



**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL E MEIO AMBIENTE**

LUCIANA SANTOS LAGO

**CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSIVEIS**

**GOVERNADOR MANGABEIRA – BA
2016**

LUCIANA SANTOS LAGO

**CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio-Ambiente, da Faculdade Maria Milzacom como requisito para obtenção do título de Mestre

Orientadora: Prof^a. Dr^a Mary Gomes Silva

**GOVERNADOR MANGABEIRA-BA
2016**

Dados Internacionais de Catalogação

Lago, Luciana Santos

L177cConhecimento de adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis /
Luciana Santos Lago. – 2016.

107 f.

Orientadora: Profa. Dra. Mary Gomes Silva

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio
Ambiente) – Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, 2016.

1. Educação em saúde. 2. Sexualidade na adolescência.
3. Doenças Sexualmente Transmissíveis. I. Silva, Mary Gomes. II.
Título.

CDD 610.7

LUCIANA SANTOS LAGO

CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES SOBRE AS DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS (DST'S) E PREVENÇÕES


Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio
Ambiente da Faculdade Maria Milza (FAMAM),
como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre.

Linhas de Pesquisa: Políticas Públicas, Meio
Ambiente e Desenvolvimento


Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mary Gomes Silva
(FAMAM)

Aprovada em: 30 / janeiro / 2016


BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Mary Gomes Silva
Presidenta da Banca Examinadora (FAMAM)



Prof.^a Dr.^a Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues
Membro 1 (EBMSP)



Prof. Dr. Edmar José Borges de Santana
Membro 2(FAMAM)

GOVERNADOR MANGABEIRA - BA
2016

A Deus, pela sua misericórdia, pois sem Ele essa vivência não se aplicaria.

Ao meu esposo, Edson Lisboa, *que sempre me apoiou e me ajudou nesta caminhada, sem ele não teria conseguido. Obrigada, meu Amor! Amo você!*

A minha Vozinha, pelas suas frases, ditas frente as minhas ansiedades. Entre elas, nunca esquecerei "Calma, filha, DEUS está com você!".

Aos meus pais, Bonifácio Neto Lima Lago e Clarice Lago e ao meu irmão Bruno Lago, pelo apoio incondicional. Amo vocês!

E a todos os meus verdadeiros amigos.

AGRADECIMENTOS

Várias pessoas contribuíram para tornar este sonho uma realidade e eu nunca poderia deixar de agradecer-los neste momento.

À Nossa Senhora das Graças, que me cobriu com seu manto sagrado, cuja presença faz-se constante no meu caminhar, possibilitando todas as minhas vitórias.

À minha querida professora e orientadora Doutora Mary Gomes Silva, pela incansável dedicação, respeito, paciência, humildade e disponibilidade nas minhas necessidades como mestrande. Pelo seu incentivo, carinho, confiança e profissionalismo na condução deste trabalho. Obrigada, por ter contribuído com esta etapa tão importante na minha vida. Mais uma vez, meu muito obrigada por ser tão especial.

As professoras Jane Lara e Núbia Cristina pelo incentivo inicial, o meu muito obrigada. Vocês foram essenciais para minha inserção neste mestrado,

Ao diretor, a coordenação e a todo o corpo docente do mestrado, pelos conhecimentos adquiridos e pelas enriquecedoras contribuições.

Aos adolescentes, atores principais desta pesquisa, pela participação que tiveram no estudo.

A Secretaria de Educação, junto aos diretores, coordenadores e professores das instituições de ensino, pela permissão desta pesquisa e apoio ao nosso trabalho

Aos colegas do Mestrado, com os quais tive o prazer de compartilhar esse período de luta, numa reciprocidade de harmonia, conhecimento e apoio, e em especial, Acilene, Josenilde, Lúcia, Liliane e Ivicarla que tanto me incentivaram e ajudaram no enfrentamento das etapas, participando da mesma equipe de trabalho durante todo o curso, pelo vínculo carinhoso.

As minhas primas: Maria Letícia, pela dedicação neste trabalho frente as minhas necessidades apresentadas e Itana Gitana, pela colaboração e disponibilidade na coleta de dados, sempre me acompanhando e auxiliando.

As minhas tias: Leu, Leda, Georgina e Aline, por toda dedicação, incentivo e orações.

Ao meu cunhado Fábio, por todo apoio.

Agradeço a todos aqueles que, muito embora não tenham sido mencionados acima, tenham contribuído para o alcance de mais essa conquista em minha vida.

*Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é,
senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria
menor se lhe faltasse uma gota.
(Madre Teresa de Calcutá)*

RESUMO

Com o objetivo de analisar o conhecimento de adolescentes sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e suas prevenções, nas escolas de um município da região do recôncavo Baiano, foi realizado este estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, envolvendo 86 adolescentes de 4 escolas do município. Destas: 2 da rede estadual, 1 da rede municipal e 1 da rede particular. A amostra foi composta por adolescentes da faixa etária de 12 a 18 anos que se interessaram em participar da pesquisa e obtiveram autorização dos pais. A coleta dos dados deu-se através da aplicação de um questionário, contemplando 28 questões objetivas. Os dados foram processados e analisados pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 17.0 da Plataforma Windows. Para a apresentação dos resultados, utilizou-se tabelas com frequências absolutas (n) e relativas (%). Foram utilizados testes Qui quadrado, testes de hipótese paramétricos (teste t de student) e caso não houvesse distribuição normal, estava previsto os testes não-paramétricos, foram considerados os resultados estatisticamente significantes para um valor de $p \leq 0,05$. Os resultados apontaram que 69,8% dos adolescentes tem conhecimento e informações relativas sobre DST's, porém, quanto às práticas para um comportamento de proteção frente às DST's, apresentam conhecimentos frágeis, gerando, assim, comportamentos de risco. A maioria das DST's, junto aos sinais e sintomas, foram desconhecidas pelos adolescentes. Em relação à informação sobre DST's, os adolescentes informaram ter adquirido tais informações na escola, nas quais os professores costumam falar sobre o assunto, denotando que a escola está cumprindo com seu papel de espaço de informação do cidadão. Entretanto, eles revelaram não receber visitas dos profissionais de saúde, para realizarem palestra sobre DST's, demonstrando uma falha do sistema de saúde. Este estudo confirma que parte dos adolescentes têm conhecimento e informações relativas sobre DST's, porém, quanto às práticas para um comportamento de proteção seguro frente às DST's, apresentaram conhecimentos frágeis. Assim, verificou-se a necessidade de um programa educativo no âmbito escolar, em pareceria com o Programa Suade do Adolescente (PROSAD) e Programa Saúde na Escola (PSE), a fim de contribuir para mudança de comportamentos dos adolescentes sobre as DST's.

Palavras-chave: Adolescentes, Educação em Saúde, Doenças Sexualmente Transmissíveis

ABSTRACT

With the objective of analyzing the instruction of teenagers on Sexually Transmitted Diseases (STDs) and their prevention, in schools from a city in the region of RecôncavoBaiano, it was performed this exploratory, descriptive study with 86 students from four schools of a city. Of those, one was a private school and the others were public ones (two of which managed by the state, one by the city). The sample was composed of teenagers, between 12 to 18 years old, who were interested in being part of the research and were authorized by their parents. The data collection was made by the application of a questionnaire with 28 closed questions. The data was processed and analyzed with the statistic program SPSS (Statistical Package for Social Science), version 17.0, for Windows. For the presentation of the results, it was utilized a table with absolute (n) and relative (%) frequencies. For the association analysis between socio-demographic variables and the instruction of teenagers on STDs and their prevention, it was applied Pearson's chi-squared test. For the verification of significant differences between socio-demographic variables and the instruction of the teenagers about STDs and their prevention, to present normal distribution it was applied a chi-squared test value of $p \leq 0,05$. The results showed that 69.8% of adolescents have knowledge and relative information about STDs, however, for the practices for front protection behavior to STDs present fragile knowledge, thus generating risk behaviors. Most STDs, next to the signs and symptoms were unknown by adolescents. With regard to information on STDs, teens reported having acquired such information in school, where teachers often talk about it, indicating that the school is fulfilling its role of citizen information space. However, they revealed not receive visits from health professionals, to conduct lecture on STDs, demonstrating a failure of the health system. This study confirms that part of the teenagers have relative information and instruction about STDs; on the other hand, in relation to the practices of prevention and protection, they presented fragile knowledge. Thus, it was verified that it is needed an educative program in the schools, in partnership with PROSAD and PSE, in order to contribute to the changing of the behavior of teenagers, concerning STDs.

Keywords: Teenagers, Health education, Sexually transmitted diseases.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES SOBRE DST'S E SUAS PREVENÇÕES	16
2.2 ASPECTOS GERAIS DA FASE DE DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCER.....	20
2.2.1 Adolescência	20
2.3 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	22
2.4 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	25
2.4.1 Breve histórico das DST's.....	25
2.4.2 O impacto das Doenças Sexualmente Transmissíveis.....	26
2.4.3 Tipos das Doenças Sexualmente Transmissíveis.....	28
2.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	36
2.6 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)	38
3 METODOLOGIA	41
3.1 TIPO DE ESTUDO	41
3.2 <i>LOCUS</i> DO ESTUDO.....	41
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	42
3.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	43
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	44
3.6 VARIÁVEIS.....	45
3.6.1 Referentes ao perfil sócio demográfico dos adolescentes:	45
3.6.2 Relativas ao conhecimento e prevenção das DST's:	45
3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	45
4 RESULTADOS	47
5 DISCUSSÃO	53
6 CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	72
ANEXO	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico.....	47
Tabela 2 – Conhecimento dos Adolescentes Sobre DST's.....	48
Tabela 3 – Prevenção e Riscos das DST's.....	49
Tabela 4 – Ações Educativas no Âmbito das DST's.....	50
Tabela 5 – Associação do Gênero Com Conhecimento Sobre DST's.....	50
Tabela 6 – Escolaridade Com Conhecimento e Prevenção de DST's.....	51
Tabela 7 – Conhecimentos de Adolescentes que Residem na Zona Urbana e na Zona Rural Quanto ao Conhecimento e Prevenção das DST's	52
Tabela 8 –Média de Idade dos Adolescentes Com o Conhecimento e Prevenção Sobre DST's	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos periódicos selecionados	19
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

(AIDS) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

(DIP) Doença Inflamatória Pélvica

(DIU) Dispositivo Intra-Uterino

(DST's) Doenças Sexualmente Transmissíveis

(ECA) Estatuto da Criança e do Adolescente

(ES) Educação em Saúde

(ESF) Estratégia de Saúde da Família

(HBV) Vírus Hepatite B

(HBC) Vírus Hepatite C

(HVD) Vírus Hepatite D

(HIV) Vírus da Imunodeficiência Humana

(HPV) Papilomavírus Humano

(HSH) Homens que fazem sexo com homens

(HTLV) Vírus T-Linfotrópico Humano

(MS) Ministério da Saúde

(OMS) Organização Mundial de Saúde

(OPS) Organização Pan-americana de Saúde

(PS) Promoção da Saúde

(PNPS) Política Nacional de Promoção da Saúde

(PROSAD) Programa de Saúde do Adolescente

(PSE) Programa de Saúde da Escola

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um momento marcado por intensas mudanças, sendo estas físicas, psíquicas e sociais em que o indivíduo passa por desordens pessoais e interpessoais. É nessa etapa da vida que se consolidam os valores e os conceitos que vão permear suas maneiras para as fases futuras. Os adolescentes são influenciados pela cultura familiar, mídia, amigos e sociedade como um todo (AMARAL et al, 2006).

Para Jesus e colaboradores (2011), é um período de transformações advindas da puberdade, que compõem a chamada síndrome da adolescência normal, em que o adolescente procura à vivência tempestade singular, a evolução da sua sexualidade, a aproximação entre pares e a busca pela própria identidade.

A adolescência representa uma ampliação importante dos graus de autonomia e diferenciação em relação à família, já a vivência entre os pares ganha especial dimensão. Por ser um período de aprendizado, em que se busca conhecimentos e sensações, tornando-se uma fase propícia para a mudança e aquisição de novos comportamentos (JESUS et al, 2011).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), a adolescência caracteriza-se como um processo biológico e de vivências orgânicas, no qual se acelera o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade, abrangendo a divisão entre a pré-adolescência (entre 10 e 14 anos) e a adolescência (dos 15 aos 19 anos) (WHO, 2002). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA considera criança a pessoa de até 12 anos de idade incompletos e adolescentes entre 12 e 18 anos de idade. (LEI 8.069 – ECA, 1990).

Nesta etapa da vida, o exercício da sexualidade passa a ocupar espaço de amplo destaque e muitos iniciam a vida sexual, o que torna os adolescentes vulneráveis a sofrer problemas de saúde. Durante o sexo na adolescência, muitas questões passam sem a devida problematização, apontando para uma atitude espontânea sobre a sexualidade que desfavorece a conversa e a preparação prévia (TORRES et al, 2007).

Neste contexto, por ser uma fase de transição e transformações, a adolescência tem chamado a atenção dos profissionais de saúde em relação aos

eventos associados à expressão da sexualidade, especialmente, do comportamento sexual de risco que aproxima os adolescentes à exposição de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) (DIAS *et al.*, 2010).

A adolescência constitui-se como fase de maior vulnerabilidade à infecção por DST/HIV, em virtude da necessidade que os adolescentes têm de experimentar comportamentos considerados de risco, que criam oportunidades para que eles contraiam doenças como a Aids (SALDANHA *et al* 2008).

Questões como o despreparo em compreender a sua sexualidade, os sentimentos de invulnerabilidade aos agravos, preconceitos, conflitos de interesses e sentimentos, problemas de identidade, a auto-afirmação grupal e a administração dos desejos também são preponderantes para a vulnerabilidade dos adolescentes a essas infecções (BARRETO; SANTOS, 2009).

Desse modo, é necessário que o adolescente seja orientado desde cedo sobre o ato sexual, as DST's e suas formas de contágio e prevenção, através de um diálogo aberto, no qual permita a ele a sua expressividade e esclarecimentos de dúvidas acerca do assunto explorado.

Vale destacar que a família tem grande relevância nesse processo de orientação, entretanto, às vezes, não desenvolve o seu papel educacional por inúmeros fatores: como os princípios de religiosidade, falta de instrução sobre as DST's, vergonha, falta de liberdade com os filhos (em virtude da cultura na qual eles vivem, pois vêem o sexo como tabu, permitindo, dessa forma, que as descobertas sobre o assunto aconteçam entre os amigos, através da mídia e entre outros meios).

Diante do contexto apresentado e, também, devido ao fato de ser enfermeira que atua na assistência há seis anos em uma Estratégia Saúde da Família, em que foi possível observar o elevado número de DST's em adolescentes, foi que surgiu o interesse de aprofundar o estudo sobre o tema adolescência e DST's, no Curso de Mestrado Profissionalizante em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente.

Para tanto, esta pesquisa tem como objeto de estudo o conhecimento dos adolescentes sobre DST's e prevenções nas escolas de um município da região do recôncavo Baiano. Logo, como questão norteadora tem-se: qual o conhecimento dos adolescentes sobre DST's e suas prevenções?

Como objetivo geral: Analisar o conhecimento de adolescentes sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis e suas prevenções, nas escolas de um município da região do recôncavo Baiano. E, como objetivos específicos: Identificar

as informações que os adolescentes têm sobre DST's, o modo de transmissão e as medidas preventivas; verificar como acontecem as ações educativas no âmbito das DST's, traçar o perfil sócio demográfico dos adolescentes e propor um programa educativo de prevenção das DST's.

A importância em se discutir sobre o tema delimitado nesta pesquisa reside no fato de que seus resultados poderão subsidiar o direcionamento das políticas públicas e das ações específicas de educação a saúde dos adolescentes, no âmbito das escolas e dos serviços de saúde, proporcionando a integração do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que é vinculado à Estratégia de Saúde da Família com o Programa de Saúde da Escola. Desse modo, defende-se que os resultados desta pesquisa poderão ser de grande relevância para as dimensões sociais da saúde, pois, através dos dados obtidos, será possível desenvolver ações efetivas e direcionadas para educação a saúde do adolescente, além de poder promover a qualificação dos profissionais da área da educação e da saúde para condução de ações efetivas, que possam contribuir para prevenção da aquisição de DST's em adolescentes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura da presente dissertação será dividida em seis tópicos contemplando os seguintes conteúdos: Conhecimento de adolescentes sobre DST's e suas prevenções; Aspectos gerais da fase de desenvolvimento do adolescer Sexualidade na adolescência; Doenças sexualmente transmissíveis; Educação em saúde e Programa saúde na escola (PSE).

2.1 CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES SOBRE DST'S E SUAS PREVENÇÕES

Com a finalidade de aprofundar o estudo sobre o objeto desta pesquisa: “conhecimento de adolescentes sobre DST's e suas prevenções”, foi realizada uma pesquisa assistemática nas bases de dados da BVS e na base de dados da CAPES, utilizando as palavras-chave “adolescente”, “doenças sexualmente transmissíveis”, “educação a saúde” e “conhecimento” de forma alternada e integrada, no período de 2004 a 2014. Nesta pesquisa foram considerados apenas estudos provenientes de pesquisas de campo. Os estudos de revisão da literatura e do tipo reflexão não foram selecionados.

Na primeira base mencionada foram encontrados trezentos e quarenta e cinco estudos. Desses, apenas três, sendo artigos, abordaram o assunto eleito para esta pesquisa (DIAS et al, 2007; KOERICH et al 2008; Romero et al, 2007) . No Portal CAPES foram encontradas trinta e oito produções. Dessas, três produções relacionavam-se com o objeto a ser trabalhado nesta pesquisa. (BRÊTAS, et al 2009; GERHARDT; NADER; PEREIRA, 2010; BATISTA, et al 2012).

Essa busca permitiu-nos constatar que, apesar do tema ser amplamente discutido em pesquisas, poucos estudos abordam sobre o conhecimento e prevenção das DST's entre adolescentes, na região Nordeste. Além disso, nenhuma pesquisa realizada no Estado da Bahia foi identificada. (vide quadro 1)

Chamou-nos, também, à atenção que a maior parte das pesquisas sobre DST's envolvendo adolescentes têm priorizado a história das infecções, enfatizando a doença em uma população jovem, ainda em formação, e, por tanto, mais exposta as consequências que se manifestam ao longo do tempo, por falta de orientação relacionada às prevenções, às doenças e à promoção de saúde.

No estudo de Dias et al (2007), o objetivo foi relatar os efeitos das ações de educação em saúde junto à escola. Ele apresenta uma relação direta com o conhecimento dos adolescentes de como prevenir-se das DST'S, pois os adolescentes demonstraram que a *camisinha* é o meio mais conhecido, apesar de ser utilizada errônea e irregularmente. De modo geral, os adolescentes apontaram como fator predisponente ao não uso da *camisinha* a interferência causada por esse método no prazer durante a relação sexual, cujo pensamento pode ser oriundo dos mitos relacionados ao uso do preservativo e ao prazer sexual presentes na sociedade. Com relação ao conhecimento sobre as DST's, observou-se que os adolescentes não conhecem o próprio corpo e mostraram-se incapazes de reconhecer os sintomas que uma DST pode provocar e as formas de transmissão da AIDS. Além disso, eles associam o fato de que uma pessoa com aparência saudável não pode estar infectada.

No estudo de Koerichetal (2008), o objetivo foi discutir sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e contracepção, apresentando possibilidades de atuação da enfermagem junto aos jovens. De acordo com os resultados, também, foi possível perceber a pouca familiaridade das jovens com o preservativo masculino, enquanto o preservativo feminino foi uma novidade para a maioria deles, independentemente do sexo. A adoção de práticas sexuais seguras a partir do advento da AIDS proporcionou a inclusão de novas alternativas tecnológicas de proteção, como os preservativos masculino e feminino. Porém, os jovens deste estudo refletem uma realidade muito preocupante: não percebem a necessidade sobre o conhecimento das DST's e medidas preventivas, levando em conta, apenas, sua imunidade pessoal. Os jovens assinalam algum conhecimento acerca das DST's como a candidíase, sífilis, a gonorréia e a infecção por HPV. Principalmente entre os adolescentes do sexo masculino, evidencia-se o pouco conhecimento acerca das mesmas, excetuando-se a AIDS.

