

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

WENDEL DE SOUZA SANTOS

**CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO DAS ISTs/AIDS E
GRAVIDEZ, NOS ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO
ESTADO DE SERGIPE**

ARACAJU-SE

JANEIRO – 2018

WENDEL DE SOUZA SANTOS

**CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO DAS ISTs/AIDS NOS
ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO ESTADO DE
SERGIPE**

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

Orientador: Prof. Halley Ferraro Oliveira

ARACAJU-SE
JANEIRO – 2018

WENDEL DE SOUZA SANTOS

**CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO DAS ISTs/AIDS E
GRAVIDEZ, NOS ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO
ESTADO DE SERGIPE**

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

Orientador: Prof. Dr. Halley Ferraro Oliveira

Autor: Wendel de Souza Santos

Orientador: Prof. Dr. Halley Ferraro Oliveira

ARACAJU-SE

JANEIRO - 2018

WENDEL DE SOUZA SANTOS

CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO DAS ISTs/AIDS E GRAVIDEZ, NOS ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE

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

Orientador: Prof. Dr. Halley Ferraro Oliveira

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

“Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu, é sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu.”

Toda conquista é resultado de um sacrifício, de algo sonhado, planejado e concretizado, foram 6 anos de luta, alegrias, momentos de angústias e dificuldades, mas que foram importantes para o amadurecimento pessoal e profissional. Espero pôr em prática todo aprendizado com respeito e dedicação, aprender a cada dia mais e conquistar novos objetivos. Agradeço a DEUS, pela dádiva da vida e pela benção de cada dia; A minha mãe MARIA JOSÉ, a senhora não é apenas a melhor mãe do mundo, é também a mais batalhadora e guerreira, a mais bela, alegre e inteligente. Sinto imenso orgulho em ser teu filho, o teu espírito é admirável, incansável, inabalável, nunca ouvi um lamento teu, mesmo sabendo que muitas vezes estava cansada, exausta, dorida, mas ainda assim, continuou lutando pela nossa felicidade e bem-estar, sem exigir nada em troca. Eu melhor que ninguém sei teu valor, todos os sacrifícios que fez, para que eu chegasse até aqui, tudo isso só faz com que eu a ame e admire cada dia mais. Hoje, quero que saiba o quanto lhe sou grato e que agora sou eu quem vai lutar pela tua felicidade; Ao meu irmão CRISTIAN, você é meu exemplo de superação, o modelo ideal de ser humano, uma obra arquitetada por Deus. Agradeço por todos os momentos juntos, pelas madrugadas de estudos, conversas e conselhos, pelo incentivo em cada escolha, por acreditar que eu poderia “chegar lá” e eu cheguei, hoje essa vitória também é sua; A minha namorada MICHELE por suportar meus defeitos, tolerar meus humores e me entender, dando uma nova luz e um novo olhar a minha vida. Sempre me apoiando, chegou, segurou na minha mão e disse: vamos, eu vou junto. Saiba, que toda vez que falo que te amo, não o faço por simples força do hábito, mas o faço para lembrar-te que você é um dos melhores presentes na minha vida; A ARNALDO que foi um segundo pai, por se fazer presente em todos momentos importantes e por toda ajuda nessa jornada; Ao meu pai Cícero por toda educação e ajuda prestada; A minha família: Valdira, Antônio, Ivete “in memoriam”, Marivalda, Carlos, Greyce, Greisiely, Dayene, Fátima, Patrícia, Elvio e Marcos; Ao meu amigo Samuel por todo apoio e incentivo, madrugadas de estudos e descontração, sempre alegre e otimista; Ao Ânima pelos

bons momentos de adoração; Aos amigos da M3 (Edson, Edvan, Eloan, Jonas, Jorge, Rildo, Roberto, Zito) pelos bons tempos de república e incentivo para que continuasse batalhando; Aos irmãos do G5 (Elton, Marcelo, Marcelo Rosário e Thiago), pois sem vocês não chegaria até aqui, obrigado por todo apoio e incentivo nessa trajetória árdua; A Dra. Klebiana pelos livros doados; A dona Raimunda e seu Costa, pelo apoio e compreensão nas dificuldades; Ao vereador Marcondy por toda força; A todos colegas da universidade que levo para vida, em especial: Aninha, Arthur, Bruno, COSTA Costa por todo apoio e ajuda, Eduardo, Evando, Flávio, Guilherme, Jéssica, João Paulo, Lucas, Marcele, Marcão, Mateus, Mirella, Silvio, Tarlson, Vanessa, Vinícius e todos que estiveram perto, obrigado pelos bons momentos de estudos e diversões, vocês tornaram essa jornada menos difícil e mais alegre; Aos amigos Amanda, Aninha, Carlinha, Helder, Júnior, Donos da Night e a todos os outros que participaram direta ou indiretamente; Aos professores e preceptores, pelos ensinamentos; A todos os pacientes, equipe de enfermagem e funcionários que sempre me ajudaram e me ensinaram algo. Agradeço especialmente ao professor Dr. Halley Ferraro Oliveira por todo apoio e confiança, por toda orientação, compromisso, dedicação e ensinamentos. Em especial também a professora Thaís Serafin, por toda paciência, por toda ajuda prestada e pelos ensinamentos passados. A Daniel Ribeiro pela ajuda prestada e apoio nos momentos importantes.

“Vá em frente sem medo, porque viver será sempre o maior desafio da sua existência e o valor da vida está nos sonhos que lutamos para conquistar.”

LISTA DE TABELAS

REVISÃO DE LITERATURA

Figura 1- Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM na faixa de 15 e 24 anos por ano de diagnóstico.

PERÍODO 2000 - 2017.....12

Figura 2- Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, na faixa de 15 e 24 anos.

PERÍODO 2005 – 201613

Figura 3 - Taxa de detecção de aids (/100 mil hab.) segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016

PERÍODO 2006 – 201613

ARTIGO CIENTÍFICO

Tabela 1 - Características sociodemográficos dos adolescentes.46

Gráfico 1 - Adolescentes que já tiveram a primeira relação sexual52

Gráfico 2 - Idade da primeira relação53

Tabela 2 - Características sobre vida sexual dos adolescentes e uso de proteção na primeira relação.....48

Tabela 3 - Características sobre o conhecimento e uso de preservativo nas relações sexuais
.....49

Tabela 4 - Distribuição percentual dos adolescentes, sobre uso, conhecimento e orientação dos métodos contraceptivos.....50

Tabela 5 - Conhecimento sobre prevenção e transmissão de ISTs/AIDS57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

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

SUMÁRIO

1 – REVISÃO DE LITERATURA	10
1.1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1.1. SEXUALIDADE PRECOCE.....	11
1.1.2 VULNERABILIDADE.....	11
1.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	12
1.3 ISTs/AIDS NA ADOLSCÊNCIA.....	16
1.3.1 HIV/AIDS.....	16
1.3.2 SÍFILIS.....	17
1.3.3 CRANCO MOLE.....	18
1.3.4 TRICOMONÍASE.....	18
1.3.5 HERPES PAPILOMA VÍRUS (HPV).....	18
1.3.6 GONORREIA.....	19
1.3.7 DONOVANOSE.....	20
1.3.8 LINFOGRANULOMA VENEREO	20
1.3.9 HERPES.....	20
1.4 CONSEQUÊNCIAS ISTs/AIDS NOS ADOLESCENTES	21
1.5 FATORES DE RISCOS ISTs/AIDS.....	21
1.6 MEDIDAS DE PREVENÇÃO ISTs/AIDS.....	22
2. REFERÊNCIAS.....	23

3.NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	31
4.ARTIGO ORIGINAL	40
4.1 RESUMO	41
4.2 ABSTRACT.....	43
4.3 INTRODUÇÃO	44
4.4 METODOLOGIA.....	46
4.5 RESULTADOS.....	47
4.6 DISCUSSÃO.....	58
4.7 CONCLUSÃO.....	62
4.8 AGRADECIMENTOS	63
4.9 REFERÊNCIAS.....	63

1 – REVISAO DA LITERATURA

1.1 – INTRODUÇÃO

Durante as duas primeiras décadas de vida, o organismo humano desenvolve a elementar atividade de “crescer” e “desenvolver-se”, fenômenos sincrônicos e regulados à velocidade do processo maturacional e de sua interação com indicadores do ambiente (GUEDES, 2011). Esse desenvolver na fase da adolescência, resulta em inúmeras manifestações no organismo humano, que se transpõe em diferentes fases de maturação biológica, onde os precursores mais frequentemente utilizados para que se identifique essas transformações, são a maturação dental, sexual, óssea e morfológica (GUEDES, 2011). A etiologia da palavra adolescência salienta muito bem essas peculiaridades; originária do latim, *ad* significa “para” e *olescere*, “crescer”, ou seja, "crescer para" (BECKER, 2003). Definições estas que levam a ideia de desenvolvimento, de preparação do que está para acontecer, na propensão para crescer fisicamente e psiquicamente (CABRAL; DIAZ, 1995).

Atualmente, existe uma consonância nos estudos de que a fase da adolescência compreende mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Além disso, se trata de uma fase da vida em que se tornam mais emancipados dos pais e começam a valorizar mais os pares, inclinam-se a conhecer uma diversidade de circunstâncias na vida, com as quais ainda não sabem enfrentar. Iniciam a descoberta da sexualidade, se encontram sexualmente, vivenciam e provam um pouco de cada situação, que por vezes, assumem comportamentos impulsivos de risco que os tornam vulneráveis, frente as circunstâncias da vida (BRÊTAS, 2010; RIBEIRO, 2010; PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010; BRASIL, 2013c; ROMÃO; VITALLE, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência compreende a faixa etária dos 10 a 19 anos de idade (Ferreira THS, Farias MA, Silvares EFM, 2010). considera ainda que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), estabelece a adolescência como o período que compreende a faixa etária entre os 12 e 18 anos. Esses conceitos possibilitam estabelecer as definições de adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos) (BRASIL, 2007a). O Programa de

Atenção à Saúde do Adolescente (PRO-ADOLESC) da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo utiliza a faixa etária estabelecida pela OMS (Françoso, LA, Mauro, AMMF.2006).

