

JÉSSICA KELLY RAMOS CORDEIRO

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS
ADOLESCENTES ACERCA DO HIV/AIDS E OUTRAS
IST: UM ESTUDO NO INTERIOR DO NORDESTE
BRASILEIRO**

**NATAL/RN
2020**

JÉSSICA KELLY RAMOS CORDEIRO

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS
ADOLESCENTES ACERCA DO HIV/AIDS E OUTRAS
IST: UM ESTUDO NO INTERIOR DO NORDESTE
BRASILEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira

Coorientador: Prof. Dr. Yan Nogueira Leite de Freitas

Natal/RN
2020

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial Prof. Alberto Moreira Campos - Departamento de Odontologia

Cordeiro, Jessica Kelly Ramos.

Conhecimentos, atitudes e práticas dos adolescentes acerca do HIV/aids e outras IST: um estudo no interior do Nordeste brasileiro / Jessica Kelly Ramos Cordeiro. - 2020.
103f.: il.

Orientador: Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira.

Coorientador: Yan Nogueira Leite de Freitas.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Natal, 2020.

1. Educação em saúde - Dissertação. 2. Adolescente - Dissertação. 3. Doenças Sexualmente Transmissíveis - Dissertação. 4. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Dissertação. 5. Estudo de validação - Dissertação. I. Oliveira, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa. II. Freitas, Yan Nogueira Leite de. III. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos adolescentes escolares, em especial aos oriundos da região do Seridó norte-rio-grandense. Eles atuaram como peça-chave para que essa pesquisa fosse realizada.

Dedico esse trabalho também à Marquiony Marques dos Santos, foi ele quem me repassou o edital do Mestrado em Saúde Coletiva e me apoiou para que eu realizasse o processo de seleção.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder o dom da vida e por permitir que esse momento fosse realizado.

À minha família, por me apoiar e me ajudar nos momentos em que eu mais precisei.

Ao meu noivo, pelo apoio, amizade, companheirismo, cumplicidade e paciência.

Ao meu orientador Dr. Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira, pela confiança, disponibilidade, paciência, dedicação e facilitação dos conteúdos.

Ao meu coorientador Dr. Yan Nogueira Leite de Freitas, pela confiança, disponibilidade e dedicação para com meu estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCOL), pelos ensinamentos ofertados ao longo do curso, em especial a Dra. Maria Angela Fernandes Ferreira, por ter contribuído significativamente na minha formação docente e também assistencial, através da disciplina SACI.

Aos meus colegas de mestrado: Sávio, Letícia, Adriana e Amanda, pela amizade e companheirismo, e em especial à Dandara Rayssa, pelo apoio, suporte, paciência, amizade e toda ajuda prestada ao longo do curso.

À 9ª Diretoria Regional de Educação e Desporto (9ª DIREDE), por ter permitido a realização dessa pesquisa nas escolas abrangidas por este órgão.

Aos diretores das instituições de ensino, pela contribuição e permissão para realização do estudo.

E, por fim, aos adolescentes escolares, que participaram do processo de coleta de dados e foram peça-chave para a realização dessa dissertação.

*Conhecimento não é aquilo que você sabe, mas o que
você faz com aquilo que você sabe.*

Aldous Huxley

RESUMO

Na adolescência são estabelecidos padrões básicos de comportamento que repercutem ao longo da vida e, dentre estes, tem-se a sexualidade. Nesse momento de grandes transformações biopsicossociais, costuma ocorrer a iniciação sexual, muitas vezes sem a orientação prévia de um adulto e cercada de muitas dúvidas e curiosidades. Desse modo, torna-se imperioso conhecer os saberes e práticas dos adolescentes escolares acerca do HIV/aids e outras IST, com o intuito de subsidiar políticas públicas de saúde que trabalhem a saúde sexual dessa população. Assim, o objetivo desse trabalho é avaliar os saberes e práticas dos adolescentes escolares em relação ao HIV/aids e outras IST no interior do Nordeste brasileiro. Para isso, realizou-se estudo transversal do tipo inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) que incluiu doze escolas públicas de sete cidades norte-rio-grandenses, totalizando 623 indivíduos. Utilizou-se dois questionários eletrônicos, um acerca dos dados socioeconômicos/demográficos, e o outro intitulado “Questionário para avaliação de programas de prevenção das DST/AIDS”, utilizado pelo Ministério da Saúde. A confiabilidade dos itens foi averiguada por meio do *Alfa de Cronbach*, onde a média de cada valor variou de 0,198 a 0,379. Também foi realizada análise fatorial para analisar a estrutura das correlações entre as variáveis. O estudo verificou que os 10 itens remanescentes apresentaram os requisitos exigidos para o desenvolvimento da AFE, apresentando para a estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* o valor de 0,639. O teste de esfericidade de *Bartlett* apresentou significância (Qui^2 : 762.479; GL: 45; $p < 0,001$). A variância total acumulada foi de 0,763. Os domínios resultantes da análise fatorial foram: Estilo de vida/hábitos, atitudes preventivas, formas de transmissão endógenas e formas de transmissão exógenas. Em relação ao grau do conhecimento geral sobre HIV/aids, observou-se que os participantes do sexo feminino (6,16), com companheiro (6,24), cursando o 3º ano do ensino médio (6,19), brancos (6,20), não adeptos (6,15) e não frequentadores de cerimônias religiosas (6,20), morando sozinhos (7,49), com pais não casados (6,17) e filhos de pais com ensino superior completo (6,26/6,34) obtiveram maiores médias de acerto. Metade dos adolescentes afirmaram já terem realizado sua primeira relação sexual, no entanto, apenas 31,3% relataram ter feito uso do preservativo nos últimos seis meses. Embora apresentem um nível considerável de conhecimento acerca da prevenção do HIV/aids, as práticas sexuais dos adolescentes não vão de encontro às medidas preventivas, essencialmente quanto ao uso do preservativo. No que se refere à confiabilidade do questionário através das análises realizadas, foi assegurada a qualidade do instrumento. Este estudo é de extrema relevância social, uma vez que foi

possível avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas dos escolares, com vistas a subsidiar a criação de políticas e programas de orientação sexual nas escolas com a atenção voltada à saúde integral dos adolescentes, a fim de impedir que os mesmos se envolvam em situações de exposição aos riscos do HIV/aids e outras IST e garantir a aquisição de práticas sexuais seguras e saudáveis.

Palavras-chave: Adolescente. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Educação em Saúde. Estudo de Validação.

ABSTRACT

In adolescence, basic patterns of behavior are established that reverberate throughout life and, among these, there is sexuality. In this moment of great biopsychosocial transformations, sexual initiation usually occurs, often without the prior guidance of an adult and surrounded by many doubts and curiosities. Thus, it is imperative to know the knowledge and practices of school adolescents about HIV / AIDS and other STIs, in order to subsidize public health policies that work with the sexual health of this population. Thus, the objective of this work is to evaluate the knowledge and practices of school adolescents in relation to HIV / AIDS and other STIs in the Northeast of Brazil. For this, a transversal study of the type CAP survey (Knowledge, Attitude and Practice) was carried out, which included twelve public schools in seven cities in the North of Rio Grande do Sul, totaling 623 individuals. Two electronic questionnaires were used, one about socioeconomic / demographic data, and the other entitled "Questionnaire for the evaluation of STD / AIDS prevention programs", used by the Ministry of Health. The reliability of the items was verified through the *Alpha Cronbach*, where the mean of each value ranged from 0.198 to 0.379. Factor analysis was also performed to analyze the structure of the correlations between the variables. The study found that the 10 remaining items presented the requirements required for the development of AFE, presenting the value of 0.639 for the *Kaiser-Meyer-Olkin* statistic. *Bartlett's* sphericity test showed significance (Chi2: 762,479; GL: 45; $p < 0.001$). The accumulated total variance was 0.763. The domains resulting from the factor analysis were: Lifestyle / habits, preventive attitudes, endogenous forms of transmission and exogenous forms of transmission. Regarding the level of general knowledge about HIV / AIDS, it was observed that female participants (6.16), with a partner (6.24), attending the 3rd year of high school (6.19), whites (6.20), not adepts (6.15) and not attending religious ceremonies (6.20), living alone (7.49), with unmarried parents (6.17) and children of parents with complete higher education (6.26 / 6.34) had higher average scores. Half of the adolescents said they had already had their first sexual intercourse, however, only 31.3% reported having used a condom in the last six months. Although they have a considerable level of knowledge about HIV / AIDS prevention, the sexual practices of adolescents do not go against preventive measures, essentially regarding the use of condoms. Regarding the reliability of the questionnaire through the analyzes performed, the quality of the instrument was ensured. This study is of extreme social

relevance, since it was possible to evaluate the knowledge, attitudes and practices of students, with a view to subsidizing the creation of policies and programs of sexual orientation in schools with attention to the integral health of adolescents, in order to prevent them from getting involved in situations of exposure to the risks of HIV / AIDS and other STIs and to ensure the acquisition of safe and healthy sexual practices.

Key words: Adolescent. Sexually Transmitted Diseases. Acquired immunodeficiency syndrome. Health education. Validation Study.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1:	Populações-chave abordadas na estratégia de prevenção combinada.....	42
FIGURA 2:	Populações prioritárias abordadas na estratégia de prevenção combinada	42
FIGURA 3:	Representação gráfica da Prevenção Combinada,.....	43
FIGURA 4:	Fatores associados ao aumento das Infecções Sexualmente Transmissíveis nos adolescentes.....	45
FIGURA 5:	Percentual da idade do início a prática sexual dos adolescentes escolares de acordo com a variável “sexo” (n= 316).....	59

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1:	Principais síndromes em IST e os respectivos agentes etiológicos.....	22
QUADRO 2:	Quantitativo de alunos sorteados por escola pela técnica de amostragem estratificada proporcional.....	48
QUADRO 3:	Caracterização das variáveis dependentes relativas aos saberes do QSAP de acordo com código, natureza e valores.....	49
QUADRO 4:	Caracterização das variáveis independentes de caráter socioeconômico/demográfico de acordo com código, natureza e valores	50

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Distribuição dos dados socioeconômico-demográfico em valores absolutos e percentuais dos sujeitos da pesquisa.....	55
TABELA 2:	Distribuição dos valores absolutos e porcentagens das variáveis de contexto familiar e participação em atividades educativas em relação às IST	57
TABELA 3:	Distribuição dos valores absolutos e porcentagens das variáveis relacionadas aos saberes do questionário (QSAP).....	58
TABELA 4:	Distribuição dos valores absolutos e porcentagens dos adolescentes que iniciaram a prática sexual em relação às perguntas contextuais do questionário QSAP (n= 316).....	60
TABELA 5:	Análise <i>Alfa de Cronbach</i> baseado em 10 itens padronizados relacionados aos saberes do QSAP.....	62
TABELA 6:	Resultado da Análise Fatorial por Componentes Principais para as variáveis relacionadas aos saberes do QSAP.....	63
TABELA 7:	Resultado da Análise Fatorial por variáveis sociodemográficas e econômicas.....	66
TABELA 8:	Resultado da Análise do grau de conhecimento geral por variáveis sociodemográficas e econômicas.....	68

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CNS	Conselho nacional de Saúde
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DIREDD	Diretoria Regional de Educação, Cultura e Desportos
EMCM	Escola Multicampi de Ciências Médicas
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EP	Educação por pares
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus do papiloma humano
HSH	Homens que fazem sexo com homens
HSV	Herpes-vírus simples
HSV-2	Herpes-vírus simples tipo 2
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFRN	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCAP	Pesquisa de Conhecimento, Atitude e Prática

PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PEP	Profilaxia pós-exposição
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNS	Plano Nacional de Saúde
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
QSAP	Questionário dos Saberes atitudes e práticas
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRI	Teoria da Resposta ao Item
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UDI	Identificação única de dispositivos
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1	<i>Caracterização e epidemiologia das principais infecções sexualmente transmissíveis/IST</i>	21
2.2	<i>Adolescência: início da atividade sexual e situações de risco para o HIV/aids e outras IST.....</i>	27
2.3	<i>Inter-relação família x educação x saúde no contexto do HIV/aids e outras IST em adolescentes</i>	32
2.4	<i>Marco referencial das políticas e programas referentes ao HIV/aids e outras IST para os adolescentes</i>	37
3	OBJETIVOS	46
3.1	<i>Objetivo geral</i>	46
3.2	<i>Objetivos específicos.....</i>	46
4	MÉTODO.....	47
4.1	<i>Características da pesquisa</i>	47
4.1.1	<i>Tipo de estudo.....</i>	47
4.1.2	<i>Local de estudo</i>	47
4.1.3	<i>Plano amostral.....</i>	48
4.1.4	<i>Critérios de inclusão e exclusão</i>	49
4.2	<i>Variáveis</i>	49
4.2.1	<i>Variáveis dependentes</i>	49
4.2.2	<i>Variáveis independentes</i>	50
4.2.3	<i>Técnicas e instrumentos de coleta de dados</i>	52
4.2.4	<i>Treinamento para padronização das técnicas de coleta.....</i>	52
4.2.5	<i>Coleta de dados</i>	53
4.3	<i>Análise dos dados</i>	53
4.4	<i>Aspectos éticos.....</i>	54
5	RESULTADOS	55
6	DISCUSSÃO	70
7	CONCLUSÃO.....	80
8	REFERÊNCIAS.....	82
	APÊNDICES.....	90
	APÊNDICE A - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	90

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E SOCIODEMOGRÁFICO	92
ANEXOS.....	96
ANEXO A - QUESTIONÁRIO (CAP) UTILIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	96

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida humana marcada por intensas transformações físicas, psicológicas, sociais e cognitivas, as quais geram dúvidas e receios não só ao jovem, mas à família como um todo. Logo, faz-se necessário, nesse momento, que os adolescentes possam dispor de um maior nível de atenção e orientação frente aos problemas e vulnerabilidades inerentes a tal período de desenvolvimento (BRASIL, 2013).

Também na adolescência são estabelecidos padrões básicos de comportamento que irão repercutir ao longo da vida e, dentre estes, têm-se a sexualidade. É durante a adolescência que costuma ocorrer a iniciação sexual (FONSECA et al., 2018) e, na maioria das vezes, esta acontece sem a orientação prévia de um adulto, cercada de muitas dúvidas e curiosidades, que possibilitam aos adolescentes fazerem escolhas aleatórias e irresponsáveis, considerando o desejo, o prazer e os riscos (CEDARO; VILAS BOAS; MARTINS, 2012).

Cordeiro et al. (2017) afirmam que a idade da iniciação à prática sexual varia entre 12 e 17 anos, com predominância daqueles na idade de 14 anos, elucidando que os jovens estão iniciando a atividade sexual cada vez mais cedo. No entanto, o início da atividade sexual nessa fase pode vir acompanhado de desconhecimento dos riscos frente às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), evidenciando que parcela significativa dos adolescentes possui conhecimento inadequado referente às IST, com destaque a algumas práticas que refletem lacunas importantes no que se refere à sua vida sexual, como a não adesão ao uso do preservativo.

Em relação à iniciação da atividade sexual, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), um destaque é atribuído aos estudantes da rede pública de ensino, cujo percentual foi de 29,7% para o início precoce da prática, com predomínio do sexo masculino (BRASIL, 2016a). Quando comparado o conhecimento sobre IST entre a escola pública e a privada, observou-se que o conhecimento dos alunos da escola privada mostrou-se mais abrangente do que o dos alunos da escola pública. Isso reflete uma falha no acesso às informações adequadas para este grupo específico (SILVA, 2015).