No estudo de Romero et al (2007), o objetivo foi avaliar o conhecimento sobre sexualidade, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis (DST) entre adolescentes do sexo feminino, das zonas rural e urbana, de uma escola pública. A *camisinha* foi o método contraceptivo mais conhecido pelas adolescentes em ambas as áreas, sendo conhecido por 44% das jovens na zona rural e por 45%

na urbana, sendo que, proporcionalmente, as da zona urbana têm melhor conhecimento.

Quanto às DST's, os dois grupos relataram ser a Aids a doença mais conhecida: 43% na zona rural e 39% na urbana. Apesar disso, responderam incorretamente sobre a forma de aquisição da doença 24% na zona rural e 21% na urbana. Sendo a porcentagem de conhecimento das outras infecções no primeiro grupo: hepatite B (19%), gonorréia (13%), herpes genital (11%), sífilis (10%), candidíase (2%), condiloma ou Papilomavírus (1,5%) e no segundo grupo: hepatite B (20%), gonorréia (12%), herpes genital (13%), sífilis (11%), candidíase (2%), cancro mole (2%) e condiloma ou Papilomavírus (1%). As adolescentes desconhecem doenças como tricomoníase e linfogranuloma venéreo.

O conhecimento de DST em ambas as áreas foi semelhante, não havendo diferença estatística. Interrogou-se, ainda, sobre as formas de contágio das DST's e da Aids, porém, não foi possível realizar análise estatística devido ao número de variáveis e ao tamanho da amostra. Para as DST, as respostas mais frequentes na zona rural foram: drogas injetáveis (17%), sexo genital (16%), sexo anal (14%), sexo oral (12%), piscinas, banheiras e banheiros públicos (12%), mãe para filho ao nascer (8%), roupas íntimas (7%), amamentação (5%) e (8%) das adolescentes acreditavam que DST's são contraídas por picadas de insetos, (3%) abraços, aperto de mãos, beijo na boca (2%).

Em Brêtas, et al (2009), o estudo teve como objetivo verificar o conhecimento de adolescentes sobre prevenção, transmissão, sinais e sintomas de DST/Aids e colaborar na elaboração de ações educativas do Projeto de Extensão Universitária Corporalidade e Promoção da Saúde. Os resultados apontaram que, quanto à forma de prevenção, 92% do grupo feminino e 78% do grupo masculino referiram utilizar preservativo, enquanto 42% do grupo feminino e 43% do grupo masculino responderam lavar os genitais após relação sexual; 75% do grupo feminino e 52% do grupo masculino citaram a televisão como fonte para obtenção de informações; quanto ao conhecimento sobre DST, garotas e rapazes demonstraram ter pouca informação; em relação à cura das DST, 57% do grupo feminino e 71% do grupo masculino referiram não ter conhecimento, sendo que 5% do grupo feminino e 6% do grupo masculino achavam que a AIDS tem cura. De forma geral, foi concluído que as garotas estavam mais esclarecidas em relação à temática do que os rapazes.

No estudo realizado por Gerhardt; Nader e Pereira (2010), o objetivo foi avaliar o conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) em adolescentes de uma escola pública, no município de Canoas, Rio Grande do Sul, comparando as diferenças e semelhanças entre os gêneros. Os resultados demonstraram que quanto ao conhecimento dos adolescentes sobre DST's, 77,4% responderam que conhecem alguma DST, 20,8% não o tinham e 1,8% não responderam; as mais citadas foram AcquiredImmunityDeficiencySyndrome (Aids), com 91,3%, 66,7% - sífilis e 64,3% - gonorréia. Quase a totalidade da amostra (93,7%) respondeu que sabe o significado de DST e 6,3% não sabiam. Pode-se evidenciar que a grande maioria recebe informações na escola - com 77,8%, por intermédio de agentes comunitários - com 35,1% e por meio da televisão - com 31%. Quanto ao uso de preservativo masculino, 90,9% da amostra faz uso deste e 4,5%, não; 1,5% nunca usou. Pôde-se concluir, a partir deste trabalho, que a grande maioria dos adolescentes demonstrou conhecimento adequado sobre DST's. As meninas mostraram ter mais consciência do uso do preservativo, apontando que os meninos têm maior resistência ao seu uso. Isso mostra que, em relação ao uso da camisinha, há a necessidade de maior conscientização dos meninos, o que representa, talvez, uma questão sociocultural.

Dando prosseguimento, foi verificado que o objetivo do estudo realizado por Batista, et al (2012) foi o de identificar e comparar os conhecimentos e percepções de meninos e meninas sobre DST/HIV/AIDS. Neste, pode ser verificado nos resultados que a maioria (74.4% das meninas e 75.0% dos meninos) teve bons conhecimentos. Foram observadas algumas percepções não adequadas sobre o uso de camisinha. Concluiu-se que ainda existem lacunas importantes relacionadas a conhecimentos básicos sobre DST/AIDS e preconceitos sobre a doença.

Quadro 1: Caracterização dos periódicos selecionados

Base de Dados	Periódico	Estado	Autores/ano
BVS	Rev. Enferm. UERJ	Fortaleza -Ce	Dias et al, 2007
BVS	RevAssocMedBras	Guararema, SP	Romero et al, 2007
BVS	Rev. Enferm. UERJ	Florianópolis/SC	Koerichetal 2008
CAPES	Revista da Escola de Enfermagem da USP	São Paulo	Brêtas, et al 2009
CAPES	Revista Brasileira de Medicina de Família e	Rio Grande do Sul	Gerhardt; Nader; Pereira, 2010

	Comunidade		
CAPES	Motricidade	Minas Gerais	Batista, et al 2012

Fonte: Elaboração própria

2.2 ASPECTOS GERAIS DA FASE DE DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCER

2.2.1 Adolescência

O vocábulo adolescência advém do substantivo latim *adollacentia*, que significa “crescer” (PEREIRA, 2005). Ou seja, a condição ou processo de crescimento. Este termo sugere especificamente o período compreendido entre a puberdade e o desenvolvimento completo do corpo.

A puberdade é o componente biológico da adolescência, diz respeito às transformações morfológicas e fisiológicas, quando ocorre o crescimento físico e a maturação sexual (BRASIL, 2006). Porém, além da puberdade, a adolescência é constituída por diversas modificações.

O conceito de adolescência é descrito pelo Ministério da Saúde (2007) como: [...] processo amplo de desenvolvimento biopsicossocial. A puberdade constitui uma parte da adolescência caracterizada, principalmente, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, evolução da maturação sexual.

Para o estudioso Ramos et al (2001), puberdade é um parâmetro universal, ocorrendo de maneira idêntica em todos os indivíduos; já a adolescência é um fenômeno singular qualificado por extensões socioculturais que vão se concretizando por meio de reformulações constantes de caráter social, sexual e de gênero, ideológico e vocacional.

No âmbito do aspecto biológico, a puberdade é um componente universal na adolescência, em que ocorrem mudanças corporais morfológicas e fisiológicas (crescimento físico e maturação sexual), resultado dos mecanismos neuro-hormonais (BRASIL, 2006).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), para efeitos da lei, considera adolescente a pessoa com idade entre 12 e 18 anos. No campo da saúde no Brasil, o Ministério da Saúde, através do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), caracteriza este período inserido entre os 10 e 19 anos de idade. Assim como, para

a Organização Mundial da Saúde (OMS), a fase da adolescência está compreendida entre os 10 e os 19 anos e a fase da juventude entre 15 e 24 anos (BRASIL, 2007).

Em 1998, o Ministério da Saúde criou Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) definindo objetivos, diretrizes e as estratégias de atendimento a essa população, para que os mesmos tivessem seus direitos respeitados, principalmente em áreas prioritárias referentes à sexualidade e saúde reprodutiva, com a oferta de serviços de planejamento familiar, disponibilizando não só uma variedade de métodos, mas também todas as informações acerca da fisiologia da reprodução, sexualidade e anticoncepção.

O PROSAD também direciona para os adolescentes alguns programas específicos de atendimento como: a saúde bucal, mental, crescimento e desenvolvimento, prevenção de acidentes e violência, todas imprescindíveis na melhoria da assistência ao adolescente. A criação desse programa é de relevância para responder algumas necessidades e dificuldades de relacionamento de pais e educadores sobre as discussões ligadas à sexualidade e a vida reprodutiva, deixando os adolescentes com seus problemas, ignorando ou tentando ignorar que os mesmos já têm vida sexual ativa (CRIZÓSTOMO, NERY, LUZ, 2005).

Logo, como pode ser percebido, o adolecer é um processo dinâmico específico do desenvolvimento humano, quando ocorrem diversas alterações físicas e psicoemocionais, o indivíduo convive com inúmeros desafios, perdas, medos e questionamentos que geram inseguranças e angústias (MENEZES; BOUZAS, 2009). É neste período de transição, entre a puberdade e a fase adulta, que há um processo de desprendimento, em que a personalidade do adolescente apresenta características de adaptação em relação a este processo de mudança (ALMEIDA; RODRIGUES; SIMÕES, 2007).

Aberastury e Knobel (1991) apontam dez características da adolescência que são: necessidade de fantasiar, crises religiosas, deslocalização temporal, atitude social reivindicatória, contradições sucessivas, separação progressiva dos pais, constantes flutuações do humor e do estado de ânimo, tendência grupal, busca pela identidade e evolução sexual.

Para Meneses e Bouzas (2009), o indivíduo durante a adolescência se depara com inúmeras mudanças corporais como o abandono do papel infantil, fazendo com que os mesmos percam a identidade que já lhes é familiar, para transformarem-se em alguém que ainda não conhecem e não sabem como será.

No entendimento de outros estudiosos como Camargo e Botelho (2007), o adolescente encontra-se mais acessível para o aprendizado, no qual o desenvolvimento intelectual favorece para a busca de novos conhecimentos. Assim, nesta fase de auto-afirmação e busca pela identidade, o adolescente escolhe novos laços afetivos e, devido à necessidade de serem reconhecidos socialmente, esses são mais suscetíveis às influências dos grupos, que impõem normas e regras sob forma de modelos, comportamentos, costumes, leis e práticas diversas, fazendo com que os mesmos tornem-se vulneráveis a situações devido ao seu contexto social.

Para Aberastury e Knobel (1991), esse contexto social representa, entretanto, de certa forma, um reforço da sua própria identidade, possuindo função primordial na vida do adolescente e exercendo grande influência comportamental, pois sentem-se independentes dentro do grupo.

De acordo com Pereira et al (2007), os adolescentes passam maior parte do seu tempo entre grupos, favorecendo mais conversas entre si, criando dialetos e termos próprios, sendo o diálogo com os pais reduzido ou ausente sobre determinados assuntos. Conforme o autor supracitado em alguns casos, os adolescentes não têm diálogo aberto com a família sobre sexualidade, expressando e esclarecendo suas dúvidas com pares do grupo. Com isso, muitas vezes, os mesmos obtêm informações equivocadas. Isso ocorre pois, por razões distintas, alguns pais não conseguem dialogar com seus filhos sobre temas como sexualidade e práticas sexuais seguras.

2.3 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

No início do século XX, a sexualidade era considerada um tabu (POTTER,2005). Apesar de atualmente ser tratada com mais naturalidade, ainda existem preconceitos em relação ao assunto, tornando difícil a comunicação e discussão a respeito da sexualidade, especialmente com os adolescentes. (BRASIL,2010).

Segundo a OMS, a sexualidade é uma necessidade básica e um aspecto central do ser humano, que tem início desde o nascimento e permeia todas as manifestações humanas até o fim da vida (BEZERRA et al., 2008).

Taquette (2008) afirma que, com o passar do tempo, os adolescentes vivem em uma maior liberdade sexual e estímulo a atividade sexual, favorecendo os

mesmos a tornarem-se sexualmente ativos por vários motivos: a busca por novas experiências, a necessidade de provar sua masculinidade ou feminilidade, aliviar as pressões, acompanhar amigos ou vivenciar experiências sexuais e amorosas através dos meios de comunicação.

De acordo com Perreira (2005), os meios de comunicação podem interferir positivamente ou negativamente. Se, por um lado, facilitam o diálogo familiar sobre sexualidade e relações sexuais, por outro, muitas vezes, apresentam imagens ilusórias de sexualidade e do ato sexual e/ou discutem formas de proteção nas relações sexuais erroneamente, não transmitindo as informações de maneira que facilitem a compreensão.

Para Almeida, Rodrigues, Simões, (2007) a mídia possui papel de destaque em relação à influência no exercício sexual, pois, através da intensificação das mensagens sexuais, estimula a precocidade sexual.

Essas influências resultam na iniciação precoce da vida sexual e que, associada às questões de relações de gênero, propiciam o aumento da vulnerabilidade diante das DST/HIV, correlacionadas em função das questões de gênero, que são construídas socialmente e culturalmente (RAMOS, 2001). Com relação ao gênero, Bezerra et al (2008) defende que é um termo atribuído para definir papéis construídos socialmente baseando-se no ser biológico. A identidade de gênero é um sentimento de ser feminino ou masculino, independentemente do biológico, desenvolvido por cada indivíduo a partir dos diferentes padrões de interação.

Abramovay, Castro, Silva (2004) abordam que relações de gênero apresentam-se de formas diferentes das influenciadas pelos costumes, leis e religiões. Dependem da época e do lugar, sendo construídas desde a primeira infância e perpetuando-se durante a vida, atingindo os campos: sexual, afetivo, profissional e social do indivíduo.

Toda essa conjuntura resulta em um conjunto de fatores que aumentam o risco ou diminuem a proteção de um grupo populacional frente a uma determinada doença, condição ou dano, isto é: favorecem a situação de vulnerabilidade. No plano social, a vulnerabilidade diz respeito a aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais na exposição ao risco (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004).

Outros aspectos a serem considerados, nesse contexto, referem-se à situação de pobreza, desemprego, falta de moradia, baixa escolaridade, violência,

preconceito e discriminação que aumentam a exposição ao risco. Portanto, a vulnerabilidade pode ser entendida como um reflexo das condições de bem estar social. No contexto atual das DST e da epidemia de HIV/AIDS, observa-se uma maior vulnerabilidade dos adolescentes, pois estes enfrentam uma maior vulnerabilidade social associada ao desenvolvimento específico desse período (BRASIL a, 2006).

As transformações que ocorrem no corpo durante a adolescência conduzem a uma nova maneira de vivenciar a sexualidade e as novas formas de expressão do desejo sexual. O adolescente acorda para novas sensações e para a busca de situações de prazer, descobre que o mundo percebe sua sexualidade e conhece os tabus e preconceitos (BRASIL a, 2006).

A sexualidade está associada ao prazer e à satisfação de desejos, incluindo a relação sexual em si, mas não se restringindo a ela, na qual está relacionada também aos sentimentos (BRASIL, 2010). Potter (2005) a considera de difícil definição, pois compreende muitos aspectos, sendo expressa através de comportamentos. Não é sinônimo de coito e não se limita a presença ou não de orgasmo.

Abramovay, Castro, Silva (2004) refere sexualidade a um termo muito amplo, pois transpassa os fatores físicos, não se restringido, somente, ao ato sexual, pois envolve concepções, valores e regras sociais. Assim, essa construção sociocultural é determinada pela cultura, tempo e espaço que o indivíduo está inserido.

De acordo com Potter (2005), a expressão da sexualidade do adolescente é influenciada com diversas dimensões da experiência humana, como: dimensões psicológicas, alterações biológicas do organismo, regras sociais e normas culturais, padrões religiosos e condutas éticas, gêneros definidos culturalmente e crenças sobre orientação sexual.

Além dessas dimensões supracitadas, a sexualidade também se expressa por meio da percepção do próprio corpo, das emoções, das sensações, dos sentimentos, dos sonhos, das fantasias, dos pensamentos, das experiências, das ideais, dos valores e das diversas formas de interações e relacionamentos com o outro.

Pereira (2005) reforça que a sexualidade é um aspecto essencial para formação da identidade. Refere ainda que a formação da identidade sexual contempla outras definições: ver a si próprio como um ser sexual, adaptar-se às

excitações sexuais e formar ligações afetivas, atinge o modo de expressão, o auto-conceito e as formas de relacionamentos. De acordo com Oliveira et al (2009), é um processo controlado biologicamente, iniciado na infância, definido na adolescência e que sucede por toda a vida, tendo sua expressão definida culturalmente.

2.4 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

2.4.1 Breve histórico das DST's

As DST's, são consideradas como doenças antigas, que até então eram conhecidas como doenças venéreas, denominadas por Jacques Bittencourt em 1527, remotas a antiguidade, no qual no livro da bíblia (Levítico, capítulo: 15), já apresentava a preocupação de Moisés com os fluxos purulentos (profluviumseminis) já estabeleciam regras de higiene para os impuros (BUENO, 1999).

As doenças venéreas se espalharam pelo mundo inteiro com as grandes navegações, havendo uma considerável incidência até a última guerra. Entre os séculos XV e XVI, chegaram a atingir a Europa. Fazendo um comparativo com os dias atuais, observa-se que a AIDS teve uma grande explosão, associada às medidas de comportamento da nova geração, sendo necessárias medidas educacionais específicas para trabalhar com essa questão (BENTO, 1999).

De acordo com Passos (1995), essas doenças venéreas, assim compreendidas na época, foram tomando outros conceitos, como doenças genitais humanas, por apresentar sintomatologia e por serem localizadas nas áreas genitais, sendo doenças ligadas a prostituição. O autor refere que no final da guerra essa doença era considerada como vencida pelo uso da penicilina.

Os autores Belda (2009) realizaram um levantamento referente a duas décadas (50 e 60), em que pontuam que nesse período os valores socioculturais e econômicos obtiveram relevante influência nas modificações dos comportamentos sexuais e dos valores morais, proporcionando, dessa maneira, efeitos colaterais e ameaçadores com o surgimento epidêmico dessas doenças.

Conforme os autores supracitados, o complexo das patologias de forma crescente deu-se o lugar de doenças venéreas para as doenças sexualmente transmissíveis (DST's), estando essas classificadas como um dos grandes problemas de saúde pública em todo o mundo, tanto nos países desenvolvidos

como nos subdesenvolvidos, cada uma dentro das suas particularidades de índice de transmissão.

2.4.2 O impacto das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

As DST's vêm acometendo pessoas de ambos os sexos, tornam o organismo mais vulnerável a outras doenças, inclusive a AIDS, além de terem relação com a mortalidade materna e infantil. No Brasil, as estimativas, da Organização Mundial de Saúde (OMS), de infecções com transmissão sexual na população sexualmente ativa, a cada ano, são: Sífilis: 937.000, Gonorreia: 1.541.800, Clamídia: 1.967.200, Herpes genital: 640.900, HPV: 685.400, (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013)

O Ministério da Saúde preconizou desde 1986 a notificação de casos de AIDS e sífilis como obrigatória a médicos e responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde. Com as mesmas orientações, o registro de HIV em gestantes e recém-nascidos tornou-se obrigatório desde 2000.

A Coordenação Nacional do Programa de DST's/AIDS/MS refere que, após o início da epidemia da AIDS, as DST's readquiriram importância no cenário da saúde pública, por apresentarem alguns fatores relevantes como: infertilidade, transmissão vertical e alto custo nos casos de internação. Nesse caso, alguns fatos negativos têm sido percebidos no programa de atenção as DST's no Brasil, tais como: são escassos os dados epidemiológicos relativos às DST's, exceto AIDS e Sífilis Congênita, que são de notificação compulsória. Os portadores de DST's continuam sendo discriminados nos vários níveis de atenção a saúde, provenientes de profissionais despreparados para atuar nesse contexto, resultando em segregação e exposição de constrangimento (BRASIL, 1999).