Independente dos parâmetros citados e adotados, a adolescência é o período de profundas transformações psíquicas, físicas e comportamentais que representa o desenvolvimento individual e social, em busca de escolhas para vida. E que no âmbito sexual, essa busca pode levar ao risco de gravidez precoce e contaminação por ISTs/AIDS (DINIZ,2008).

1.1.1 SEXUALIDADE PRECOCE

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

1.1.2 VULNERABILIDADE

As singularidades da fase da adolescência, atribuem certamente uma carga de riscos a estes, que incidem na possibilidade de caracterizar negativamente esta fase, já que a nela, estão atrelados alguns elementos que lhes conferem vulnerabilidades (BRÊTAS *et al.*, 2011; BEZERRA *et al.*, 2011; BRASIL, 2005). As particularidades principais são aquelas especialmente relacionadas às vivências da sexualidade, que aumentam a vulnerabilidade para o HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis, assim como a gravidez na

adolescência e o aborto, que podem comprometer o projeto de vida ou até a própria vida do adolescente (FONSECA; GOMES; TEIXEIRA, 2010).

A inexperiência na tomada de decisões, dificuldade para lidar com os relacionamentos afetivos, que muitas vezes não respeitam os sentimentos e opiniões do próximo podem levar a um estado vulnerável. Mesmo com a realização de campanhas e divulgação sobre os meios de prevenção, há um aumento de vulnerabilidade entre os jovens na maioria das vezes nas primeiras relações sexuais, jovens sem informações, abalado emocionalmente (Arruda S, Cavasi S, 2000). Para Ayres et al. (2003) a vulnerabilidade se apresenta interligados em três eixos: social, individual e programático. No individual mostra a capacidade que o indivíduo tem de contornar o obstáculo e utilizá-lo como medidas protetoras. Referente ao social depende de como as informações chegam nos jovens e estes a analisam colocando as mudanças no cotidiano. Não depende só do indivíduo, mas também do acesso aos meios de comunicação, grau de escolaridade, influência do poder político, além do enfrentamento de barreiras culturais. No eixo programático, relaciona-se aos esforços, a existência de programas voltados para a prevenção e os cuidados relativos aos agravos que geram o empoderamento social.

1.2- DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

De acordo com as estimativas da OMS (2013), mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente, e anualmente em torno de 500 milhões de pessoas adquirem uma das ISTs curáveis (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase). Da mesma forma, estima-se que 530 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus do herpes genital (HSV-2) e que mais de 290 milhões de mulheres estejam infectadas pelo HPV. No Brasil, estima-se que a cada ano ocorra cerca de 1.967.200 casos novos de clamídia, 1.541.800 de gonorreia, 937.000 de sífilis, 685.400 de HPV e 640.900 de herpes genital. A infecção pelo HPV causa 530.000 casos de câncer de colo uterino e 275.000 mortes por essa doença/ano. Além disso, a sífilis na gravidez causa aproximadamente 300.000 mortes fetais e neonatais/ ano e coloca 215.000 recém-nascidos (RN) sob o risco de morte prematura, baixo peso ao nascimento ou sífilis congênita, Segundo dados do Ministério da saúde (2013), do último Protocolo Clínico e

Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (2015).

Em 2007 o número de infecção para HIV era de 14 mil pessoas por dia, levando 20 milhões de óbitos desde o diagnóstico dos primeiros casos. Um 1/3 dos 30 milhões dos jovens que convive com HIV/AIDS no mundo encontra-se com idade entre 10 a 24 anos de idade (Paiva V, Peres C, Blessa C, 2002). Até 2030 a (OMS) estima 70 milhões de pessoas serão infectadas, se caso medidas preventivas não sejam tomadas (PINTO et al., 2007). Na última década a taxa de novas infecções de HIV nos jovens encontra-se na faixa etária entre 15 e 24 anos, correspondendo 45% no mundo.

Em 2016 o número de pessoas vivendo com HIV foi de 36,7 milhões, o número de novos casos atingiu 1,8 milhões, no mesmo ano o número de morte relacionada a AIDS foi de 1 milhão. Os riscos de HIV entre adolescentes e jovens são maiores quando a transição de idade ocorre em ambientes desafiadores, com acesso insuficiente a alimentos, educação e moradia e com altas taxas de violência. Percepções de baixo risco de infecção, uso insuficiente do preservativo e baixas taxas de testagem de HIV persistem entre os jovens. Apesar das taxas de informação sobre o HIV terem aumentado, apenas 36% de homens jovens e 30% de mulheres jovens (entre 15-24 anos) tinha um conhecimento abrangente e correto sobre como prevenir o HIV nos 37 países com dados disponíveis para o período de 2011 e 2016 (UNAIDS, julho de 2017).

No Brasil, de 1980 a junho de 2017, foram identificados no país 882.810 casos de aids. O país tem registrado, anualmente, uma média de 40 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos (MS 2017). De 2007 até junho de 2017, foram notificados no Sinan 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil. No ano de 2016, foram notificados 37.884 casos de infecção pelo HIV. sendo 3.912 (10,3%) casos na região Norte, 7.693 (20,3%) casos na região Nordeste, 15.759 (41,6%) na região Sudeste, 7.688 (20,3%) na região Sul e 2.832 (7,5%) na região Centro-Oeste (figura 3). Ainda de acordo com os dados do último boletim epidemiológico de 2017 do ministério da saúde, nesse mesmo período de 2007 a 2017, no que se refere as faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV

encontra-se nas faixas de 20 a 34 anos, com percentual de 52,5% dos casos. Relacionado a cor da pele autodeclarada, observa-se que 47,6% estão entre brancos e 51,5% entre pretos e pardos. Já os casos de infecção pelo HIV em indivíduos maiores de 13 anos de idade, segundo a categoria de exposição, mostrou que entre os homens, no período observado, 48,9% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual, 37,6% heterossexual, 9,6% bissexual e 2,9% se deram entre usuários de drogas injetáveis (UDI); entre as mulheres, nessa mesma faixa etária, nota-se que 96,8% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual e 1,7% na de UDI. Em 2016, entre os jovens de 13 a 19 anos, a razão de sexo foi de 16 casos em homens para cada 10 casos em mulheres (ministério da saúde, boletim epidemiológico HIV/AIDS 2017).

Figura 1- Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLON na faixa de 15 e 24 anos por ano de diagnóstico.

Tabela 1 - Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLON por ano de diagnóstico

Casos de AIDS	1980-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Total	387.838	37.842	37.158	38.228	40.657	40.426	39.966	41.926	41.530	42.457	41.279	39.860	38.090	15.653	882.810
Homens	263.157	22.454	22.114	22.983	24.378	24.597	24.894	26.432	26.417	27.545	27.237	27.015	26.077	10.945	576.245
Mulheres	124.667	15.387	15.044	15.243	16.171	15.825	15.072	15.490	15.111	14.904	14.032	12.836	11.990	4.672	306.444
Menores de 5 anos	10.603	797	654	600	603	559	553	473	474	430	412	346	349	125	16.978
Entre 15 e 24 anos	45.617	3.339	3.244	3.315	3.593	3.744	3.794	4.258	4.636	4.845	4.904	4.978	4.712	2.151	97.130

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) SICLON utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2017, SISCEL de 2000 a junho/2017 e SIM de 2000 a 2016; (3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Figura 2 - Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, na faixa de 15 e 24 anos.

Tabela 2 - Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por ano de diagnóstico

Taxa de detecção	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Geral	20,5	19,9	20,2	21,4	21,1	21,0	21,8	21,4	21,1	20,4	19,5	18,5
Homens	24,5	23,8	24,5	25,7	25,7	25,7	27,1	26,8	27,7	27,2	26,8	25,8
Mulheres	16,5	15,9	15,9	16,7	16,2	15,3	15,5	15,0	14,7	13,7	12,4	11,6
Menores de 5 anos	4,7	3,9	3,6	3,7	3,5	3,5	3,0	3,1	2,8	2,8	2,3	2,4
Entre 15 e 24 anos	9,4	9,2	9,4	10,3	10,8	11,0	12,4	13,5	14,1	14,3	14,6	13,8

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2017, SISCEL de 2000 a junho/2017 e SIM de 2000 a 2016; (3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Figura 3 - Taxa de detecção de aids (/100 mil hab.) segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016

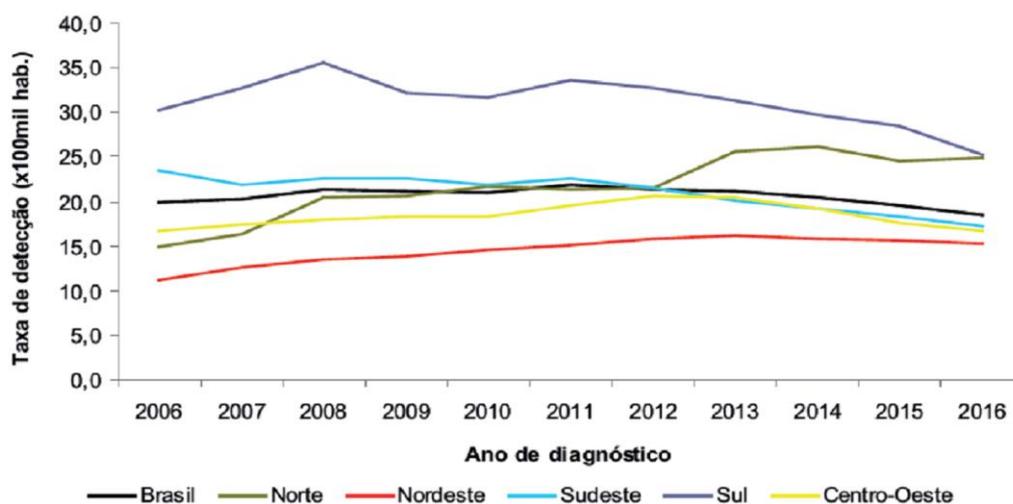


Figura 3 – Taxa de detecção de aids (/100 mil hab.) segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016*.