O mesmo se percebe em relação à ausência de orientação sobre as formas de prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e as consequências que esta causa na vida de um portador da doença. Apesar de os jovens terem fácil acesso ao preservativo, não fazem o uso do mesmo, o que gera questionamentos sobre os fatores que influenciam essa prática (LOPES; BARBOSA, 2015).

Na pesquisa de Conhecimento, Atitude e Prática da população brasileira realizada em 2008, em termos de indicadores de conhecimento sobre o HIV/aids, os menores percentuais foram obtidos entre jovens de 15 a 24 anos (51,7%). Para quase todos os indicadores analisados, o grau de conhecimento correto cresce com o aumento do grau de escolaridade. No que se refere aos indicadores de conhecimento segundo a classe econômica, indivíduos de classes econômicas mais altas possuem melhor conhecimento sobre formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV em relação aos indivíduos de outras classes econômicas (BRASIL, 2011).

Dados obtidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) referem que essas enfermidades têm impacto significativo na saúde sexual e reprodutiva das pessoas. Mais de 1 milhão de infecções são contraídas diariamente, estima-se que 357 milhões de novas infecções ocorrem a cada ano com uma das quatro IST: clamídia (131 milhões), gonorreia (78 milhões), sífilis (5,6 milhões) e tricomoníase (143 milhões). Mais de 500 milhões de indivíduos têm uma infecção genital pelo HSV (herpes), e mais de 290 milhões de mulheres têm uma infecção por HPV (OMS, 2020).

Em 2016, houve 5,6 milhões de novos casos de sífilis em adolescentes e adultos com idades entre 15 e 49 anos em todo mundo. A prevalência total estimada de 18 milhões de casos de sífilis em 2012 se traduziu em uma prevalência mundial de 0,5% em mulheres e 0,5% em homens de 15 a 49 anos (OMS, 2020).

De 2007 até junho de 2019, foram notificados no Sinan 300.496 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 55.090 (18,3%) na região Nordeste. No ano de 2018, foram notificados 43.941 casos de infecção pelo HIV, sendo 10.808 casos (24,6%) na região Nordeste. Desde o início da epidemia de aids em 1980 até 31 de dezembro de 2018, foram notificados no Brasil 338.905 óbitos tendo o HIV/aids como causa básica – desses, 13,6% ocorreram na região Nordeste (BRASIL, 2019c).

Apesar da grande quantidade de políticas e programas voltados à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, a literatura sugere que, no que diz respeito às informações recebidas por adolescentes acerca da transmissão e prevenção do HIV/aids e outras IST, o conhecimento adquirido não reflete melhorias nas práticas de prevenção. (RODRIGUES et al., 2018), ou seja, embora os jovens tenham acesso ao conhecimento adequado sobre a temática e as medidas de prevenção, estes insistem em adotar práticas sexuais deletérias a sua saúde.

Diante dos dados elencados, é possível concluir que a falta do conhecimento ou o conhecimento inadequado no que se refere às IST, associados às práticas sexuais desta faixa etária, aumentam consideravelmente os riscos de exposição ao HIV/aids e outras IST (PINTO et al., 2018). Esse problema de saúde pública representa um grande impacto na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, uma vez que podem desencadear ou estarem associadas a outras doenças, como a doença inflamatória pélvica, o câncer do colo uterino, a esterilidade feminina, as infecções pós-parto, dentre outros (COSTA et al., 2010).

Embora as pesquisas desenvolvidas no âmbito nacional busquem traçar o perfil do conhecimento, atitudes e práticas de adolescentes acerca das IST, elas ainda carecem de informações da população que reside longe dos grandes centros urbanos, principalmente em áreas com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e alta desigualdade social. Além disso, conhecer o perfil de adolescentes frente às questões das IST torna-se uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento e/ou aprimoramento das políticas de prevenção e promoção de saúde sexual. Desse modo, o objetivo deste trabalho é avaliar os saberes e práticas dos adolescentes escolares em relação ao HIV/aids e outras IST do interior do Nordeste brasileiro.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A presente revisão de literatura encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo discorre sobre a “Caracterização e epidemiologia das principais infecções sexualmente transmissíveis/IST”; o segundo contempla os aspectos referentes à “Adolescência: início da atividade sexual e situações de risco para o HIV/aids e outras IST”; o terceiro retrata a “Inter-relação família x educação x saúde no contexto do HIV/aids e outras IST em adolescentes”, e o último capítulo aborda o “Marco referencial das políticas e programas referentes ao HIV/aids e outras IST para os adolescentes”.

O material utilizado no referencial teórico foi composto de livros, documentos oficiais do Ministério da Saúde e artigos científicos resgatados do banco de dados do *Scientific Electronic Library Online/SCIELO* e da Biblioteca Virtual em Saúde/BVS. Para a pesquisa nas bases de dados, foram utilizados os descritores: Adolescente; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Educação em Saúde e Validação de estudo. Foram incluídos artigos publicados em português e espanhol, datados de 1996 a 2020.

2.1 Caracterização e epidemiologia das principais infecções sexualmente transmissíveis/IST

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas um grave problema de Saúde Pública, em virtude de sua capacidade de afetar diretamente a saúde e a vida das pessoas. No que diz respeito à saúde reprodutiva e infantil, as IST podem acarretar problemas como infertilidade, complicações na gravidez e no parto (BRASIL, 2019b), mortalidade fetal, mortalidade neonatal, baixo peso e parto prematuro, sepse, pneumonia, conjuntivite neonatal e deformidades congênitas (OMS, 2020). Não obstante, as IST têm um impacto indireto na facilitação da transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (BRASIL, 2019b).

As IST se disseminam principalmente por meio do contato sexual desprotegido (oral, vaginal ou anal) com um indivíduo infectado. No entanto, salienta-se outras formas de transmissão, como a vertical (da mãe para a criança, durante a gestação, parto ou amamentação). De maneira menos frequente, as IST também podem ser transmitidas por meio não sexual, através do contato com mucosas ou pele não íntegra com secreções corporais

contaminadas (BRASIL, 2020a). Tais infecções manifestam-se por meio de feridas, corrimentos e verrugas anogenitais, entre outros possíveis sintomas, como dor pélvica, disúria, lesões de pele e aumento de ínguas (BRASIL, 2020b).

Mais de 30 bactérias, vírus e parasitas são transmitidos através do contato sexual. Oito desses patógenos são responsáveis pela maior incidência de infecções sexualmente transmissíveis. Dessas oito infecções, quatro são curáveis: sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase. As outras quatro são infecções virais incuráveis: hepatite B, herpes simples (HSV ou herpes), HIV e HPV, cujos sintomas podem ser amenizados ou sanados pelo tratamento instituído. Segundo as últimas estimativas da OMS (2020), 51 milhões de pessoas sexualmente ativas com faixa etária de 15 a 49 anos têm uma IST curável na região das Américas. Abaixo, é apresentado um quadro com as principais síndromes em IST e os respectivos agentes etiológicos (Quadro 1).

Quadro 1 – Principais síndromes em IST e os respectivos agentes etiológicos

Possíveis agentes etiológicos	Infecção
<i>Chlamydia trachomatis</i> (sorovars L1, L2 e L3)	Linfogranuloma venéreo (LGV)
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Cancroide
Vírus do Herpes simplex (tipo 2)	Herpes genital
<i>Klebsiela granulomatis</i>	Donovanose
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
<i>Candida albicans</i>	Candidíase vulvovaginal
<i>Chlamydia trachomatis</i> (sorovars D ao K)	Clamídia
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoníase
Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana
Papilomavírus humano (HPV)	Condiloma acuminado
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Infecção causada por micoplasma

Fonte: DCCI/SVS/MS (2020).

Cerca de 17% dos homens sexualmente ativos declararam ter tido pelo menos um antecedente relacionado às IST. A prevalência de corrimento uretral, alguma vez na vida, foi de quase 12%. Aproximadamente 4% declararam já ter tido feridas no pênis; 3,6%, bolhas; e 1,8%, verrugas. Quanto às mulheres nessa mesma faixa etária, 56,5% declararam antecedentes de IST. Em torno de 7% reportaram ter apresentado, alguma vez na vida, feridas na vagina; 2,2%, bolhas; e 1,8%, verrugas (BRASIL, 2011).

De acordo com a OMS, em 2012 houve 78 milhões de novos casos de gonorreia em adolescentes e adultos com idades entre 15 e 49 anos em todo o mundo, com uma taxa de incidência mundial de 19 por 1.000 mulheres e 24 por 1.000 homens. A prevalência estimada de 27 milhões de casos de gonorreia em 2012 traduziu-se em uma prevalência mundial de gonorreia de 0,8% em mulheres e 0,6% em homens de 15 a 49 anos. 10 a 40% dos indivíduos apresentam co-infecção pelas bactérias *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Na região das Américas, houve 4,6 milhões de novos casos de gonorreia em mulheres e 6,4 milhões de novos casos em homens.

A *Chlamydia trachomatis*, altamente prevalente em todo o mundo, principalmente em adolescentes e adultos jovens, é uma bactéria intracelular que infecta as mucosas, incluindo orofaringe, regiões anogenital e ocular. Dentre os fatores de risco para a infecção por *C. trachomatis*, a idade abaixo dos 26 anos mantém-se como o principal. A infecção é encontrada em outras faixas etárias apenas quando associada a outros fatores, como sexo desprotegido, multiplicidade de parceiros e uso de drogas, caracterizando-se por uma infecção crônica, com capacidade de evolução para doença inflamatória pélvica que contribui para o aumento da incidência dos casos de infertilidade feminina (FILHO; LEITE, 2015).

Dados internacionais evidenciam que em 2012 houve 17,8 milhões de novos casos de infecção por clamídia em mulheres e 7 milhões de novos casos em homens na Região das Américas. Em muitos países, o maior número de infecções pela *Chlamydia trachomatis* nas mulheres ocorre nas faixas etárias de 15 a 19 anos, seguida por 20 a 24 anos. Ainda no referente ano, houve 131 milhões de novos casos de infecção por clamídia em jovens e adultos de 15 a 49 anos em todo o mundo, com cerca de 128 milhões de casos já existentes (OMS, 2020).

A tricomoníase é a IST curável mais comum em todo o mundo, com 142 milhões de novos casos em 2012, em comparação com infecção por clamídia (131 milhões), gonorreia (78 milhões) e sífilis (6 milhões). Na categoria sexo, houve 13,8 milhões de novos casos de tricomoníase em mulheres e 13,8 milhões de novos casos em homens (OMS, 2020).

Já o papiloma vírus humano (HPV) trata-se de uma infecção sexualmente transmissível, comum do sistema reprodutivo, que, embora se apresente assintomática ou com sintomas leves que desaparecem espontaneamente, especialmente em mulheres pode persistir com certos tipos específicos de HPV (os mais comuns são 16 e 18) e aumentar o risco de lesões pré-cancerosas que, se não tratadas, podem progredir para câncer cervical, orofaríngeo e anogenital (OMS, 2020).

Praticamente todos os casos de câncer do colo do útero (99%) estão relacionados a uma infecção genital pelo HPV. O vírus causa 72.000 casos de câncer do colo do útero a cada ano e 34.000 mortes por câncer do colo do útero nas Américas (dados de 2018) (OMS, 2020).

No que diz respeito às infecções ulcerosas, estima-se que cerca de 19,2 milhões de novas infecções por HSV-2 tenham ocorrido em adultos e adolescentes de 15 a 49 anos em todo o mundo, e as taxas mais altas foram registradas nos mais jovens. Ao adquirir o vírus herpético, o indivíduo permanece infectado ao longo da vida. A prevalência mundial estimada de 11,3% se traduziu em aproximadamente 417 milhões de pessoas com a infecção em 2012. Na região das Américas, havia 45,2 milhões de casos de infecção por HSV-2 em mulheres e 25,1 milhões de casos de infecção por HSV-2 em homens (OMS, 2020).

A sífilis é uma infecção crônica que tem apresentado crescentes tendências de casos em suas diferentes formas no Brasil (MARQUIONY et al., 2020). Desde 2010, a sífilis adquirida é um agravo de notificação compulsória: sua taxa de detecção aumentou de 34,1 casos por 100.000 habitantes em 2015 para 75,8 casos por 100.000 habitantes em 2018. De acordo com o Sinan, foram notificados 158.051 casos em 2018. A maior parte das notificações ocorreu em indivíduos entre 20 e 29 anos (35,1%), seguidos por aqueles na faixa entre 30 e 39 anos de idade (21,5%). No período de 2010 a junho de 2019, foram notificados um total de 650.258 casos de sífilis adquirida, dos quais 12,9% ocorreram na região do Nordeste (BRASIL, 2019b).

Filho e Leite (2015) apontam que, embora seja uma das doenças mais antigas e com maior quantidade de estudos, as infecções causadas pelo *Treponema pallidum* ainda se apresentam como um grande desafio à saúde pública, não podendo ser elencadas para as mesmas abordagens utilizadas para outras IST curáveis.

No Brasil, a população mais afetada pela sífilis são as mulheres, principalmente as negras e jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos, com percentual de 13,8% de todos os casos de sífilis adquirida e em gestantes notificados em 2018. Na categoria “sexo”, no mesmo ano, as mulheres de 20 a 29 anos alcançaram 24,4% do total de casos notificados, enquanto os homens nessa mesma faixa etária representaram apenas 16,1% (BRASIL, 2019b).

No que diz respeito à sífilis em gestantes, foram notificados pelo Sinan 62.599 casos em 2018. No período de 2017 a 2018, o número de notificações apresentou aumento em todas as regiões, com destaque para o incremento de 59,6% na região Nordeste. No Brasil, considerando a série temporal de 2005 a 2018, observou-se que 52,5% das gestantes diagnosticadas com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 24,7% entre 15 e

19 anos e 19,4% entre 30 e 39 anos. Desde 2005, a proporção de diagnóstico de sífilis em gestantes entre 30 e 39 anos era superior à proporção daquelas entre 15 a 19 anos. No entanto, foi observada uma inversão dessa relação a partir de 2011 (BRASIL, 2019b).

Um fato preocupante é que a transmissão vertical de sífilis para o feto é de até 80% intraútero, sendo influenciada pelo estágio da doença na mãe (maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo em que o feto foi exposto. A mesma ainda pode ocorrer durante o parto vaginal, quando a mãe apresenta alguma lesão sífilítica, e pode provocar entre 30% e 50% de morte *in útero*, parto pré-termo ou morte neonatal (BRASIL, 2019a).

No que se refere à sífilis congênita, foram notificados pelo Sinan 26.219 casos e 241 óbitos em 2018. De 1998 a junho de 2019, foram notificados 214.891 casos em menores de um ano de idade, dos quais 64.991 (30,2%) eram oriundos da região nordeste. Os maiores percentuais de casos de sífilis congênita em 2018 ocorreram em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade (53,6%), seguidas daquelas nas faixas de 15 a 19 anos (23,4%) e de 30 a 39 anos (18,0%) (BRASIL, 2019b).

Nos últimos cinco anos, observou-se um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, sífilis congênita e sífilis adquirida no Brasil. Esse aumento pode estar relacionado, em parte, à elevação nos números de testagens, à diminuição no uso dos preservativos, à resistência dos profissionais de saúde na administração da penicilina na Atenção Básica e ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros (BRASIL, 2019a).

Em 2012, na Região das Américas, havia cerca de 1 milhão de casos de sífilis em mulheres e 992.000 casos em homens. De acordo com dados dos 37 países da Região que forneceram informações, estima-se que houve aproximadamente 22.800 casos de transmissão de sífilis de mãe para filho em 2015. Aproximadamente 50% das mulheres grávidas com sífilis não tratada transmitem a infecção ao filho antes do nascimento (OMS, 2020).