A consequência mais evidente dessa situação de baixa resolutividade está direcionada as farmácias comerciais, onde os indivíduos optam a procurá-las para resolver seus problemas, pelo fato de que, nesse ambiente, não pegarão filas e não irão expor o problema acometido (BRASIL, 2000).

Para Miranda et al (2000), tanto nos países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos, as adolescentes são mais vulneráveis as DST's, em razão de vários fatores como os sociais, psicológicos e biológicos. Enquanto Santos e Santos (1999), apontam em suas pesquisas que, a cada ano, no mundo, um entre cada

vinte adolescentes contrai uma DST e mais de cento e cinquenta milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos entre a faixa etária de 13 a 24 anos.

As DST's causam um grande impacto psicológico para os portadores, como também para a economia do País a depender da forma como a mesma venha evoluir no adolescente, gerando custos de internações e tratamento para as suas complicações, através dos procedimentos realizados (BRASIL,1999).

É possível acontecer o controle dessas doenças, desde que esteja funcionando bons programas preventivos, com o intuito de esclarecer ao adolescente assistido a importância da prevenção e as supostas complicações pela negligência no ato sexual e, também, uma rede básica de serviços resolutivos, com profissionais capacitados não só para diagnosticar e tratar uma DST, mas para serem aconselhores dos adolescentes acometidos por DST's e dos seus parceiros (AYRES et al (1998); BRASIL (2000).

De acordo com Teixeira e Taquette (2010), a maioria dos adolescentes acredita que são inatingíveis e não necessitam de proteções contra o contágio das DST's. É comum, entre os mesmos, a dispensa do uso do preservativo, pelo fato de sentirem-se saudáveis e confiar no parceiro. Embora ocorra o desenvolvimento de ações sobre a educação sexual dentro das escolas, isso tem um impacto limitado, devido ao não reconhecimento de como os estudantes relacionam-se sexualmente.

Reforçando a ideia desses autores supracitados, Coutrin, Carvalho e Gouveia (2000), colaboram enfatizando que, além das dificuldades da mudança de comportamentos, vistos que há uma resistência na mudança de alguns hábitos com esses adolescentes, observam-se barreiras consideradas essenciais e impactantes nesse contexto da prevenção das DST's: as situações econômicas e culturais que esses adolescentes estão envolvidos.

Para Miranda, Gadelha e Szwarcwald (2005), o aumento da vulnerabilidade dos adolescentes frente as DST's acontece por vários fatores como o psíquico, o social e biológico, já que o epitélio cilíndrico do colo uterino na adolescência encontra-se mais exposto, facilitando o contágio as DST's.

Diante desse levantamento voltado aos impactos causados pelas doenças sexualmente transmissíveis, observa-se que a única alternativa econômica e segura para se desenvolver com esses adolescentes é a de trabalhar a educação em saúde, enfatizando à prevenção da doença e a promoção a saúde.

2.4.3 Tipos das Doenças Sexualmente Transmissíveis

As DST's podem ser causadas por vírus, bactérias, protozoários ou, até mesmo, parasitas. Os vírus são responsáveis por DST's como condiloma, herpes genital, hepatite B, C e D, infecção pelo Vírus T-linfotrópico humano (HTLV) e vírus da imunodeficiência humana.(HIV). As bactérias causam a gonorréia, clamidíase, Linfogranuloma venéreo, cancro mole, Donovanose, Doença Inflamatória Pélvica (DIP) e sífilis. A tricomoníase é causada por protozoários parasitas (BRASILb, 2006).

As DST's são transmitidas por relações sexuais anais, vaginais e orais sem uso de preservativo, ou seja: as chamadas relações desprotegidas. Sua transmissão é possível desde o momento da infecção e, conforme o caso, até depois que nenhum sintoma/sinal seja percebido. Isso é mais uma razão para que o preservativo esteja sempre presente nas atividades sexuais.

2.4.3.1 DST's causadas por vírus

O HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. E é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção. (ELEUTÉRIO JÚNIOR,2002). No início dos anos 80, com o surgimento da AIDS, as doenças sexualmente transmissíveis passaram a ter prioridade na esfera da Saúde Pública, em função da estreita relação presente entre estas e a transmissão do HIV (*HumanImmunodeficiencyVirus*).

Ter o HIV não é a mesma coisa que ter a AIDS. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas, podem transmitir o vírus a outros pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação. Por isso, é sempre importante fazer o teste e proteger-se em todas as situações.

O condiloma acuminado, conhecido também como verruga genital, crista de galo, figueira ou cavalo de crista é uma DST causada pelo Papiloma vírus humano (HPV). Atualmente, existem mais de 100 tipos de HPV - alguns deles podendo

causar câncer, principalmente no colo do útero e no ânus. Entretanto, a infecção pelo HPV é muito comum e nem sempre resulta em câncer (CARVALHO, 2007).

No Brasil, o HPV 16 é o tipo predominante nos cânceres cervicais invasivos nas regiões Sul, Centro-Oeste, Nordeste, Norte e Sudeste. Em relação a outros tipos de HPV (18, 31 e 33), observam-se variações regionais, sendo que, na maioria, o segundo mais prevalente é o HPV 18, com exceção da região Centro-Oeste, em que predomina o HPV 33 e na região nordeste, onde o HPV 31 é o segundo em prevalência (ROSA et al., 2009).

O tempo em que o HPV pode permanecer sem sintomas e quais são os fatores responsáveis pelo desenvolvimento de lesões não é conhecido. Por esse motivo, é recomendável procurar serviços de saúde para consultas periodicamente. A infecção pelo HPV normalmente causa verrugas de tamanhos variáveis. No homem, é mais comum na cabeça do pênis (glande) e na região do ânus. Na mulher, os sintomas mais comuns surgem na vagina, vulva, região do ânus e colo do útero. As lesões também podem aparecer na boca e na garganta. Tanto o homem quanto a mulher podem estar infectados pelo vírus sem apresentar sintomas (BELDA, 2009).

Segundo Smeltzer e Bare (2005), a principal forma de transmissão desse vírus é pela via sexual, que inclui o contato oral-genital, genital-genital ou mesmo manual-genital. Portanto, a infecção pode ocorrer mesmo na ausência de penetração vaginal ou anal. Para a transmissão, a pessoa infectada não precisa apresentar sintomas, mas quando a verruga é visível, o risco de transmissão é muito maior. O uso da camisinha durante a relação sexual geralmente impede a transmissão do vírus, que também pode ser transmitido para o bebê durante o parto.

A Herpes é uma doença causada por um vírus que, apesar de não ter cura, tem tratamento. Seus sintomas são geralmente pequenas bolhas agrupadas que se rompem e se transformam em feridas. Depois que a pessoa teve contato com o vírus, os sintomas podem reaparecer dependendo de fatores como estresse, cansaço, esforço exagerado, febre, exposição ao sol, traumatismo, uso prolongado de antibióticos e menstruação. Em homens e mulheres, os sintomas geralmente aparecem na região genital (pênis, ânus, vagina, colo do útero).

O herpes genital é transmitido por meio de relação sexual (oral, anal ou vaginal) sem camisinha com uma pessoa infectada. Em mulheres, durante o parto, o vírus pode ser transmitido para o bebê se a gestante apresentar lesões por herpes.

Por ser muito contagiosa, a primeira orientação dada a quem tem herpes é uma maior atenção aos cuidados de higiene: lavar bem as mãos, evitar contato direto das bolhas e feridas com outras pessoas e não furar as bolhas.

Essa doença é caracterizada pelo surgimento de pequenas bolhas na região genital, que se rompem formando feridas e desaparecem espontaneamente. Antes do surgimento das bolhas, pode haver sintomas como formigamento, ardor e coceira no local, além de febre e mal-estar. As bolhas se localizam principalmente na parte externa da vagina e na ponta do pênis. Porém, após algum tempo, o herpes pode reaparecer no mesmo local, com os mesmos sintomas.

Na presença de qualquer sinal ou sintoma dessa DST, é recomendado procurar um profissional de saúde, para o diagnóstico correto e indicação do tratamento adequado. Não furar as bolhas e não aplicar pomadas no local sem recomendação profissional.

Hepatite B é causada pelo vírus B (HBV), é uma doença infecciosa também chamada de soro-homóloga. Como o HBV está presente no sangue, no esperma e no leite materno, a hepatite B é considerada uma doença sexualmente transmissível. Entre as causas de transmissão estão: relações sexuais sem camisinha com uma pessoa infectada, da mãe infectada para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação, ao compartilhar material para uso de drogas (seringas, agulhas, cachimbos), de higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, por transfusão de sangue contaminado, alicates de unha ou outros objetos que furam ou cortam) ou de confecção de tatuagem e colocação de piercings.

A maioria dos casos de hepatite B não apresenta sintomas. Mas, os mais frequentes são: cansaço, tontura, enjôo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Esses sinais costumam aparecer de um a seis meses após a infecção. Como as hepatites virais são doenças silenciosas, consulte regularmente um médico e faça o teste.

O diagnóstico da hepatite B é feito por meio de exame de sangue específico. Após o resultado positivo, o médico indicará o tratamento adequado. Além dos medicamentos (quando necessários), indica-se corte no consumo de bebidas alcoólicas pelo período mínimo de seis meses e remédios para aliviar sintomas.

A hepatite C é causada pelo vírus C (HCV), já tendo sido chamada de "hepatite não A e não B". O vírus C, assim como o vírus causador da hepatite B, está presente no sangue (SILVA et al, 2012). Entre as causas de transmissão, estão:

transfusão de sangue, compartilhamento de material para uso de drogas (seringas, agulhas, cachimbos, entre outros), higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha ou outros objetos que furam ou cortam) ou para confecção de tatuagem e colocação de piercings, da mãe infectada para o filho durante a gravidez (mais rara); sexo sem camisinha.

A transmissão sexual do HCV entre parceiros heterossexuais é pouco frequente, principalmente nos casais monogâmicos. Sendo assim, a hepatite C não é uma Doença Sexualmente Transmissível (DST); porém, entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e na presença da infecção pelo HIV, a via sexual deve ser considerada para a transmissão do HCV. (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2012)

O surgimento de sintomas em pessoas com hepatite C aguda é muito raro. Entretanto, os que mais aparecem são: cansaço, tontura, enjojo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Por se tratar de uma doença silenciosa, é importante consultar-se com um médico regularmente e fazer os exames de rotina que detectam todas as formas de hepatite. O diagnóstico precoce da hepatite amplia a eficácia do tratamento. Existem centros de assistência do SUS em todos os estados do país que disponibilizam tratamento para a hepatite C (BRASIL,2008).

A Hepatite D, também chamada de Delta, é causada pelo vírus D (VHD). Mas esse vírus depende da presença do vírus do tipo B para infectar uma pessoa. E sua transmissão, assim como a do vírus B, ocorre por relações sexuais sem camisinha com uma pessoa infectada;da mãe infectada para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação; compartilhamento de material para uso de drogas (seringas, agulhas, cachimbos, etc), de higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha ou outros objetos que furam ou cortam) ou de confecção de tatuagem e colocação de piercingse por transfusão de sangue infectado (BRASIL, 2008).

Da mesma forma que as outras hepatites, a do tipo D pode não apresentar sintomas ou sinais discretos da doença. Os mais frequentes são cansaço, tontura, enjojo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Por isso, consulte regularmente um médico e faça o teste.

A gravidade da doença depende do momento da infecção pelo vírus D. Pode ocorrer ao mesmo tempo em que a contaminação pelo vírus B ou atacar portadores

de hepatite B crônica (quando a infecção persiste por mais de seis meses) (BRASIL,2012)

Infecção pelo Vírus T-linfotrópico humano (HTLV): a doença é causada pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV), que infecta as células de defesa do organismo, os linfócitos T. O HTLV foi o primeiro retrovírus humano isolado (no início da década de 1980) e é classificado em dois grupos: HTLV-I e HTLV-II

A transmissão desse vírus é dada pelo sexo sem camisinha com uma pessoa infectada, compartilhamento de seringas e agulhas durante o uso de drogas e da mãe infectada para o recém-nascido (também chamado de transmissão vertical), principalmente pelo aleitamento materno. Evitar a doença não é difícil. Basta usar camisinha em todas as relações sexuais e não compartilhar seringa, agulha e outro objeto cortante com ninguém. O preservativo está disponível gratuitamente na rede pública de saúde (HLELLA et al., 2009).

A maioria dos indivíduos infectados pelo HTLV não apresentam sintomas durante toda a vida. Mas, um pequeno grupo dos infectados pode desenvolver manifestações clínicas graves, como alguns tipos de câncer, além de problemas musculares (polimiosite), nas articulações (artropatias), nos pulmões (pneumonitelinfocítica), na pele (dermatites diversas), na região ocular (uveíte), além da síndrome de Sjögren, doença auto-imune que destrói as glândulas que produzem lágrima e saliva (GALVÃO et al.,2012).

Como o risco do desenvolvimento da doença associado ao HTLV é muito baixo, não há tratamento específico para a infecção. O paciente deve ser acompanhado em serviço de saúde especializado, para diagnosticar e tratar precocemente doenças que podem estar associadas.

2.4.3.2 DST's causadas por bactérias.

O cancro mole pode ser chamado de cancro venéreo, mas seu nome mais popular é “cavalo”. Provocado pela bactéria *Haemophilusducreyi*, é mais frequente nas regiões tropicais, como o Brasil. A transmissão ocorre pela relação sexual com uma pessoa infectada, sendo o uso da camisinha a melhor forma de prevenção (BRASIL c, 2006).

Os primeiros sintomas - dor de cabeça, febre e fraqueza - aparecem de dois a quinze dias após o contágio. Depois, surgem pequenas e dolorosas feridas com pus

nos órgãos genitais, que aumentam progressivamente de tamanho e profundidade. A seguir, aparecem outras lesões em volta das primeiras. Após duas semanas do início da doença, pode aparecer um caroço doloroso e avermelhado na virilha (íngua), que pode dificultar os movimentos da perna de andar. Esse caroço pode drenar uma secreção purulenta esverdeada ou misturada com sangue. Nos homens, as feridas aparecem na cabeça do pênis (glande). Na mulher, ficam na vagina e/ou no ânus. Nem sempre, a ferida é visível, mas provoca dor na relação sexual e ao evacuar.

Na presença de qualquer sinal ou sintoma dessa DST é recomendado procurar um profissional de saúde, para o diagnóstico correto e indicação do tratamento com antibiótico adequado.

A Clamídia e Gonorréia são infecções causadas por bactérias que podem atingir os órgãos genitais masculinos e femininos. A clamídia é muito comum entre os adolescentes e adultos jovens, podendo causar graves problemas à saúde. A gonorréia pode infectar o pênis, o colo do útero, o reto (canal anal), a garganta e os olhos. Quando não tratadas, essas doenças podem causar infertilidade (dificuldade para ter filhos), dor durante as relações sexuais, gravidez nas trompas, entre outros danos à saúde (APPROBATO et al, 2012).

Nas mulheres, pode haver dor ao urinar ou no baixo ventre (pé da barriga), aumento de corrimento, sangramento fora da época da menstruação, dor ou sangramento durante a relação sexual. Entretanto, é muito comum estar doente e não ter sintoma algum. Por isso, é recomendável procurar um serviço de saúde periodicamente, em especial se houve sexo sem camisinha. Nos homens, normalmente há uma sensação de ardor e esquentamento ao urinar, podendo causar corrimento ou pus, além de dor nos testículos. É possível que não haja sintomas e o homem transmita a doença sem saber. Para evitar, é necessário o uso da camisinha em todas as relações sexuais (MAIA et al, 2011).

A Sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode manifestar-se em três estágios. Os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença (BRASIL c, 2006).

Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois a sífilis congênita pode

causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascer. O teste deve ser feito na primeira consulta do pré-natal, no terceiro trimestre da gestação e no momento do parto (independentemente de exames anteriores). O cuidado também deve ser especial durante o parto para evitar sequelas no bebê, como cegueira, surdez e deficiência mental (SANTOS et al, 2013).

A sífilis pode ser transmitida de uma pessoa para outra durante o sexo sem camisinha com alguém infectado, por transfusão de sangue contaminado ou da mãe infectada para o bebê durante a gestação ou o parto. O uso da camisinha em todas as relações sexuais e o correto acompanhamento durante a gravidez são meios simples, confiáveis e baratos de prevenir-se contra a sífilis congênita (BRASIL, 2011).

Os primeiros sintomas da doença são pequenas feridas nos órgãos sexuais e caroços nas virilhas (ínguas), que surgem entre sete e vinte dias após o sexo desprotegido com alguém infectado. A ferida e as ínguas não doem, não coçam, não ardem e não apresentam pus. Mesmo sem tratamento, essas feridas podem desaparecer sem deixar cicatriz. Mas a pessoa continua doente e a doença se desenvolve. Ao alcançar certo estágio, podem surgir manchas em várias partes do corpo (inclusive mãos e pés) e queda dos cabelos (BRASIL,2006). Após algum tempo, que varia de pessoa para pessoa, as manchas também desaparecem, dando a ideia de melhora. A doença pode ficar sem apresentar sintomas por meses ou anos, até o momento em que surgem complicações graves como cegueira, paralisia, doença cerebral e problemas cardíacos, podendo, inclusive, levar à morte.

Recomenda-se procurar um profissional de saúde, pois só ele pode fazer o diagnóstico correto e indicar o tratamento mais adequado, dependendo de cada estágio. É importante seguir as orientações médicas para curar a doença. A penicilina ainda é o principal tratamento (BRASIL, 2012).

A Donovanose é uma infecção causada pela bactéria *Klebsiellagranulomatis*, que afeta a pele e mucosas das regiões da genitália, da virilha e do ânus. Causa úlceras e destrói a pele infectada. É mais frequente no Norte do Brasil e em pessoas com baixo nível socioeconômico e higiênico (BRASIL2006 c)

Os sintomas incluem caroços e feridas vermelhas e sangramento fácil. Após a infecção, surge uma lesão nos órgãos genitais que lentamente se transforma em úlcera ou caroço vermelho. Essa ferida pode atingir grandes áreas, danificar a pele em volta e facilitar a infecção por outras bactérias. Como as feridas não causam dor,

a procura pelo tratamento pode ocorrer tardiamente, aumentando o risco de complicações.

O tratamento, com uso de antibióticos, deve ser prescrito pelo profissional de saúde após avaliação cuidadosa. Deve haver retorno após término do tratamento para avaliação de cura da infecção. É necessário evitar contato sexual até que os sintomas tenham desaparecido e o tratamento finalizado.

O Linfogranulomavenéreo é uma infecção crônica causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis* que atinge os genitais e os gânglios da virilha. A transmissão do linfogranuloma venéreo ocorre pelo sexo desprotegido com uma pessoa infectada. Por isso, é preciso usar camisinha sempre e cuidar da higiene íntima após a relação sexual (OLIVEIRA, et al, 2008).

Os primeiros sintomas aparecem de sete a trinta dias após a exposição à bactéria. Primeiro, surge uma ferida ou caroço muito pequeno na pele dos locais que estiveram em contato com essa bactéria (pênis, vagina, boca, colo do útero e ânus) que dura, em média, de três a cinco dias. É preciso estar atento às mudanças do corpo, pois essa lesão, além de passageira, não é facilmente identificada. Entre duas a seis semanas após a ferida, surge um inchaço doloroso dos gânglios da virilha. Se esse inchaço não for tratado rápido, pode piorar e formar feridas com saída de secreção purulenta, além de deformidade local. Pode haver, também, sintomas gerais como dor nas articulações, febre e mal-estar (BRASIL, 2006c).

Na presença de qualquer sinal ou sintoma dessa DST, é recomendado procurar um profissional de saúde, para o diagnóstico correto e indicação do tratamento adequado, que consiste em uso de antibióticos por tempo determinado.