Fonte: Sinan (atualizado em 30/06/2017).

*Casos notificados no Sinan e Sisel/Siclom até 30/06/2017; no SIM, de 2000 a 2016.

1.3– ISTs/AIDS NA ADOLESCÊNCIA

Na adolescência é onde ocorre maior incidência de doenças sexualmente transmissíveis em torno de 25% de todas as ISTs são confirmadas em jovens com menos 25 anos (World Health Organization,2007). As adolescentes sexualmente ativas em escala mundial apresentam 30% de infecção para Clamídia e 40% para HPV. Apresenta aumento de infecção por herpes genital em torno 50%, infecção por gonorreia encontra-se maiores entre 15 e 19 anos em relação a outras faixas etárias e 25% de novas infecções pelo HIV se dá em jovens com idade inferior a 22 anos (Naud P et al,2008). As doenças sexualmente transmissíveis ocorrem durante as relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas e transfusões sanguíneas com a pessoa infectada (MARTINS,2006). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL,2010): Principais afecções: AIDS/HIV,Cranco mole, Hepatite, Gonorreia, (HPV),Herpes,Sífilis, Tricomoniase, Linfgranuloma venéreo e Donovanose.

1.3.1-HIV/AIDS

A AIDS apresenta-se no indivíduo infectado pelo vírus HIV, tornando-se suscetível à infecções oportunistas devido a diminuição das células de defesa. O período entre a infecção e o aparecimento dos primeiros sintomas, chama-se período de incubação, varia de 5 a 30 dias, e o período de latência pode variar de 5 a 10 anos (BRASIL,2010). Geralmente os sintomas iniciais são febre, perda de peso, dores osteoarticulares e perda de força. (RECUERO, 2008). Segundo Protocolo do Ministério da Saúde 2017, No Brasil, para os casos em início de tratamento, o esquema inicial preferencial deve ser a associação de dois ITRN/ITRNt – lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) – associados ao inibidor de integrase (INI) – dolutegravir (DTG) ou ainda TDF/ 3TC / efavirenz (EFV) na coinfeção TB-HIV sem critérios de gravidade. E na coinfeção TB-HIV com critérios de gravidade a escolha é TDF/3TC + (raltegravir) RAL. Em situações em que o uso de efavirenz e nevirapina esteja impossibilitado, deve-se proceder à sua substituição por um Inibidor de Protease, de modo que o esquema ARV fique estruturado da seguinte forma: ITRN + IP/r.O lopinavir com booster de ritonavir (LPV/r) é a opção preferencial na classe dos inibidores da protease, quando da impossibilidade de uso de ITRNN na composição do esquema.

1.3.2-Sífilis

A Sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Na fase inicial apresenta lesões genitais pequenas e ínguas nas virilhas. As feridas são indolores, sem secreções, fundo brilhante, medindo de 1 a 2 cm. Mostra período de remissão sem deixar cicatrizes com sensação de cura, caso não tratada avança difusamente pelo corpo com manchas (nas palmas das mãos, solas dos pés), queda de cabelos, cegueira, doenças neurológicas e cardiovasculares (BRASIL, 2010). O tratamento da Sífilis é feito com Penicilina Benzatina (Benzetacil), abordando-se tanto o paciente quanto o parceiro. Segue o seguinte esquema do Ministério da Saúde: Sífilis Primária-Penicilina benzatina 2.400.000UI,IM,dose única; Sífilis Secundária ou Latente Recente -Penicilina benzatina 4.800.000UI,IM,em duas doses semanais de 2.4MUI; Sífilis Terciária, Sífilis Latente tardia e Sífilis Latente de tempo desconhecido-Penicilina benzatina 7.2MUI, IM,em três doses semanais de 2.4MUI e no tratamento da neurosífilis a droga escolhida é a penicilina cristalina pela capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica. A dose recomendada varia de três a 4.000.000UI, por via endovenosa, de quatro em quatro horas, no total de 18 a 24.000.000UI/dia por 10 a 14 dias (CDC,2002).

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

Estudo realizado no município de Feira de Santana, Bahia, mostra uma prevalência de sífilis entre adolescentes semelhante às estimativas da população brasileira, ou seja, em torno de 1,10%, conforme dados do Ministério da saúde. Isso sugere que os adolescentes estão iniciando a vida sexual de forma precoce e, como consequência, estão mais expostos aos fatores de risco para infecção das ISTs. Este estudo também mostrou que a prevalência de sífilis entre os adolescentes é maior nos indivíduos do sexo masculino, que pode ser

justificada por maior exposição ao uso de drogas, o grande número de parceiros sexuais sem proteção e a falta de ocupação profissional entre esse grupo de adolescentes (MONTEIRO, *et al.*, 2015).

1.3.3-Cancro Mole

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

1.3.4-Tricomoniase

Causada pelo *Trichomonas vaginalis*, protozoário flagelado, anaeróbio, Gram negativo os sintomas: corrimento amarelo-esverdeado, prurido, dispareunia, Na mulher, a sintomatologia encontra-se por exemplo no colo do útero.Nos homens geralmente são assintomáticos(BRASIL,2010).O tratamento de escolha é metronidazol, 250mg, três vezes ao dia ou 2g dose única. Deve-se realizar o tratamento no parceiro sintomático ou não (CELLAND et al.,2007).

1.3.5-Papiloma vírus Humano (HPV)

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

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

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

1.3.6-Gonorreia

Causada pela bactéria Gram-negativa *Neisseria gonorrhoeae* onde acomete em maior frequência os homens. Apresenta afinidade pela mucosa uretral, epitélio da orofaringe e canal anal. A transmissão é por contato sexual (WROCLAWSKI; BEZZERRA, 1999; BRASIL, 2010). A manifestação clínica ocorre principalmente no período da manhã com secreção amarelada, disúria e prurido (GOMES; BATISTA, 2009; BRASIL, 2006). A maioria das

mulheres são assintomáticas devido ao mecanismo de infecção ser diferente do homem. A manifestação clínica é por disúria, urgência miccional e menos frequente secreção amarelada (GOMES; BATISTA, 2009, BRASIL, 2010). O tratamento de escolha é ceftriaxone, 250mg, IM, dose única, ou estearato de eritromicina, 500mg, Via Oral, 6/6h, por 7 dias. A ciprofloxacina e ofloxacina são contraindicadas na gravidez (Duarte G, 2004).

1.3.7-Donovanose

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

1.3.8-Linfogranuloma venéreo

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

1.3.9-Herpes

Os vírus (HSV-1 e HSV-2) pertencentes à família Herpesviridae provocam lesões genitais HSV-2 e lesões periorais HSV-1. A infecção ocorre através das mucosas ou soluções de continuidade cutânea. (Gavazzoni MF, Perissé ARS, Nery JAC, 2009). Manifestação clínica

através de pequenas bolhas em região genital masculina e feminina, recorrente, incurável, com ardência e coceira intensa. Segundo o (CDC) de 2006, as opções de tratamento são (Workowski KA, Berman MS, 2006) aciclovir, 400 mg três vezes ao dia ou 200 mg cinco vezes ao dia; famciclovir: 250 mg três vezes ao dia; valaciclovir 1.000 mg duas vezes ao dia. O valaciclovir é administrado com menos frequência, porém o aciclovir é o medicamento mais barato e portanto, a primeira escolha. A duração usual do tratamento varia de 7 a 10 dias.

1.4– CONSEQUÊNCIAS DAS ISTs/AIDS NOS ADOLESCENTES

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

1.5 – FATORES DE RISCOS ISTs/AIDS

Os adolescentes encontra-se diante de universo de possibilidades e opções, além do desejo de explorar e experimentar tudo a sua volta, ampliando suas relações além da família, aproximando-se de grupos com os quais se identifica. (Reato LFN, Silva LN, Ranña FF, 2006). O envolvimento social advém do valor que antes mantinha com a família, sobretudo com as figuras parentais, transferindo-a para o novo grupo, constituindo assim a transição necessária no mundo externo para alcançar a individualização adulta. (Brêtas JRS, 2010).

As informações sobre o sexo são adquiridas de várias fontes, muitas vezes incompleta, onde torna suas manifestações sexuais uma condição de risco e vulnerabilidade. Devido a gravidade, observa distanciamento da família, a influência da mídia e a absorção de informações errôneas podem interferir negativamente no desenvolvimento saudável da sexualidade, associada ao início cada vez mais precoce da atividade sexual entre os

adolescentes devido a sua condição de imaturidade para discernir sobre algumas escolhas nessa fase que podem assumir caráter definitivo. (Brasil,2009).

A estimulação sexual da mídia, em especial da televisão, leva a temática fora da realidade, cheia de encantos, onde inexitem consequências do sexo desprotegido, sempre associando sexo apenas ao prazer, mesmo de forma insensata, as informações veiculadas pela TV são comumente enganadoras, parecendo simples e natural.(Macedo SRH et al,2013; Ferreira THS, Farias MA, Silvares EFM,2010).Atualmente, inúmeros adolescentes estão vivenciando na vida sexual, falta de conhecimento e conscientização das doenças sexualmente transmissíveis e até mesmo gravidez precoce (Ministério da Saúde,2012).

