez, notou que está com uma pequena ferida no seu órgão genital, o que ele/ela deve fazer?

- A) Falar com os pais, ou algum adulto maior de idade, para que levem ele/ela ao médico, para uma consulta, só assim ele/ela pode ter certeza do que tem;
- B) Acho que ele/ela dever ir ao médico sozinho(a), pois, se os seus pais soubessem da ferida poderiam ficar desconfiados e acabar colocando ele/ela de castigo;
- C) Antes de tudo, ele/ela deve pesquisar na internet sobre feridas genitais, após isso ele/ela deve ir à farmácia, e explicar a situação, para que o atendente indique um remédio;
- D) N.D.A.



### Questão 3

A imagem a seguir trata sobre o uso da camisinha como método de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis (DST), o que você entende sobre esse efeito dominó apresentado na imagem?

Link: [http://wap.noticias.uol.com.br/cienciaesaude/album/1107\\_dst-f15.htm](http://wap.noticias.uol.com.br/cienciaesaude/album/1107_dst-f15.htm)

- A) O dominó que ficou em pé se preveniu contra as DST, por isso não caiu e nem derrubou os outros;
- B) Nenhuma peça teria caído se o indivíduo fizesse sexo somente depois do casamento, tendo apenas um(a) único(a) parceiro(a);
- C) Quando não há prevenção, as DST vão sendo transmitidas como um efeito dominó, prejudicando a todos e todas;
- D) N.D.A.

#### Questão 4

Observe a imagem a seguir:

Link: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2016/campanha\\_incentiva\\_meninas\\_a\\_se\\_vacinarem\\_contra\\_hpv](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2016/campanha_incentiva_meninas_a_se_vacinarem_contra_hpv)

De acordo com seus conhecimentos sobre o vírus HPV, qual das alternativas abaixo descreve melhor o cartaz?

- A) HPV é uma doença que atinge apenas mulheres, o homem é imune a esse vírus, por isso não aparece no cartaz;
- B) HPV atinge mulheres e homens, o cartaz acima, mostra mulheres porque inicialmente apenas elas recebiam a vacina;
- C) HPV pode causar problemas no coração, por isso, a mãe deve levar a filha e o filho o quanto antes para tomar a vacina;
- D) N.D.A.

#### Questão 5

Um grupo de estudantes marcou uma visita ao hospital para visitar pacientes portadores do vírus HIV, o que esses estudantes não devem fazer quando estiverem em contato com esses pacientes?

- A) Não devem entrar em contato com o suor, ou compartilhar o mesmo copo, para não entrar em contato com a saliva desses pacientes e pegar o vírus;

- B)** Não devem entrar em contato com objetos pontiagudos, como seringas, e tem que estar em boas condições de saúde, para não contaminar os pacientes;
- C)** Não devem conversar com essas pessoas, pois podem acabar criando um vínculo e pegar AIDS pelo contato físico, como o abraço e o beijo;
- D)** N.D.A.

#### Questão 6

Em 1991, o mundo foi surpreendido após a declaração de um dos atletas norte-americanos mais talentosos do basquete, Magic Johnson, anunciou publicamente que era portador do vírus HIV. O que você acha da atitude desse jogador?

- A)** Arriscado, pois ele poderia sofrer muito preconceito, seria melhor fazer o tratamento em segredo, para manter os seguidores;
- B)** Corajoso, pois já que ele é famoso(a) poderia sensibilizar as pessoas e diminuir o preconceito a respeito da doença;
- C)** Não faria nada, pois a doença dele não atrapalha o seu desempenho no jogo, logo, não tem necessidade das pessoas saberem;
- D)** N.D.A.

#### Questão 7

Ao sair de casa para brincar o carnaval no bloco rasgadinho, você e seus amigos recebem o cartaz abaixo de uma agente de saúde:

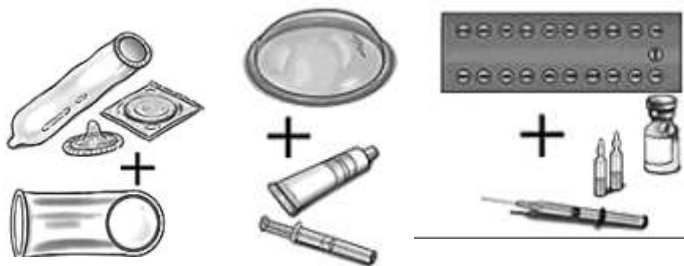


Ao olhar o cartaz, imediatamente você compreende que:

- A) Quem usa camisinha está protegido porque ela evita a circulação do vírus entre os parceiros caso algum esteja contaminado. Não importa o tipo de camisinha utilizado, todas protegem desde que se utilize corretamente;
- B) A vida é melhor sem AIDS, pois a pessoa pode fazer todas as coisas, já que o indivíduo tem saúde, as pessoas que contraem esse vírus não vivem por muito tempo, por conta da gravidade dessa doença;
- C) A camisinha é uma das formas de prevenção contra a AIDS, pois diminui o contato dos fluidos corporais na relação sexual onde, caso um dos parceiros esteja contaminado.
- D) N.D.A.

### Questão 8

Um(a) amigo(a) que vai ter a primeira relação sexual, pediu o seu conselho de como ele/ela poderia se prevenir das DST , observando a imagem abaixo, quais desses métodos ele/ela deve usar?



- 1) Camisinha 2) Diafragma 3) Anticoncepcionais e vacinas
- A) O método 1 porque evita a gravidez;
- B) O método 2 porque protege o colo do útero contra o HPV que futuramente pode causar câncer;
- C) Os métodos 1 e 2 porque os dois impedem a passagem do sêmen para dentro do útero;
- D) N.D.A.