A doença inflamatória pélvica (DIP) pode ser causada por várias bactérias que atingem os órgãos sexuais internos da mulher, como útero, trompas e ovários, causando inflamações. Essa infecção pode ocorrer por meio de contato com as bactérias após a relação sexual desprotegida. A maioria dos casos ocorre em mulheres que tem outra DST, principalmente gonorréia e clamídia não tratadas. Entretanto, também pode ocorrer após algum procedimento médico local (inserção de DIU - Dispositivo Intra-Uterino, biópsia na parte interna do útero, curetagem) (BRASIL, 2006c)

A DIP manifesta-se por dor na parte baixa do abdômen (no “pé da barriga” ou baixo ventre). Também, pode haver secreção vaginal (do colo do útero), dor durante a relação sexual, febre, desconforto abdominal, fadiga, dor nas costas e vômitos.

Pode haver evolução para forma grave, com necessidade de internação hospitalar e tratamento com antibióticos por via venosa. Na presença de qualquer sinal ou sintoma dessa DST, é recomendado procurar imediatamente um profissional de saúde, para o diagnóstico correto e indicação do tratamento adequado (HAGGERTY; NESS, 2008).

2.4.3.3 DST's causada por protozoário

Tricomoníase é uma infecção causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. Nas mulheres, ataca o colo do útero, a vagina e a uretra e nos homens, o pênis. Os sintomas mais comuns são dor durante a relação sexual, ardência e dificuldade para urinar, coceira nos órgãos sexuais, porém a maioria das pessoas infectadas não sente alterações no organismo (CADENA; MIRANDA; CALDERON, 2006)

A doença pode ser transmitida pelo sexo sem camisinha com uma pessoa infectada. Para evitá-la, é necessário usar camisinha em todas as relações sexuais (vaginais orais ou anais). É a forma mais simples e eficaz de evitar uma doença sexualmente transmissível (BRASIL, 2006b).

Na presença de qualquer sinal ou sintoma dessa DST, é recomendado procurar um profissional de saúde, para o diagnóstico correto e indicação do tratamento adequado. Os parceiros também precisam de tratamento, para que não haja nova contaminação da doença (NEVES, 2005).

2.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde (ES) é definida pelo MS como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2001).

Candeias (1997) apresenta por educação em saúde, combinações de experiências de aprendizagem esquematizadas com o objetivo de promover ações voluntárias que conduzam à saúde. Com uma abordagem sistemática, proporcionando ao seu público alvo um aprendizado voltado a temática apresentada como prioridade.

A ES permite aos sujeitos a tomada de decisão, para um repensar de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005). Constitui-se numa prática social, devendo ser centrada na problematização do cotidiano dos indivíduos, através das experiências, valorizando as particularidades das diferentes realidades, representa um espaço de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano, onde as práticas educativas em saúde devem estar voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, visando à melhoria da qualidade de vida (PEREIRA, 2003).

Para Melo (1984), Educação e Saúde congregam-se de forma difusa na sociedade, onde a Saúde apresenta-se como uma prática social atravessada pela Educação e segue permeando a dinâmica da vida dos indivíduos.

Vários pesquisadores têm se dedicado sobre o tema, e alguns conceitos vêm sendo desenvolvidos e apresentados. Para Stotz (2007), a educação em saúde foi destinada a desempenhar um importante papel em termos de controle social dos doentes e/ou das populações de “risco”. Seu domínio é relativamente amplo, inclui técnicas destinadas a garantir a adesão às terapêuticas, lidar com o abandono do tratamento, com a negociação da prescrição médica pelos pacientes até outras, direcionadas para a prevenção de comportamento de “risco”.

Para Alves (2005), ES constitui-se em um conjunto de saberes e práticas, atrelados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. É o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se preocupa diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica, o pensar e fazer cotidianos da população (VASCONCELOS, 2001).

É compreendida, também, como um conjunto de saberes e práticas diversas, mais ou menos formalizadas, que são firmadas no interior do setor saúde (PEREIRA, 1993). Pode ser definida como um campo de práticas que acontecem através das relações sociais estabelecidas entre usuários e profissionais de saúde, como parte de atividade desenvolvida pela equipe local (L'ABBATE, 1994).

Para Pedrosa (2001), a ES se constitui numa metodologia de grande relevância no contexto da ESF. Inúmeras são as experiências acumuladas envolvendo profissionais, usuários, lideranças comunitárias, grupos organizados em espaços para debates e discussões sobre temas de interesse de todos, favorecendo a construção dos sujeitos sociais e a co-gestão dos problemas identificados.

Stotz (2007) faz referência a alguns enfoques educativos que têm sido utilizados nas práticas de educação em saúde. Para este autor, o enfoque educativo predominante nos serviços de saúde é o preventivo. Um dos pressupostos básicos é a relação do comportamento dos indivíduos na etiologia das doenças modernas, sendo visto como um fator de risco. A educação orienta-se segundo o modelo biomédico, caracterizando-se pelo repasse de informações, dadas, normalmente, através de consultas ou em grupos de palestras.

No enfoque da escolha informada, o profissional de saúde preocupa-se em compartilhar e explorar as crenças e os valores dos usuários a respeito de informações sobre saúde, bem como discutir suas implicações. Enfatiza-se o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade, propondo uma ação com base no princípio da eleição informada sobre os riscos à saúde.

Ainda de acordo Stotz (2007) descreve que a eficácia desse enfoque pressupõe a demonstração de que o usuário tenha compreensão da situação. O enfoque do desenvolvimento pessoal busca ampliar as potencialidades e capacidade do indivíduo para o enfrentamento dos controles externos sobre a vida e a saúde de forma mais autônoma, a exemplo da comunicação, do conhecimento do corpo, da gestão do tempo para cumprir prescrições médicas, de ser positivo consigo mesmo e de saber trabalhar em grupos.

Nesse sentido, a educação em saúde é uma ferramenta de relevância e sem custo financeiro que deve ser trabalhado com os adolescentes frente às questões de DST's, sendo uma forma de conscientizá-los sobre a forma de prevenção.

2.6 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

O PSE é uma política intersetorial do Ministério da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Programa tem como objetivo ampliar o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde e contribuir para a formação integral dos estudantes, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. É uma iniciativa de política integrada que considera o conceito de Promoção

da Saúde (PS) e tem como uma de suas principais diretrizes a intersetorialidade (BRASIL a, 2007).

Para alcançar estes propósitos, o PSE foi constituído por cinco componentes: Avaliação das Condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; Promoção da Saúde e de atividades de Prevenção; Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens; Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes; Monitoramento e Avaliação do Programa (BRASIL b, 2007).

Mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, o PSE se propõe a ser um novo desenho da política de educação e saúde, já que trata a saúde e educação como integrais na parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humano, permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes e promove a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública (BRASIL, 2007 b).

O processo de implementação do Programa deu-se a partir de 2009, com a adesão dos municípios que apresentaram seus projetos aos Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2006 d).

Apesar de o Programa ter sido instituído recentemente, essa ideia preconizada de desenvolver ações de intervenções, de acordo ao levantamento de condições de saúde, a partir do âmbito escolar, é remota e disseminada. (BRASIL, 2006 d; VALADÃO, 2004). É fato que o espaço escolar já trabalhava com as intervenções sanitárias, na qual eram denominadas como higiene escolar, focando em ações de educação em saúde normativas e prescritivas, envolvendo condutas e procedimentos para reduzir ou controlar danos à saúde (BRASIL, 2009). Além dessas intervenções sanitárias, havia uma preocupação forte da educação em relação aos problemas de aprendizado e rendimento escolar dos alunos associados a distúrbios orgânicos patológicos. (GOULART, 2006)

De acordo com Silva e Pantoja (2009), eles enfatizam sobre a necessidade da saúde ser pensada dentro do ambiente escolar enquanto tema de ensino/aprendizagem na produção do conhecimento direcionado a aluno e professor, ou seja, deve trabalhar a saúde como parte complementar baseado no

saber da comunidade escolar, voltadas para as características particulares de cada escola, de acordo com o levantamento dos alunos.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) recomenda a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas (BRASIL, 2006 d). Com o objetivo de integrar as ações de saúde ao currículo escolar e considerando as mudanças conceituais e metodológicas no campo da saúde, bem como os questionamentos da educação acerca da efetividade dessas ações. (BRASIL, 2009).

Furtado (2001) pontua que o PSE é um programa relevante, tanto para o contexto da saúde quanto para o escolar, mas para, de fato, esse programa acontecer de forma resolutiva, é necessário o compromisso entre os níveis de gestão e população alvos, pois ele considera que o processo de implementação de um programa sofre a influência de vários fatores como: a complexidade do problema a ser atingido, disputas de metas, consistência de estrutura decisória e desenho operacional, não adesão, alternância de poderes, liderança de atores envolvidos, entre outras variáveis.

Entretanto, é essencial que, antes da adesão desse programa aos municípios, aconteça uma capacitação voltada a toda equipe do ambiente escolar e saúde de forma conjunta, afim de que todos os profissionais possam compreender a proposta da política do programa a ser trabalhando, não saindo do foco da intersetorialidade das ações.

Sendo assim, esse programa reforça a importância da articulação entre os setores da saúde e da educação e, também, entre os diversos setores da sociedade, de modo a contribuir para a melhoria das condições de vida da comunidade escolar e fortalecer o acesso aos serviços de saúde de atenção básica.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para realização deste estudo, utilizou-se o método de pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa. O estudo do tipo exploratório, conforme GIL(2010) permite ao investigador criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno a partir de uma hipótese e, com isto, obter subsídios para apresentar sugestões ou intervenções, e não somente obter informações. Baseado neste contexto, esta pesquisa permitiu uma aproximação ao objeto de estudo, favorecendo, dessa forma, a intervenção com contribuições nas interfaces entre o conhecimento e prevenções de adolescentes sobre as DST's.

Com relação à pesquisa descritiva, ela possibilita descrever fenômenos, busca descobrir a frequência com que um fato ocorre, a natureza, suas características, as causas e as relações com outros fatos. Classifica e interpreta os fatos (GIL, 2008). Não há interferência do pesquisador, cabendo-lhe somente descrever e analisar o objeto da pesquisa. Descreve a situação no momento em que ocorre a investigação e estabelece relação entre as variáveis. Neste sentido, esta pesquisa possibilitou interpretar e analisar as variáveis estudadas como questões relevantes para o objeto de estudo.

No que se refere à pesquisa quantitativa, a adequação dessa abordagem ao objeto de estudo dá-se pelo fato de evitar possíveis distorções de análise e interpretação em seus resultados, devido ao uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se de técnicas estatísticas, possibilitando uma maior margem de segurança (MINAYO, 2010).

Devido à natureza do objeto desta pesquisa, concluímos que este desenho metodológico é o mais adequado para responder a questão de pesquisa e alcançar o objetivo estabelecido.

3.2 *LOCUS* DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas escolas do município de Conceição do Almeida-BA, sendo que este apresenta um total de quarenta e três escolas, sendo trinta e sete Municipais, duas Estaduais e quatro Particulares. As divisões de zona das

escolas acontecem da seguinte forma: Na zona Rural estão situadas trinta e uma escolas Municipais e na Zona Urbana, seis Municipais, duas Estaduais e quatro Particulares.

População estimada desse município população estimada de 18.525 mil habitantes. Está situada na zona fisiográfica do Recôncavo da Bahia, zona que totaliza 10.531 km² e o município ocupa 262 km². (micro-região homogênea do Recôncavo com 6.497 km²) (IBGE, 2015).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A delimitação da faixa etária foi respaldada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que considera a adolescência a faixa etária dos 12 até os 18 anos de idade completos, sendo referência, desde 1990, para criação de leis e programas que asseguram os direitos desta população

Para a obtenção do quantitativo dessas escolas e dos adolescentes matriculados dentro da faixa etária, foi realizada uma pesquisa documental, guiada por um formulário, Termo de concessão (APÊNDICEE), realizado junto a Secretaria de Educação do município e com as coordenações dos colégios estaduais e privadas.

Após esta pesquisa foi verificado, de acordo com os critérios de inclusão, quais participariam, respeitando a faixa etária considerada nesse estudo. Sendo assim, as escolas que fizeram parte da pesquisa foram: 2 Estaduais - que contemplam 726 alunos, 1 municipal - com 156 alunos e 1 particular - com 24 alunos, todas situadas na Zona Urbana, com o funcionamento nos turnos matutino e vespertino.

A intenção inicial foi de abranger toda a população de adolescentes das escolas eleitas. Para tanto, foi realizado um planejamento executado em 2 momentos, a saber: no primeiro momento foi realizada uma ampla exposição dialogada abordando sobre a pesquisa, sua importância e objetivos, nas salas de aula e, em seguida, era apresentado o termo de assentimento (APÊNDICEC) e o esclarecimento de que tratava-se de um documento que os mesmos deveriam levar para casa, apresentar aos pais ou responsáveis, para adquirirem permissão, após obtenção da assinatura, para participarem da pesquisa, no dia seguinte. No segundo

momento (no dia seguinte), os termos de assentimentos assinado serem recolhidos, aplicado o TCLE e entregue os questionários para serem respondidos por aqueles que os pais haviam autorizado a responderem.

Neste primeiro momento, de acordo a frequência nominal dos alunos, foram distribuídos 650 termos de assentimento, pois 50 recusaram a participar e 26 não estavam presentes. No segundo momento, para recolher os termos e aplicar os questionários, muitos não haviam entregado aos pais e outros, os pais não permitiram a participação.

Foi necessário o retorno nas escolas, mais de 5 vezes, afim de lembrá-los sobre a necessidade do termo assinado pelo responsável, para participação da pesquisa. Durante esse momento exaustivo, muitos relatavam que tinham vergonha de entregar aos pais o documento, mas gostariam de participar.

Logo, foi notável que um dos fatores que impossibilitou uma amostra maior, referente ao quantitativo de adolescentes, foi o compartilhamento do termo de assentimento com os pais. Esse fato pode estar associado à dimensão cultural e ao tabu sobre a temática, ele foi constituído como uma barreira no momento da coleta de dados, resultando na participação de apenas oitenta e seis alunos nessa pesquisa, sendo este um fator limitante a ser considerado.

3.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Após a autorização do comitê de ética de pesquisa (CEP) da Faculdade Maria Milza, (ANEXO B), as escolas do município foram contatadas, através das pessoas que representavam cada direção, para agendamento do primeiro momento, em que seria realizado uma explanação sobre a pesquisa e seria entregue aos adolescentes o Termo de Assentimento.

Do final do mês de setembro ao final do mês de Novembro de 2015, em dias e turnos aprazados, foi iniciada a coleta de dados utilizando como instrumento um questionário (APÊNDICE F), elaborado de forma que atendesse a questão norteadora delimitada da pesquisa, sendo composto por vinte e oito questões, enfocando dados que caracterizaram as amostras: dados sociodemográficos e conhecimento sobre DST's.

O questionário é um instrumento composto por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas, por escrito, pelo informante e sem a presença do entrevistador. (MARCONI; LAKATOS, 2010). A escolha por este instrumento pautou-se no entendimento que, pelo fato de os sujeitos participantes serem adolescentes, o preenchimento desse, sem a presença do pesquisador, proporcionaria resposta mais precisas.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa atendeu os critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conep/CNS/MS, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Para tanto, inicialmente foi solicitada autorização às instituições de ensino, utilizadas como campo de pesquisa. As autorizações emitidas pelas instituições (após serem digitalizadas) (APÊNDICE A), o projeto da dissertação, as declarações das pesquisadoras (APÊNDICE B), o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) e o termo de assentimento dos pais ou responsáveis foram anexadas ao protocolo aberto na Plataforma Brasil, levando a emissão da folha de rosto pelo sistema (ANEXO A), que foi preenchida e assinada pela pesquisadora responsável e pelo responsável pelo Programa de Pós Graduação da Faculdade Maria Milza. Posteriormente, essa folha de rosto foi, também, anexada à Plataforma concluindo o protocolo de submissão do projeto.

Após análise do projeto e seus respectivos documentos comprobatórios, pelo CEP da FAMAM, ora destinado pela Plataforma Brasil, o mesmo foi aprovado pelo parecer nº 1.245.922 (ANEXO B). De posse da aprovação, foi dada início a coleta dos dados, seguindo o fluxo descrito no item 3.4 'procedimento de coleta de dados'.

Destaca-se que tendo em vista a preservação do anonimato dos participantes da pesquisa, foi utilizada numeração progressiva aleatória nos questionários devolvidos; todos os participantes foram esclarecidos quanto à pesquisa, seus objetivos, em relação a riscos, benefícios, garantia da privacidade, anonimato, sigilo das informações e que os documentos relativos à coleta de dados ficarão sob guarda da pesquisadora, por um período de cinco anos e, decorrido esse tempo, os mesmos serão destruídos.

Os participantes ainda foram esclarecidos que, se em algum momento, durante o preenchimento do questionário, percebessem alguns tipos de constrangimento, poderiam interromper imediatamente o preenchimento do mesmo e que a divulgação e o retorno da pesquisa à comunidade só ocorreriam com o intuito de trazer benefícios.

3.6 VARIÁVEIS

Variável, segundo Kerlinger (1980, p. 44) “é uma coisa que varia, que tem valores diferentes”. O mesmo autor complementa que (p.45) “uma variável é um símbolo ao qual são atribuídos algarismos”. Com esse entendimento, neste estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

3.6.1 Referentes ao perfil sócio demográfico dos adolescentes:

Ao perfil sócio demográfico dos adolescentes foram analisados, idade, sexo, religião, escolaridade, estado civil, quantitativo de filhos, estado laboral, número de residentes, renda familiar, área residente e escolaridade.

3.6.2 Relativas ao conhecimento e prevenção das DST's:

As questões relativas ao conhecimento e prevenção das DST'S, foram analisadas, conhecimento sobre as DST's, agente de informação sobre as DST's, prevenção contra DST's, abordagem das DST's na escola e em domicílio.

3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento e a análise dos dados objetivaram sintetizar os dados, a fim de obter respostas inerentes ao problema proposto para investigação. Quanto a interpretação dos dados, possibilita a ampliação do sentido das respostas, sendo realizadas por meio dos conhecimentos obtidos anteriormente (GIL, 2010).

Os dados foram lançados em planilha do programa Microsoft Excell e posteriormente transferidos para Software estatístico SPSS (StatisticalPackage for Social Science) versão 17.0 da Plataforma Windows.

Foi realizada análise descritiva (índices percentuais), utilizando-se tabelas com frequências absolutas (n) e relativas (%). Para a análise de associação de gênero com conhecimento sobre DST'S, escolaridade com conhecimento de DST's, adolescentes que residem na zona urbana e na zona rural e quanto ao conhecimento e prevenção das DST's, foi aplicado o Teste Qui quadrado de Pearson. Foi comparada a média de idade dos adolescentes com o conhecimento e prevenção sobre as DST's.

Para verificar se houve diferenças significativas entre variáveis de prevenção contra DST's e agentes de informações, foram realizados testes de hipótese paramétricos (teste t de student) quando a variável de risco foi quantitativa e apresentou distribuição normal.

Caso não houvesse distribuição normal, estava previsto os testes não-paramétricos (qui-quadrado e proporções). E, para ajustar possíveis variáveis de confusão (sexo, idade) seriam aplicados modelos de regressão (linear ou logística). Esclarecemos ainda que foram considerados os resultados estatisticamente significantes para um valor de $p \leq 0,05$.