Nas populações-chave, a incidência de sífilis é de 1% a 27% em gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), e entre 0,5% e 14% em profissionais do sexo. A sífilis não tratada aumenta o risco de transmissão ou contração do HIV duas a três vezes em alguns grupos populacionais (OMS, 2020). Da mesma maneira, sua prevalência é maior entre as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) do que entre as pessoas negativas para o HIV (BRASIL, 2019a).

Em um estudo retrospectivo, que teve o objetivo de analisar os casos de IST atendidos em uma unidade primária de saúde em Fortaleza/CE nos anos de 1999 a 2009, evidenciou-se que pessoas jovens e com múltiplos parceiros sexuais têm maior proporção de

verrugas e úlceras genitais. Quando observado o sexo dos participantes, as mulheres apresentaram mais úlceras, verrugas, mais de uma síndrome genital no momento da consulta e realizaram mais o VDRL e o anti-HIV que os homens. Contudo, a infecção pelo HIV foi mais prevalente entre o sexo masculino (ARAÚJO et al., 2015).

A presença de úlcera genital está associada a um elevado risco de transmissão e aquisição do HIV e tem sido mencionada como a principal causa para a disseminação desse vírus nas pessoas com maior vulnerabilidade. Portanto, o diagnóstico e tratamento imediato dessas lesões estabelece uma medida de prevenção e controle da epidemia de HIV (BRASIL, 2019a).

A aids é uma infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), e faz parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças de acordo com a Portaria de Consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017. Enquanto a aids é de notificação compulsória desde 1986, a infecção pelo HIV é de notificação compulsória desde 2014 (BRASIL, 2019c).

De acordo com dados oriundos do Sinan, foram notificados no período de 2007 a junho de 2019, segundo a categoria sexo, 207.207 (69,0%) casos em homens e 93.220 (31,0%) casos em mulheres de infecção por HIV. A razão de sexos apresenta diferenças regionais importantes nas regiões Norte e Nordeste, na qual a razão de sexos em 2018 foi de 23 casos em homens para cada dez casos em mulheres. No que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, com percentual de 52,7% dos casos (BRASIL, 2019c).

No que concerne à escolaridade, a maior parte possuía ensino médio completo, representando 20,7% do total. Em seguida, observa-se 12,1% de casos com escolaridade entre a 5ª e a 8ª série incompleta. Com relação à raça/cor da pele autodeclarada, constata-se que, entre os casos registrados no Sinan no período de 2007 a junho de 2019, 40,9% ocorreram entre brancos e 49,7% entre negros (pretos e pardos, sendo as proporções estratificadas 10,6% e 41,5%, respectivamente) (BRASIL, 2019c).

Ainda nos anos de 2007 a junho de 2019, foram notificados no Sinan os casos de HIV em indivíduos maiores que 13 anos de idade, segundo a categoria de exposição. Entre os homens, verificou-se que 51,3% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual; 31,4%, heterossexual; e 2,0% se deram entre usuários de drogas injetáveis na identificação única de dispositivos (UDI). Entre as mulheres nessa mesma faixa etária, nota-se que 86,5% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual e 1,4% entre os usuários de drogas injetáveis (UDI) (BRASIL, 2019c).

As taxas de HIV tiveram uma tendência de crescimento na detecção nos últimos 10 anos nas regiões Norte e Nordeste. Em 2008, as taxas registradas foram de 20,6 (Norte) e 13,5 (Nordeste) casos por 100.000 habitantes, enquanto que em 2018 foram 25,1 (Norte) e 15,8 (Nordeste), caracterizando aumentos de 21,8% na região Norte e 17,0% no Nordeste (BRASIL, 2019c). Em 2019, foram notificados no Sinan, declarados no Sim e registrados no Siscel/Siclom 251 casos de HIV no Rio Grande do Norte, sendo 43 desses nas faixas etárias de 15 a 24 anos. No que diz respeito aos óbitos por aids, em 2018 houve 142 casos no RN (BRASIL, 2020e).

Os dados mencionados acima evidenciam que a prevalência global dos casos de HIV/aids e outras IST é alta. Podemos observar também que as taxas de notificação na região nordeste são significativas. No que concerne à faixa etária, os casos estão cada vez mais frequentes nos adolescentes e jovens. Tal contexto pode estar associado às vulnerabilidades da própria faixa etária, assim como os fatores de risco que estão associados ao aumento do HIV/aids e outras IST, que serão discutidos no próximo capítulo.

2.2 Adolescência: início da atividade sexual e situações de risco para o HIV/aids e outras IST

A Organização Mundial de Saúde define adolescência como sendo o período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos, estando dividida em três fases: pré-adolescência (dos 10 aos 14 anos); adolescência (dos 15 aos 19 anos completos) e juventude (dos 15 aos 24 anos) (BRASIL, 2010a). No Brasil, de acordo com a Lei 8.069, de 1990, no Art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se adolescente o indivíduo entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 2019e). No que tange à responsabilização dos adolescentes, a Convenção sobre os Direitos da Criança considera como criança todo ser humano com menos de 18 anos de idade, salvo quando, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes (UNICEF, 1990).

Quando falamos sobre as questões biológicas, a literatura aponta que, em relação à maturação sexual, o primeiro sinal da puberdade masculina ocorre entre 9 a 14 anos, quando se tem o aumento do volume testicular. Conseqüente, surgem os pelos pubianos (pubarca), axilar e facial. O aumento de pênis, a semenarca (primeira ejaculação) e mudança no timbre de voz ocorrem posteriormente. Já quanto à puberdade feminina, a telarca (aparecimento do broto mamário entre 8 e 13 anos) é o primeiro sinal da puberdade, seguido do surgimento de

pelos pubianos e axilares, e posteriormente da menarca (primeira menstruação), que ocorre dois a cinco anos após a telarca (COUTINHO, 2011).

Não existe idade definida para o início da atividade sexual em adolescentes, no entanto, o Ministério de Saúde recomenda a administração da vacina quadrivalente para HPV (tipos 6, 11, 16 e 18) nas meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, pois subentende-se que, a partir dos 14 anos, o jovem já pode ter realizado sua primeira relação sexual, ficando exposto aos vírus (BRASIL, 2019a).

Vale salientar que aos 14 anos o adolescente encontra-se em processo de maturação sexual, e seu corpo está passando por diversas transformações, sejam elas físicas, psíquicas ou hormonais. Nesta perspectiva, entende-se que o mesmo não está preparado para iniciar a vida sexual e lidar com as consequências advindas dessa prática precoce, podendo enfrentar problemas como a aquisição do HIV/aids e outras IST, assim como a gravidez na adolescência. Nesse sentido, para fins textuais, consideraremos atividade sexual precoce aquelas que tenham início antes dos 18 anos de idade.

No que concerne ao desenvolvimento psicossocial, o início da adolescência é caracterizado pela diminuição do interesse nas atividades fraternais, surgimento de grande preocupação com as mudanças oriundas da puberdade e aumento do vínculo com amigos do mesmo sexo, além de aumento na necessidade de estabelecer sua privacidade. Os jovens tendem a agir por impulso, muitas vezes isolando-se socialmente, o que pode ser confundido com distúrbios psiquiátricos de maior incidência nessa fase de vida. Também é comum ocorrer a intensificação da linguagem obscena e a prática da masturbação (COUTINHO, 2011).

Na fase intermediária, os conflitos com os pais ocorrem com maior intensidade e a aceitação dos valores grupais torna-se mais importante. O adolescente tende a experimentar coisas novas, e suas relações interpessoais costumam ser fugazes e descompromissadas (COUTINHO, 2011). Essa presunção explica o fato desse segmento social se tornar mais vulnerável ao fazer escolhas que não consideram os riscos. Posto isto, é nesse momento da vida humana que se faz necessário promover uma intensificação nas ações de prevenção.

Na fase final da adolescência, quando há estabilidade emocional, existe uma maior aceitação dos valores perpassados pelos pais, o envolvimento com grupos de amigos é menos intenso, o adolescente tende a desenvolver habilidades de comprometimento e de se impor limites (COUTINHO, 2011).

O jovem, na explosão de suas emoções e desejos, faz a opção por aventurar-se sem pensar nas consequências e riscos a sua saúde, logo, o autodomínio e autoconhecimento são

favoráveis a práticas sexuais seguras (BESERRA et al., 2017). Na adolescência, verifica-se uma taxa significativa de IST, pois, além das vulnerabilidades inerentes a essa faixa etária, o comportamento sexual de risco deixa os jovens mais expostos à contração dessas doenças. 25% dos jovens com menos de 25 anos já tiveram pelo menos uma IST, e 65% dos casos de aids manifestam-se entre os 20 e os 39 anos, e refletem situações de aquisição de infecção por HIV durante a adolescência (período assintomático da doença, de 10 a 15 anos) (RODRIGUES, 2010).

Os estudos abordam diferentes fatores que estão associados ao aumento da vulnerabilidade dos adolescentes em relação às IST. A não adesão às medidas de prevenção, associada ao início da vida sexual precoce, bem como a necessidade de afirmação nos grupos, envolvendo-se em comportamentos de experimentação arriscada, tornam esta população mais suscetível às IST (COSTA et al., 2013).

Costa, Silva e Nascimento (2018) inferem que os adolescentes da rede pública de ensino se expõem mais aos riscos de contrair uma IST em relação aos adolescentes da rede privada, uma vez que o primeiro grupo inicia a atividade sexual mais cedo e faz menos uso do preservativo.

Outras pesquisas realizadas no nordeste brasileiro evidenciaram que a maioria dos adolescentes já teve relação sexual e, destes, 90% afirmaram que já tiveram pelo menos uma relação sexual sem o uso do preservativo. 5% relataram que nunca usam a camisinha nas relações sexuais (SILVA et al., 2016).

O desconhecimento em relação à transmissão, prevenção e tratamento da aids, assim como alguns comportamentos de risco, o início da atividade sexual precoce e o uso pouco frequente da camisinha têm associação positiva com as IST (SILVA et al., 2016). Um estudo realizado em Cuba corrobora tal achado, ao inferir que a maioria dos participantes apresentou pouco conhecimento no que se refere às IST, e a atividade sexual precoce é cada vez mais frequente entre os adolescentes (FLORES et al., 2015a).

Em relação ao uso da camisinha masculina na primeira relação sexual, 65,4% adolescentes escolares do interior do RN autodeclararam o uso, sendo este mais consistente entre as mulheres. Quando questionados sobre os motivos da não aderência ao preservativo, alguns entrevistados afirmaram que não esperavam que o ato fosse consumado, fato este comum no sexo masculino. Quanto aos que fizeram o uso, esperava-se que fosse primariamente para evitar as IST, uma vez que os adolescentes de hoje cresceram no advento da aids, entretanto o motivo esteve associado à prevenção da gravidez (OLIVEIRA et al., 2015a).

Observa-se que os homens apresentam maior vulnerabilidade no que concerne aos riscos acerca das IST em relação às mulheres, uma vez que eles estes têm sua primeira relação mais precocemente (SCORALICK et al., 2018), de forma casual, com amigas e recém-conhecidas, enquanto que o segundo grupo opta por um parceiro estável ou namorado para realizar a coitarca (OLIVEIRA et al., 2015a). Além disso, os garotos têm mais parceiros sexuais dos que as garotas (COSTA; SILVA; NASCIMENTO, 2018).

Um estudo realizado com alunos matriculados no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN), na cidade de Natal, evidenciou que a maioria dos adolescentes escolares não possuía o conhecimento adequado em relação às formas de transmissão das IST, sendo os meninos aqueles com menor nível de conhecimento e os que iniciam a atividade sexual mais cedo (LIMA, 2014). Tal fato pode estar relacionado às questões culturais, que, de certa forma, colocam o indivíduo em situação de maior vulnerabilidade. Não é de hoje que os meninos são estimulados a ter sua primeira relação sexual mais cedo, sem a necessidade de formar vínculos afetivos, como forma de afirmar sua masculinidade – o contrário ocorre com as meninas, que são reprimidas ao realizar a coitarca.

Contudo, Hartmann e Cesar (2013) sugerem que pertencer ao sexo feminino, possuir menor idade, baixa escolaridade e menor renda familiar, ser solteiro/a e sem namorada/o são fatores associados de forma isolada ao não conhecimento de preservativo masculino. É possível sugerir que a possibilidade de ocorrência de relações sexuais tenha como consequência a busca por algum método contraceptivo, explicando o maior conhecimento daqueles em relacionamento estável em relação aos adolescentes sem companheiros fixos.

Apesar de conhecerem os meios para manter uma relação sexual segura e saberem da distribuição gratuita de preservativos masculinos pelos programas governamentais, tal conhecimento não os têm colocado em um grupo menos vulnerável a contrair uma IST. Inversamente, seu comportamento os coloca em situação de extrema vulnerabilidade diante dos comportamentos sexuais de risco, particularmente para o sexo masculino, que associa o seu uso a uma gravidez e não à prevenção de uma IST (OLIVEIRA et al., 2015a).

A não adesão ao uso dos preservativos continua sendo uma das principais formas de vulnerabilidade dos adolescentes. Nessa perspectiva, entende-se que o comportamento individual é fator determinante na vulnerabilidade da infecção (COSTA et al., 2013).

Grande parte dos adolescentes sexualmente ativos utiliza o preservativo de forma descontínua e alternada, reportando suas atenções às gestações indesejadas e/ou inoportunas e deixando as IST em segundo plano. Esse comportamento considerado de risco pode estar

associado à atração por fortes emoções, excitação e distanciamento dos pensamentos negativos (SANTOS et al., 2016).

De acordo com Chaves et al. (2014), os motivos mais apontados pelos jovens para a não adesão ao uso do preservativo na primeira relação sexual são: não tinham o preservativo, 27,6%; esqueceu de usar, 19,2%; incontinência do impulso sexual, 14,9%; e imaturidade, falta de experiência, o fato de ser muito jovem, 12,7%. Dentre aqueles que tiveram a última relação sexual sem preservativo, 27,3% justificaram o não uso da camisinha pelo fato de não possuí-la durante o ato sexual, 15,2% pelo uso de anticoncepcional e 15,2% por confiança no(a) parceiro(a).

Uma pesquisa desenvolvida por Hartmann e Cesar (2013), que teve por objetivo identificar fatores associados ao não conhecimento de preservativo masculino entre adolescentes residentes em dois municípios localizados no sul do Estado do Piauí, revelou que alguns jovens relatam nunca terem visto ou mesmo nunca terem ouvido falar em preservativo masculino e não conhecer qualquer IST. Neste estudo também foram verificadas algumas atitudes de risco, como o uso de drogas ilícitas.

O uso de drogas, em especial o *crack*, tem sido fortemente associado a uma possível infecção pelo HIV e outras IST. Os comportamentos de risco mais observados foram o elevado número de parceiros, a prostituição em troca de dinheiro ou de drogas e a perda da consciência, que acaba favorecendo a não utilização do preservativo (PINTO et al., 2016).

O nível de escolaridade dos pais influencia no nível de escolaridade dos filhos, sendo que jovens com pais mais escolarizados têm um nível médio de estudo bem mais alto em relação àqueles cujos pais têm pouca escolaridade (MIRANDA et al., 2013). A baixa escolaridade também tem sido associada ao comportamento sexual de risco. Os jovens com menor escolaridade relataram início de atividade sexual mais precoce, enquanto que estudantes com maior escolaridade demonstraram maior preocupação em se infectar com alguma IST e também um maior nível de conhecimento referente ao tema, utilizando mais frequentemente o preservativo, tanto na primeira como na mais recente relação sexual (MIRANDA et al., 2013).