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

1.6–MEDIDAS DE PREVENÇÃO DAS ISTs/AIDS

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

Segundo Freire (1979) o local para desenvolvimento de senso crítico é no ambiente escolar onde os jovens abordam os temas e estabelecem relações interpessoais. Nestes locais, os aprendizes são instrumentos de disseminação do conhecimento do professor. (FREIRE,1996). Devido à complexidade e ações de difícil controle, as IST devem ser vista

como prioridade frente ao serviço realizado de maneira integral pela Programa de Saúde da Família(PSF), Unidade Básica de Saúde(UBS) e serviços de referência regionalizados (Françoso, LA, Mauro, AMMF, 2006). Em 2000 no Fórum Global da Educação firmou-se a Declaração de Dakar, onde hoje é referência para a assuntos de interesses sociais, como saúde na esfera educacional. Firma uma visão ampla “o saber, o fazer, o viver junto e o ser”, melhorando a qualidade de vida do indivíduo e sociedade com promoção e prevenção da saúde. (UNESCO,2001).

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

O método de prevenção mais utilizado e conhecido pelos adolescentes é o preservativo masculino a fim de evitar a gravidez e a IST e umas das razões para não usar: segurança no companheiro, relações sexuais ao acaso e não sente bem. (Almeida MCC et al,2003). Uma das metas para almejar a saúde, passa pela informação e comunicação onde possa atingir o indivíduo e este reconhecer suas ameaças, estabelecendo atitudes frente a hábitos e comportamentos desagradáveis, bem como estimulando mudanças positivas a nível coletivo e favorecendo a implantação de medidas, sejam socioeconômicas ou físicas, para melhoria da qualidade de vida de toda população (TEIXEIRA,2004).

2.- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

BECKER, D. O que é Adolescência. **Coleção Primeiros Passos**, n. 159, ed. Brasiliense, São Paulo, 2003.

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

BEZERRA, E.P. et al. Pedagogia Freireana como método de prevenção de doenças. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1563-1570, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a92v16s1.pdf>

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

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

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

BRÊTAS, J.R.S. Vulnerabilidade e Adolescência. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 89-96, dez. 2010. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n2/v.10_n.2-art5.refl-vulnerabilidade-e-adolescencia.pdf

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

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

CABRAL, F.; DÍAZ, M. **Adolescência**: uma nova visão, uma nova ação. 1995. Disponível em: <<http://www.adolescencia.org.br/empower/website/pdf/adoles.pdf>>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FONSECA, D.; GOMES, V. L. O.; TEIXEIRA, K.C. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos (as) de enfermagem. **Escola Anna-Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 330-337, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/16.pdf>>.

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

GUEDES, D.P. Crescimento e desenvolvimento aplicado à Educação Física e ao Esporte. **Revista Brasileira Educação Física Esporte**, São Paulo, v. 25, p. 127-40, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v25nspe/13.pdf>>.

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

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

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

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

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

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

Ministério da Saúde (BR). **Bol Epidemiol AIDS**, Brasília (DF), 2005;

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

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. 2010.

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

Ministério da saúde; Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, acesso 2017.

Ministério da saúde, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) – Ministério da Saúde – 2015.

Ministério da saúde; protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2017.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

The global HIV/AIDS epidemic—progress and challenges; THE LANCET Vol 390 July 22, 2017.

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

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

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexually Transmitted Infections (STIs), 2017.

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

3. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

INFORMAÇÕES GERAIS

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

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

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

Os trabalhos deverão ser submetidos através do site da revista: WWW.adolescentesaude.com

MISSÃO E POLÍTICA EDITORIAL

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

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

PROCESSO DE AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

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

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

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

Artigos originais

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

Artigos de revisão

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

c. Relatos de caso

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

d. Resumo de teses

Reprodução de Resumo e Abstracts de Teses e Dissertações.

e. Atualizações

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

f. Comunicações breves

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

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

3. NORMAS GERAIS

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

TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

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

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

A Revista Adolescência & Saúde não se responsabiliza pelo eventual extravio dos originais. Os autores devem ter consigo uma cópia do manuscrito original, enquanto o artigo estiver sendo considerado para a publicação pela Revista. A revista reserva o direito de efetuar, nos artigos aceitos, adaptações de estilo, de gramática e outras que julgar necessárias para atender às normas editoriais.

NORMAS DETALHADAS

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

PÁGINA DE ROSTO

Formatar com os seguintes itens:

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

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

RESUMO E ABSTRACT

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

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

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

PALAVRAS-CHAVE E KEY WORDS

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

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

TABELAS, GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES

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

AGRADECIMENTOS

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. As citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas. Para apresentação das referências, devem ser adotados os critérios do International Committee of Medical Journal Editors, também conhecido como estilo Vancouver. Os autores devem consultar Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>) e "Sample References" (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) para informações sobre os formatos recomendados.

Exemplos:

a) Artigos em periódicos:

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

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

b) Capítulos de livros:

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

c) Livros:

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

d) Trabalhos apresentados em evento:

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

e) Trabalhos de autoria de entidade:

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

f) Teses e dissertações:

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

g) Artigos de periódico em formato eletrônico:

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

4-ARTIGO ORIGINAL

Revista Adolescência e Saúde

CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO DAS ISTs/AIDS E GRAVIDEZ, NOS ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE

Wendel de Souza Santos¹, Halley Ferraro Oliveira², COSTA dos anjos costa³, Cleverton Luiz DANTAS⁴.

¹ Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe

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

³ Graduado em medicina pela Universidade Federal de Sergipe

⁴ Graduado em medicina pela Universidade Federal de Sergipe

Endereço para correspondência: wendel89ss@gmail.com

Wendel de Souza Santos, tel: (079) 99863-3927

Rua Pedro Edson, n° 127, Palestina, Aracaju-SE.

Instituição onde foi realizada a pesquisa: Universidade Federal de Sergipe

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

Fonte Financeira: “Recursos próprios”

4.1 – RESUMO

OBJETIVOS

Geral

- ✓ Analisar o conhecimento e práticas dos adolescentes sobre a prevenção das ISTs/AIDS e gravidez precoce.

Específicos

- ✓ Analisar o conhecimento dos adolescentes sobre os possíveis efeitos negativos da prática da atividade sexual de forma desprotegida.
- ✓ Analisar o conhecimento dos adolescentes sobre os possíveis efeitos de uma gravidez precoce.
- ✓ Descrever o conhecimento dos adolescentes sobre os fatores de risco predisponentes às ISTs/AIDS.

Métodos: A pesquisa foi delineada nos moldes de um estudo comparativo, realizado em um colégio público do município de Aracaju-Sergipe. A população escolhida foi os estudantes matriculados regularmente, do 1ª, 2ª e 3ª ano do ensino médio, do turno vespertino. A faixa etária de corte dos adolescentes foi entre 12 e 19 anos. Após o contato e autorização da direção da escola, os dados foram coletados através de um questionário padronizado e validado, auto responsivo, composto por questões fechadas. Os critérios de inclusão foram: aceitar participar voluntariamente da pesquisa, ter entre 12 e 19 anos e estar devidamente matriculados no período vespertino nas referidas séries, e como critérios de exclusão: déficit de cognição, não estar presente no dia em que o questionário foi aplicado.

Resultados: Foram aplicados 156 questionários entre estudantes que compreendiam uma faixa etária de 12 a 19 anos. Os escolares compreenderam 51,3% do sexo feminino e 48,7% do sexo masculino. Quanto à vida sexual, 57,7 % referiram ter vida sexual ativa. O uso de método contraceptivo na primeira relação sexual foi referido em 66,7%. Sobre o uso de preservativo 43,3% afirmaram sempre fazer uso. e 10% afirmaram que não fazem uso. A

respeito do conhecimento sobre métodos contraceptivos que sabiam usar, 46,3% afirmaram saber usar camisinha masculina. A principal fonte de informação sobre métodos anticoncepcionais foi à escola, com 31,3% e familiares com 26,9%. 90,4% dos estudantes, afirmaram que deveriam usar preservativo em todas relações sexuais. Sobre a prevenção das ISTs, 96,8% responderam que a camisinha deve ser usada desde o início da relação sexual. Sobre a transmissão das ISTs na prática do sexo oral e anal, 87,8% afirmaram que é possível contrair e 84,6% afirmaram que o tratamento de uma IST, não os torna imune ao HIV.

Conclusão: Na pesquisa observou-se uma modesta melhora a cerca do conhecimento dos adolescentes sobre a prevenção de IST/AIDS e gravidez, se compararmos, por exemplo, à pesquisa realizada por DANTAS (2016) e COSTA (2017). Mostra que a maioria dos adolescentes dessa escola possui um conhecimento adequado, porém conceitos errôneos ainda existem e precisam ser trabalhados. Permite também uma visão a qual mostra que o início da vida sexual precoce, é prejudicial para os adolescentes e que muitas vezes, não identificam fatores que os expõem à vulnerabilidade relativa à IST/AIDS e gravidez. A maioria dos adolescentes com vida sexual ativa tinha entre 17-19 anos de idade, estava no 2º ano do ensino médio, era do sexo masculino e iniciaram sua vida sexual na faixa de 14-16 anos, mostrando que considerando a os meninos começaram a vida sexual mais precocemente. Corroborando com a literatura e dados estatísticos do MS e OMS, o uso de preservativo é a forma mais segura de prevenção de IST/AIDS e gravidez.

Palavra-chave: Adolescência; ISTs/AIDS; Prevenção; Gravidez.

4.2 – ABSTRACT

Objectives:

General:

- ✓ To analyze adolescents' knowledge and practices on IST / AIDS prevention and pregnancy.

Specific:

- ✓ To analyze the knowledge of adolescents about the possible negative effects of practicing sexual activity in an unprotected way.
- ✓ To analyze the knowledge of adolescents about the possible effects of an early pregnancy.
- ✓ To describe adolescents' knowledge about risk factors predisposing to STIs / AIDS.