4 RESULTADOS

A amostra foi composta por 86 adolescentes, com idade média de $14 \pm 1,3$ anos, com predominância do gênero feminino – 57 (66,3%), solteiro – 70 (81,4%) e sem filho – 84 (97,7%). A religião mais freqüente, na amostra estudada, foi a católica, sendo representada por 53 adolescentes (61,6%). 74 (86%) adolescentes não realizam atividade laboral, 49 (57%) residem na zona urbana. Na residência da amostra estudada, há um predomínio de 4-5 pessoas - 40 (46,5%) morando na casa. Como a maior freqüência da categoria, de 1-3 pessoas, 75 (86,2%) realizando atividades laborais. A renda familiar mais freqüente foi a de um a dois salários mínimos – 37 (43,0%). (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico

Variáveis	Média ± DP
Idade	14,0±1,3
Gênero	n(%)
Feminino	57 (66,3)
Masculino	29 (33,7)
Estado Civil	
Solteiro	70 (81,4)
Casado	5 (5,8)
Mora com companheiro	8 (9,3)
Viúvo	2 (2,3)
Separado	1 (1,2)
Filhos	
Sim	2 (2,3)
Não	84 (97,7)
Religião	
Católico	53 (61,6)
Evangélico	21 (24,4)
Espirita	2 (2,3)
Outra	10 (11,6)
Trabalha	
Sim	12 (14,0)
Não	74 (86,0)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	55 (64,0)
Ensino Médio	31 (36,0)
Reside	
Zona Urbana	49 (57,0)
Zona Rural	37 (43,0)
Quantas pessoas residem na casa?	
1-3 pessoas	27 (31,4)
4-5 pessoas	40 (46,5)
6-7 pessoas	8 (9,3)
Acima de 7 pessoas	11 (12,8)
Quantos trabalham?	

1-3 pessoas	75 (86,2)
4-5 pessoas	9 (10,5)
6-7 pessoas	2 (2,4)
Renda familiar	
Menos de um salário	28 (32,6)
Um a dois salários	37 (43,0)
Dois a três salários	16 (18,6)
Três a quatro salários	1 (1,2)
Acima de cinco salários	4 (4,7)

Fonte: Elaboração própria/ Conc. Do Almeida- BA/ 2015

A tabela 2 demonstra o conhecimento sobre DST's nos adolescentes estudados nesta amostra, no qual 60 (69,8%) responderem ter conhecimento sobre as DST's sendo que o local que apareceu com maior frequência no qual eles aprenderam sobre DST's foi a escola com 47 (54,7%). As DST's mais conhecidas entre os adolescentes foram o HIV 47 (56,0%), seguindo de hepatite C 45 (53,6) e HPV 38 (45,2). Quanto ao questionamento de saber como se pega as DST's a maioria ,54 (62,8%), responderam relação desprotegida.

Tabela 2. Conhecimento sobre Dst's

Variáveis	n(%)
Você tem conhecimento sobre DST's	
Sim	60 (69,8)
Não	26 (30,2)
Como ficou sabendo sobre DST's	
Escola	47 (54,7)
Casa	24 (27,9)
Amigos	14 (16,3)
Meios de comunicação	12 (14,0)
Internet	11 (12,8)
Outros	7 (8,1)
DST's que conhece	
HIV	47 (56,0)
Hepatite C	45 (53,6)
HPV	38 (45,2)
Hepatite B	32 (38,1)
Sífilis	29 (34,5)
Gonorréia	28 (33,3)
Hepatite D	26 (31,0)
Doença Inflamatória Pélvica	15 (17,9)
Herpes	13(15,5)
Cancro Mole	12 (14,3)
Condiloma	9 (10,7)
Clamídia	8 (9,5)
Tricomoníase	7 (8,3)
Linfogranulomavenereo	5 (6,0)

Donovanose	4 (4,8)
Não conhece nenhuma	3 (3,6)
Você sabe como se pega DST?	
Relação sexual desprotegida	54 (62,8)
Seringa	31 (36,0)
Sexo oral	26 (30,2)
Beijo	19 (22,1)
Material de manicure	18 (20,9)
Abraço	7 (8,1)
Outros	4 (4,7)

Fonte: Elaboração própria/ Conc. Do Almeida- BA/ 2015

*nessas questões o adolescente podia marcar mais de uma opção

A tabela 3 foi relacionada ao conhecimento dos jovens quanto à prevenção e o risco das DST's. Na amostra, 59 (68,6%) não tiveram relação sexual, porém, mesmo não tendo relação, 70 (81,4%) relataram saber como prevenir as DST's. Apenas 9 (17,0%) adolescentes relataram nunca usar preservativo durante a relação sexual, 8 (19,5%) mencionaram não usar porque não gostam. Os sinais sintomas mais reconhecidos por eles das DST's foram: corrimento vaginal ou no pênis – 42 (48,8%) e a coceira na região genital – 27 (31,4%), 28 (32,6) relataram não saber nenhum sinal ou sintoma das DST's.

Tabela 3. Prevenção e risco das dst's

Variáveis	n(%)
Você já teve relação sexual?	
Sim	27 (31,4)
Não	59 (68,6)
Você sabe como prevenir DST?	
Sim	70 (81,4)
Não	16 (18,6)
Você costuma utilizar preservativo na relação?	
Sempre usa	15 (28,3)
Nunca usa	9 (17,0)
Nunca teve relação	29 (54,7)
Qual o motivo de você não utilizar preservativo?	
Porque não gosta	8 (19,5)
Porque seu parceiro não gosta	3 (7,3)
Porque não sabe usar	1 (2,4)
Nunca teve relação	29 (54,7)
Quais sinais e sintomas são de DST's?	
Corrimento na vagina ou pênis	42 (48,8)

Coceira na vagina ou pênis	27 (31,4)
Bolhas (verruca) pênis ou vagina	22 (25,6)
Dor ao urinar	18 (20,9)
Dor na relação sexual	15 (17,4)
Não sabe	28 (32,6)

Fonte: Elaboração própria/Conc. Do Almeida- BA/ 2015

*nessas questões o adolescente podia marcar mais de uma opção

A tabela 4 demonstra as ações educativas no âmbito das DST's, na qual 50 (58,1%) responderam que os professores costumam falar sobre DST's. Quanto às ações educativas, 84 (97,7%) relataram não receber visita de profissionais de saúde e 100% dos adolescentes responderem que não acontecem palestras na escola, sendo que 83 (96,5%) responderam que gostariam que houvesse programas de ações educativas sobre sexualidade e DST's na escola.

Tabela 4. Ações educativas no âmbito das dst's

Variáveis	n(%)
Na escola os professores costumam falar sobre DST?	
Sim	50 (58,1)
Não	36 (41,9)
A sua escola recebe visita de profissionais de saúde?	
Sim	2 (2,3)
Não	84 (97,7)
Na sua escola acontece palestra?	
Não acontece	86 (100)
De quantas você participou?	
Não teve	86 (100)
Na sua casa, seus pais falam sobre sexo?	
Sim	45 (52,3)
Não	41 (47,7)
Você gostaria que houvesse um programa de ações educativas sobre sexualidade e DST's?	
Sim	83 (96,5)
Não	3 (3,5)

Fonte: Elaboração própria/ Conc. Do Almeida- BA/ 2015

Na tabela 5 não foi encontrada diferença entre o conhecimento sobre as DST's em meio aos gêneros. Porém, foi identificada uma diferença estatística significativa entre o saber como prevenir as DST's: Os do gênero masculino apresentaram um maior conhecimento do que os do gênero feminino, também evidenciaram maior experiência em relação sexual quando comparados ao gênero feminino. Pode ainda ser verificado que o gênero não foi associado ao questionamento de os pais falarem sobre sexo.

Tabela 5. Associação do gênero com conhecimento sobre Dst's

Variáveis	Gênero n (%)		p-valor
	Feminino	Masculino	
Conhecimento sobre DST's			
Sim	40 (70,2)	20(69,0)	0,98
Não	17 (29,8)	9 (31,0)	
Prevenção contra DST's			
Sim	43 (75,4)	27 (93,1)	0,04
Não	14 (24,6)	2 (6,9)	
Experiência com relação sexual			
Sim	10 (17,5)	17 (58,6)	p<0,01
Não	47 (82,5)	12 (41,4)	
Os pais falam sobre sexo			
Sim	28 (49,1)	17 (58,6)	0,40
Não	29 (50,9)	12 (41,4)	

Fonte: Elaboração própria/ Conc. Do Almeida- BA/ 2015

N=número de participantes; p-valor: utilizado o teste qui-quadrado.

Na tabela 6 não foi encontrada nenhuma associação do nível de escolaridade com o conhecimento, prevenção sobre as DST's ou com o início da vida sexual. Assim como, a respeito da variável relacionada aos pais que falavam sobre sexo, não houve diferença entre os adolescentes do ensino fundamental e médio.

Tabela 6- Escolaridade com conhecimento e prevenção de dst's

Variáveis	Escolaridade n (%)		p-valor
	Fundamental	Médio	
Conhecimento sobre DST's			
Sim	41 (74,5)	19 (61,3)	0,19
Não	14 (25,5)	12 (38,7)	
Prevenção contra DST's			
Sim	47 (85,5)	23 (74,2)	0,19
Não	8 (14,5)	8 (25,8)	
Experiência com relação sexual			
Sim	17 (30,9)	10 (32,3)	0,89
Não	38 (69,1)	21 (67,7)	
Os pais falam sobre sexo em casa			
Sim	32 (58,2)	13 (41,9)	0,14
Não	23 (41,8)	18 (58,1)	

Fonte: Elaboração própria/ Conc. Do Almeida- BA/ 2015

N=número de participantes; p-valor: utilizado o teste qui-quadrado.

Na tabela 7 foi realizada uma associação entre os adolescentes que residem na zona urbana e na zona rural, quanto ao conhecimento e prevenção da DST's, no qual não houve nenhuma associação. Também não foi encontrada diferença entre o

início da vida sexual e a conversa sobre sexo com os pais entre os adolescentes da zona urbana e rural.

Tabela 7. Adolescentes que residem na zona urbana e na zona rural: quanto ao conhecimento e Prevenção das DST's.

Variáveis	Residência (%)		p-valor
	Urbana	Rural	
Conhecimento sobre DST's			
Sim	34 (69,4)	27 (70,3)	0,93
Não	15 (30,0)	11 (29,7)	
Prevenção contra DST's			
Sim	42 (85,7)	28 (75,7)	0,23
Não	7 (14,3)	9 (24,3)	
Experiência com relação sexual			
Sim	17 (34,7)	10 (27,0)	0,44
Não	32 (65,3)	27 (73,0)	
Os pais falam sobre sexo em casa			
Sim	27 (55,1)	18 (48,6)	0,55
Não	22 (44,9)	19 (51,4)	

Fonte: Elaboração própria/ Conc. Do Almeida- BA/ 2015

N=número de participantes; p-valor: utilizado o teste qui-quadrado

Na tabela 8 foi comparada a média de idade dos adolescentes com o conhecimento e prevenção sobre as DST's, não encontrada nenhuma diferença. Assim como os jovens que já iniciaram a vida sexual, àqueles que ainda não tiveram relação sexual também apresentaram média de idade similares. Também não houve diferença de idade entre os filhos que os pais conversam sobre sexo e aqueles que não.

Tabela 8. Média de idade dos adolescentes com conhecimento e prevenção sobre DST's

Variáveis	Idade m±DP	p-valor
Conhecimento sobre DST's		
Sim	14,1±1,3	0,29
Não	13,7±1,5	
Prevenção contra DST's		
Sim	14,1±1,4	0,1
Não	13,5±1,1	
Experiência com relação sexual		
Sim	14,2±1,4	0,3
Não	13,9±1,3	
Os pais falam sobre sexo em casa		
Sim	14,1±1,3	0,26
Não	13,8±1,3	

Fonte: Elaboração própria/ Conc. Do Almeida- BA/ 2015.

5 DISCUSSÃO

5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A discussão dos resultados da presente pesquisa precisa ser minudenciada, frente à riqueza de informações e das relações sociais que se interligam aos resultados.

A população brasileira tem passado nas últimas décadas por mudanças demográficas consideráveis, relacionadas principalmente a desaceleração do ritmo de crescimento da população adolescente e jovem (BRASIL, 2010). E, mesmo em face à desaceleração, atualmente a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos ainda é bastante numerosa, representando, no censo de 2010, um total de 30,3% da população total do país – sendo 66,45% adolescentes de 10 a 19 anos e 33,55% jovens, com idades entre 20 e 24 anos (IBGE, 2010).

Desse total de adolescentes, 26,3% são do sexo feminino na faixa etária entre 12 e 19 anos, de acordo com o censo atual (IBGE, 2010). Sendo assim, esses dados coadunam com o deste estudo, em que houve o predomínio do gênero feminino – 57 (66,3%), com idade média de $14 \pm 1,3$ anos, apresentado, também, no estudo Onofre et al (2014), conhecimento dos adolescentes de uma escola da rede pública sobre as principais doenças sexualmente transmissíveis, em que foi verificado que, entre o total de entrevistados, houve predomínio do sexo feminino – 58 (63,7%).

Em relação ao estado civil, foi evidenciado nessa pesquisa que a maior parte dos adolescentes é solteiro- 70 (81,4%) e sem filhos – 84 (97,7%). No entanto, um pequeno percentual mora com o companheiro – 8 (9,3%).

De acordo com os dados obtidos, a maior parte dos adolescentes não realiza atividade laboral – 74 (86%). Apenas uma pequena parte possui uma atividade laboral - 12 (14%). Esses valores podem estar relacionados à realidade do desemprego vivenciada nessa faixa etária, como também a escolha, apenas, pelos estudos. Sobre esse aspecto, tem-se observado o crescente número de desemprego nesse grupo populacional: de 43,8% em 2000 para 46,6% em 2005. (BRASIL, 2010, p. 21).

Outro fator que pode interferir no baixo percentual de adolescentes que não realizam atividade laboral pode estar associado com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que proíbe o trabalho infantil no Brasil. Nesse sentido, sabe-se

que a exploração de criança e do adolescente é um problema social grave que ainda atinge uma grande parcela da população do país. O ECA permite que, dos 14 aos 15 anos, o jovem atue como aprendiz e, a partir dos 16 anos, é possível que trabalhem, desde que não exerçam atividade insalubre, perigosa, penosa ou em horário noturno, a partir das 22 horas (OIT, 2004).

A atuação precoce em atividades laborais é um fator determinante para as condições de vida, saúde e educação de crianças e adolescentes, que podem levar a danos físicos e psicológicos, como consequência da exposição ocupacional. No entanto, o estudo realizado por Oliveira et al (2014), com adolescentes de escolas da rede pública de São Paulo, constatou uma situação contrária a verificada nesta pesquisa, em que 42,8% (n=39) trabalhavam fora de seu lar. No entanto, nessa amostra, apenas dois adolescentes relataram ter carteira assinada como jovem aprendiz.

Essa diferença encontrada no estudo afirma uma relação inversamente proporcional entre nível socioeconômico e risco de iniciação sexual precoce e aquisição de DST, ou seja: quanto menor o nível socioeconômico do jovem, maior o risco para iniciação sexual precoce e aquisição de DST's (COELHO et al, 2011).

Para a prática religiosa, 53 (61,6%) consideram-se católicos e 21 (24,4%) evangélicos. Este resultado é similar ao resultado obtido por Santos et al (2015), em que analisam a associação entre a religiosidade e os comportamentos de risco à saúde de adolescentes do Ensino Médio da Rede Pública no Estado de Pernambuco. Nesse, a prevalência das religiões foi de 86,5% dos jovens que possuíam uma afiliação religiosa, sendo 56% católica e 26,9% evangélica.

A religião assume um papel importante para as pessoas porque pode entusiasmar o modo como os adolescentes irão se relacionar no âmbito socioafetivo.

Neste sentido, a religiosidade pode exercer certo controle sobre as atitudes e adoção de comportamentos dos indivíduos, inclusive entre os adolescentes. Assim, a religiosidade pode ser um fator que influencia a conduta dos adolescentes, auxiliando na formação e na percepção dos comportamentos de riscos à saúde

Referente à renda familiar, ficou comprovado que os adolescentes que participaram dessa pesquisa provinham de um núcleo familiar de classe média baixa. De acordo com a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, considerando a renda familiar como critério básico, a definição da nova

classe média é integrada pelos indivíduos que vivem em famílias com renda per capita entre R\$ 291 e R\$ 1.019 (BRASIL, 2015).

Como é apontada na pesquisa, a renda familiar predominante foi a de um a dois salários mínimos 37 (43,0%). Ou seja: foi constatado que, quanto menor o nível socioeconômico do jovem, maior o risco para a iniciação sexual precoce e aquisição de DST's (COELHO et al, 2011).

Verificou-se que os adolescentes coabitam no mesmo domicílio com várias pessoas, de 4 a 5 pessoas -40(46,5%). Dessas, poucas inseridas no mercado de trabalho e contribuindo para a renda familiar. Sobre esse aspecto, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) constatou que, entre os censos de 2000 e 2010, vem diminuindo o número de pessoas que moram no mesmo domicílio. No período mencionado, o número médio de pessoas em cada domicílio passou de 3,79 para 3,34. Ou seja, uma realidade contraditória aos achados na pesquisa.

Entretanto, esses dados devem servir de alerta para a transmissão das DST's, como já comprovado por Taquetteetal, (2003), em que a esfera social, junto ao baixo nível socioeconômico, está associada as DST's, possibilitando dessa forma o aumento da vulnerabilidade as DST's. Essa é uma das razões para o aumento das DST's, principalmente em países em desenvolvimento (OTA, 2008).

5.2 SOBRE OS CONHECIMENTOS DOS ADOLESCENTES, RELACIONADOS ÀSDST's

Na questão do conhecimento dos adolescentes, relacionado às DST's, pode ser constatado que, 70 (69,8%) informaram ter conhecimentos sobre DST'S, podendo ser considerado um elevado percentual. Encontrado dados semelhantes ao estudo de Theobaldetal (2012) sobre a universidade inserida na comunidade: conhecimentos, atitudes e comportamentos de adolescentes de uma escola pública frente a doenças sexualmente transmissíveis, no qual a média do percentual de conhecimento de DST's foi de 74,1%, em que a grande maioria dos alunos teve um percentual de conhecimento acima de 50,0%.

Frente aos dados relacionados ao conhecimento dos adolescentes sobre as DST's, foi verificado que as mais mencionadas foram: HIV – 47 (56%), HEP. C – 45 (53,6%) e HPV 38 (45,2%), sendo verificado um baixo percentual não mencionado ao Linfgranulomavenéreo- 5 (6%) e donovanose- 4 (4,8%). Esses dados corroboram com o estudo de Mendonça et al (2014) sobre o conhecimento de

DST's e os métodos contraceptivos dos adolescentes, no qual foi evidenciado que o HIV foi a DST mais citada (92,3%), seguido da hepatite B (44,7%) e com um baixo percentual de donovanose(4,3%).

Com relação à forma de se contrair DST's, pôde ser constatado que 54 (62,8%) dos adolescentes mencionaram a relação sexual desprotegida, ou seja, sem o uso do preservativo; através de compartimento de seringas – 31 (36,0%); matérias de manicure – 18(20,9%); pelo beijo – 19 (22,1%) e o sexo oral – 26 (30,2%). Diante desses dados, ficou constatado que os adolescentes têm conhecimento sobre a forma de aquisição das DST's, sendo o preservativo o mais conhecido por eles. Dados estes semelhantes ao estudo de Martins et al (2010): entre os métodos para prevenir DST's/AIDS, a grande maioria dos adolescentes respondeu ser o preservativo.

Seguindo este contexto nos gera uma reflexão sobre esse conhecimento, que pode estar associado à larga divulgação nas redes sociais e na mídia sobre o uso do preservativo, como a única forma de prevenção. Nesse sentido, verifica-se a necessidade de uma maior explanação aos adolescentes sobre as demais formas de aquisição dessas DST's, como uma forma de promoção a saúde.

Entretanto, refletir na promoção da saúde implica mudanças na forma de como orientar. Para tanto, os profissionais devem apostar em ações cujo foco não recaia somente sobre a doença do adolescente, mas devem trabalhar segundo os determinantes do processo saúde-doença MONTEIRO et al(2011). Levando em consideração que estes são sujeitos singulares, inseridos em seus contextos particulares. Dessa maneira, será possível encontrar respostas positivas no que diz respeito à assistência ao adolescente e na promoção eficaz de saúde.