O conhecimento a respeito das formas de transmissão das IST não é suficiente para evitar comportamentos de risco. Logo, esse grupo deve ser prioritariamente alvo de medidas preventivas e campanhas educacionais, antes da evasão escolar e do início da atividade sexual (MIRANDA et al., 2013).

Observaram-se também alguns comportamentos de risco de jovens que, em algum momento da vida, trocaram sexo por bem ou dinheiro, sendo que a frequência nestes casos foi

maior naqueles com menor escolaridade. Em relação à atividade sexual, 76,1% dos que estavam no ensino fundamental e 94,0% no ensino médio/superior já haviam praticado o ato, alguns com idade inferior a 14 anos. Cerca de 13% dos entrevistados já apresentaram sinais e sintomas de pelo menos uma IST (MIRANDA et al., 2013).

Lima (2014) refere que as atitudes e comportamentos favoráveis à iniciação sexual ou mesmo as experiências sexuais ultrapassam os limites dos aspectos socioeconômicos e cognitivos, apresentando associação positiva entre adolescentes com maiores habilidades sociais e autoestima em relação à iniciação sexual, visto que esse grupo é considerado mais assertivos, com maior facilidade de expressar seus sentimentos, conversar e formar vínculos. Outrossim, o estudo evidenciou que adolescentes com autoestima elevada haviam se iniciado sexualmente mais rápido em relação àqueles com baixa autoestima.

A maneira como o adolescente lida com o mundo ao redor e consigo mesmo reflete bastante em seu comportamento, principalmente o sexual. Nesse sentido, saber identificar qual o momento para iniciar a atividade sexual, bem como saber dizer ao parceiro um “não”, “não estou preparado”, negociar a utilização do preservativo e ter autocontrole na tomada de decisões são alguns fatores que interferem na prevenção das IST e que exigem do adolescente um nível satisfatório de autoestima e de habilidades sociais (LIMA, 2014).

O conhecimento é de grande valia para compreender o conceito de vulnerabilidade na adolescência, tornando-se essencial o estudo das suas crenças, informações e atitudes sobre a doença, bem como suas atitudes diante da exposição aos riscos (CAMPOS et al., 2014).

Nesse sentido, é imprescindível discutir sobre essa temática com os adolescentes, a fim de conhecer e explicar os reais motivos que os expõem aos riscos diante dessas doenças. Os pais, a educação, os serviços de saúde e a sociedade em geral devem participar de forma ativa nesse processo, para que consigamos intervir de maneira efetiva na saúde desses jovens.

2.3 Inter-relação família x educação x saúde no contexto do HIV/aids e outras IST em adolescentes

Por ser um tema que traz consigo tabus, receios, preconceitos e crenças, a sexualidade é vista de maneiras distintas nos diversos segmentos sociais. Ou seja, os pais, a escola, o setor de saúde e a sociedade em geral apresentam pontos de vista divergentes em relação ao assunto.

A questão da sexualidade do adolescente é pouco debatida pela sociedade, levando a situações de impasse, como a gravidez precoce e as infecções sexualmente transmissíveis. Tal

relutância em abordar a temática da sexualidade pode estar associada à crença de que dialogar abertamente sobre o assunto seria influenciar os adolescentes à prática do ato sexual (BRASIL, 1996).

Os adolescentes nem sempre são vistos como seres pertencentes a um universo próprio e que precisam receber uma assistência específica para as suas necessidades, que são diferenciadas das outras faixas etárias (SILVA et al., 2016).

A sexualidade é um elemento inerente ao ser humano, fundamental na saúde do adolescente, que ultrapassa aspectos meramente biológicos, visto que se manifesta também como um fenômeno psicológico e social, fortemente influenciado pelas crenças, valores pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade (BRASIL, 2010a).

O início da atividade sexual precoce, a inexperiência dos adolescentes para lidar com seus sentimentos, a ausência de informação e de um diálogo verdadeiro dificultam a abordagem dessa temática, e assim, em certos momentos, esse segmento social não obtém esclarecimentos de uma fonte segura, que possibilite sanar suas dúvidas, ou até mesmo uma orientação correta (SILVA; CARVALHO, 2016). Tais aspectos, associados às particularidades que contemplam a adolescência, podem influenciar no processo saúde-doença, tendo como resultado alterações nos padrões que possuem o conceito de vulnerabilidade (CAMPOS et al., 2014).

Apesar de muitos adolescentes possuírem conhecimentos sobre os agravos, medir a magnitude dos mesmos empenna bastante esforço, uma vez que existe uma ampla diferença entre quantidade e qualidade do conhecimento adquirido através de amigos, TV, internet e familiares (SILVA e CARVALHO, 2016).

Além das preocupações gerais dos pais sobre como lidar com a adolescência dos filhos, existem outros problemas que vêm afligindo-os, como, por exemplo, a atividade sexual precoce desses jovens e o uso de drogas ilícitas. Tais atitudes podem estar associadas ao aumento da contaminação pelo vírus HIV. Dados obtidos através da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) realizada em 2008 – um inquérito domiciliar com amostra significativa da população maior que 15 anos de idade em todas as regiões do Brasil apontou um crescente aumento no número de adolescentes contaminados por esse agente infeccioso (BRASIL, 2011).

A presença dos pais através de diálogos específicos na vida dos adolescentes influencia diretamente nos índices de contaminação nesse público-alvo. Entretanto, alguns pais e/ou responsáveis ainda apresentam postura conservadora e preferem não iniciar uma conversa sobre sexualidade com seus filhos, seja por receio que sua iniciativa desencadeie a

atividade sexual precoce ou por um distanciamento dos jovens e vergonha de debater a temática da sexualidade (SANTOS et al., 2016; BRASIL, 2019a).

No que se refere à família como rede de apoio social, esta possui forte potencial para oportunizar um espaço de ajuda e aprendizado. Porém, alguns jovens mantêm um relacionamento prejudicado com membros da família, especialmente quanto à abordagem de questões relacionadas à sexualidade (SEHNEM; FAVERO; BONADIMAN, 2015). Dessa maneira, a comunicação com os familiares fica afetada, levando os adolescentes a buscarem outros meios para sanar suas dúvidas.

Na fase da adolescência, as relações interpessoais ganham destaque e as amizades com outras pessoas da mesma idade, como os pares, representam a conquista de uma identidade adolescente, pois os jovens veem, nos amigos, fontes de informação. Muitas vezes, os adolescentes preferem discutir tais assuntos com seus pares do que com os familiares (SEHNEM; FAVERO; BONADIMAN, 2015).

A ausência de domínio dos adolescentes em relação às IST e outros temas relacionados é oriunda da dificuldade de abordar a temática tanto no ambiente familiar quanto no escolar, devido ao tabu que a cerca. Uma das alternativas para solucionar essa problemática é a implementação de uma educação sexual de qualidade nas escolas, que não enfatize apenas as questões biológicas e meramente preventivas, mas que contemple uma abordagem mais humanizada, inserida no contexto sociocultural dos jovens (CIRIACO et al., 2019).

Evidencia-se que os adolescentes e jovens constituem um grupo populacional que exige abordagens diferenciadas quanto aos cuidados em saúde, pois, na adolescência, a sexualidade se manifesta em diferentes e surpreendentes sensações corporais, em desejos ainda desconhecidos e em novas necessidades de relacionamento interpessoal, preocupação e curiosidade. Nesse contexto, valores, atitudes, hábitos e comportamentos estão em processo de formação e solidificação, e, em determinadas conjunturas, podem tornar esse segmento populacional vulnerável (BRASIL 2019a).

Os grupos envolvidos direta e/ou indiretamente com os adolescentes, como a família, a equipe escolar e também os profissionais de saúde têm o dever de promover orientações congruentes para os mesmos, proporcionando um suporte emocional para a compreensão e percepção das práticas sexuais seguras, visando estimular o uso do preservativo e, conseqüentemente, reduzir o risco de contaminação e transmissão das IST (SANTOS et al., 2016).

Nessa perspectiva, é oportuno o desenvolvimento de campanhas educativas e criativas que considerem aspectos biopsicossociais que envolvem as vulnerabilidades à infecção pelo vírus do HIV na adolescência, propiciando, desse modo, a diminuição do número de casos e do preconceito com base em uma educação sólida e objetiva, especialmente no cenário escolar (CAMPOS et al., 2014).

No que se refere à saúde do adolescente em sua totalidade e integralidade, a escola apresenta-se como um local hostil para o desenvolvimento de ações educativas sobre a sexualidade e sobre transmissão das IST, que poderiam auxiliar a desmistificar conceitos e valores sobre o tema. Para tanto, faz-se necessário um envolvimento de profissionais de saúde, educadores, familiares e a comunidade (CHAVES et al., 2014).

Os autores ainda citam que a escola é vista como o melhor lugar para se trabalhar as ações de educação sexual em saúde, uma vez que os adolescentes passam tempo considerável nesse ambiente e é para lá levam as suas dúvidas, esperando que as mesmas sejam respondidas. É dentro desse espaço que os escolares se sentem mais confortáveis para discutir certos assuntos, já que estão no grupo de iguais, com os quais têm afinidade (CHAVES et al., 2014).

Com a adoção do uso das tecnologias educacionais, o aluno desenvolve seu pensamento lógico com maior assimilação e eficácia cognitiva, em virtude de uma maior motivação devido à inclusão de atividades de aprendizagem diferentes das tradicionais (FLORES et al., 2015b).

As vulnerabilidades associadas às IST, presentes na adolescência, devem ser lembradas como uma condição influenciada também pelo meio social, cultural e econômico que os jovens estão inseridos. Dessa maneira, torna-se um dos aspectos relevantes para a elaboração de ações que contemplem as diferentes realidades dos adolescentes (COSTA et al., 2013).

Os adolescentes em situação desfavorecida somente procuram assistência quando estão doentes. Nesse sentido, é importante que tal oportunidade seja aproveitada para oferecer a informação sobre as IST de forma clara e compatível com a faixa etária de cada paciente (PEREIRA; TAQUETE, 2016).

Para prevenir a transmissão do vírus HIV e diminuir o impacto social, é impreterível realizar ações de promoção, prevenção e educação em saúde que atingem toda a população (CHICO et al., 2015). Nessa perspectiva, as equipes de saúde devem estar inseridas nesse processo, esclarecendo as dúvidas dos jovens e concedendo orientações referentes à saúde sexual e reprodutiva, a fim de minimizar os riscos frente ao HIV/aids e outras IST.

Aponta-se a necessidade de, durante a abordagem ao adolescente, respeitar a autonomia do mesmo, considerando os princípios da confidencialidade e da privacidade, a fim de estabelecer uma relação de confiança e respeito com os profissionais de saúde (BRASIL, 2019a).

O profissional da saúde deve estar preparado para compreender os adolescentes nas diversas situações vivenciadas, relacionadas ou não ao HIV/aids. A fase da adolescência consiste num fenômeno que extrapola aspectos cronológicos e biológicos, e vai ao encontro de condições sociais, culturais, históricas e psicológicas específicas, sendo um período da vida essencial para o desenvolvimento do indivíduo (SEHNEM; FAVERO; BONADIMAN, 2015).

Dentre as principais dificuldades identificadas para a realização das ações de prevenção referente às IST com adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), podem ser destacadas a ausência de procura dos serviços, assim como o preconceito que se encontra associado à temática em questão (SANTOS et al., 2017a).

Nesse sentido, faz-se necessário que as equipes de saúde atuem de maneira mais ativa nesse contexto, desconstruindo a metodologia centrada na educação bancária. O adolescente deve participar ativamente no conhecimento do seu eu. É imprescindível também que haja uma busca ativa da população e a conscientização quanto à importância de sua participação em ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e outros agravos (SANTOS et al., 2017a).

A realização das ações educativas que visam promoção à saúde dos adolescentes pode ser conduzida por meio de parcerias entre profissionais da saúde, da educação e a própria comunidade, a fim de que os adolescentes se tornem sujeitos ativos da sua saúde, uma vez que a desinformação e o desconhecimento sobre a transmissão do HIV e seus métodos de prevenção são alguns dos fatores que tornam os adolescentes mais vulneráveis à infecção pelas IST (CHAVES et al., 2014).

Em vista disso, é imprescindível que sejam implementados programas educacionais sobre a temática, tanto nos meios de comunicação que são acessados mais frequentemente pelos adolescentes quanto dentro das escolas, utilizando-se de linguagem clara, objetiva, dinâmica e lúdica (CHAVES et al., 2014), melhorando a educação sexual desses jovens e reduzindo, desse modo, os riscos de gravidez indesejada e contaminação por IST (CRUZ et al., 2018).

2.4 Marco referencial das políticas e programas referentes ao HIV/aids e outras IST para os adolescentes

Este capítulo traz um recorte histórico dos documentos elaborados acerca do HIV/aids e outras IST no Brasil, fazendo menção aos títulos globais lançados pela Organização das Nações Unidas e pelo Programa de Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids. Os mesmos estão relacionados de forma direta e indireta à saúde do adolescente, trazendo em seus objetivos e metas o desenvolvimento de ações que atendam a necessidade desse segmento social, melhorando a sua qualidade de vida e de sua família.

O aumento do número de casos de aids, da ausência de perspectiva de vida das pessoas doentes e as consequências sociais e econômicas que estes fatores poderiam gerar fizeram com que as discussões se prolongassem até que a Portaria nº 236, do Ministério da Saúde, de 2 de maio de 1985, estabelecesse as diretrizes para um programa de controle da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA), sob a Coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

Nesse sentido, no ano de 1988, foi criado o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids, um marco no âmbito das ações de combate à doença e cujo contexto histórico está situado no final do primeiro governo civil, após o regime militar. O programa consiste na transformação da demanda identificada a partir de determinados segmentos da sociedade em diretrizes e ações formalizadas e estruturadas no âmbito do Ministério da Saúde, visando atender à crescente mobilização em torno da aids no Brasil (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

Em outubro 1988, foi instituído o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) que tem a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde será feita a sua implantação e onde essas atividades já são desenvolvidas, seja nos estados, municípios, universidades, organizações não governamentais e outras instituições. O Programa deve se integrar com outros setores no sentido de promover a saúde, identificando grupos de risco, detectando precocemente os agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos dessa faixa etária de forma integral, multisetorial e interdisciplinar (BRASIL, 1996).

Em 1999, o Programa de DST/aids do Ministério da Saúde lançou o documento intitulado “Política Nacional de DST/Aids Princípios, Diretrizes e Estratégias”, que traz como objetivo o enfrentamento da alta incidência de aids nos diferentes segmentos populacionais

em situação de risco e vulnerabilidade, e a garantia dos direitos de cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV e aids, tidos como os principais desafios da epidemia no Brasil (BRASIL, 1999).

No ano de 2002, foi lançada a 4ª edição do Manual Técnico da Assistência em Planejamento Familiar, que se baseou em um conjunto de informações aos profissionais de saúde sobre os métodos anticoncepcionais, permitindo aos homens e mulheres a garantia ao exercício dos direitos reprodutivos através da escolha da anticoncepção desejada em cada momento de sua vida, com participação ativa na saúde reprodutiva (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/PNAISM tem como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde, além de buscar consolidação dos avanços no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Abrange também a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o câncer ginecológico (BRASIL, 2004).