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

Results: A total of 156 questionnaires were applied among students aged 12 to 19 years. The students comprised 51.3% female and 48.7% male students. Regarding sexual life, 57.7% reported active sexual life. The use of contraceptive method in the first intercourse was reported in 66.7%. About condom use 43.3% said they always make use of it. and 10% said they did not use it. Regarding knowledge about contraceptive methods they knew how to use,

46.3% said they knew how to use a male condom. The main source of information on contraceptive methods was school, with 31.3% and family with 26.9%. 90.4% of the students said they should use a condom in all sexual relations. Regarding the prevention of ISTs, 96.8% answered that the condom should be used from the beginning of sexual intercourse. Regarding the transmission of STIs in the practice of oral and anal sex, 87.8% stated that it is possible to contract and 84.6% stated that the treatment of an IST does not make them immune to HIV.

Conclusion: In the research there was a modest improvement in the knowledge of adolescents about the prevention of STI / AIDS and pregnancy, if we compare, for example, the research conducted by DANTAS (2016) and COSTA (2017). It shows that most adolescents in this school have adequate knowledge, but misconceptions still exist and need to be worked on. It also allows for a view which shows that the onset of an early sexual life is harmful to adolescents and often does not identify factors that expose them to STI / AIDS and pregnancy vulnerability. The majority of adolescents with active sex life were between 17-19 years of age, were in the second year of high school, were male and began their sex life in the range of 14-16 years, showing that considering the boys began to sex life. Corroborating with the literature and statistical data from MS and WHO, condom use is the safest way to prevent STI / AIDS and pregnancy.

Keywords: Adolescent; IST/AIDS; Prevention; Pregnancy.

4.3 - INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de enormes mudanças na vida do ser humano, é um período de transição entre a infância e a idade adulta, o que causa sérias mudanças na visão de mundo e comportamentos frente às novas necessidades que a vida adulta impõe. É marcado pelo intenso crescimento e desenvolvimento, manifestado por mudanças fisiológicas, anatômicas, sociais e psicológicas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define essa fase como o período que compreende a faixa etária de 10 aos 19 anos. Já no Brasil, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) pela lei nº 8.069 de 13/07/1990, considera o período da adolescência entre 12 aos 18 anos^{1,2}. Porém, independente de qual referencial seja usado, essa

fase da vida vem acompanhada de mudanças físicas, psíquicas, emocionais e comportamentais, levando a exposição de riscos inerente a essa faixa etária, como gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis (IST/AIDS), podendo levar a sérias consequências na vida destes adolescentes. O ministério da saúde (MS) em estudos realizados em 2007 evidenciou que existe uma grade vulnerabilidade desta faixa etária a infecção de IST/AIDS, especialmente entre as meninas e um elevado índice de gravidez precoce. O tema da sexualidade vem entrando nas escolas com o objetivo principal de prevenir as (ISTs/Aids) e gravidez na adolescência, que tradicionalmente é do âmbito da Saúde. Identificado esse problema, o governo federal em 2003, iniciou o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), com o objetivo de diminuir essa vulnerabilidade dos adolescentes, através da inclusão na educação das escolas brasileiras do tema sexualidade.

A abordagem da temática sexualidade na adolescência é extremamente importante, pois é neste momento da vida que surgem as primeiras dúvidas sobre as mudanças corporais, psicológicas e as primeiras relações sexuais¹. Acompanhado das mudanças corporais e da primeira relação sexual surge à possibilidade de gravidez indesejada e de contrair as doenças sexualmente transmissíveis. É na adolescência que temos a faixa etária que apresenta a maior incidência de doenças sexualmente transmissíveis.⁴ Isto tem sério impacto na saúde reprodutiva das adolescentes, porque podem levar a esterilidade, doença inflamatória pélvica, câncer de colo de útero, gravidez ectópica, infecções puerperais e recém-nascidos com baixo¹. Também é nesse momento que ocorre a gravidez precoce, um problema de saúde mundial, especialmente nos países em desenvolvimento. Levando a prevalências de complicações maternos e fetais, além de agravar problemas socioeconômicos observados nessa faixa etária⁵.

O conhecimento que os adolescentes têm sobre as medidas preventivas estão relacionados às condições de vida da população, sendo que a escolaridade, o nível socioeconômico e a idade têm grande influência. Vários trabalhos mostram que os adolescentes conhecem no mínimo um método contraceptivo, porém menos de 50% utiliza⁴. Pesquisa do Ministério da Saúde revelou que o uso de preservativo foi relatado em 53% dos jovens na primeira relação sexual e 95% citaram o preservativo como forma de proteção da infecção pelo vírus HIV, o que mostra a discordância entre o conhecimento e a prática¹.

Tornis et al. (2005) mostrou em um estudo sobre sexualidade e anticoncepção que a televisão foi citada pela maioria dos entrevistados como fonte de informação, aparecendo em 57,2 % dos questionários, seguido pelos amigos em 50,5 %. Isso mostra que os adolescentes por terem dificuldades de conhecimento sobre sexualidade em casa buscam em outras fontes como internet, revistas, televisão, amigos, entre outras⁶.

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

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

4.4 - METODOLOGIA

A pesquisa foi delineada nos moldes de um estudo comparativo, realizado em um colégio público do município de Aracaju-Sergipe. A coleta de dados ocorreu no mês de novembro de 2017, com autorização do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário. A população escolhida foi formada por alunos regularmente matriculados das 1^a, 2^a e 3^a séries do ensino médio, dos turnos matutino e vespertino. A escolha por estas séries ocorreu por serem nelas que se situam o maior número de adolescentes. A faixa etária de corte dos adolescentes entrevistados foi entre 12 e 19 anos.

Após o contato e autorização da direção da escola, os dados foram coletados através de um questionário padronizado e validado, auto responsivo, composto por questões fechadas, divididos em três seções: a primeira seção, sobre conhecimentos sociodemográficos; a segunda, abordando prevenção e métodos contraceptivos; a terceira, sobre o conhecimento sobre ISTs/AIDS. O questionário foi aplicado em sala de aula sob supervisão de um único pesquisador na sala de aula, na hora da entrevista no do colégio, no mesmo dia.

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

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

O projeto da mesma foi enviado à direção da escola e autorizado à aplicação do questionário. Os dados dos entrevistados foram analisados quantitativamente e os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas. As análises foram realizadas no programa IBM SPSS Statistics versão 26.0.

4.5 - RESULTADOS

Foram aplicados 156 questionários entre estudantes que compreendiam uma faixa etária de 12 a 19 anos, sendo 0,6% (n=01) na faixa de 12-14 anos; 35,3% (n=55) na faixa de 15-16 anos e 64,1% (n=100) compreendendo a faixa de 17-19 anos, demonstrando que dentre os jovens pesquisados, 99,4% (n=155) tinham entre 15 e 19 anos de idade e apenas 0,6% (n=01) informou ter entre 12 e 14 anos de idade. Dentre os 156 pesquisados, 51,3% (n=80) são do sexo feminino e 48,7% (n=76) do sexo masculino. Quanto à escolaridade, 26,3% (n=41) dos alunos cursavam a 1ª série do ensino médio, 51,9% (n=81) cursavam a 2ª série e 21,8% (n=34) cursavam a 3ª série do ensino médio. Em relação à religião, 72,5% (n=113) dos escolares afirmaram ter prática religiosa, dos quais 40,4% (n=63) afirmaram ser católicos, 24,4% (n=38) afirmaram ser evangélicos e 7,7% (n=12) informaram seguir outras religiões/crenças e 27,6% (n=43) restantes afirmaram não possuir religião. Em relação à cor da pele, 51,3% (n=80) se declararam de cor parda/morena, 23,1% (n=36) de cor branca, enquanto 21,8% (n=34) de cor negra e 3,8% (n=6) se declararam de outra cor/etnia. Sobre o

estado civil, 87,8% (n=137) se declararam solteiros, enquanto 10,3% (n=16) afirmaram outros e 1,9% (n=3) casados. Referente à escolaridade da mãe dos entrevistados, 28,8% (n=45) dos alunos disseram que a mãe possuía ensino fundamental incompleto, 29,33% (n=44) e 7,7% ensino fundamental completo, já 25% (n=39) afirmaram ensino médio completo, já o ensino médio incompleto foram 17,3% (n=27). Quanto a formação de nível superior, 10,3% (n=16) registraram ensino superior completo e 2,6% (4) nível superior incompleto, 8,3% (n=13) não souberam informar. Em relação à escolaridade do pai, 33,3% (n=52) dos alunos disseram que o pai possuía ensino fundamental incompleto e completo apenas 10,3% (n=16), já com ensino médio completo foram 21,8% (n=34) e incompleto 7,7% (n=12); 6,4% (n=10) afirmaram que o pai possuía ensino superior completo e 20,5% (n=32) não souberam informar. (TABELA 1).