Dando continuidade, pode ser conferido que frente ao conhecimento relacionado aos sinais e sintomas apresentados, através da aquisição das DST's, a maioria dos adolescentes sinalizou conhecer: corrimento vaginal ou peniano – 42 (48,2%), coceira na vagina ou no pênis – 27 (31,4%) e bolhas (verrugas) no pênis ou na vagina – 22 (25,6%). Quando comparado com o estudo de Carvalho et al (2015) sobre prevalência de sinais e sintomas e conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis, foi constatado semelhança referente a este três sinais e sintomas mais apontados pelos adolescentes.

Verificou-se que, frente a esse elevado percentual de adolescentes que identificaram sinais e sintomas, uma parcela de 28 (32,6%) desconhece-os, sendo

um dado que aponta à necessidade de investimentos em intervenções educativas, visando empoderar a população quanto à identificação de sinais e sintomas de DST's, contribuindo, assim, para o diagnóstico precoce, um melhor prognóstico e a interrupção da cadeia de transmissão.

Quanto à fonte de informação, foi verificado que a maioria obteve essas informações na escola – 47 (54,7%), o que leva-nos a refletir sobre a importância de operacionalizar o ensino de Educação Sexual nas escolas, uma vez que é um tema transversal. Em casa, 27,4% obtiveram conhecimento. Logo, os dados do presente estudo não coadunam com o estudo realizado por Oliveira (2009) sobre conhecimentos e práticas de adolescentes sobre DST/HIV/AIDS, em que foi verificado que à busca de informações sobre saúde (e, portanto, também, sobre doença), da maioria (20,4%) das respostas atribuídas pelos adolescentes se relaciona à família, seguida de um percentual de 10,1% a escola.

Nesse sentido, faz-se necessário ressaltar que o ambiente escolar é um espaço institucional excepcional para convivência social e para o estabelecimento de relações intersubjetivas adequadas à promoção da saúde e à construção de resposta social aos desafios colocados para a sociedade. Frente aos dados obtidos nessa pesquisa, pode-se refletir também sobre a importância da parceria do contexto familiar nas orientações sexuais, não deixando exclusivamente a responsabilidade para o âmbito escolar.

Nesse contexto, é fundamental que a sexualidade seja discutida o mais precoce possível dentro do âmbito familiar, uma vez que essa questão gera muitas polêmicas e ideias contraditórias. Entende-se que a discussão, desde cedo, permite que os adolescentes adquiram hábitos saudáveis de promoção a saúde, evitando, dessa forma, possíveis riscos de se adquirir DST's, gravidez indesejada e problemas saúde.

De acordo com Souza et al (2006), é essencial que nesta fase seja criado um ambiente de confiança para perceber a fase da adolescência e para que haja uma proximidade entre pais e filhos, a fim de quebrar tabus sobre a sexualidade, sendo os pais os orientadores, o que proporciona que os adolescentes exerçam sua sexualidade com responsabilidade e prevenção a possíveis DST's.

Sobre a experiência sexual, o estudo aponta que a maioria dos adolescentes – 59 (69,6%) não tiveram ainda nenhuma experiência sexual e 27 (31,4%) já tiveram relação sexual. Dados estes semelhantes aos estudos de Silva et al (2015) sobre

iniciação sexual, em que foi constatado em uma amostra de 171 adolescentes (69,5%) não havia tido ainda nenhuma experiência sexual, enquanto (30,5%) tiveram relação sexual. Foi verificado, também, no estudo de Chaves et al (2014), que (53,4%) não havia tido ainda nenhuma experiência sexual e (46,6%) tiveram relação sexual.

Nessa dimensão da experiência sexual, esse dado obtido no estudo pode ser considerado como uma condição favorável para se trabalhar a educação em saúde, na qual poderá proporcionar aos adolescentes uma prática sexual mais segura e de menor risco para se adquirir DST's.

Nesse sentido, para Gravena et al, (2013), a primeira relação sexual é considerada um marco na vida do adolescente, pois, além de ser um fator importante na passagem para a vida adulta, também o incluem em um grupo de risco para doenças sexualmente transmissíveis.

Vale ressaltar que a iniciação sexual precoce é um comportamento de risco, pois o adolescente exposto a essa situação terá uma chance maior de aumentar o número de parceiros sexuais durante a vida, até que o mesmo faça opção por relações monogâmicas estáveis e, quanto maior o número de parceiros sexuais, maior a chance de exposição a alguma DST's.

Ainda nessa esfera, a maioria dos adolescentes - 70 (81,4%) - informou ter conhecimento sobre a prevenção das DST's. Relacionado aos que tiveram contato sexual, 27 (31,4%) informaram sempre usar o preservativo, 15 (28,3%) nunca usar o preservativo, e 9 (17%) justificaram que não gostam. No entanto, observa-se que, mesmo diante da ampla divulgação sobre as formas de prevenção das DST's desenvolvida no Brasil, muitos adolescentes, como pode ser verificado nos dados acima mencionados, ainda não adotam tais práticas, o que aponta uma dissociação entre o acesso à informação e a transformação desse saber em práticas do cotidiano.

O estudo desenvolvido por Valim et al, (2015) em relação ao conhecimento sobre DST's, atitudes e práticas sexuais, aponta que os adolescentes possuem conhecimento adequado sobre a necessidade do uso do preservativo para evitar as DST's e a maioria adotam o método de prevenção, dados estes contrários aos achados dessa pesquisa.

Para que essa dissociação diminua, faz-se necessário o acesso à informação efetiva, com vistas à possível aquisição de comportamentos favoráveis à promoção de sua saúde, inclusive em sua dimensão sexual e reprodutiva. Nesse sentido, as

características pessoais deste grupo, especialmente a sua vulnerabilidade, parecem potencializar as dificuldades presentes no ato da educação em saúde, impedindo que, mesmo existindo situações ideais de negociação e de informações, as mesmas não sejam apreendidas como um quadro de referência para as suas ações.

Ao realizar a associação do sexo feminino e masculino entre as variáveis de conhecimentos sobre DST's, foi identificada uma diferença estatística significativa entre o saber como prevenir as DST's, com $p= 0,04$. Entretanto, como pode ser constatado, o escore de conhecimento não foi estatisticamente significativo ($p= 0,98$) entre os sexos: masculino 20 (69,0%) e sexo feminino 40 (70,2%).

Com relação à experiência sexual, o sexo feminino evidenciou menor experiência, 47 (82,5%) não tiveram ainda experiência, ao ser comparado com o sexo masculino que apenas 12 (41,4%) ainda não tiveram experiência em relação sexual. Nessa associação, pode ser verificada também uma diferença estatisticamente significativa.

No estudo de Theobaldetal, (2012) sobre a universidade inserida na comunidade: conhecimentos, atitudes e comportamentos, foi comprovado que houve diferença estatisticamente significativa entre meninos e meninas, quanto ao percentual de escore de conhecimento ($p= 0,003$). As meninas tiveram uma média significativamente superior ($78,0\% \pm 18,2\%$) em relação aos meninos ($67,9\% \pm 24,1\%$).

Seguindo as tabelas das demais associações referentes ao conhecimento de DST's com adolescentes residentes na zona urbana e na zona rural não tiveram nenhuma associação, assim como relacionada ao nível de escolaridade. Resultados estes que não corroboram com o estudo de Piresetal (2014) sobre conhecimento e comportamento sexual entre adolescentes de área rural e urbana de Goiás. Nesse, os adolescentes e jovens rurais apresentaram maior vulnerabilidade às doenças de transmissão sexual em relação ao grupo de adolescentes urbanos.

Neste contexto, verifica-se uma diluição entre os espaços rurais e urbanos, com a construção de uma tendência *rurbanade* estilo de vida desses jovens, cuja mistura de culturas rurais e urbanas forma um híbrido característico dos desejos e do modo de ser dessa juventude (CARNEIRO, 1998). Esta questão da *rurbanidade* também tem sido apontada por outros autores que tem questionado sobre concepções que defendem o fim do mundo rural, apontando como novo espaço

territorial de qualidade de vida (SILVA, 2002; WEDIG; MENASCHE, 2009; COSTA; RALISCH, 2013).

Na análise das variáveis direcionadas as ações educativas no âmbito das DST's, constatou-se que os professores costumam falar sobre DST's – 50 (58,1%). Com relação à ação educativa, foi possível verificar que não recebem visita de profissionais de saúde 84 (94,7%) e não acontecem palestras na escola (100%). Os adolescentes também revelaram que gostariam que houvesse programas de ações educativas sobre sexualidade e DST's na escola 83 (96,5%).

No estudo de Pirottaetal (2013), programas de orientação sexual nas escolas: uma análise das lacunas na implementação de políticas públicas a partir da percepção dos alunos da rede municipal de ensino de São Paulo, foi constatado que 73,5% citou a aula como o tipo de atividade preponderante. Os demais citaram palestras, oficinas e outras atividades. A orientação sexual foi abordada preferencialmente nas aulas de Ciências e Biologia, conforme 59,2% das respostas. Verificando-se que 54,8% dos alunos afirmaram que as mesmas aconteceram poucas vezes no decorrer do ano, percebe-se que os alunos sentem a necessidade de debater e ter informações sobre diversas situações que envolvem a sexualidade e a saúde.

Em se tratando do público adolescente, as ações de educação em saúde são consideradas estratégias eficazes para estimular o debate sobre temas de interesse dos mesmos, considerando o contexto cultural no qual estão inseridos, podendo estas serem definidas como qualquer atividade envolvendo o processo de aprendizagem, desenhada para alcançar boas condições de saúde.

Faz-se importante pontuar que as DST's marcam os tempos atuais e exigem dos educadores uma postura inovadora, suscitando a participação, o diálogo aberto e franco, com meios didáticos adequados, suficientes para favorecer o processo de ensino-aprendizagem pelo trabalho pedagógico e científico destas questões com a população em geral e, em particular, o adolescente.

Ainda nesse contexto, pode-se afirmar que as ações educativas em saúde podem e devem ser desenvolvidas tanto pelos profissionais da saúde como pelos da educação. Entretanto, a realização destas ações no espaço adequado é fundamental para o seu sucesso com o público adolescente. Sendo assim, a escola é considerada um *locus* privilegiado para ações de educação em saúde, por permitir alcançar os adolescentes individualmente e coletivamente como também por contar

com o apoio de professores, pais e familiares. É nesse contexto que pode ser realizada uma parceria com o PSE e o PROSAD, como um apoio para desenvolver um programa de educação em saúde, frente ao que é preconizado por ambos, pois se entende a dificuldade de captar esses adolescentes na ESF.

A atuação junto à escola oferece ferramentas aos adolescentes, por meio da orientação, educação e liberdade de expressão, fazendo-os verdadeiros agentes em favor da saúde própria, bem como da comunidade. Ela é importante e necessária, pois, quanto mais cedo forem proporcionadas atitudes preventivas e explicativas na busca do conhecimento, à cerca das condições de saúde, visando estilo de vida saudável, maiores serão as chances de se alcançarem resultados produtivos e efetivos na saúde presente e futura desses indivíduos.

No cenário do município lócus dessa pesquisa, as DST's vêm se configurando com uma baixa incidência. De acordo como o banco de dados da Vigilância Epidemiologica (VIEP) do município, no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), no período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2014, a incidência das DST,s, em adolescentes, foi de onze casos de síndrome do corrimento cervical em adolescentes mulheres na faixa etária de 14 a 19 anos e um caso de Sifillis na idade de 18 anos.

Esses dados, confrontados com os dados adquiridos nessa pesquisa de campo, revelam que os conhecimentos apresentados pelos adolescentes sobre DST's não condizem com os da realizade local dos casos notificados. Esse fato é considerado preocupante, por apontar a possível existência de subnotificações e essas podem estar correlacionadas com falta de conhecimento sobre sinais e sintomas, que podem levar os adolescentes acometidos a procurarem uma USF para serem assistidos.

6 CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que os participantes do estudo tem conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis, porém não abancam em pratica este conhecimento de prevenção e promoção a saúde, tornando se desta forma adolescentes vulneráveis a tais DST'S.

Este estudo confirma que houve um predomino do gênero feminino 57 (66,3%), com idade média de $14 \pm 1,3$ anos. Com relação ao conhecimento sobre DST's, 60 (69,8%) responderem ter conhecimento. O local com maior frequência sobre o aprendizado a respeito das DST's foi a escola, com 47 (54,7%). As DST's mais conhecidas foram o HIV 47 (56,0%), seguindo de hepatite C 45 (53,6%) e HPV 38 (45,2%). Sobre o conhecimento quanto à prevenção e o risco das DST's, verificou-se que 59 (68,6%) não tiveram relação sexual, porém, mesmo não tendo relação, 70 (81,4%) relataram saber como prevenir as DST's. Apenas 9 (17,0%) adolescentes relataram nunca usar preservativo durante a relação sexual. Os sinais sintomas mais reconhecidos foram: corrimento vaginal ou no pênis 42 (48,8%) e a coceira na região genital 27 (31,4%).

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o conhecimento sobre as DST's em relação ao sexo. Porém, foi identificada diferença estatística significativa entre o saber como prevenir as DST's. Os adolescentes apresentaram um maior conhecimento do que as adolescentes, eles também evidenciaram maior experiência em relação sexual quando comparados com as do sexo feminino.

Quanto a ações educativas, 84 (97,7%) relataram não receber visita de profissionais de saúde e 100% dos adolescentes responderem não acontecer palestras na escola, sendo que 83 (96,5%) responderam que gostariam que houvesse programas de ações educativas sobre sexualidade e DST's na escola..

Entre o conhecimento em se prevenir como a experiência em relação sexual, diferiram significativamente segundo o sexo. Houve um predomínio do conhecimento por parte do sexo feminino 40.

Sendo assim, recomenda-se um programa educativo permanente desenvolvido em parceria com os profissionais da área da saúde, embasados no

PROSAD e PSE, junto aos profissionais da área da educação no contexto escolar, buscando, dessa forma, ampliar o foco de atenção das ações, o conhecimento das DST's associadas à prevenção, por meio de atividades interativas mais do que atividades informativas, baseadas no lúdico (APÊNDICE G).

Desta forma, o programa pode sensibilizá-los sobre informações e conhecimentos das DST's, a fim de que os mesmos adotem comportamentos de menor exposição aos riscos destas, o que pode ocasionar a redução de custos da saúde local do município. Logo a saúde dos adolescentes necessita de um olhar diferenciado e multidisciplinar, com o intuito de assegurar a passagem por essa etapa da vida com riscos biológicos ou emocionais reduzidos, por meio do cuidado com abordagem técnica segura e humanizada, sobre um olhar da família, da escola e da saúde.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS E PESQUISAS. Critérios para levantamento de renda e classe social. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org>> . Acesso em: 21 jan. 2013
- ABERASTURY. A, KNOBEL M. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.
- ABRAMOVAY. M, CASTRO M.G, SILVA L.B. **Juventude e sexualidade**. Brasília (DF): UNESCO, Brasil; 2004.
- ALMEIDA, I.S, RODRIGUES, B.M.R.D, SIMÕES S.M. **O adolescer.. um vir a ser**. Rev adolescência saúde. 2007.
- ALVES. V.S **Um modelo de educação em saúde para o programa de Saúde da Família**. Interface. Comunicação, saúde, Educação, v.9, n.16, p 39-52, set 2004, fev 2005.
- AMARAL, M.A., FONSECA, R.M.G.S. **Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual**. RevEscEnferm. USP. 2006;40(4):469-76.
- ANJOS R.H.D, et al, **Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV, RevEscEnferm USP 2012; 46(4):829-37**www.ee.usp.br/reeusp. Acesso: 20 de dezembro de 2015.
- ANJOS,R.H.D,et al. **Início da vida sexual em adolescentes escolares**RevPan-AmazSaude .2015; 27 doi: 10.5123/S2176-62232015000300004 acesso: 10 de dezembro de 2015.
- APPROBATO F.C, etal.**Razão de chance elevada para gravidez ectópica em pacientes com obstrução tubária atendidas em clínica de fertilização assistida**. JBRA AssistReprod. 2012.
- AYRES, J.R.C.M, FRANÇA, J.I. **Saúde do adolescente**. In: Schraiber L.B, NemesM.I.B, Gonçalves R.B.M, organizadores. Saúde do adulto. Programas e Ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p.66-85.
- BATISTA, C. J. et al. Conhecimento e Percepções de Escolares Sobre DST/AIDS Minas Gerais. **Motricidade**, April, 2012, Vol.8(S2), p.SS810(10). Acesso em 13 de jan. de 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>
- BARRETO, A. C. M.; SANTOS, R. S. **A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem**. Esc. Anna Nery, v. 13, n. 4, dez. 2009.
- BASTOS, N. M. G. **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico**. 3. ed. Fortaleza, 2005.
- BELDA, J. R.W. **Doenças sexualmente transmissíveis**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

BESERRA E.P, et al. **Adolescência e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis : uma pesquisa documental.** Doenças Sex Transm. 2008.

BRÊTAS, J.R.S. Vulnerabilidade e Adolescência. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2010;10(2):89-96.

BRASIL B. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso.** 2ª ed. Brasília: MS; 2006.

BRASIL C . MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis** 2006; 4ª. ed. Brasília (DF).

BRASIL D. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Organização Pan- Americana da Saúde. Escolas Promotoras da Saúde: experiências no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL A. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Área de saúde do adolescente e do jovem.** Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília(DF); 2007.

BRASIL B. **Presidência da República. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites virais: o Brasil está atento.** 3. ed. Brasília, 2008,

BRASIL. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Pesquisa Nacional de Saúde do escolar (PeNSE).Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>>. Acesso em 18 de janeiro de 2015

BRASIL .**Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatite Virais. Saúde e Prevenção nas Escolas: adolescentes e jovens para a educação entre pares: sexualidades e saúde reprodutiva.**Brasília(DF); 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº- 3.242. **Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL A. MINISTÉRIO DA SAÚDE- **Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais– Boletim Epidemiológico Sífilis.** 2012;

BRÊTAS, J. R. S. et al. Conhecimento de Estudantes Adolescents sobre DST/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2009, Vol.43(3), p.551. Acesso em 13 de jan. de 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>

- CADENA D, MIRANDA N, CALDERÓN N. **Tricomoniasis Urogenital**. Ver PaceaMed Fam. 2006;3(4):84-9.
- CANDEIAS, N.M.F. **Conceitos de educação e de produção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.31, p. 209-213, 1997.
- CAMARGO B.V, BOTELHO L.J. **Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV**. Rev Saúde Pública. 2007 fev; 41(1):61
- CarretM.L.V, et al. **Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco**. RevSaude Publica. 2004; 38(1):76–84.
- CASTRO M.G, ABRAMOVAY M, SILVA L.B. **Juventudes e sexualidade**. 1ª ed. Brasília(DF): UNESCO; 2004
- Carvalho P.M, et al. **Prevalência de sinais e sintomas e conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis** Acta Paul Enferm. 2015; 28(1):95
100.DOI.<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500016>. Acesso 12 de dezembro de 2015.
- CHAVES A.C.P, ET AL. **conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV** .RevBrasEnferm. 2014 jan-fev; 67(1): 48-53. DOI 10.5935/0034-7167.20140006 acesso em 10 de dezembro.
- COELHO R.F.S, et al. **Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS entre adolescentes e jovens de escolas públicas estaduais da região oeste de Goiânia**. RevPatol Trop. 2011; 40(1):56-66.
- DIAS. F.L.A., et al, **Riscos e vulnerabilidade a sexualidade na adolescência**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010, Jun/Set.18(3): 456-41.
- GERHARDT, C. R.; NADER, S. S.; PEREIRA, D. N. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2010, Vol.3(12), p.257. Acesso em 13 de jan. de 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>
- GALVÃO, A.V, et al. **Impact of de pression on quality of life in people living with human 97T cell lymphotropic virus type 1 (HTLV-1) in Salvador, Brazil**.Qual Life Res. 2012 Nov;21(9):1545 50.
- GRAVENA, A. A. F, eta l. **Idade materna e fatores associados a resultados perinatais**.Acta Paulista de enfermagem, v.26 n.2, 130-135(2013).
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed.São Paulo: Atlas, 2008.
- GIL,A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ªed. SãoPaulo: Atlas, 2010.
- HAGGERTY C.L, Ness R.B.**Diagnosis and treatment of pelvic inflammatory disease**. **Women's Health**. 2008 July; 4(4):383-97.
- HLELA. C, et al **The prevalence of human Tcelllymphotropic virus type 1 in the general population is unknown**. **AIDSRev**, v.11,n.4, p.205 214, Oct/Dec. 2009

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA ESTATÍSTICA IBGE ;2015.**População residente, por forma de declaração da idade, situação do domicílio e sexo, segundo a idade** - Brasil –
2010 [ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados do Universo/xls/Brasil/tab1_1_2.zip](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/xls/Brasil/tab1_1_2.zip).