No ano de 2005, o Programa Nacional de DST e Aids aperfeiçoou o seu processo de gestão e implementação ao implantar um instrumento de programação anual que abrange os diversos níveis da matriz lógica de programação, e assinalou as metas previstas pelo Programa para execução e alcance no referido ano. As metas orientaram e corroboraram com o que foi proposto pelos Planos de Ações e Metas dos estados e municípios para 2005, com vistas à prevenção e o controle das IST no âmbito de cada esfera de governo e nos seus respectivos territórios, de maneira integrada e compartilhada entre os diversos atores que atuam na luta contra a epidemia do HIV/aids e de outras IST (BRASIL, 2005a).

O Ministério da Saúde em parceria com outros ministérios elaborou, no ano de 2005, o documento intitulado “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo”, que apresenta diretrizes do Governo com objetivo de garantir os direitos de homens e mulheres, sejam adultos ou adolescentes, em relação à saúde sexual e saúde reprodutiva, elucidando, principalmente, o planejamento familiar. O documento é destinado aos gestores de políticas públicas, profissionais de saúde e à sociedade civil (BRASIL, 2005b).

O Plano Nacional de Saúde/PNS, um instrumento básico do Pacto pela Saúde no Brasil, e essencial para a gestão do SUS, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, no dia 4 de agosto de 2004. A construção do mesmo teve como referência as deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003 e o Plano Plurianual/PPA. Entre suas diretrizes, o Plano abrange a prevenção e controle da aids e outras infecções

sexualmente transmissíveis, com metas traçadas para o período de 2004 a 2006 (BRASIL, 2005c).

Através do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi criado o Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”, que tem como objetivo principal promover a saúde sexual e reprodutiva, com vistas a reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às IST/aids e à gravidez não planejada, por meio do desenvolvimento de ações no âmbito escolar e nas unidades básicas de saúde. Esse projeto constitui um marco na integração dos sistemas de educação e saúde, e favorece a escola como espaço para a articulação das políticas voltadas para esse segmento social mediante a participação dos sujeitos desse processo, sejam eles estudantes, famílias, profissionais da educação e da saúde (BRASIL, 2006).

Em 2007, foi elaborado o manual “Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde”, com a finalidade de fornecer orientações básicas para nortear a implantação ou a implementação de ações e serviços de saúde específicos para os adolescentes e jovens, de maneira integral, resolutiva e participativa. O manual aborda princípios e diretrizes aprovadas por diversas organizações nacionais e internacionais e deve ser considerado como um guia flexível e passível de adaptações, em decorrência das várias realidades existentes no Brasil (BRASIL, 2007a).

Salienta-se que a organização dos serviços apresenta como objetivo principal garantir o acesso de adolescentes e jovens a ações de promoção à saúde, prevenção, atenção a agravos e doenças, bem como reabilitação, respeitando os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tal, devem ser levados em consideração a disponibilidade, a formação e a educação permanente dos recursos humanos, a estrutura física, os equipamentos, os insumos e o sistema de informação, adequando-os ao grau de complexidade da atenção a ser prestada (BRASIL, 2007a).

Com o propósito de oferecer subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos que orientem a implementação de ações voltadas à saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2007 o “Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens”. Este documento integra e debate os marcos legais nacionais e internacionais voltados à saúde sexual e saúde reprodutiva, bem como a garantia de direitos (BRASIL, 2007b).

O marco destina-se, especialmente, a todos os gestores do SUS, bem como a outros setores das políticas públicas voltados à adolescência e à juventude, orientando as ações para a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva dessa população (BRASIL, 2007b).

Ainda em 2007, foi lançado o “Plano Nacional de enfrentamento da epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis”, expressando o compromisso das esferas municipal, estadual e nacional, além da sociedade civil, na implantação e implementação da política pública de prevenção e de controle das IST/aids, posto que as taxas de prevalência eram superiores às encontradas na população em geral, reconhecendo que existiam vulnerabilidades específicas que contribuíram para a susceptibilidade à infecção. Nesse sentido, o plano teve como finalidade enfrentar a epidemia do HIV/aids e outras IST nesse segmento populacional, através da redução de vulnerabilidades, e a implementação de uma política de prevenção, promoção e atenção integral à saúde, com metas executadas no período de 2007 a 2011 (BRASIL, 2007c).

Baseado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, foi proposto o documento intitulado como “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde”, que tem como objetivo nortear ações, integradas às outras políticas sanitárias e programas existentes no SUS, sensibilizando os gestores para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem completa das necessidades desses indivíduos. O documento aponta, ainda, para a construção de estratégias interfederativas e intersetoriais que configurem mudanças no quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, contribuindo, assim, para o desenvolvimento saudável dessa população (BRASIL, 2010a).

Em 2020 foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/aids e outras DSTs, visando reduzir o impacto da epidemia do HIV/aids e da morbidade por IST entre as mulheres no Brasil. Esse documento foi pautado pelo conceito de vulnerabilidade, articulado entre fatores individuais, estruturais e institucionais na determinação da suscetibilidade a um agravo específico. O plano busca traçar ações que atuem sobre os três níveis de produção de vulnerabilidade nas mulheres: situações que reduzem seu poder de negociação sexual, a qualidade do atendimento oferecido pelos serviços de saúde e acessibilidade do fortalecimento de cada mulher (BRASIL, 2010b).

Já em 2019, o Ministério da Saúde publicou a nova edição do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis/PCDT, que tem por objetivo determinar os critérios para diagnóstico de infecções/doenças ou agravos à saúde; o tratamento preconizado com medicamentos e outros produtos apropriados; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos

profissionais da área da saúde e gestores do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2019a).

Na versão supracitada, foi incluído um novo capítulo sobre saúde sexual, abrangendo a abordagem centrada na pessoa com vida sexual ativa, buscando facilitar a conduta dos profissionais de saúde, de forma alinhada com as mais recentes ferramentas para orientações de prevenção, tratamento e monitoramento de IST (BRASIL, 2019a). Destacando a importância da escuta qualificada e da promoção do ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais, permitiu-se a formação de vínculos entre profissionais/usuários (BRASIL, 2020c).

Pode-se perceber que nenhuma intervenção preventiva utilizada isoladamente se mostrou eficaz o bastante para reduzir a ocorrência de novas infecções, salientando-se que o melhor método contraceptivo é aquele que o usuário escolhe, com orientação do profissional de saúde, e que atende às suas necessidades sexuais e de proteção. Por esse ângulo, O PCDT menciona que, para que a prevenção tenha real eficácia, deve-se usufruir de todos os avanços científicos existentes. A Prevenção Combinada é uma das ferramentas que auxiliam na gestão de risco de cada indivíduo, com vistas a ajudá-lo a reconhecer e minimizar seus riscos (BRASIL, 2019a).

A prevenção combinada trata-se de uma estratégia que utiliza simultaneamente diferentes tipos de abordagens preventivas (biomédica, comportamental e estrutural), empregada em nível individual, em parcerias/casais, comunitário e social, para atender a necessidades específicas da população e em determinadas formas de transmissão do HIV. Essa combinação é determinada pelas populações envolvidas nas ações de prevenção estabelecidas (população-chave, prioritária ou geral) e pelos meios em que estão inseridas (BRASIL, 2020d).

A epidemia do HIV é concentrada em alguns segmentos populacionais denominados “populações-chave”, que, em certos momentos, estão inseridas em contextos que favorecem o aumento de suas vulnerabilidades. Essas populações-chave são: gays e outros HSH; transexuais; usuários de álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade; e profissionais do sexo (BRASIL, 2020d) (Figura 1).

Figura 1 – Populações-chave abordadas na estratégia de prevenção combinada



Fonte: DCCI (2020).

Quando falamos em populações prioritárias, fazemos menção a segmentos populacionais que possuem caráter transversal e cujas vulnerabilidades estão relacionadas às dinâmicas sociais locais e às suas especificidades. São eles: adolescentes e jovens; negros; indígenas; e população em situação de rua (BRASIL, 2020d) (Figura 2).

Figura 2 – Populações prioritárias abordadas na estratégia de prevenção combinada



Fonte: DCCI (2020).

Nesse sentido, os profissionais de saúde devem usar a mandala (Figura 3) para orientar os usuários sobre o melhor método de prevenção do HIV/aids, hepatites virais e outras IST, bem como em relação a saúde reprodutiva. Essa orientação deve propiciar o esclarecimento sobre a utilização de todos os métodos contraceptivos, inclusive aqueles de menor eficácia, ficando a critério da pessoa ou do casal o método que se enquadre melhor à sua rotina (BRASIL, 2019a).

Figura 3 – Representação gráfica da Prevenção Combinada



Fonte: DCCI (2020).

No mesmo ano, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) divulgou o “Relatório de Monitoramento Clínico do HIV”. No documento, são apresentados indicadores sobre o diagnóstico, o tratamento e a supressão viral, além de informações sobre a profilaxia pós-exposição (PEP) do HIV, desde as Unidades Federativas até o Brasil como um todo (BRASIL, 2019d).

No que concerne às referências globais, a OMS e a UNAIDS lançaram a iniciativa “Três Milhões para 2005”, que se tratava de um projeto para dispensação da Terapia Antirretroviral (TARV) para três milhões de pessoas com HIV/aids até o final de 2005, tendo maior concentração principalmente nos países em desenvolvimento. A iniciativa teve como objetivo aumentar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV,

e avançar até o acesso universal, como um direito humano assegurado em todos os países, aos antirretrovirais para as pessoas necessitadas (OMS, 2004).

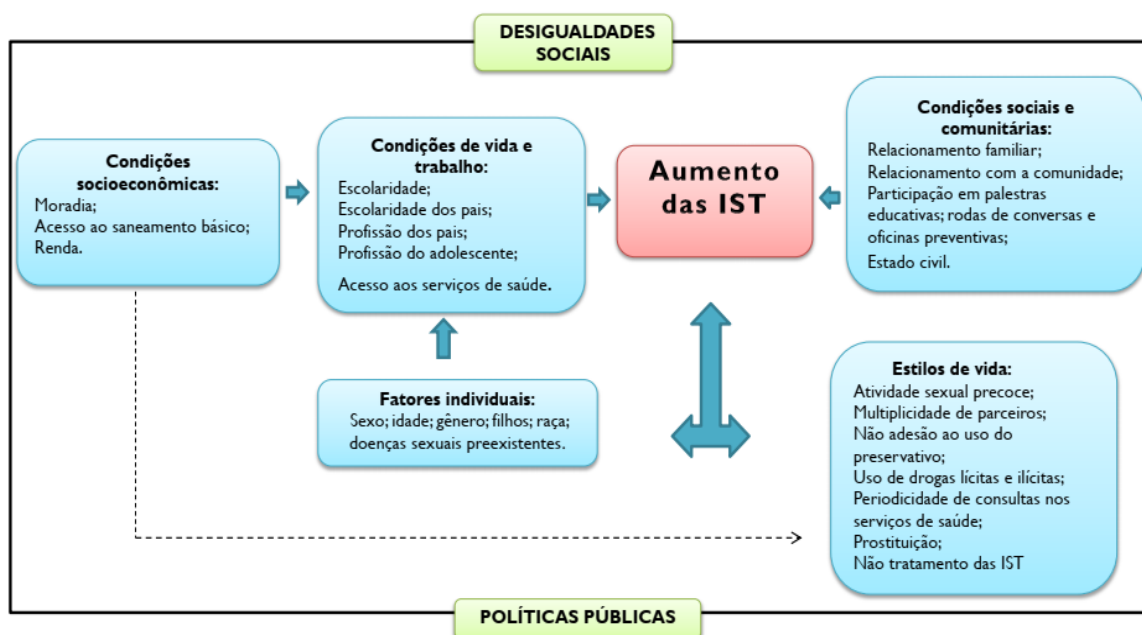
O “Programa sobre el VIH – Plan Operativo 2014 – 2015”, publicado em 2014, adiciona uma meta para redução da transmissão do HIV entre os usuários de drogas injetáveis. O mesmo discorre, ainda, sobre a necessidade de abordar a relação entre HIV e doenças não transmissíveis; a necessidade de atenção especial para a população adolescente com idade entre 10 a 19 anos; e a necessidade de descentralizar a TARV, para as comunidades, unidades periféricas, postos de saúde, serviços domiciliares ou organizações de base comunitária (OMS, 2014).

O documento “90-90-90 uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS” aborda a meta mais recente lançada pela UNAIDS, em 2014, para o ano de 2020. A nova meta tem como prioridade a equidade: a epidemia da aids só acabará se todos os afetados pelo HIV tiverem acesso pleno e total ao tratamento e a outros meios de prevenção. Tal meta enfatiza a celeridade na intensificação e no início precoce do tratamento do HIV, de uma forma que esteja em conformidade com os direitos humanos. Para que seja alcançado o objetivo de acabar com a epidemia da aids até 2030, será necessário acelerar esse processo de intensificação até 2020 (UNAIDS, 2015).

Os documentos retratados nesse capítulo consistem em componentes fundamentais na história do HIV/aids e outras IST e na educação sexual no Brasil. Nos dias atuais, a sexualidade já não é vista da mesma maneira que há algumas décadas. Toda essa quebra de paradigma foi fruto de processos e acontecimentos históricos. Em sua maior parte, tais mudanças abordam os direitos sexuais e reprodutivos das diversas camadas sociais, buscando práticas de educação sexual que promovam autonomia individual, respeito e bem-estar físico e mental.

Apesar do número considerável de políticas públicas e programas existentes a fim de nortear as ações de prevenção e promoção da saúde frente ao HIV/aids e outras IST, os mesmos não são suficientes para propiciar as mudanças das práticas sexuais dos adolescentes. Além disso, como mencionado no primeiro capítulo, o conhecimento adequado não chega até esses jovens de forma oportuna. Tal fato pode estar relacionado às variáveis contextuais associadas, que foram discutidas no primeiro capítulo e estão contempladas no *framework* abaixo (Figura 4).

Figura 4 – Fatores associados ao aumento das Infecções Sexualmente Transmissíveis nos adolescentes



Fonte: Dados da pesquisa (Natal/RN, Brasil, 2020).

Analisando o *framework* intitulado “Fatores associados ao aumento das Infecções Sexualmente transmissíveis nos adolescentes”, compreendemos que as variáveis socioeconômicas e os fatores individuais estão diretamente ligados às condições de vida e de trabalho, que, por sua vez, estão associadas ao aumento das IST. Os fatores individuais mantêm relação direta com os estilos de vida, que, assim como as condições sociais e comunitárias, estão associados de forma direta ao problema descrito. Por fim, as condições socioeconômicas mantêm ligação indireta com os estilos de vida, que se associam positivamente ao item em estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar os saberes e práticas dos adolescentes escolares em relação ao HIV/aids e outras IST no interior do Nordeste brasileiro.

3.2 Objetivos específicos

- a) Conhecer o perfil socioeconômico/demográfico dos adolescentes escolares;
- b) Discutir as principais atitudes de risco frente o HIV/aids e outras IST;
- c) Identificar os fatores individuais e contextuais associados aos conhecimentos, atitudes e práticas referentes ao HIV/aids e outras IST;
- d) Avaliar a confiabilidade do Questionário dos Saberes, Atitudes e Práticas (QSAP).

4 MÉTODO

4.1 Características da pesquisa

4.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal do tipo inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática).

4.1.2 Local de estudo

O espaço da pesquisa ocorreu nas escolas públicas da área urbana, que ofertavam o ensino médio localizadas em cidades inseridas na região do Seridó oriental Norte-rio-grandense. Essa região é composta pelos seguintes municípios: Acari, Carnaúba dos Dantas, Cruzeta, Currais Novos, Equador, Jardim do Seridó, Ouro Branco, Parelhas, Santana do Seridó e São José do Seridó.