TABELA 1: Características sociodemográficas dos adolescentes. (Aracaju, 2017)

Idade				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
12 - 14 anos	1	,6	,6	,6
15 - 16 anos	55	35,3	35,3	35,9
17 - 19 anos	100	64,1	64,1	100,0
Total	156	100,0	100,0	

Sexo				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Feminino	80	51,3	51,3	51,3
Masculino	76	48,7	48,7	100,0
Total	156	100,0	100,0	

Escolaridade				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
1º ano do ensino médio	41	26,3	26,3	26,3
2º ano do ensino médio	81	51,9	51,9	78,2
3º ano do ensino médio	34	21,8	21,8	100,0

Total	156	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

Religião

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Católica	63	40,4	40,4	40,4
	Evangélica	38	24,4	24,4	64,7
	Sem religião	43	27,6	27,6	92,3
	Outras	12	7,7	7,7	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

Cor da pele

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
	Branca	36	23,1	23,1	23,1
	Negra	34	21,8	21,8	44,9
	Morena/Parda	80	51,3	51,3	96,2
	Outros	6	3,8	3,8	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

Estado Civil

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
	Solteiro (a)	137	87,8	87,8	87,8
	Casado (a)	3	1,9	1,9	89,7
	Outros	16	10,3	10,3	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

Escolaridade da mãe

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
	Ensino fundamental incompleto	45	28,8	28,8	28,8
	Ensino fundamental completo	12	7,7	7,7	36,5
	Ensino médio incompleto	27	17,3	17,3	53,8
	Ensino médio completo	39	25,0	25,0	78,8

Ensino superior incompleto	4	2,6	2,6	81,4
Ensino superior completo	16	10,3	10,3	91,7
Não sei	13	8,3	8,3	100,0
Total	156	100,0	100,0	

Escolaridade do pai

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Ensino fundamental incompleto	52	33,3	33,3	33,3
Ensino fundamental completo	16	10,3	10,3	43,6
Ensino médio incompleto	12	7,7	7,7	51,3
Ensino médio completo	34	21,8	21,8	73,1
Ensino superior completo	10	6,4	6,4	79,5
Não sei	32	20,5	20,5	100,0
Total	156	100,0	100,0	

A pesquisa mostra ainda que, 57,7% (n=90) representando mais da metade dos entrevistados, afirmaram que já tiveram a primeira relação sexual, enquanto 42,3% (n=66) afirmaram que não (Gráfico 1 e TABELA 2). Dos que referiram vida sexual ativa, a maior parte se encontrava na faixa etária de 17-19 anos o que corresponde a 72,2% (n=65), os outros 27,7% (n=25) correspondem a faixa etária de 15-16 anos (Tabela 2); Referente a idade em que iniciaram a vida sexual, 74,4% (n=67); iniciaram na faixa etária de 14-16 anos, 17,8% (n=16) na faixa de 10-13 anos e 7,8% (n=7) iniciaram na faixa de 18-19 anos (Gráfico 2 e TABELA 2). Referente ao sexo, dos entrevistados que tinham vida ativa, 62,2% (n=56) era do sexo masculino e 37,8% (n=34) do sexo feminino (TABELA 2). Com relação ao uso do preservativo na primeira relação, foi visto que 66,7% (n=60) referiram ter feito o uso do preservativo, enquanto 33,3% (n=30) não fizeram uso de nenhuma prevenção para IST/AIDS e gravidez. Dos que fizeram uso, 60% (n=36) foi do sexo masculino e 40% do sexo feminino;

75% (n=45) estava na faixa etária de 17-19 anos e 25% (n=15) na faixa etária de 15-16 anos. Quanto a escolaridade 53,3% (n=32) foi do 2º ano do ensino médio, 28,3% (n=17) do 1º ano do ensino médio e 18,3% (n=11) do 3º ano do ensino médio. (TABELA 2).

Gráfico 1 - Adolescentes que já tiveram a primeira relação sexual

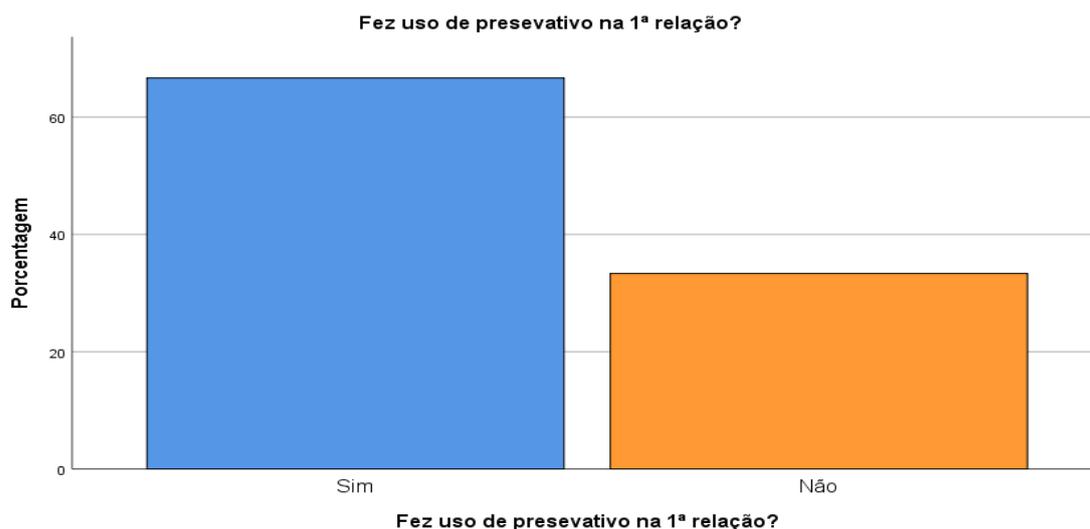


Gráfico 2- idade da primeira relação

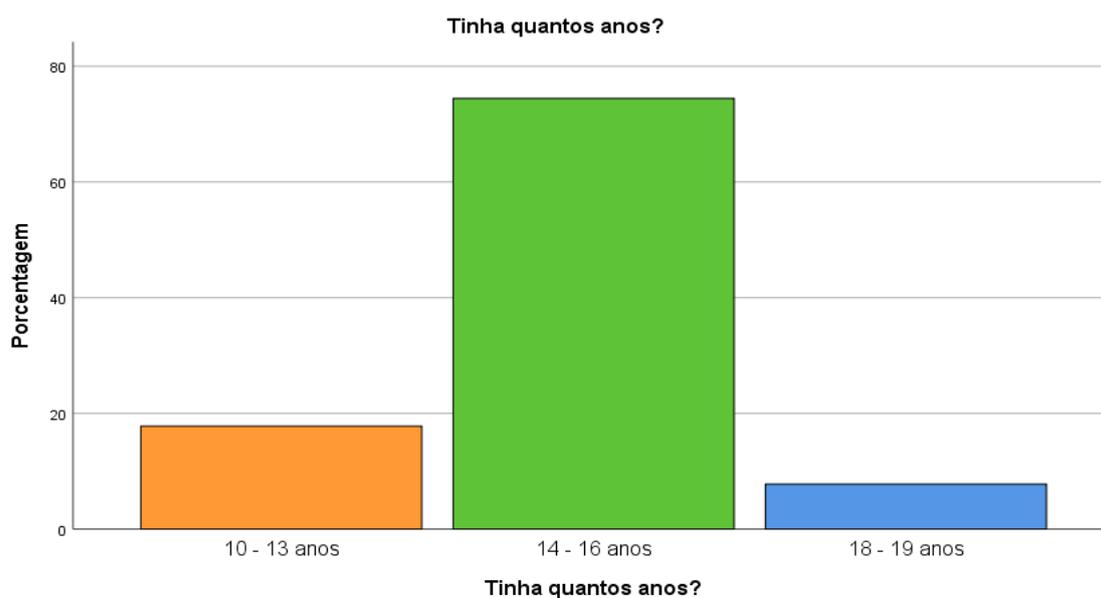


TABELA 2: Características sobre vida sexual dos adolescentes e uso de proteção na primeira relação.

Já teve a primeira relação sexual					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	90	57,7	57,7	57,7
	Não	66	42,3	42,3	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

Já teve a primeira relação sexual * Idade					
		Idade			Total
		12 - 14 anos	15 - 16 anos	17 - 19 anos	
Já teve a primeira relação sexual?	Sim	0	25	65	90
	Não	1	30	35	66
Total		1	55	100	156

Tinha quantos anos na primeira relação?					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	10 - 13 anos	16	10,3	17,8	17,8
	14 - 16 anos	67	42,9	74,4	92,2
	18 - 19 anos	7	4,5	7,8	100,0
	Total	90	57,7	100,0	

Fez uso de preservativo na 1ª relação?					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	60	38,5	66,7	66,7
	Não	30	19,2	33,3	100,0
	Total	90	57,7	100,0	

Fez uso de preservativo na 1ª relação? (idade)				
		Fez uso de preservativo na 1ª relação?		Total
		Sim	Não	
Idade	15 - 16 anos	15	10	25
	17 - 19 anos	45	20	65

Total		60	30	90
Fez uso de preservativo na 1ª relação? (sexo)				
		Fez uso de preservativo na 1ª relação?		
		Sim	Não	Total
Sexo	Feminino	24	10	34
	Masculino	36	20	56
Total		60	30	90
Fez uso de preservativo na 1ª relação? (escolaridade)				
		Fez uso de preservativo na 1ª relação?		
		Sim	Não	Total
Escolaridade	1º ano do ensino médio	17	7	24
	2º ano do ensino médio	32	16	48
	3º ano do ensino médio	11	7	18
Total		60	30	90

Sobre o conhecimento e uso da camisinha nas relações sexuais 43,3% (n=39) dos 90 jovens com vida sexual ativa, afirmaram sempre fazer uso do preservativo, 28,9% (n=26) disseram na maioria das vezes, 17,8% (16) de vez em quando e 10% (n=9) afirmaram nunca fazer o uso de preservativo. Quando questionados, se, fazer o uso do preservativo, diminui o prazer na relação sexual, 29,5% (n=46) afirmaram que sim; 26,9% (n=42) disseram que não e 43,6% afirmaram que não sabiam. Relacionado ao uso do preservativo, 90,4% (141) dos adolescentes afirmaram que deve ser usado sempre, em todas as relações sexuais; 5,8% (n=9), responderam que não precisa ser usado em todas as relações e 3,8% (n=6) afirmaram que não sabiam. Quando indagados, se teriam relação sexual mesmo se o parceiro não quisesse usar o preservativo, 64,7% (n=101) afirmaram que não e 35,3% (n=55) responderam que teriam mesmo assim. (Tabela 3)

TABELA 3: Características Sobre o conhecimento e uso de preservativo nas relações sexuais

Usa camisinha					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sempre	39	25,0	43,3	43,3
	Na maioria das vezes	26	16,7	28,9	72,2
	De vez em quando	16	10,3	17,8	90,0
	Nunca	9	5,8	10,0	100,0
	Total	90	57,7	100,0	
Omisso	Sistema	66	42,3		
Total		156	100,0		

A camisinha diminui o prazer na relação sexual?					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	46	29,5	29,5	29,5
	Não	42	26,9	26,9	56,4
	Não sei	68	43,6	43,6	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