### Questão 9

Esta manhã, no jornal, saiu a seguinte notícia:

*“Casos de Aids entre jovens aumentam mais de 50% em 6 anos no Brasil. Segunda-feira (1º) é o Dia Mundial de Luta Contra a Aids, uma doença que infelizmente ainda precisa ser lembrada. O doutor Dráuzio Varella explicou por que a Aids voltou a assustar tanto e a preocupar tanto: “Houve um aumento absurdo dos casos de Aids entre os jovens nos últimos anos. Neste sentido, nós no Brasil estamos indo na contramão de outros países”, afirma. (Link: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/11/casos-de-hiv-entre-jovens-aumentam-mais-de-50-em-6-anos-no-brasil.html> Acesso em 12/02/2017).*

Uma pessoa que você conhece e que recebe transfusões de sangue regularmente estava com algumas dúvidas e te procurou para pedir orientações sobre como se prevenir e para não contrair doenças por conta das transfusões. De acordo com seus conhecimentos sobre DST's, você orienta que:



Um(a) adolescente foi ao posto de saúde para tomar vacina. Ao chegar lá, viu um cartaz no qual está escrito DST. Sem saber o que significa, ele(a) te pergunta o que é uma DST. De acordo com seus conhecimentos sobre DST, você responde a ele que:

- A)** DST's são doenças que só são transmitidas pelo ato sexual e qualquer pessoa que transa pode pegar. Só quem é virgem não precisa se preocupar;
- B)** DST's são doenças que são transmitidas principalmente pelo ato sexual, mas qualquer pessoa que compartilha seringas ou recebe transfusão de sangue contaminado também pode pegar;
- C)** DST's são doenças que servem de castigo para drogados, prostitutas e homossexuais, pois eles não utilizam o sexo na maneira correta;
- D)** N.D.A.

### Questão 12

De acordo com seus conhecimentos sobre DST's, que conselho você daria para uma pessoa que, pela primeira vez na vida, transou com outra pessoa sem usar nenhum método de proteção?

- A)** Diria a ela que não ficasse preocupada, pois as DST's manifestam-se através de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas nos genitais. Logo, uma vez que a pessoa não tinha nada disso, ela não tem nada com que se preocupar além de uma gravidez indesejada;
- B)** Diria a ela que muitas DST's manifestam-se através de feridas, corrimentos, bolhas, verrugas ou irritação nos genitais, como coceira, ardência, vermelhidão e dor, mas que nem sempre é assim, algumas delas se manifestam apenas mais tardiamente. Logo, é melhor se prevenir da próxima vez;
- C)** Diria a ela que fizesse um teste sorológico para detectar alguma DST's latente, pois embora a muitas delas manifestem-se com sintomas locais como corrimento, feridas, bolhas, verrugas ou irritação, outras muitas podem não apresentar sintomas por algum tempo, ou até mesmo evoluir para algo mais grave e extragenital.
- D)** N.D.A.

### Questão 13

Sobre o tratamento das diversas DST's, é possível afirmar:

- A)** Apenas uma boa higiene é necessária, já que DST não mata, estando apenas concentradas nos genitais, causam feridas e incômodos, mas não são capazes de matar uma pessoa;
- B)** Atualmente, com a evolução da medicina, a maioria das DST conhecidas já tem cura. Como nem todas se manifestam por lesões apenas nos genitais, é melhor sempre fazer os testes;
- C)** Embora nem toda DST tenha cura, todas elas tem tratamento e, com o tratamento correto ele pode ter uma vida normal, como qualquer pessoa que não tem DST.
- D)** N.D.A.

#### Questão 14

Entre a camisinha que pega no posto e a que se compra na farmácia, qual a mais segura para utilizar?

- A) Embora a do posto seja gratuita, é preferível usar a camisinha da farmácia, pois as marcas são de melhor qualidade, logo é mais segura e eficiente;
- B) Qualquer uma das duas pode ser utilizada com segurança, desde que tenham o selo do Inmetro comprovando que estão dentro dos padrões de qualidade;
- C) Ambos os preservativos são igualmente seguros, desde que estejam dentro dos padrões de qualidade do Inmetro e sejam utilizados de maneira correta;
- D) N.D.A.

#### Questão 15

Sobre a forma de transmissão das diversas DST's, é possível afirmar que:

- A) Como o próprio nome diz DST's são doenças sexualmente transmissíveis. Logo, só é possível pegar uma DST transando com outra pessoa sem camisinha, qualquer que seja a condição de saúde dela;
- B) Além das relações sexuais, outras formas de transmissão são possíveis, como por exemplo o compartilhamento de seringas contaminadas ou a transmissão da mãe contaminada para o feto;
- C) Para contrair uma DST é preciso entrar em contato com o vírus ou bactéria que causa a doença, o que é possível através do sexo sem preservativo ou do contato com secreções e/ou sangue contaminado;
- D) N.D.A.

#### Questão 16

Sobre os sintomas das diversas DST's, é possível se afirmar que:

- A) Toda DST dá sempre uma bolha, ferida ou coceira nos órgãos sexuais, ou então deixam a pessoa com "cara de doente". Deste modo é sempre possível saber quem tem DST antes de transar com ela;
- B) Nem toda DST é sintomática, de modo que muitas pessoas com algumas DST's têm uma vida completamente normal, sendo impossível dizer que ela tem ou não alguma DST;
- C) Certas DST's causam lesões locais enquanto outras causam doença sistêmica ; deste modo, nem toda DST é sintomática e é impossível, exceto pela sorologia, saber quem tem ou não uma DST;
- D) N.D.A.