De acordo com uma lista disponibilizada pela instituição coparticipante, a 9ª Diretoria Regional de Educação, Cultura e Desportos/DIREED, as escolas que compõem este órgão e selecionadas para realização desta pesquisa foram:

- **Parelhas:** Escola Estadual Monsenhor Amâncio Ramalho e Escola Estadual Drº Mauro Medeiros.
- **Acari:** Escola Estadual Professora Iracema Brandão de Araújo e Escola Estadual Dr. José Gonçalves de Medeiros.
- **Currais Novos:** Escola Estadual Tristão de Barros; Escola Estadual Em Tempo Integral Capitão Mor Galvão; Escola Estadual Sílvio Bezerra e Instituto Vivaldo Pereira.
- **Equador:** Escola Estadual Professora Isabel Ferreira
- **Santana do Seridó:** Escola Estadual João Vilar da Cunha
- **Cruzeta:** Escola Estadual Joaquim José de Medeiros
- **Carnaúba dos Dantas:** Escola Estadual João Henrique Dantas

As cidades Ouro Branco e São José foram excluídas da pesquisa pelo fato de não fazerem parte da instituição coparticipante.

4.1.3 Plano amostral

A amostra foi calculada tendo como desfecho estudo anterior (CORDEIRO et al.,2017), realizado em Caicó (RN), em que se encontrou prevalência de conhecimento adequado de 31,4%. Aplicando uma margem de erro absoluta de 5%, um efeito de desenho de 1,5 (em função do uso de amostra por conglomerados) e uma taxa de não resposta de 20%, resulta em uma amostra de 623 indivíduos.

Observados esses critérios, foi dada aleatoriedade na escolha dos componentes da amostra, utilizando o princípio da amostragem estratificada proporcional, para cada escola foi atribuído um percentual de sujeitos, descrito no quadro 2. O aluno sorteado que se recusou a participar da entrevista foi excluído, e o seguinte da lista foi selecionado.

Quadro 2: Quantitativo de alunos sorteados por escola pela técnica de amostragem estratificada proporcional

Municípios	Escolas	Quantitativo de alunos sorteados
Equador	Escola Estadual Professora Isabel Ferreira	50
Santana do Seridó	Escola Estadual João Vilar de Cunha	17
Cruzeta	Escola Estadual Joaquim José de Medeiros	42
Carnaúba dos Dantas	Escola Estadual João Henrique Dantas	50
Parelhas	Escola Estadual Monsenhor Amâncio Ramalho	99
	Escola Estadual Dr ^o Mauro Medeiros	21
Acari	Escola Estadual Professora Iracema Brandão de Araújo	40
	Escola Estadual Dr. José Gonçalves de Medeiros	30
Currais Novos	Escola Estadual Tristão de Barros	96
	Escola Estadual Em Tempo Integral Capitão Mor Galvão	86
	Escola Estadual Sílvio Bezerra	37
	Instituto Vivaldo Pereira	55

TOTAL	623
-------	-----

Fonte: Dados da pesquisa (Natal/RN, Brasil, 2020).

4.1.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram critérios de inclusão: ser estudante das referidas escolas, ter idade maior que 14 anos e menor ou igual a 19 anos, 11 meses e 29 dias.

Critérios de exclusão: ter realizado transferência para outra instituição de ensino, cursar a modalidade de ensino da Educação de Jovens e Adultos – EJA e cursar ensino técnico.

4.2 Variáveis

4.2.1 Variáveis dependentes

As variáveis dependentes foram extraídas das perguntas presentes no questionário que avaliou os conhecimentos, atitudes e práticas dos adolescentes, e analisadas em sua forma descritiva. As dez questões referentes aos saberes sobre HIV/aids que foram selecionadas são demonstradas no quadro 3.

Quadro 3 - Caracterização das variáveis dependentes relativas aos saberes do QSAP de acordo com código, natureza e valores

<i>Código</i>	<i>Natureza</i>	<i>Questões (Variáveis)</i>	<i>Valores</i>
AIDSCAM	Catagórica nominal	Q4- Você acha que uma pessoa pode pegar aids se transar sem camisinha?	0-NÃO 1-SIM
AIDSTALHER	Catagórica nominal	Q5-Você acha que uma pessoa pode pegar aids se usar os mesmos talheres, pratos e copos de alguém que tem aids?	0-SIM 1-NÃO
AIDSBEIJO	Catagórica nominal	Q6-Você acha que uma pessoa pode pegar aids se usar o mesmo banheiro que alguém que tem aids usa?	0-SIM 1-NÃO
AIDSBANHEIRO	Catagórica nominal	Q7-Você acha que uma pessoa pode pegar aids se beijar na boca uma pessoa que tem o vírus da aids?	0-SIM 1-NÃO
AIDSGRAVIDEZ	Catagórica nominal	Q8-Durante a gravidez ou parto, a mãe pode passar o vírus da aids para a criança?	0-NÃO 1-SIM
AIDSLEITE	Catagórica nominal	Q9-Um bebê pode pegar aids ao receber leite do peito de uma mulher que tem o vírus da aids?	0-NÃO 1-SIM
AIDSINSETO	Catagórica nominal	Q10-Uma pessoa pode pegar aids por picadas de insetos tipo mosquito, pernilongo ou muriçoca?	0-SIM 1-NÃO
AIDSSANGUE	Catagórica nominal	Q11-Uma pessoa pode pegar aids se receber sangue contaminado pelo vírus da aids?	0-NÃO 1-SIM
AIDSSERINGA	Catagórica nominal	Q12-Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids se usar a mesma seringa e agulha que outra pessoa usou?	0-NÃO 1-SIM

AIDSBRINCAR	Catagórica nominal	Q13- Uma criança pode pegar aids se brincar com outra criança que tem o vírus?	0-SIM 1-NÃO
-------------	--------------------	--	----------------

Fonte: Dados da pesquisa (Natal/RN, Brasil, 2020).

4.2.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes relativas às características socioeconômicas, demográficas e contextuais dos sujeitos estão apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 4 – Caracterização das variáveis independentes de caráter socioeconômico/demográfico de acordo com código, natureza e valores

<i>Variável</i>	<i>Código</i>	<i>Natureza</i>	<i>Valores</i>
Idade	“Id”	Quantitativa discreta	Numérico
Sexo	“sexo”	Catagórica nominal	1-Masculino 2-Feminino
Estado Civil	“est_civil”	Catagórica nominal	1-Com companheiro 2-Sem Companheiro
Escolaridade	“Esc”	Catagórica ordinal	1- 1º ano do ensino médio 2-2º ano do ensino médio 3-3º ano do ensino médio
Cor/raça	“cor”	Catagórica nominal	1-Afrodescendente 2-Branco 3-Indígena 4-Pardo
Religião	“Religiao”	Catagórica nominal	1-Adepto a alguma religião 2-Não adepto
Frequenta cerimônias religiosas	“Freq_relig”	Catagórica nominal	1-Frequenta 2-Não Frequenta
Quem mora com você?	“mora_voce”	Catagórica nominal	1-Esposo (a), companheiro (a) 2-Moro sozinho 3-Filhos, outros parentes, amigos 4-Pai e/ou mãe
Estado conjugal dos pais	“conj_pais”	Catagórica nominal	1-Casados 2-Não casados
Tem filhos? Quantos?	“Filhos”	Quantitativa discreta	1-4 ou mais 2-De um a três 3-Não tenho filhos 4-Não estudou

<i>Variável</i>	<i>Código</i>	<i>Natureza</i>	<i>Valores</i>
Até quando sua mãe estudou?	“Esc_mãe”	Catagórica ordinal	2-Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental 3-Ensino fundamental completo 4-Ensino médio completo 5-Ensino superior completo 6-Não sei
Até quando seu pai estudou?	“Esc_pai”	Catagórica ordinal	1-Não estudou 2-Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental 3-Ensino fundamental completo 4-Ensino médio completo 5-Ensino superior completo 6-Não sei
Tipo de residência	“moradia”	Catagórica nominal	1-Não própria 2-Própria
Você trabalhou ou teve alguma atividade remunerada durante seus estudos?	“Trabalho”	Catagórica nomina	1-Não 2-Sim, 1 a 3 anos 3-Sim, mais de 3 anos 4-Sim, menos de 1 ano 5-Sim, o tempo todo
Quem é o principal responsável pelo sustento da família?	“sust_famil	Catagórica nominal	1-Esposo (a) 2-Pai ou mãe 3-Irmãos 4-Outros
Qual é a renda mensal média de sua família hoje?	“renda_famil”	Catagórica ordinal	1-Não possui nenhuma renda – Vive de ajuda de outros 2-Recebe ajuda de Programas Sociais do Governo Federal 3-Até R\$ 510,00 4-De R\$ 510,00 a R\$ 1530,00 5-Acima de R\$ 1.530,00
Consumo de álcool	“cons_alcool”	Catagórica nominal	1-Sim 2-não
Meio de comunicação	“meio_comu”	Catagórica nominal	1-Jornal 2-Revistas 3-Internet 3-Televisão, rádio
Participação em ação educativa na escola	“educa_esc”	Catagórica nominal	1-Sim 2-Não
Responsável por conduzir ação	“Respon_ação”	Catagórica nominal	1-PSE 2-Professores 3-Outros 4-Programas sociais 5-Projetos das Universidades

<i>Variável</i>	<i>Código</i>	<i>Natureza</i>	<i>Valores</i>
Panfletos informativos	“Panf_infor”	Catégorica nominal	1-Sim 2-Não
Recebimento De preservativos	“receb_preserv”	Catégorica nominal	1-Sim 2-Não
Participação em palestras	“particip_palestra”	Catégorica nominal	1-Sim 2-Não

Fonte: Dados da pesquisa (Natal/RN, Brasil, 2020).

4.2.3 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Foram aplicados dois questionários em formato eletrônico, o primeiro instrumento possuía perguntas acerca dos dados socioeconômico/demográfico, tais como sexo, idade, renda, escolaridade, estado civil, quantidade de filhos, escolaridade dos pais, responsável pelo sustento familiar, raça, religião, frequência às cerimônias religiosas, dentre outros. O segundo instrumento tratava-se do “Questionário para avaliação de programas de prevenção das DST/aids”, utilizado pelo Ministério da Saúde e disponível no site da BVS através do link (<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/141questionario.pdf>) composto por 50 perguntas sobre o tema proposto. O questionário mencionado também já foi utilizado em um estudo anterior, realizado por Cordeiro et al., (2017), e validado pelo presente estudo.

4.2.4 Treinamento para padronização das técnicas de coleta

O treinamento dos pesquisadores ocorreu na Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM), na cidade de Caicó/RN. Os participantes manifestaram interesse em participar da pesquisa através de uma carta convite publicada nos murais da universidade. Após a realização de uma entrevista com cada um dos participantes, três alunos do 2º período do curso de medicina foram selecionados para participar do treinamento para aplicação do questionário, que ocorreu dia 28 de março de 2019. Na ocasião, foram discutidos os objetivos do estudo, a metodologia e a importância da pesquisa, assim como todo procedimento de coleta de dados no qual eles iriam atuar. Os três participantes ficaram responsáveis por aplicar os questionários nas escolas das cidades de Cruzeta, Acari e Carnaúba dos Dantas. Em Parelhas, Equador, Santana do Seridó e Currais Novos, a coleta foi realizada pela pesquisadora principal. Após os testes para a aplicação dos questionários, se iniciaram as coletas, que será descrita no tópico seguinte.

4.2.5 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu durante os meses de abril a junho de 2019. Inicialmente, entramos em contato com os diretores das instituições, informando-os sobre os objetivos, metodologia e relevância da pesquisa. Na ocasião, já deixamos previamente agendados as datas e os horários para realização da coleta. Em algumas escolas, a aplicação ocorreu nos computadores inseridos nas salas de informática, em contrapartida, nas instituições que não tinham esses equipamentos, nem essa infraestrutura, o procedimento se deu através de tablets disponibilizados pela UFRN e computadores próprios, em salas escolhidas pelos responsáveis das instituições. Essas alternativas foram necessárias para concluirmos a pesquisa e não haver perdas significativas da amostra.

Foram aplicados dois questionários eletrônicos, confidenciais e interativos, elaborados através das ferramentas do serviço de armazenamento google drive. Para termos controle no envio das respostas e impossibilitar sua duplicação, os instrumentos foram enviados para os e-mails dos pesquisadores, e no momento da aplicação com os adolescentes, esses e-mails eram abertos e os questionários eram baixados nos computadores. Logo após o envio das respostas, a pagina era fechada e abria-se uma nova janela para o entrevistado subsequente. A média de tempo para responder as questões era cerca de 30 minutos entre cada participante. Os questionários foram auto aplicados, essa medida foi necessária para evitar qualquer tipo de constrangimento nas perguntas consideradas pessoais. Foi mantida uma distância entre cada participante, com vistas a evitar comentários sobre as questões referentes à sua sexualidade. Garantimos o anonimato dos sujeitos, ou seja, em nenhum momento foi coletado nome dos alunos nos questionários. Todos os entrevistados assinaram o TCLE e/ou TALE de acordo com cada caso, concordando em participar desta pesquisa.

4.3 Análise dos dados

Logo após a coleta, foi iniciada análise dos dados. Inicialmente realizou-se uma apreciação de todo o material, para assim termos uma compreensão geral do conteúdo.

A tabulação dos dados foi realizada através do programa Microsoft Office Excel®, após estes serem obtidos eletronicamente através das ferramentas do Google drive, que se trata de um serviço de armazenamento e sincronização de arquivos, permitindo assim a elaboração de questionários em meio eletrônico.

O tratamento dos dados foi realizado no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 25.0® e pelo Stata 14.0. Para a execução dos testes de associação foram observadas a natureza das variáveis independentes e das variáveis dependentes, esta expressa pelo número de acertos do questionário. As variáveis independentes categóricas foram submetidas ao teste do Qui-quadrado/Fisher. As quantitativas, como idade e número de filhos, foram categorizadas pelo tercil ou mediana e foram submetidas ao mesmo teste estatístico.

A fidelidade das questões/itens averiguou-se pelo coeficiente de consistência interna (Alfa de Cronbach) e a validade averiguou-se pela correlação de cada item com a escala total excluindo o item. As opções de resposta para cada item presente no questionário apresentavam variáveis dicotômicas, com valores SIM e NÃO.

Também foi realizada análise fatorial, que tem por objetivo definir a estrutura subjacente em uma matriz de dados, abordando o problema de analisar a estrutura das correlações entre um grande número de variáveis, definindo um conjunto de dimensões latentes comuns, chamados fatores, nos quais todas as variáveis são simultaneamente consideradas, cada uma relacionada com todas as outras, podendo atingir seus objetivos ou de uma perspectiva exploratória ou de uma perspectiva confirmatória. Esta é dividida nas seguintes fases: entrada de dados, cálculo das correlações, extração de fatores iniciais e rotação (MOITA-NETO, 2004).

4.4 Aspectos éticos

O projeto deste estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - HUOL/UFRN, Protocolo nº 99473118.2.0000.5292, no ano de 2019, obedecendo todo padrão estabelecido pela Resolução nº 466/2012 do Conselho nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, que trata das Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 623 adolescentes escolares, com predomínio do sexo feminino, com uma média de idade de $16,4 \pm 1,13$ anos. Na análise descritiva, a maioria dos entrevistados declarou não possuir companheiro, ser de cor parda, e estar cursando o 1º ano do ensino médio. O maior percentual de adolescentes está morando com os pais, em casa própria, e não tem filhos. Uma parte realiza atividade remunerada durante os estudos e, em se tratando da variável religião, a maioria se autorrefere adepto a alguma religião. A frequência de participantes que declaram comparecer a cerimônias religiosas é de 72,4% (Tabela 1).