Os adolescentes devem usar camisinha em todas as relações sexuais?					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	141	90,4	90,4	90,4
	Não	9	5,8	5,8	96,2
	Não sei	6	3,8	3,8	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

Se o seu parceiro não quiser usar camisinha você transaria mesmo assim?					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	55	35,3	35,3	35,3
	Não	101	64,7	64,7	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

Relacionado ao conhecimento do uso e orientação sobre os métodos contraceptivos, quando indagados sobre quais métodos para evitar gravidez já haviam experimentado, 42,3% (n=66) (TABELA 2) afirmaram que nunca tiveram relação sexual, dos que tinham vida sexual ativa, 53,4% (n=71) dos estudantes afirmaram ter feito uso de camisinha masculina, 12% (n=16) fizeram uso de pílula do dia seguinte, 11,3% (n=15) de pílula (comprimido), 8,3% (n=11) de anticoncepcional injetável, 6,8% (n=9) coito interrompido, 1,5% (n=2) da tabelinha, 0,7% (n=1) da camisinha feminina e 6% (n=8) de nenhum. Sobre quais métodos anticoncepcionais eles sabiam usar 46,3% (n=69) responderam camisinha masculina; outros 24,9% (n= 37) afirmaram saber usar a pílula do dia seguinte; 18,1% (n=27) sabem usar pílula (ACO); e apenas 10,7% (n=16) afirmaram saber usar a camisinha feminina. (conj. De Tabelas 4). Sobre onde receberam orientação sobre métodos contraceptivos, 31,3% (n=86) referiram a escola; 26,9% (n=74) com os familiares; 18,2% (n=50) na internet; 16,3% (n=45) com os amigos; e 7,3% (n=20) em livros e revistas.

TABELA 4: Distribuição percentual dos adolescentes, sobre uso, conhecimento e orientação dos métodos contraceptivos. (Aracaju, 2017)

Métodos anticoncepcionais que já usaram	N	%
Camisinha masculina	71	53,4
Pílula do dia seguinte	16	12
Pílula (ACO)	15	11,3
Camisinha feminina	1	0,7
Injeção	11	8,3
Coito interrompido	9	6,8
Tabelinha	2	1,5
Nenhum	8	6
Quais métodos anticoncepcionais sabem usar		
Pílula (ACHO)	27	18,1
Camisinha Masculina	69	46,3

Camisinha Feminina	16	10,7
Pílula do dia seguinte	37	24,9
Onde receberam orientações sobre anticoncepção		
Na escola	86	31,3
Revista/Livros	20	7,3
Amigos	45	16,3
Com familiares	74	26,9
Internet/redes sociais	50	18,2

Indagados sobre os conhecimentos das ISTs/AIDS e sua transmissão, através de perguntas de verdadeiro ou falso, 96,8% (n=151) confirmaram que a camisinha deve ser colocada desde o início do ato sexual; 64,1% (n=100) negaram que as ISTs podem ser transmitidas em piscinas; 72,4% (n=113) disseram que a camisinha é necessária em todas as relações, sendo a pessoa contaminada ou não pelo vírus HIV; 87,8% (n=137) confirmaram que as ISTs/AIDS podem ser adquiridas tanto no sexo oral e/ou anal, mesmo sem ter praticado sexo vaginal; 96,2% (n=150) confirmaram que mesmo em uso de anticoncepcional, é preciso usar camisinha para evitar ISTs; e 84,6% (n=132) confirmaram que quando uma pessoa é tratada de outras ISTs, ela não está imune da contaminação pelo HIV. (Tabela 5)

Tabela 5: Conhecimento sobre prevenção e transmissão de ISTs/AIDS (Aracaju, 2017)

Para evitar IST, a camisinha deve ser colocada desde o início da relação sexual.					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Verdadeiro	151	96,8	96,8	96,8
	Falso	5	3,2	3,2	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

As IST também podem ser adquiridas em piscinas.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Verdadeiro	56	35,9	35,9	35,9
	Falso	100	64,1	64,1	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

Para se proteger do HIV, é necessário usar camisinha somente se for ter relação com pessoa que seja contaminada pelo vírus.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Verdadeiro	43	27,6	27,6	27,6
	Falso	113	72,4	72,4	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

No sexo oral não se pega IST.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Verdadeiro	46	29,5	29,5	29,5
	Falso	110	70,5	70,5	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

No sexo anal se pega IST.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Verdadeiro	135	86,5	86,5	86,5
	Falso	21	13,5	13,5	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

É possível pegar AIDS ao se praticar sexo oral ou anal, sem ter praticado sexo vaginal.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Verdadeiro	137	87,8	87,8	87,8
	Falso	19	12,2	12,2	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

Mesmo que uma pessoa esteja usando método anticoncepcional precisa usar camisinha para evitar IST/AIDS.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Verdadeiro	150	96,2	96,2	96,2
	Falso	6	3,8	3,8	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

Quando uma pessoa foi tratada de outras ISTs, ela está protegida de ser contaminada pelo HIV.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Verdadeiro	24	15,4	15,4	15,4
	Falso	132	84,6	84,6	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

4.6 – DISCUSSÃO

A cada passo é uma novidade, adolescência é um percurso repleto de descobertas, muitas dessas novidades, contudo, merecem atenção especial. conteúdos como drogas, preconceito e sexualidade, aparecerão constantemente no cenário de vida dos adolescentes. Considerando que meninos e meninas têm sua primeira relação sexual precocemente – em média, aos 14,6 anos de idade (ROCHA, 2010) –, deve-se observar qual o nível de conhecimento que eles possuem sobre a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e de gravidez precoce. Segundo mostra as publicações do Ministério da Saúde e OMS, o uso do preservativo é o método mais eficaz e seguro para se evitar ISTs/AIDS, e gravidez precoce, como também afirma a literatura.

Nesta pesquisa, os resultados mostraram que mais de 1/2 dos estudantes entrevistados já tiveram relação sexual e que a primeira relação sexual, da maioria (74,4%) ocorreu entre 14 e 16 anos. Os dados corroboram e se assemelham à pesquisa realizada em 2015, numa escola

pública de Sergipe, por DANTAS (2016) e também com à pesquisa de atualização dos dados em 2017, por COSTA (2017). Assim como na pesquisa de DANTAS⁵ e COSTA⁶ a maioria dos estudantes que declararam já ter tido relação sexual é do sexo masculino. Percebeu-se que quase 2/3 de todos os estudantes do sexo masculino afirmam que já não são mais virgens, similar aos resultados obtidos por COSTA (2017) e os da pesquisa de DANTAS (2016), onde mais da metade tinha vida sexual ativa.

Segundo Brêtas et al. (2009)⁵, a maioria dos adolescentes inicia a vida sexual entre os 12 e os 17 anos de idade, quase isentos de responsabilidade social, tornando-os alvos vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (IST), especialmente ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Diferentes pesquisas e levantamentos sobre o assunto, por vários pesquisadores e especialistas dessa temática, sinalizam como prejudicial e um risco comportamental a atividade sexual precoce, em idade inferior a 14 anos, assim como foi verificado em 50% dos indivíduos sexualmente ativos da pesquisa feita por Soares et al. (2015)²⁰. O Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) afirma que, atualmente, os adolescentes têm a primeira relação sexual mais precocemente que gerações anteriores.

Já analisando as questões relacionadas à prática sexual entre os participantes que já tiveram relação sexual, foi mostrado que pouco mais da metade (66,7%) relatou ter usado preservativo na primeira relação sexual. Os dados encontrados foram semelhantes aos encontrados por DANTAS (2016), que encontrou índice de 62,5% e COSTA (2017) que encontrou 62,4%. Entretanto, os resultados atuais foram inferiores quando comparados aos resultados obtidos por Rocha (2010), que apresentou índices superiores a 79,3%. O que nos leva a inclinação de que os adolescentes estão se apresentando menos cautelosos e despreocupados com os riscos de gravidez precoce e contrair ISTs/AIDS.

Ao indagar os adolescentes sobre quais métodos contraceptivos saberiam usar, os resultados mostraram que eles conhecem diversos métodos, sendo a camisinha masculina (46,3%) e a pílula do dia seguinte (24%) foram os mais citados. Se compararmos com os resultados obtidos por DANTAS (2016) e COSTA (2017), observamos que a camisinha masculina manteve um índice semelhante ao trabalho de DANTAS (2016), e um pouco inferior aos resultados obtidos por COSTA⁷. – Antes era 45,28% DANTAS⁶ e 50,66%

COSTA⁷ das respostas. Porém, um outro ponto, observado e que leva a um alerta sobre riscos é o fato dos adolescentes citarem um índice mais elevado de conhecimento sobre o uso da pílula do dia seguinte como método anticoncepcional. Na pesquisa atual o número cresceu e obteve equiparação significativa e maior se comparado ao índice do uso da pílula anticoncepcional convencional (18,1%).

Quando buscou-se saber quais métodos anticoncepcionais os adolescentes que tinham vida sexual ativa já usaram: em DANTAS (2016), 17,14% citaram a pílula do dia seguinte e 10% a pílula; nos resultados de COSTA (2017), 35,29% citaram a pílula do dia seguinte e 33,33% citaram a pílula convencional. Já no presente trabalho 12% citaram a pílula do dia seguinte e 11,3% o ACO. Mostrando uma redução quando comparado com os resultados obtidos por COSTA (2017). Porém, os dados encontrados sobre uso de camisinha masculina foram visivelmente muito inferiores aos obtidos no estudo de Garbin et al (2011): 75% dos que declararam ter vida sexual ativa afirmaram usar camisinha masculina⁹. No presente trabalho apenas 53,4% afirmaram o uso do preservativo masculino.