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Um panorama da saúde no Brasil**: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2010.

JESUS, F. B.; et al **Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente**. *Rev. Gaúcha Enferm*, v.32, n. 2, Junho 2011.

KASSOUF A.L. O TRABALHO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO NORDESTE DO BRASIL Brasília: OIT; 2004
Disponível: http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/ipec/pub/o_trabalho_de_crianças_e_adolescentes_no_nordeste_do_brasil_352.pdf, acesso, 10 de dezembro de 2015.

KOERICH. M.S, et al, Sexualidade, Doenças Sexualmente Transmissíveis: atuação da enfermagem com jovens da periferia. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010, Abr/Jun, 18 (2): 256-74

L'ABBATE. S. **Educação em saúde: Uma nova Abordagem**. *Cad. Saúde. Pública*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 481-490, out/dez 1994

Lei Federal no 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente**, tiragem: 20.000 exemplares, 220 páginas, Goiânia, Goiás, 2010.

LEOPARD, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: Atual, 2002.

MAIA M.C, et al .**Chlamydia trachomatis: consequências na saúde reprodutiva da mulher**. *JBRA AssistReprod*. 2011;15(6):30-5.

MALTA, D.C; SILVA, M.A.I; MELLO, F.C.M. **Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares**. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(Supl.1):147-156.

MARINHO MB. **Entre funcional e o lúdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da AIDS**. *Interface- comunicação, saúde, educação periódico na internet*. 2008 fev; [citado 18 nov 2008]; 4(6): [aprox.12 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>, acesso 14 de dezembro de 2015.

MARQUES, E. S. et al, **O Conhecimento dos Escolares Adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 01, p. 58 – 62, 2006. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 14 dezembro de 2015.

MELO.J.A.C. Educação Sanitária: **Uma visão crítica: uma visão crítica**, In: CANCSQUI,A.M, CAMARGO,C.P, BARROS, M.B.A(orgs). Caderno do CEDES- Centro de estudos e educação e sociedade- n.4, educação e saúde. São Paulo: Cortez, 1984, p 28-43.

MENESES C, BOUZAS I. **Acne vulgar e adolescência**. Rev Adolescência e saúde. 2009 jul; 3(6):21

MIRANDA, A. E; GARDELHA, A.M.J; SZWAERWALD, C.L. **Padrão de comportamento relacionado as praticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes**. Espirito Santo, Brasil, 2002. Cad. Saúde Publica, V.21, N,1, p2007-2016, 2005

MIRANDA A.E, et al. **Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and risk factors**. Sex TransmDis. 2000;27(9):491–5.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST**. Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde, MS; 1999

MINISTÉRIO DA SAÚDE (ORG.). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções**. Brasília, 2012.

MONTEIRO E.M.L.M, et al **Percepção de adolescentes infratoras submetidas à ação socioeducativa sobre assistência à saúde**. Esc. Anna Nery. 2011; 15(2):323-30.

NEVES D.P. **Parasitologia humana**. 11.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

ONOFRE P.S.C, OLIVEIRA P.P, AMARAL .J.L.**conhecimento dos adolescentes de uma escola da rede pública sobre as principais doenças sexualmente transmissíveis**.r. Enferm. Cent. O. Min. 2014 set/dez; 3(4):1268-1280

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Programa de Saúde Materno-Infantil. **O marco conceptual da saúde integral doadolescente e de seu cuidado**. Washington: OPS/OMS,1990.17 p.

OLIVEIRA M.L, et al **Infecção por Chlamydia em pacientes com e sem lesões intra-epiteliaiscervicais**.RevAssocMed Bras. 2008;54(6):506-12

OLIVEIRA D.C, ET AL **Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro**.Esc Anna Nery Ver Enferm. 2009 out- dez; 13(4):833-41.

OLIVEIRA D.C, ET AL, **Conhecimentos e práticas de adolescentes sobre DST/HIV/AIDS**, EscAnna Nery Ver Enferm 2009 out-dez; 13 (4): 833-41.

OLIVEIRA, J.R, FRUTUOSO, M.F.P, GAMBARDELLA, A.M.D. **Associação entre maturação sexual, excesso de peso e adiposidade central em crianças e adolescentes de duas escolas de São Paulo**, Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. vol.24 no.2 São Paulo 2014.

PEDROSA, J.I.S, **Educação popular, saúde, institucionalização: temas para debate**. São Paulo. Hucitec, 2001. Pg. 33-35.

PEREIRA, G.S.O **profissional de saúde e a educação em saúde: representações de uma pratica.1993.117F**(Dissertação)(Mestrado em saúde Publica) Escola Nacional de Saúde Publica, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1996

PEREIRA A C A.O **adolescente em desenvolvimento**. São Paulo Harbra;.2005.

PEREIRA J.L, et al. **Sexualidade na Adolescência no Novo Milênio**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Pró Reitoria de Extensão; 2007.

PEREIRA.A.L.P.**Astendências pedagógicas e apratica educativa em nas ciências de saúde**. Cad. Saúde. Pub, Rio de Janeiro, v.19,n.5,p 1527- 1534, set/out 2003

PIRES. L.M.SOUZA M.M. **Conhecimento e comportamento sexual entre Adolescentes de área rural e urbana de goiás**, Goiânia 2014
<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4087> acesso 12 de dezembro.

PIROTTA, K. C. M. ET AL, .**Programas de orientação sexual nas escolas: uma análise das lacunas na implementação de políticas públicas a partir da percepção dos alunos da rede municipal de ensino de São Paulo**. Revista gestão e politicas. vol. 3(1): 190-210, 2013
<http://www.revistas.usp.br/rgpp/article/view/97893/96686>, acesso em 15 de dezembro de 2015.

POTTER P.A. PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.

RAMOS F.R.S, organizadora. **Projeto acolher: adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília(DF): Associação Brasileira de Enfermagem; 2001

RAMOS, F.R; PEREIRA, S.M; ROCHA, C.R.M. **Viver e adolescer com qualidade. Adolescer: compreender, atuar, acolher**: Projeto Acolher/ Associação Brasileira de enfermagem. Brasilia: ABEN, 2001. Pag 202.

ROMERO. K.T, et al. **O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo**. Ver. Assoc. Med. Bras, 2007, 53 (1): 14 – 9.

ROSA, M. I. et al. **Papilomavírus humano e neoplasia cervical**. Cadernos da Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, 2009.

STORTZ, E.N. **Enfoques sobre educação popular e saúde**. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de gestão Estratégica e participativa. Departamento de apoio a gestão participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília. Ministério da saúde. 2007.(Serie B. Textos Basicos de Saúde).

SANTOS M.D.M, ET AL. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio**. Cad Saúde Pública, v.6, N 4, 2013.

SANTOS.A.R.M et al, **Associação entre prática religiosa e comportamentos de risco à saúde em adolescentes de Pernambuco, Brasil**, Rev Bras. AtivFís Saúde Pelotas/RS, 20(3):284-296, Mai/2015

SALDANHA, A. A. W.; et al **Comportamento Sexual e Vulnerabilidade à AIDS: Um Estudo Descritivo com Perspectiva de Práticas de Prevenção**. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 20, n. 1, p. 36-4, 2008.

SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Governo define que a classe média tem renda entre R\$ 291 e R\$ 1.019**. Disponível em: <http://www.sae.gov.br/imprensa/sae-na-midia/governo-define-que-a-classe-media-tem-renda-entre-r-291-e-r-1-019-cidade-verde-em-24-07-2013/> Acesso em 18 de novembro de 2015

SILVA C.M, VARGENS O.M.C. **A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/ HIV**.Revescenferm USP. 2009; 43:401-6.

SILVA A.L, *et al*. **Hepatites virais: B, C e D**: atualização RevBras de Clin Med., 10 (2012), pp. 206–2018.

SILVA.A.S.N, et al, **.Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil**RevPan-AmazSaude 2015; 6(1):27-34<http://revista.iec.pa.gov.br> acesso:16de Dezembro de 2015.

SOUZA L.B, FERNADESJ.F.B, BARROSO M.G.P, **sexualidade na adolescência: análise de influencia de fatores culturais presentes no contexto familiar**, Acta Paul, enfermagem 2006.

SMELTZER, E. BARE, S. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Szwarcwald.C.L, et al E.A.**Temporal trends of HIV-related risk behavior among brazilianmilitary conscripts**,1997-2002. Clinics. 2005;60(5):367-74.

TAPERT S.F, AARONS G, SEDLAR G, BROWN S.A. **Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior**.JAdolesc Health 2001;28:181-9

TAQUETTE SR, et al. **Relacionamento violento na adolescência e o risco de DST/AIDS.** Cad Saúde Pública 2003;19:1437-44.

TAQUETTE S.R. **Sobre gravidez na adolescência.** Rev Adolescência saúde. 2008 abr-jun; 5(2):23.

TORRES C.A, BESERRA E.P, BARROSO M.G.T. **Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes.** Esc Anna Nery RevEnferm. 2007;11(2):296-302

THEOBALD.V.D, et al, **A universidade inserida na comunidade: conhecimentos, atitudes e comportamentos.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 56 (1): 26-31, jan.-mar. 2012.

VASCONCELOS. E.M(ORG.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo: Hucicetc, 2001. P 11-19.

Valim E.M.A, et al, **Utilização de preservativo masculino entre adolescentes de escolas públicas na cidade de Uberaba (MG), Brasil: conhecimentos e atitudes,** Cad. Saúde Colet., 2015, Rio de Janeiro, 23 (1): 44-9 DOI:10.1590/1414-462X201500010008, acesso em 10 de dezembro.

WORLD HEALTH Organization. **Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health;** 2002. p. 28-31.

APÊNDICE A: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO PARTICIPANTE

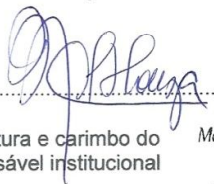
APÊNDICE A



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO PARTICIPANTE

Eu, Maria da Conceição Silva A. Sara responsável
 pelo Secretaria Municipal da Educação estou ciente
 e autorizo o (a) pesquisador (a) Luciana Santos Lago a desenvolver nesta
 instituição o projeto de pesquisa intitulado "Conhecimento de Adolescentes
 sobre as DST'S e prevenções". Declaro estar conhecer as normas e
 resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a
 Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de
 Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos e estar ciente das co-
 responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de
 pesquisa bem como do compromisso da segurança e bem estar dos sujeitos
 de pesquisa recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a
 garantia de tal segurança e bem estar.

Conceição do Almeida, 24 de 04 de 2015.



Assinatura e carimbo do
responsável institucional

Maria da Conceição Silva Almeida
Secretária Municipal de
Educação
Decreto nº 007 - 01/01/2013

APÊNDICE A



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO PARTICIPANTE

Eu, Iviana Aparecida Gomes Lage Matos, responsável pelo Colégio Polivalente de Conc. do Almeida estou ciente e autorizo o (a) pesquisador (a) Luciana Santos Lago a desenvolver nesta instituição o projeto de pesquisa intitulado "Conhecimento de Adolescentes sobre as DST'S e prevenções". Declaro estar conhecer as normas e resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos e estar ciente das co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa bem como do compromisso da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Conceição do Almeida, 26 de 04 de 2015.

.....
 Assinatura e carimbo do responsável institucional

Iviana Aparecida G. Lage Matos
 Diretora - Portaria 249-00/15022017
 Col. Est. Polivalente de Conc. do Almeida

APÊNDICE A



Colégio Estadual Mandinho de Souza Almeida

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSITUIÇÃO CO PARTICIPANTE

Eu, MARILSON CARVALHO SANTOS, responsável pelo Col. Est. Mandinho de Souza Almeida estou ciente e autorizo o (a) pesquisador (a) Luciana Santos Lago a desenvolver nesta instituição o projeto de pesquisa intitulado "Conhecimento de Adolescentes sobre as DST'S e prevenções". Declaro estar conhecer as normas e resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos e estar ciente das responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa bem como do compromisso da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Conceição das Almeida, de de 2015.

Marilson Carvalho Santos Marilson Carvalho Santos
AUC 026.007/2012
Diretor

Assinatura e carimbo do
responsável institucional

APÊNDICE A



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSITUIÇÃO CO PARTICIPANTE

Eu, Andréa Maia de Jesus Coni, responsável pelo Colégio Sementes do Saber, estou ciente e autorizo o (a) pesquisador (a) Luciana Santos Lago a desenvolver nesta instituição o projeto de pesquisa intitulado "Conhecimento de Adolescentes sobre as DST'S e prevenções". Declaro estar conhecer as normas e resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos e estar ciente das co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa bem como do compromisso da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Conceição do Almeida, 23 de 04 de 2015.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Andréa Maia de Jesus Coni
Diretora
Aut. 844109

Andréa Maia de Jesus Coni
Diretora
Aut. 844109

APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



**PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO STRICTO SENSO
MESTRADO PROFISSIONAL EM
DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO AMBIENTE**

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Conhecimento de Adolescentes sobre as DST'S e prevenções
Pesquisador responsável: Luciana Santos Lago
Orientadora: Mary Gomes Silva
Instituição: Faculdade Maria Milza
Local da coleta de dados: Município de Conceição do Almeida

Os pesquisadores do projeto intitulado "Conhecimento de Adolescentes sobre as DST'S e prevenções" se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa e nos comprometemos também que os dados serão utilizados única e exclusivamente para execução do presente projeto. A divulgação das informações só será realizada de forma anônima e sendo os dados coletados bem como que os formulários preenchidos e termo de autorização para realização da pesquisas mantidas no (a) sala da Secretaria da Pós Graduação da FAMAM, localizada no 1º andar, por um período de 04 anos sob a responsabilidade do Prof.(a) Sergio Carvalho, Coordenador do Mestrado Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional. Após este período, os dados serão destruídos.

Cruz da Almas, 28 de abril de 2015.

Nome do Membro da Equipe Executora	Assinatura
Luciana Santos Lago	<i>Luciana Santos Lago</i>
Mary Gomes Silva	<i>Mary Gomes Silva</i>

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR



Título do projeto: Conhecimento de Adolescentes sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST'S e prevenções
Pesquisador responsável: Luciana Santos Lago
Orientadora: Mary Gomes Silva
Instituição: Faculdade Maria Milza – Cruz das Almas

TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Você está sendo convidada para participar da pesquisa "Conhecimento de Adolescentes sobre as DST'S e prevenções". Se você não souber ler, a pesquisadora irá ler este documento para você, e caso tenha dúvida, poderá a qualquer momento perguntar.

Nesta pesquisa, queremos saber qual o conhecimento de adolescentes sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis e suas prevenções. As adolescentes que irão participar dessa pesquisa têm idade menor que 18 anos, por isso necessitaremos de sua autorização como responsável. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita nas dependências das escolas, onde os adolescentes estão matriculados. Este estudo apresenta como risco o desconforto de você fornecer dados da vida pessoal do seu familiar, mas caso aconteça algo errado, podemos parar imediatamente a entrevista e se tiver qualquer dúvida, você pode nos procurar pelos telefones (75) 3312-7000 e/ou 81096721, procurar por Luciana Santos Lago, Mestranda do Curso de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente da Faculdade Maria Milza e por e-mail: lulago_2@hotmail.com e/ou mago13silva@gmail.com

Mas há coisas boas que podem acontecer como benefícios, tais como promover a qualificação dos profissionais da área da educação e da saúde, para condução de ações efetivas, que possam contribuir para prevenção da aquisição de DST's em adolescentes. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira ao participar desta pesquisa.



Esclarecemos que ninguém saberá que o menor o qual você é responsável, está participando da pesquisa. Não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as adolescentes que participaram da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa, os resultados estarão à sua disposição e serão utilizados para a confecção de pesquisa de cursos de mestrado/doutorado/TCC. Os dados utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Se você tiver alguma dúvida, você pode nos perguntar.

Eu _____, responsável pelo menor _____, aceito participar da pesquisa "Conhecimento de Adolescentes sobre as DST'S e prevenções", que tem o objetivo de "Analisar o conhecimento de adolescentes sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis e suas prevenções, nas escolas de um município da região do recôncavo Baiano" Entendi os coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer ao participar dessa pesquisa. Entendi que posso dizer "sim" e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer "não" e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas também em quaisquer momentos que necessite.

Declaro que recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em permitir a participação do menor o qual sou responsável na pesquisa.

Conceição do Almeida, ___ de ___ de _____.

Assinatura do responsável pelo menor (adolescente)

Leuciana Leudo Lago

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



**PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM
DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO AMBIENTE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, estou sendo convidada(o) a participar de um estudo denominado, "Conhecimento de Adolescentes sobre as DST'S e prevenções", que tem como objetivo: Analisar o conhecimento de adolescentes sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis prevenções, nas escolas do Município de Conceição do Almeida -Ba.

Para isso, responderei a um questionário aplicado pela pesquisadora e serei sincera nas minhas respostas.

Fui alertada (o) de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios indiretos, tais como: maiores esclarecimentos quanto a temática abordada, além de contribuir para o desenvolvimento científico a respeito do tema.

Por outro lado, recebi os esclarecimentos necessários sobre a inexistência de riscos diretos ou indiretos decorrentes do estudo. De que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informada de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de que, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Luciana Santos Lago, Mestranda do Curso de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente da Faculdade Maria Milza e Mary Gomes Silva, orientadora responsável pela pesquisa da Faculdade Maria Milza. Com eles poderei manter contato por e-mail: lulago_2@hotmail.com e/ou mago13silva@gmail.com, ou poderei manter contato pelo telefone (75) 81096721.

É garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Fui informado de que a pesquisa não me trará qualquer tipo de despesa. Porém, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Cruz das Almas- Ba, 28/04/15

Luciana Santos Lago

Luciana Santos Lago

Pesquisadora Responsável

Mary Gomes Silva

Orientadora responsável Mary Gomes Silva

APÊNDICE E – TERMO DE CONCESSÃO

APÊNDICE E



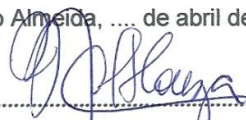
TERMO DE CONCESSÃO

Eu, Maria da Conceição Silva A. Silva responsável pela Secretaria de Educação Municipal e conseqüente guarda dos documentos: Relação Nominal de alunos matriculados, autorizo o acesso aos documentos que se encontram sob minha guarda para que sejam coletados os seguintes dados: levantamento de alunos na faixa etária de 12 a 18 anos, por serie e turno os quais serão utilizados na execução do projeto intitulado "Conhecimento de Adolescentes sobre as DST'S e prevenções". sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana dos Santos Lago, apenas com a finalidade acadêmica, não comprometendo de nenhuma forma a integridade dos sujeitos da pesquisa os quais terão seu anonimato garantido conforme o que regulamenta a nº 466/96 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Informo estar ciente dos objetivos do projeto de pesquisa os quais são em linhas gerais busca Analisar o conhecimento de adolescentes sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis e suas prevenções, nas escolas de um município da região do recôncavo Baiano, dos benefícios atuais e potenciais que podem ser gerados com a execução deste trabalho que são: subsidiar o direcionamento das políticas públicas e as ações específicas de educação a saúde dos adolescentes, no âmbito das escolas e dos serviços de saúde, proporcionando a integração do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que é vinculado a Estratégia de Saúde da Família com o Programa de Saúde da Escola e desenvolver ações efetivas e direcionadas para educação a saúde do adolescente, além de poder promover a qualificação dos profissionais da área da educação e da saúde, para condução de ações

efetivas, que possam contribuir para prevenção da aquisição de DST's em adolescentes.