Em relação ao histórico familiar, observou-se que as mães possuem um nível de escolaridade maior que os pais. Trinta e um por cento das mães cursaram o ensino médio, enquanto que os pais cursaram em sua maioria o ensino fundamental (29,7%). No quesito renda familiar, 62,0% dos entrevistados possuía renda entre R\$510,00 e R\$1530,00 e o principal responsável pelo sustento familiar era a mãe ou pai. (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos dados socioeconômico-demográfico em valores absolutos e percentuais dos sujeitos da pesquisa

Variável	Categoria	n	% (IC95%)
Sexo	Masculino	282	45,3 (39,5-51,1)
	Feminino	341	54,7 (49,4-60,0)
Estado Civil	Com companheiro	35	5,6 (0,0-13,2)
	Sem Companheiro	588	94,4 (92,5-96,3)
Escolaridade	1º ano do ensino médio	256	41,1 (35,1-47,1)
	2º ano do ensino médio	206	33,1 (26,7-39,5)
	3º ano do ensino médio	161	25,8 (19,0-32,6)
Cor/raça	Afrodescendente	34	5,5 (0,0-13,2)
	Branco	268	43,0 (37,1-48,9)
	Indígena	17	2,7 (0,0-10,4)
	Pardo	304	48,8 (43,2-54,4)
Religião	Adepto a alguma religião	541	86,8 (83,9-89,7)
	Não adepto	82	13,2 (5,9-20,5)
Frequenta cerimônias religiosas	Frequenta	451	72,4 (68,3-76,5)
	Não Frequenta	172	27,6 (20,9-34,3)
Quem mora com você?	Esposo (a), companheiro (a)	24	3,9 (0,0-11,6)

Variável	Categoria	n	% (IC95%)
	Moro sozinho	2	0,3 (0,0-7,9)
	Filhos, outros parentes, amigos	63	10,1 (2,7-17,5)
	Pai e/ou mãe	534	85,7 (82,6-88,6)
Estado conjugal dos pais	Casados	355	57,0 (51,8-62,2)
	Não casados	268	43,0 (37,1-48,9)
Tem filhos? Quantos?	4 ou mais	3	0,5 (0,0-8,5)
	De um a três	61	9,8 (2,3-17,1)
	Não tenho filhos	559	89,7 (87,2-92,2)
Até quando sua mãe estudou?	Não estudou	13	2,1 (0,0-9,9)
	Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental	113	18,1 (11,0-25,2)
	Ensino fundamental completo	216	34,7 (28,3-40,9)
	Ensino médio completo	193	31,0 (24,5-37,5)
	Ensino superior completo	27	4,3 (0,0-12,0)
	Não sei	61	9,8 (2,3-17,3)
Até quando seu pai estudou?	Não estudou	44	7,1 (0,0-14,7)
	Da 1ª à 4ª série ensino fundamental	144	23,1 (16,2-30,0)
	Ensino fundamental completo	185	29,7 (23,8-35,4)
	Ensino médio completo	110	17,7 (10,6-24,8)
	Ensino superior completo	18	2,9 (0,0-10,4)
	Não sei	122	19,6 (12,6-26,6)
Tipo de residência	Não própria	155	24,9 (18,0-31,6)
	Própria	468	75,1 (71,2-79,0)
Você trabalhou ou teve alguma atividade remunerada durante seus estudos?	Não	486	78,0 (74,3-81,7)
	Sim, 1 a 3 anos	23	3,7 (0,0-11,4)
	Sim, mais de 3 anos	5	0,8 (0,0-8,6)
	Sim, menos de 1 ano	59	9,5 (2,0-17,0)
	Sim, o tempo todo	50	8,0 (0,5-15,5)
Quem é o principal responsável pelo sustento da família?	Esposo (a)	13	2,1 (0,0-9,9)
	Pai ou mãe	543	87,2 (84,3-89,9)
	Irmãos	4	0,6 (0,0-8,2)
	Outros	55	8,8 (1,3-16,3)
	Entrevistado	8	1,3 (0,0-9,1)
Qual é a renda mensal média de sua família hoje?	Não possui nenhuma renda – vive de ajuda de outros	12	1,9 (0,0-9,6)
	Recebe ajuda de Programas Sociais do Governo Federal	48	7,7 (0,2-15,2)
	Até R\$ 510,00	78	12,5 (5,2-19,8)
	De R\$ 510,00 a R\$ 1530,00	386	62,0 (57,1-66,7)

Variável	Categoria	n	% (IC95%)
	Acima de R\$ 1.530,00	99	15,9 (8,7-23,1)

Fonte: Dados da pesquisa (Natal/RN, Brasil, 2020).

Na Tabela 2 evidenciam-se variáveis do contexto familiar e de participação em atividades educativas relacionadas às IST. (61%) e (52,2%) dos adolescentes não possui fumantes e alcoolistas em sua família, respectivamente. A internet é citada como principal meio de adquirir conhecimento referente às IST (83,8). Parcela significativa dos entrevistados relatou já ter participado de alguma ação educativa sobre saúde sexual e reprodutiva na escola (65,7%), sendo a maior parte dessas ações conduzidas pelos professores (27,1%). Um maior número também declarou já ter recebido panfletos sobre prevenção de IST no último ano (51,5%), no entanto, 64,8% não receberam preservativos.

Tabela 2 – Distribuição dos valores absolutos e porcentagens das variáveis de contexto familiar e participação em atividades educativas em relação às IST

Variável	Categoria	n	% (IC95%)
Alguém fuma em sua família?	Sim	243	39,0 (32,9-45,1)
	Não	380	61,0 (56,1-65,9)
Têm algum familiar envolvido com o Alcoolismo?	Sim	298	47,8 (42,1-53,5)
	Não	325	52,2 (46,8-57,6)
Qual o meio de comunicação que você mais utiliza para adquirir conhecimento acerca das IST?	Internet	522	83,8 (80,6-87,0)
	Jornal	28	4,5 (0,0-12,2)
	Revista	6	1,0 (0,0-9,0)
	Televisão, Rádio	67	10,8 (3,4-18,2)
Você participou de alguma ação educativa sobre saúde sexual e reprodutiva na sua escola?	Sim	409	65,7 (61,1-70,3)
	Não	214	34,3 (27,9-40,7)
Quem conduziu as ações? (Só marque esta alternativa se a resposta da questão 19 foi “SIM”)	PSE	94	15,1 (7,9-22,3)
	Professores	169	27,1 (20,4-33,8)
	Projetos das Universidades	20	3,2 (0,0-10,9)
	Outros programas sociais	125	20,1 (13,1-27,1)
Você recebeu panfletos informativos acerca da IST no último ano?	Sim	321	51,5 (46,0-57,0)
	Não	302	48,5 (42,9-54,1)
Você recebeu preservativos no último ano?	Sim	219	35,2 (28,9-41,5)
	Não	404	64,8 (60,1-69,5)
Você participou de alguma palestra, roda de conversa ou oficina	Sim	339	54,4 (49,1-59,7)
	Não	284	45,6 (39,8-51,4)

Variável	Categoria	n	% (IC95%)
informativa acerca das IST no último ano?			

Fonte: Dados da pesquisa (Natal/RN, Brasil, 2020).

Quanto ao questionário dos Saberes e Práticas dos adolescentes escolares acerca do HIV/aids e outras IST, na dimensão “saberes”, 95,3% dos entrevistados, referiram que uma pessoa pode contrair o vírus da aids se transar sem camisinha; 83,6% acredita que a mãe pode passar o vírus da aids durante a gravidez ou parto para o bebê; 61,8% sugere que um bebê pode pegar aids ao receber leite materno contaminado; 96,1% respondeu que a transfusão sanguínea contaminada também é um meio para adquirir aids, assim como o compartilhamento de seringas contaminadas (95,8%); 87% dos adolescentes concordam que uma criança não pega aids ao brincar com outra criança portadoras do vírus.

Apesar de os dados anteriores evidenciarem que a maioria dos sujeitos responderam corretamente as questões descritas, ainda prevalece o desconhecimento em relação a outras formas de transmissão e prevenção do HIV/aids, ao responderem que se adquire aids através do uso de talheres, pratos e copos (42,1%); ao beijar uma pessoa que tem o vírus (51,2%) e ao usar o mesmo banheiro que alguém que tem aids usa (37,6%).

Tabela 3 – Distribuição dos valores absolutos e porcentagens das variáveis relacionadas aos saberes do questionário QSAP

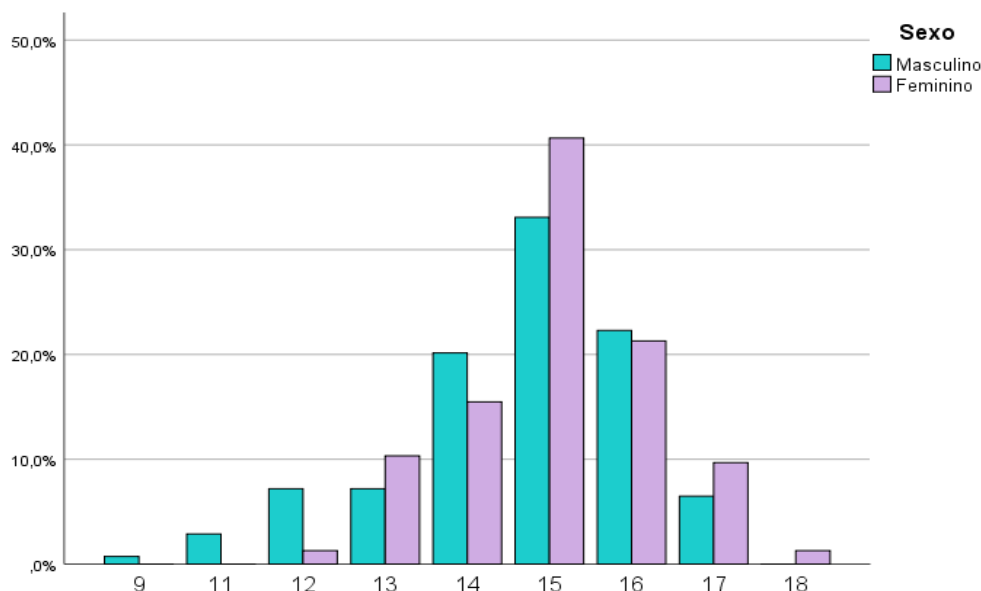
Variável	Categoria	n	% (IC95%)
Você acha que uma pessoa pode pegar aids se transar sem camisinha?	SIM	594	95,3 (93,6-97,0)
	NAO	29	4,7 (0,0-12,4)
Você acha que uma pessoa pode pegar aids se usar os mesmos talheres, pratos e copos de alguém que tem aids?	SIM	262	42,1 (36,1-48,1)
	NAO	361	57,9 (52,8-63,0)
Você acha que uma pessoa pode pegar aids se beijar na boca uma pessoa que tem o vírus da aids?	SIM	319	51,2 (45,7-56,7)
	NAO	304	48,8 (43,2-54,4)
Você acha que uma pessoa pode pegar aids se usar o mesmo banheiro que alguém que tem aids usa?	SIM	234	37,6 (31,4-43,8)
	NAO	389	62,4 (57,6-67,2)
Durante a gravidez ou parto, a mãe pode passar o vírus da aids para a criança?	SIM	521	83,6 (80,4-86,8)
	NAO	102	16,4 (9,2-23,6)
Um bebê pode pegar aids ao receber leite do peito de uma mulher que tem o vírus da aids?	SIM	385	61,8 (56,9-66,7)
	NAO	238	38,2 (32,0-44,4)
Uma pessoa pode pegar aids por picadas de insetos	SIM	207	33,2 (26,8-39,6)

Variável	Categoria	n	% (IC95%)
tipo mosquito, pernilongo ou muriçoca?	NAO	416	66,8 (62,3-71,3)
Uma pessoa pode pegar aids se receber sangue contaminado pelo vírus da aids?	SIM	599	96,1 (94,5-97,7)
	NAO	24	3,9 (0,0-11,6)
Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids se usar a mesma seringa e agulha que outra pessoa usou?	SIM	597	95,8 (94,2-97,4)
	NAO	26	4,2 (0,0-11,9)
Uma criança pode pegar aids se brincar com outra criança que tem o vírus?	SIM	81	13,0 (5,7-20,3)
	NAO	542	87,0 (84,2-89,8)

Fonte: Dados da pesquisa (Natal/RN, Brasil, 2020).

No que diz respeito às práticas sexuais, 316 adolescentes referiram ter realizado sua primeira relação sexual. A idade da iniciação à prática sexual variou entre 9 a 18 anos, com predominância daqueles na faixa etária entre 14 e 17 (Figura 5). No que concerne ao uso de preservativo na primeira relação, a maioria referiu ter utilizado, contudo, dos que mantém a sexualidade ativa nos últimos seis meses, apenas 31,3% fizeram o uso do preservativo (Tabela 4).

Figura 5 - Percentual da idade do início a prática sexual dos adolescentes escolares de acordo com a variável “sexo” (n= 316)



Fonte: Dados da pesquisa (Natal/RN, Brasil, 2020).