Quanto às informações sobre as orientações sobre os métodos contraceptivos, os resultados mostraram a importância a respeito da temática sobre vida sexual nas escolas e em casa no ambiente familiar que é onde os adolescentes deveriam se sentir mais à vontade para falar e sanar suas dúvidas sobre o tema, porém sabemos que em pleno o século atual esse tocante ainda é um tabu para muitas famílias. Na atual pesquisa 31,3% afirmaram ter recebido orientações nas escolas e 26,9% da família. Outro meio que vem em significativo crescimento é o uso da internet e redes sociais, só precisa de mais estudos para avaliar melhor se esse uso ajuda realmente ou prejudica, quando uso de informações erradas.

Quando comparamos o conhecimento sobre prevenção e transmissão das ISTs/AIDS dos adolescentes, os resultados foram satisfatórios se compararmos com o cenário atual e dados publicados nas literaturas e meios estatísticos de pesquisas atuais, na pesquisa atual 90,4% dos entrevistados afirmaram que deve ser feito o uso de proteção com preservativo em todas as relações, porém apenas 64,7% se negariam a ter relação com o parceiro sem preservativo. Nesse ponto, pode ser apontado um viés que é a confiança no parceiro o que os deixam vulneráveis e que é responsável por um alto índice de transmissão de ISTs, pois

acabam não fazendo o uso de proteção. (Oliveira TMF, Andrade SSC, Matos SDO, et al; 2016). Em geral as mulheres são mais acometidas, mesmo sendo o maior número de negativas na pesquisa atual, A maior parte dos que teriam relação mesmo sem proteção foi do sexo masculino.

No presente estudo os alunos apresentaram um índice satisfatório sobre o tema de transmissão e prevenção das ISTs/AIDS; os resultados obtidos mostraram que 96,8% referiram que o preservativo precisa ser colocado desde o início da relação para se proteger das ISTs/AIDS, dados similares aos resultados obtidos por COSTA (2017). Sobre a transmissão 64,1% confirmaram que as ISTs, não são adquiridas nas piscinas, resultado superior quando comparado com os 56,6% obtidos na pesquisa de COSTA (2017). 72,4% dos adolescentes responderam ainda que para a proteção do HIV é necessário usar a camisinha sempre, sendo o parceiro contaminado ou não, dados similares, porém menores quando comparados aos obtidos por COSTA⁷ (76,6%). Sobre a transmissão de IST na prática do sexo oral e anal, 70,5% responderam que pode ocorrer no sexo oral e 86,5% confirmaram que pode ocorrer transmissão no sexo anal. Resultados superiores, quando comparados aos 60% e 83,3%, respectivamente obtidos por COSTA (2016). Quando perguntados se era possível se contaminar pelo HIV/AIDS na prática do sexo oral e anal, sem ter praticado sexo vaginal, 87,8% responderam que sim, resultado superior, quando comparado com os dados obtidos por COSTA (2017) que foi de 74,6%. Afirmaram ainda que mesmo em uso de anticoncepcional a camisinha precisa ser usada para evitar ISTs o resultado foi de 96,2% um valor satisfatório quando comparado ao cenário mundial, e semelhantes aos dados obtidos por COSTA (2017) de 92%. Os adolescentes responderam ainda em sua maioria 84,6% que mesmo sendo tratado de uma IST, a pessoa não está imune ao HIV, resultados semelhantes aos 83,3% obtidos na pesquisa de COSTA (2017).

É importante salientar que é possível ter ocorrido alguns viés de informação em relação ao comportamento sexual, uma vez que o questionário sobre a vida sexual é um assunto de natureza íntima e pode causar constrangimento e desconfiança, quanto ao sigilo das informações coletadas. Porém, alguns cuidados foram tomados no sentido de minimizar essa limitação: questionários anônimos, participação voluntária, compromisso verbal e escrito

de caráter confidencial das informações obtidas, aplicação do questionário sem participação de professores ou funcionários em sala de aula.

4.7 – CONCLUSÃO

Na pesquisa pode se observar uma discreta melhora nos conhecimentos dos adolescentes sobre prevenção de IST/AIDS e gravidez precoce, se compararmos, por exemplo, à pesquisa realizada por DANTAS (2016) e COSTA (2017). Mostra que a maioria dos adolescentes dessa escola possui um conhecimento adequado, porém conceitos errôneos ainda existem e precisam ser trabalhados e mais abordados, tanto nas escolas que é onde a maioria tem acesso a informações sobre esse tema, já que ainda não é muito discutido em casa, no ambiente familiar, quanto no próprio ambiente de casa, que é onde deve ser iniciado logo nos primeiros anos da adolescência.

Permite também uma visão a qual mostra que o início da vida sexual precoce, é prejudicial para os adolescentes e que muitas vezes, não identificam fatores que os expõem à vulnerabilidade relativa à IST/AIDS e gravidez. A maioria dos adolescentes com vida sexual ativa tinha entre 17-19 anos de idade, estava no 2º ano do ensino médio, era do sexo masculino e iniciaram sua vida sexual na faixa de 14-16 anos, mostrando que os meninos começam a vida sexual mais precocemente. Corroborando com a literatura e dados estatísticos do MS e OMS. O presente estudo também demonstra que o uso do preservativo é a forma mais segura de prevenção de IST/AIDS e gravidez, como mostra também o estudo de (Almeida RAAS, 2017). Porém uma parte dos adolescentes ainda deixam de se proteger durante o ato sexual, seja por desconhecimento ou confiança no parceiro.

Percebe-se também ao longo dos anos, que os adolescentes recebem as informações, aprendem o conhecimento, porém não os põe em prática, há uma pouca mudança de comportamento frente ao risco da atividade sexual. Frente a essa problemática, fica nítido o reforço a uma educação orientadora e preventiva sobre as IST/AIDS, essa deve ser contínua, incessante, repleta de ações a respeito de sexualidade e reprodução nas escolas, que seja passada de forma clara e objetiva, para o bom entendimento dos adolescentes. Deve ser

reforçado também na comunidade e na família, pois só dessa forma ocorrerá melhora na prevenção e conhecimento das ISTs/AIDS dos adolescentes.

4.8 – AGRADECIMENTOS

Agradeço a direção e coordenação do Colégio Estadual Professor João Costa, por ter reconhecido a importância deste trabalho e dessa forma permitir que o mesmo fosse realizado na instituição. Ao professor Halley Ferraro, pelas orientações e dedicação, a professora Thaís Serafim por toda ajuda e ensino de pesquisa, a Cristian Souza, pela ajuda nas estatísticas, a Daniel Ribeiro, pela ajuda nos questionários e levantamento dos dados da pesquisa.

4.9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ. **Uso de contraceptivo por adolescentes de escolas públicas na Bahia**. Rev. Saúde pública 37:566-75, 2003.
2. Almeida RAAS, Correa RGCF, Rolim ILTP, Hora JM, Linard AG, Coutinho NPS, et al. **Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(5):1033-9. [Thematic Edition “Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society”] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0531>.
3. Bouzas ICS, Cader AS, Leão L. **Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas, obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência**. Adolesc Saude. 2014;11(3)7-21.
4. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva/Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.- 1º Ed. 1º reimpressão.- Brasília; Ministério da saúde, 2013. P. 63-69.
5. BRÊTAS, J.R.S. et al. **Conhecimento sobre IST/AIDS por estudantes adolescentes**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 3, Set. 2009.

6. DANTAS, C.L. **Conhecimento do uso da Camisinha Masculina na Prevenção das ISTs/AIDS nos Adolescentes de uma escola pública do estado de Sergipe.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2016.
7. COSTA, A.C. **Conhecimento do uso da Camisinha Masculina na Prevenção das ISTs/AIDS nos Adolescentes de uma escola pública do estado de Sergipe.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2017.
8. Digiácomo MJ, Estatuto da Criança e do Adolescente Anotado e Interpretado. Curitiba, Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2013. 6ª Ed.
9. Garbin CAS, Lima DP, Dossi AP, Arcieri RM, Rovida TAS. **Percepção de Adolescentes em Relação a Doenças Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contraceptivos.** IST – J Bras Doenças sex transm 2010; 22(2): 60-63
10. Madureira VSF, Weber AI. **Conhecimento de adolescentes mulheres sobre contracepção.** Cogitare Enferm. 2011;16(2):333-9.
11. Martins LBM. **Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais, prevenção de IST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do município de São Paulo** [dissertação]. Campinas, SP: [s.n.], 2005.
12. Ministério da Saúde, (BR). Saúde e Prevenção nas Escolas, Atitude para curtir a vida. Brasília, 2007.
13. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: 2010b.
14. Moura LNB, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Oliveira DCO. **Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciam uma gravidez.** Rev. Acta Paul Enfermagem, p. 320-26, 2011.
15. Oliveira TMF, Andrade SSC, Matos SDO, et al. **Comportamento de risco e autopercepção de vulnerabilidade às IST e AIDS entre mulheres;** UFPE; 2016.
16. Programa Nacional de IST/AIDS. **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

17. ROCHA, M. J. F. **Adolescência e anticoncepção: conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais por estudantes da zona urbana do Cruzeiro do Sul, Acre.** São Paulo. 2010. 186f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
18. SILVA MF. **Sexualidade e Gravidez na Adolescência.** Campos Gerais - MG: [s.n.], 2011.
19. SILVA, Pricilla Diniz Bonfim; OLIVEIRA, Michele Dias da Silva; MATOS, Marcos André de; TAVARES, Viviane Rodrigues; MEDEIROS, Marcelo; BRUNINI, Sandra et al. **Comportamento de risco para as doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes escolares de baixa renda.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.7, n. 2, p. 185-189, mar. 2005.
20. Soares LR, Cabero FV, Souto TG, Coelho RFS, Lacerda LCM, Matão MEL. **Avaliação do comportamento sexual entre jovens e adolescentes de escolas públicas.** Adolesc. Saude, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 76-84, abr/jun 2015
21. Tornis NHM, Lino AIA, Santos MAML, Lopes CLR, Barbosa MA, Sigueira KM. **Sexualidade e anticoncepção: o conhecimento do escolar/adolescente.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 03, p. 344 – 350, 2005.