Declaro ainda estar ciente das normas, resoluções e leis brasileiras as quais normatizam a utilização de documentos para coleta de dados bem como da(s) justificativa(s) apresentada(s) pelos autores do presente protocolo de pesquisa para a coleta dos dados sem a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido assinados pelo sujeito da pesquisa com a qual concordo.

Conceição do Almeida, de abril de 2015.



Assinatura e carimbo do

Maria da Conceição Silva Almeida
Secretária Municipal de
Educação

Responsável Institucional pela guarda dos documentos nº 007 - 01/01/2013

APÊNDICE E



TERMO DE CONCESSÃO

Eu, Shirana Aparecida Gomes Lago Mato, responsável pelo Colégio Estadual Polivalente de Conceição do Almeida e conseqüente guarda dos documentos: Relação Nominal de alunos matriculados autorizo o acesso aos documentos que se encontram sob minha guarda para que sejam coletados os seguintes dados: levantamento de alunos na faixa etária de 12 a 18 anos, por série e turno os quais serão utilizados na execução do projeto intitulado "Conhecimento de Adolescentes sobre as DST'S e prevenções". sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana dos Santos Lago, apenas com a finalidade acadêmica, não comprometendo de nenhuma forma a integridade dos sujeitos da pesquisa os quais terão seu anonimato garantido conforme o que regulamenta a nº 466/96 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Informo estar ciente dos objetivos do projeto de pesquisa os quais são em linhas gerais busca Analisar o conhecimento de adolescentes sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis e suas prevenções, nas escolas de um município da região do recôncavo Baiano, dos benefícios atuais e potenciais que podem ser gerados com a execução deste trabalho que são: subsidiar o direcionamento das políticas públicas e as ações específicas de educação a saúde dos adolescentes, no âmbito das escolas e dos serviços de saúde, proporcionando a integração do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que é vinculado a Estratégia de Saúde da Família com o Programa de Saúde da Escola e desenvolver ações efetivas e direcionadas para educação a saúde do adolescente, além de poder promover a qualificação dos profissionais da área da educação e da saúde, para condução de ações

efetivas, que possam contribuir para prevenção da aquisição de DST's em adolescentes.

Declaro ainda estar ciente das normas, resoluções e leis brasileiras as quais normatizam a utilização de documentos para coleta de dados bem como da(s) justificativa(s) apresentada(s) pelos autores do presente protocolo de pesquisa para a coleta dos dados sem a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido assinados pelo sujeito da pesquisa com a qual concordo.

Conceição do Almeida, 26 de abril de 2015.



Assinatura e carimbo do

Responsável Institucional pela guarda dos documentos


Ivanna Aparecida S. Lago Mattos
Diretora - Portaria 2193 - DO 15/03/2017
Col. Est. 25 - Universidade Federal do Rio de Janeiro

APÊNDICE E



Colégio Estadual Mandinho de Souza Almeida

TERMO DE CONCESSÃO

Eu, MARILSON CARVALHO SANTOS....., responsável pelo **Colégio Estadual Mandinho de Souza Almeida** e conseqüente guarda dos documentos: Relação Nominal de alunos matriculados autorizo o acesso aos documentos que se encontram sob minha guarda para que sejam coletados os seguintes dados: levantamento de alunos na faixa etária de 12 a 18 anos, por série e turno os quais serão utilizados na execução do projeto intitulado "Conhecimento de Adolescentes sobre as DST'S e prevenções". sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana dos Santos Lago, apenas com a finalidade acadêmica, não comprometendo de nenhuma forma a integridade dos sujeitos da pesquisa os quais terão seu anonimato garantido conforme o que regulamenta a nº 466/96 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Informo estar ciente dos objetivos do projeto de pesquisa os quais são em linhas gerais busca Analisar o conhecimento de adolescentes sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis e suas prevenções, nas escolas de um município da região do recôncavo Baiano, dos benefícios atuais e potenciais que podem ser gerados com a execução deste trabalho que são: subsidiar o direcionamento das políticas públicas e as ações específicas de educação a saúde dos adolescentes, no âmbito das escolas e dos serviços de saúde, proporcionando a integração do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que é vinculado a Estratégia de Saúde da Família com o Programa de Saúde da Escola e desenvolver ações efetivas e direcionadas para educação a saúde do adolescente, além de poder promover a qualificação dos profissionais da área da educação e da saúde, para condução de ações

efetivas, que possam contribuir para prevenção da aquisição de DST's em adolescentes.

Declaro ainda estar ciente das normas, resoluções e leis brasileiras as quais normatizam a utilização de documentos para coleta de dados bem como da(s) justificativa(s) apresentada(s) pelos autores do presente protocolo de pesquisa para a coleta dos dados sem a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido assinados pelo sujeito da pesquisa com a qual concordo.

Conceição do Almeida, de abril de 2015.



Assinatura e carimbo do

Marilson Carvalho Santos
Aut. 026.007/2012
Diretor

Responsável Institucional pela guarda dos documentos

APÊNDICE E



TERMO DE CONCESSÃO

Eu, Andréia Maria de Jesus Boni, responsável pelo Colégio Sementes do Saber e conseqüente guarda dos documentos: Relação Nominal de alunos matriculados autorizo o acesso aos documentos que se encontram sob minha guarda para que sejam coletados os seguintes dados: levantamento de alunos na faixa etária de 12 a 18 anos, por série e turno os quais serão utilizados na execução do projeto intitulado "Conhecimento de Adolescentes sobre as DST'S e prevenções". sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana dos Santos Lago, apenas com a finalidade acadêmica, não comprometendo de nenhuma forma a integridade dos sujeitos da pesquisa os quais terão seu anonimato garantido conforme o que regulamenta a nº 466/96 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Informo estar ciente dos objetivos do projeto de pesquisa os quais são em linhas gerais busca Analisar o conhecimento de adolescentes sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis e suas prevenções, nas escolas de um município da região do recôncavo Baiano, dos benefícios atuais e potenciais que podem ser gerados com a execução deste trabalho que são: subsidiar o direcionamento das políticas públicas e as ações específicas de educação a saúde dos adolescentes, no âmbito das escolas e dos serviços de saúde, proporcionando a integração do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que é vinculado a Estratégia de Saúde da Família com o Programa de Saúde da Escola e desenvolver ações efetivas e direcionadas para educação a saúde do adolescente, além de poder promover a qualificação dos profissionais da área da educação e da saúde, para condução de ações efetivas, que possam contribuir para prevenção da aquisição de DST's em adolescentes.

Declaro ainda estar ciente das normas, resoluções e leis brasileiras as quais normatizam a utilização de documentos para coleta de dados bem como da(s) justificativa(s) apresentada(s) pelos autores do presente protocolo de pesquisa para a coleta dos dados sem a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido assinados pelo sujeito da pesquisa com a qual concordo.

Conceição do Almeida, 23 de abril de 2015.



Assinatura e carimbo do

Responsável Institucional pela guarda dos documentos

Andréa Maria de Jesus Conti
Diretora
Aut. 84400

APÊNDICE F – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS



PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO STRICTO SENSO MESTRADO
PROFISSIONAL EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO AMBIENTE

TÍTULO: Conhecimento de adolescentes sobre DST'S e prevenções

PESQUISADORA: Luciana Santos Lago

ORIENTADORA: Mary Gomes Silva

Roteiro de questionário

DADOS SOCIOS ECONÔMICOS:

1) Sexo: F() M()

2) Idade -----

3) Qual seu estado civil:

1() solteiro(a), 2() casado(a), 3() com companheiro(a), 4() viúvo(a), 5 () separado(a)

4) Você tem filhos?

1() sim 2 () não 3 quantos?-----

5) Qual a sua religião?

1 () católico 2 () evangélico 3 () espírita 4 () judeu 5() outro

6) Você trabalha?

1() sim 2() não

7) Quantas pessoas residem em sua casa?

1() 1 a 3 pessoas 2() 4 a 5 pessoas 3() 6 a 7 pessoas 4 () acima de 7 pessoas

8) Das pessoas que residem na sua casa quantas trabalham? _____

9) Qual a renda média de salários da sua família(somando todos os salários dos que trabalham)?

- 1() menos que um salário mínimo
- 2() de 1 a 2 salários mínimos
- 3() de 2 a 3 salários mínimos
- 4() de 3 a 4 salários mínimos
- 5() acima de 5 salários mínimos

10) Você reside (mora) em que zona?

1() Zona Urbana (cidade) 2() Zona Rural (roça)

11) Identificação da Escola:

Escolaridade: 1() Ensino Fundamental 2() Ensino Médio

CONHECIMENTO SOBRE DST's

1) Você tem conhecimento do que são as Doenças Sexualmente Transmissíveis?

1 - Sim () 2- Não()

2) Você já teve relação sexual ?

1() Sim 2() Não

3) Você ficou sabendo através de que meio sobre essas Doenças Sexualmente Transmissíveis?

1() Na escola 2() Em casa 3() Amigos 4() Meios de comunicação 5() Internet 6() Outros.

4) Qual dessas doenças sexualmente transmissíveis você conhece?

1 Sífilis: 1() Sim 2() Não

10 Gonorreia: 1() Sim 2() Não

2 Clamídia: 1() Sim 2() Não

11 HIV : 1() Sim 2() Não

3 Cancro Mole: 1() Sim 2() Não

12 HPV: 1() Sim 2() Não

4 Condiloma: 1() Sim 2() Não

13 Hepatite B: 1() Sim 2() Não

5 Hepatite C: 1() Sim 2() Não

14 Hepatite D: 1() Sim 2() Não

6 Tricomoníase: 1() Sim 2() Não

15 Herpes: 1() Sim 2() Não

7 Linfogranuloma venéreo: 1() Sim 2() Não

8 Donovanose: 1() Sim 2() Não

9 Doença Inflamatória Pélvica(DIP): 1() Sim 2() Não

5) Você sabe como se pega uma doença sexualmente transmissível?(mais de uma resposta)

1() Pelo beijo 2() Pelo abraço 3() Pela relação sexual desprotegida 4() Pelo sexo oral 5() Através de seringas 6() Através de matérias de manicure 7() Não sabe 8() Tem conhecimento de outra forma/ qual? _____

6) Quais desses sinais e sintomas são de uma Doença Sexualmente Transmissível?

1() Corrimento na vagina/ pênis 2() Coceira na vagina/pênis 3() Dor após urinar 4() Bolhas(verruca) na vagina/ pênis 5() Dor na relação sexual 6() Não sabe () Conhece outra forma de contágio / qual?-----

7) Você sabe a forma de como se prevenir dessas Doenças Sexualmente Transmissíveis ?

1() Sim 2() Não

8) Qual é essa forma de prevenção que você conhece ?

9) Você costuma usar o preservativo nas suas relações sexuais?

1() Sempre usa 2() Nunca usa

10) Qual o motivo de você não utilizar o preservativo?

1 () Porque não gosta 2() Porque não sabe como usar 3() Porque seu parceiro(namorado) não gosta

11) Na escola os professores costumam falar sobre essas doenças?

1() Sim 2() Não

12) Na sua escola recebe visita de profissionais da saúde tipo: Médico, Enfermeiro ou Agente Comunitário de Saúde, para fazerem palestra sobre as doenças sexualmente transmissíveis?

1() Sim 2() Não

13) Na sua escola acontece palestras sobre sexo e doenças sexualmente transmissíveis, com qual desses profissionais da área da saúde?

1() Médico 2() Enfermeiro 3() Técnico de enfermagem 4() Agente Comunitário de Saúde 5() não acontece essas palestras.

14) Com que frequência (quantas vezes no ano?) ou quantas você participou?

1() 1 vez 2() 2 vezes 3() 3 vezes 4() mais de 4 vezes 5() nunca participou.

15) Na sua casa seus pais falam com você sobre sexo e essas doenças?

1() Sim 2() Não

16) Você gostaria que houvesse um programa de ações educativas na sua escola para abordar esses assuntos sobre Sexualidade e Doenças sexualmente transmissíveis?

1() Sim 2() Não

17) De que forma você sugere que seja abordado o tema Doenças Sexualmente Transmissíveis na sua escola?

1() Através de palestras 2() Através de vídeos 3() Através de teatro 4() Outra forma.

APÊNDICE G: PRODUTO FINAL

Produto Final**Programa Educativo:****Educar é prevenir: educação e saúde um único foco.****Caracterização**

- Público Alvo: adolescentes na faixa etária de 12 a 18 anos,
- Local: quatro escolas do Município.
- Mediadores: Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), coordenador do Programa Saúde do Escolar (PSE) e os professores das respectivas escolas.

Justificativa

A justificativa para a proposição deste programa educativo, parte do resultado de uma pesquisa realizada durante o Curso de Mestrado Profissionalizante, vinculado ao Programa de Pós Graduação da Faculdade Maria Milza. A pesquisa teve como objetivo, analisar o conhecimento de adolescentes sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis e suas prevenções, nas escolas de um município da região do recôncavo Baiano... Contou com a participação de adolescentes na faixa etária de 12 a 18 anos. Através dos resultados foi possível verificar a necessidade da criação de um programa educativo no âmbito escolar, em parceria com o PROSAD E PSE, a fim de contribuir para mudança de comportamentos dos adolescentes frente as DST's, com vistas a minimização de riscos e promoção da saúde.

Metodologia de execução:

- O programa será desenvolvido, dentro do âmbito escolar. Em parceria da Educação e a saúde (PROSAD e PSE).

- As oficinas deveram acontecer uma vez na semana, no período matutino e vespertino, correspondendo uma carga horária de 04 h.
- Cada escola terá seu dia agendado, conforme a sua disponibilidade, afim de não atrapalhar as atividades programadas.
- O primeiro momento deverá acontecer com a presença de todos os adolescentes. Será apresentado o objetivo do programa, seguido do cronograma de atividades.
- Acontecerão 04 encontros.

Os temas a serem abordados

- Gênero e Sexualidade.
- Tipos de DST's.
- Sinais e sintomas das DST's.
- Formas de prevenção das DST's.

Metas e atividades correspondentes a cada meta

No primeiro momento, o tema abordado será gênero e sexualidade.

- **Meta:** Diferenciar sexo e sexualidade;
 - Aula expositiva e dialogada e realização de dinâmica em grupo.
 - Discutir sobre as diferenças entre o gênero feminino, masculino e caracterizar a anatomia dos órgãos genitais femininos e masculinos.
 - Recursos: Figuras e próteses do órgão genital masculino e feminino; Papel manilha, pincel atômico, fita crepe.
 - Dinâmica: eu sou alguém
Em círculo, sentados. Distribuir uma folha para cada um, pedindo que liste no mínimo dez características próprias. Dar tempo. Solicitar que virem a folha, dividam-na ao meio e classifiquem as características listadas, colocando de um lado as que facilitam sua vida e do outro as que dificultam. Dar tempo. Em subgrupos, partilhar as próprias conclusões.
A consciência de si mesmo constitui-se no ponto inicial para cada um se conscientizar do que lhe é próprio e das suas características. Com este

trabalho é possível ajudar aos participantes a se perceberem, permitindo-lhes a reflexão e a expressão dos sentimentos referentes a si próprios.

No segundo momento: o tema abordado será apresentação das DST's.

- **Meta:** Apresentar os tipos de DST's
 - Conceituar o que são as DST's e descrever cada tipo de DST's.
 - Aula expositiva e dialogada e realização de dinâmica em grupo:
 - Recursos: Álbum seriado com figuras ilustrativas das principais DST's, papel, fita crepe, tinta guache.
 - Dinâmica: Semáforo.

Utilizar um semáforo, onde as cores indicaram o grau de conhecimento sobre cada uma e seus conceitos (a cor vermelha: muita dificuldade sobre o assunto, a cor amarela: media dificuldade sobre o assunto e a cor verde nenhuma dificuldade sobre o assunto).

Dividir os alunos em subgrupos, e oferecer perguntas, para que os dentro do grupo possam identificar seu grau de dificuldade.

Após este momento os grupos irão apresentar e socializar suas informações entre todos os grupos.

No terceiro momento: o tema abordado será as formas de prevenção das DST's.

- **Meta:** Apresentar as formas de prevenção das DST's
 - Apresentar as diferentes práticas sexuais e riscos para a saúde.
 - Aula expositiva e dialogada.
 - Recursos: matérias de manicure, preservativo feminino e masculino, seringas e próteses do órgão genital masculino e feminino.
- **Dinâmica:** cadeia de transmissão: Distribuir uma ficha para cada participante. Enquanto estiver tocando a música, todos devem caminhar pela sala. Quando a música parar, devem se aproximar de um colega e copiar todos os desenhos da ficha do seu colega. Colocar novamente a música e quando ela parar, todos devem se aproximar de outro colega e copiar todos os desenhos da ficha do colega. Repetir esta operação por 4 ou 5 vezes e depois apresentar ao grupo a legenda. Ao lado da legenda, colocar o nº de pessoas: Que têm na sua ficha pelo menos um triângulo. Que iniciaram com a ficha que tinha um círculo e depois

copiaram pelo menos um triângulo. Que iniciaram com a ficha que tinha a estrela azul e depois copiaram pelo menos um triângulo. Promover uma reflexão sobre: auto-cuidado, vivência sexual prazerosa e responsável, comportamento de risco e cadeia de transmissão.

Legenda: Portador HIV (Uma única ficha - triângulo verde). Fez uso de Preservativo (Metade do número de participantes - círculo vermelho). Não fez uso de preservativo (Metade do número de participantes - estrela azul).

Quem fez uso do preservativo, entrou em contato com a situação de risco, mas estava protegido. Quem não usou, correu risco.

- Algumas pessoas não usaram preservativo e não tiveram contato com o portador do HIV, mas estão em uma situação de risco em relação à aids e tiveram sorte.
- Todas as vezes que a música parou, é como se tivéssemos trocado de parceiro (a) sexual.
- Quando copiamos os desenhos do colega, são os relacionamentos anteriores que acompanham os novos relacionamentos.
- O único portador do HIV, colocou "x" pessoas em risco

No quarto momento: O tema abordado será sinais e sintomas das DST's.

- **Meta:** Especificar os sinais e sintomas das DST's
 - Aula expositiva e dialogada.
 - Recursos: próteses do órgão genital masculino e feminino, Datashow, notebook.
- **Dinâmica:** peça teatral
Em grupos os adolescentes irão escolher uma DST's e fazer uma dramatização, enfocando todos os assuntos abordados desde o primeiro encontro.

Resultados e Impactos previstos

Os resultados esperados através deste programa educativo, é poder sensibilizar os adolescentes sobre a responsabilidade que os mesmos devem ter com sua saúde, adotando comportamentos de menor exposição ao risco desta DST's.

ANEXO A - FOLHA DE ROSTO

1. Projeto de Pesquisa: Conhecimento de adolescentes sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis e suas prevenções.		2. Número de Participantes da Pesquisa: 200	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 6. Ciências Sociais Aplicadas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Mary Gomes Silva			
6. CPF: 348.901.225-91		7. Endereço (Rua, n.º): Rua Ana C. B. Dias Miragem Quadra Q. lote 12, casa 05 LAURO DE FREITAS BAHIA 42700000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (71) 3369-4211	10. Outro Telefone:
		11. Email: mago13silva@gmail.com	
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: 24, 04, 2015		Mary Gomes Silva Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: CENTRO EDUCACIONAL MARIA MILZA LTDA - ME		14. CNPJ: 00.543.858/0001-00	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (75) 3621-1710		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: Josemare Pereira dos Santos Pinheiro		CPF: 49454196553	
Cargo/Função: Diretora Acadêmica			
Data: 24, 04, 2015		Assinatura Josemare Pereira dos Santos Pinheiro	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Diretora Acadêmica Faculdade Maria Milza			
Não se aplica.			

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Continuação do Parecer: 1.245.922

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOVERNADOR MANGABEIRA, 27 de Setembro de 2015

Assinado por:
Robson Rui Cotrim Duete
(Coordenador)