No tocante comportamento sexual de risco, a maior proporção prefere manter a prática sexual com parceiros fixos e utilizam o preservativo como meio de prevenção das IST. Porém, prevalece uma parcela expressiva que não utiliza preservativos nas atividades sexuais. No que diz respeito ao consumo de bebida alcoólica, 15,5% dos sujeitos relataram tê-la ingerido na última vez que transaram. (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos valores absolutos e porcentagens dos adolescentes que iniciaram a prática sexual em relação às perguntas contextuais do questionário QSAP (n= 316)

Variável	Categoria	n	% (IC95%)
Você já transou alguma vez?	SIM	316	50,7 (45,2-56,2)
	NAO	307	49,3 (43,7-54,9)
Quantos anos você tinha quando transou pela primeira vez?	9 a 13	43	13,6 (3,4-23,8)
	14 a 17	249	78,9 (73,8-84,0)
	18	2	0,6 (0,0-11,3)
	NÃO RESPONDEU	22	7,0 (0,0-17,7)
Você usou camisinha quando transou pela primeira vez?	SIM	193	61,1 (54,2-68,0)
	NAO	118	37,3 (28,6-46,0)
	NÃO RESPONDEU	5	1,6 (0,0-12,6)
Você transou nos últimos seis meses?	SIM	243	76,9 (71,6-82,2)
	NAO	68	21,5 (11,7-31,3)
	NÃO RESPONDEU	5	1,6 (0,0-12,6)
Você transou com camisinha todas às vezes nos últimos seis meses?	SIM	99	31,3 (22,2-40,4)
	NAO	144	45,6 (37,5-53,7)
	NÃO RESPONDEU	73	23,1 (13,4-32,8)
Você transou com mais de seis pessoas nos últimos seis meses?	SIM	19	6,0 (0,0-16,7)
	NAO	224	70,9 (65,0-76,8)
	NÃO RESPONDEU	73	23,1 (13,4-32,8)
Você transou com alguém que você considere um parceiro fixo ou parceira fixa, ou seja marido, mulher, companheiro, companheira, noivo, noiva, namorado, namorada ou amante?	SIM	198	62,7 (56,0-69,4)
	NAO	45	14,2 (4,0-24,4)
	NÃO RESPONDEU	73	23,1 (13,4-32,8)
A sua última transa com essa pessoa foi usando camisinha?	SIM	91	28,8 (16,5-38,1)
	NAO	106	33,5 (24,5-42,5)
	NÃO RESPONDEU	119	37,7 (29,0-46,4)

Variável	Categoria	n	% (IC95%)
Você transou com alguém que você considere um parceiro eventual ou esquema, ou seja, alguém com quem você ficou?	SIM	139	44,0 (35,7-52,3)
	NAO	102	32,3 (23,2-41,4)
	NÃO RESPONDEU	75	23,7 (14,1-33,3)
A sua última transa com essa pessoa foi usando camisinha?	SIM	80	25,3 (15,8-34,8)
	NAO	58	18,4 (8,4-28,4)
	NÃO RESPONDEU	178	56,3 (49,0-63,6)
Nestes últimos seis meses, você pagou para transar com alguém?	SIM	9	2,8 (0,0-13,6)
	NAO	224	70,9 (65,0-76,8)
	NÃO RESPONDEU	83	26,3 (16,8-35,8)
Nestes últimos seis meses você recebeu dinheiro, drogas ou presente para transar com alguém?	SIM	7	2,2 (0,0-13,1)
	NAO	235	74,4 (68,8-80,0)
	NÃO RESPONDEU	74	23,4 (13,8-33,0)
A sua última transa com essa pessoa foi usando camisinha?	SIM	3	0,9 (0,0-11,6)
	NAO	4	1,3 (0,0-12,4)
	NÃO RESPONDEU	309	97,8 (96,2-99,4)
Você teve algum tipo de ferida no pênis ou vagina nos últimos seis meses?	SIM	11	3,5 (0,0-14,4)
	NAO	225	71,2 (65,3-77,1)
	NÃO RESPONDEU	80	25,3 (15,8-34,8)
Você procurou o serviço de saúde por causa da ferida no pênis ou vagina?	SIM	4	1,3 (0,0-12,4)
	NAO	8	2,5 (0,0-13,3)
	NÃO RESPONDEU	304	96,2 (94,1-98,3)
Você teve algum corrimento pelo canal da urina nos últimos seis meses	SIM	31	9,8 (0,0-20,3)
	NAO	190	60,1 (53,1-67,1)
	NÃO RESPONDEU	95	30,1 (20,9-39,3)
Você procurou o serviço de saúde por causa do corrimento pelo canal da urina?	SIM	15	4,7 (0,0-15,4)
	NAO	21	6,6 (0,0-17,2)
	NÃO RESPONDEU	280	88,6 (84,9-92,3)
Você usou bebida alcoólica na última vez que transou?	SIM	49	15,5 (5,4-25,6)
	NAO	180	57,0 (49,8-64,2)
	NÃO RESPONDEU	87	27,5 (18,1-36,9)
Você usou alguma droga na última vez que transou? Maconha ou cocaína ou crack ou outra droga?	SIM	21	6,6 (0,0-17,2)
	NAO	218	69,0 (62,9-75,1)

Variável	Categoria	n	% (IC95%)
	NÃO RESPONDEU	77	24,4 (14,8-34,0)

Fonte: Dados da pesquisa (Natal/RN, Brasil, 2020).

Foram realizadas análises estatísticas das propriedades psicométricas da escala, através do *Alfa de Cronbach* (Tabela 5) e da Análise Fatorial por Componentes Principais (Tabela 6).

Tabela 5 – Análise *Alfa de Cronbach* baseado em 10 itens padronizados relacionados aos saberes do QSAP

Variável	Média do item	Valor de Alfa de Cronbach se o item for excluído
Você acha que uma pessoa pode pegar aids se transar sem camisinha?	6,60	0,378
Você acha que uma pessoa pode pegar aids se usar os mesmos talheres, pratos e copos de alguém que tem aids?	6,98	0,198
Você acha que uma pessoa pode pegar aids se beijar na boca uma pessoa que tem o vírus da aids?	7,07	0,240
Você acha que uma pessoa pode pegar aids se usar o mesmo banheiro que alguém que tem aids usa?	6,93	0,295
Durante a gravidez ou parto, a mãe pode passar o vírus da aids para a criança?	6,72	0,379
Um bebê pode pegar aids ao receber leite do peito de uma mulher que tem o vírus da aids?	6,94	0,488
Uma pessoa pode pegar aids por picadas de insetos tipo mosquito, pernilongo ou muriçoca?	6,89	0,378
Uma pessoa pode pegar aids se receber sangue contaminado pelo vírus da aids?	6,60	0,360
Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids se usar a mesma seringa e agulha que outra pessoa usou?	6,60	0,363
Uma criança pode pegar aids se brincar com outra criança que tem o vírus?	6,69	0,306

Fonte: Dados da pesquisa (Natal/RN, Brasil, 2020).

Na análise de *Alfa de Cronbach* baseado em itens padronizados, obtemos um resultado de 386 em 10 itens analisados. A média de cada item variou de 0,198 a 0,379, descritos na tabela 5. Excluindo-se o item “Um bebê pode pegar aids ao receber leite do peito de uma mulher que tem o vírus da aids?”, teremos um valor de *Alfa de Cronbach* de **0,488**, que não é significativo, pois apresenta valor razoável. Neste tocante, sugere-se fortemente a existência da fidedignidade do instrumento que se mostrou útil para avaliar o grau de conhecimento acerca do HIV/aids e o risco decorrente do desconhecimento, entre estudantes.

Os 10 itens remanescentes apresentaram os requisitos exigidos para o desenvolvimento da AFE, apresentando para a estatística KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*), o valor de 0,639, considerado adequado. O teste de esfericidade de *Bartlett* foi significativo (Qui^2 : 762.479; GL: 45; valor de “p” <0,001), sendo o total de observações de 623 indivíduos e uma variância total acumulada de 0.763. Esses dados mostrou a adequabilidade do modelo, permitindo a realização da análise do ponto de vista estatístico.

A interpretação dos resultados indicou que a geração de quatro fatores foi uma boa estrutura para explicação dos dados, onde, a carga fatorial e os escores estão ilustrados na Tabela 6.

Os quatro domínios descritos, foram criados através correlações existentes entre as variáveis advindas dos conhecimentos relacionados ao HIV/aids. O primeiro fator intitulado como “Estilo de vida/hábitos”, foi composto pelas variáveis: Você acha que uma pessoa pode pegar aids se usar os mesmos talheres, pratos e copos de alguém que tem aids? Você acha que uma pessoa pode pegar aids se beijar na boca uma pessoa que tem o vírus da aids? Você acha que uma pessoa pode pegar aids se usar o mesmo banheiro que alguém que tem aids usa? Uma criança pode pegar aids se brincar com outra criança que tem o vírus?

No segundo fator que abordou as “atitudes preventivas”, foram agrupadas as variáveis: Você acha que uma pessoa pode pegar aids se transar sem camisinha? Uma pessoa pode pegar aids se receber sangue contaminado pelo vírus da aids? Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids se usar a mesma seringa e agulha que outra pessoa usou?

No que se refere ao terceiro fator “formas de transmissão endógenas”, as variáveis foram inseridas foram: Durante a gravidez ou parto, a mãe pode passar o vírus da aids para a criança? Um bebê pode pegar aids ao receber leite do peito de uma mulher que tem o vírus da aids? E por fim, o quarto fator “formas de transmissão exógenas” foi constituído pela variável: Uma pessoa pode pegar aids por picadas de insetos tipo mosquito, pernilongo ou muriçoca?

Tabela 6 – Resultado da Análise Fatorial por Componentes Principais para as variáveis relacionadas aos saberes do QSAP

Variável	Fator 1 Estilo de vida/hábitos	Fator 2 Atitudes preventivas	Fator 3 Formas de transmissão endógenas	Fator 4 Formas de transmissão exógenas
Você acha que uma pessoa pode pegar aids se transar sem camisinha?	-0,164	0,638	-0,155	0,472
Você acha que uma pessoa pode pegar aids se	0,904	0,020	-0,082	0,084

usar os mesmos talheres, pratos e copos de alguém que tem aids?				
Você acha que uma pessoa pode pegar aids se beijar na boca uma pessoa que tem o vírus da aids?	0,833	-0,061	-0,081	0,097
Você acha que uma pessoa pode pegar aids se usar o mesmo banheiro que alguém que tem aids usa?	0,668	-0,263	0,047	0,223
Durante a gravidez ou parto, a mãe pode passar o vírus da aids para a criança?	0,050	0,171	0,870	-0,142
Um bebê pode pegar aids ao receber leite do peito de uma mulher que tem o vírus da aids?	-0,376	0,092	0,786	0,070
Uma pessoa pode pegar aids por picadas de insetos tipo mosquito, pernilongo ou muriçoca?	0,158	-0,116	-0,052	0,878
Uma pessoa pode pegar aids se receber sangue contaminado pelo vírus da aids?	0,065	0,895	0,204	-0,096
Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids se usar a mesma seringa e agulha que outra pessoa usou?	0,034	0,916	0,108	-0,092
Uma criança pode pegar aids se brincar com outra criança que tem o vírus?	0,796	0,273	-0,150	-0,082
Variância atribuível	2.792	2.244	1.492	1.109

Fonte: Dados da pesquisa (Natal/RN, Brasil, 2020).

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos fatores categorizados entre as variáveis sociodemográficas. Houve uma maior média de acertos das questões do fator “atitudes preventivas” entre todas as variáveis apresentadas. Após a aplicação dos procedimentos estatísticos, pode-se constatar que as variáveis sociodemográficas, econômicas, conhecimentos e crenças, influenciam a vulnerabilidade individual dos jovens e que estas mesmas variáveis inter-relacionam-se.

No que se refere ao fator 1, pode-se perceber que quanto ao sexo, houve pouca diferença na média de acertos, com pequena sobressaliência em relação ao sexo masculino. Também obtiveram maiores médias de acerto aqueles com companheiro, cursando o 2º ano, de cor branca e adepto a alguma religião. Aqueles que moravam sozinhos e tinham quatro filhos ou mais, também obtiveram maiores médias de acerto. Em relação aos dados sociodemográficos dos pais, as maiores médias de acertos foram para aqueles não casados e com ensino superior completo. Quando analisados os dados referentes ao poder aquisitivo, encontramos médias superiores naqueles com casa própria, que exerciam atividade

remunerada durante os estudos, que era o principal responsável pelo sustento familiar e que recebiam ajuda de Programas Sociais do Governo Federal.

No que diz respeito à média de acertos entre o fator 2 e as variáveis socioeconômicas e sociodemográficas, predominaram os adolescentes do sexo feminino, com companheiro, cursando o 2º ano, de cor não branca, não adepto às religiões, morando com esposo/companheiro (a) e que tinham de 1 a 3 filhos. No que concerne aos dados relativos aos pais dos entrevistados, as maiores médias foram dos sujeitos com pais não casados e que tinham ensino fundamental. Em se tratando dos dados relacionados ao poder aquisitivo, os maiores valores encontrados se referiam aos adolescentes com casa não própria, que trabalhavam a menos de um ano durante os estudos, que eram responsáveis pelo próprio sustento familiar e que tinham renda mensal média de até R\$ 510,00.

No 3º fator, obtiveram maiores médias de acerto aqueles pertencentes ao sexo feminino, sem companheiro, cursando o 3º ano, de cor branca, não adepto às religiões, morando sozinho e sem filhos. Em referencia aos dados dos pais, as maiores médias encontradas foram referentes aos adolescentes com pais casados, com mães que tinham ensino superior completo e os pais com ensino fundamental incompleto. Observaram-se também médias superiores nos indivíduos com casa própria, que trabalhou de 1 a 3 anos durante os estudos, que tinham os irmãos como principal responsável pelo sustento familiar e que recebiam ajuda de Programas Sociais do Governo Federal.

Por fim, no 4º fator, identificamos um maior número de acertos nos adolescentes do sexo masculino, com companheiro, cursando o 2º ano, de cor não branca, adepto a alguma religião, residindo com esposo/companheiro (a) e sem filhos. Nos dados relativos aos pais, prevaleceram àqueles com pais casados e que tinham o ensino superior completo. Nas variáveis referentes ao poder aquisitivo, as maiores médias foram oriundas dos entrevistados com casa não própria, que não trabalharam durante os estudos, que tinham o esposo (a) como o principal responsável pelo sustento familiar e que tinham renda mensal média de R\$ 510,00 a R\$ 1530,00.

Tabela 7 – Distribuição dos fatores encontrados de acordo com variáveis sociodemográficas e econômicas

Variável	Fator 1 Estilo de vida/hábitos		Fator 2 Atitudes preventivas		Fator 3 Formas de transmissão endógenas		Fator 4 Formas de transmissão exógenas	
	Média(±)	IC (95%)	Média	IC (95%)	Média	IC (95%)	Média	IC (95%)
Sexo								
Masculino	5,98(0,16)	(5,67-6,30)	8,41(0,08)	(8,27-8,56)	6,33(0,14)	(6,05-6,61)	6,43(0,13)	(6,18-6,69)
Feminino	5,87(0,14)	(5,58-6,15)	8,52(0,07)	(8,38-8,65)	6,64(0,13)	(6,39-6,88)	6,36(0,12)	(6,12-6,59)
Estado Civil								
Com companheiro	6,17(0,43)	(5,34-7,01)	8,51(0,19)	(8,14-8,88)	6,45(0,40)	(5,67-7,23)	6,47(0,37)	(5,75-7,19)
Sem companheiro	5,90(0,11)	(5,69-6,12)	8,47(0,05)	(8,37-8,57)	6,50(0,10)	(6,31-6,69)	6,39(0,09)	(6,21-6,56)
Escolaridade								
1° ano do ensino médio	5,87(0,172)	(5,53-6,21)	8,43(0,082)	(8,27-8,59)	6,35(0,16)	(6,04-6,66)	6,41(0,14)	(6,14-6,68)
2° ano do ensino médio	5,96(0,18)	(5,60-6,31)	8,52(0,085)	(8,36-8,69)	6,50(0,17)	(6,17-6,82)	6,43(0,15)	(6,13-6,72)
3° ano do ensino médio	5,95(0,21)	(5,55-6,36)	8,47(0,099)	(8,28-8,67)	6,73(0,17)	(6,40-7,06)	6,32(0,17)	(5,97-6,66)
Cor/raça								
Afrodescendente	5,33(0,46)	(4,42-6,24)	8,52(0,21)	(8,12-8,93)	6,46(0,33)	(5,81-7,11)	6,66(0,36)	(5,97-7,34)
Branco	6,03(0,16)	(5,73-6,34)	8,43(0,08)	(8,27-8,58)	6,64(0,14)	(6,36-6,91)	6,26(0,14)	(5,99-6,54)
Indígena	5,28(0,79)	(3,73-6,83)	8,59(0,31)	(7,98-9,20)	5,01(0,76)	(3,52-6,50)	6,40(0,54)	(5,34-7,45)
Pardo	5,92(0,16)	(5,61-6,23)	8,50(0,07)	(8,36-8,64)	6,46(0,14)	(6,19-6,73)	6,47(0,12)	(6,23-6,71)
Religião								
Adepto a alguma religião	5,93(0,12)	(5,70-6,16)	8,46(0,06)	(8,35-8,57)	6,48(0,10)	(6,28-6,69)	6,43(0,09)	(6,25-6,62)
Não adepto	5,85(0,28)	(5,31-6,40)	8,54(0,16)	(8,29-8,79)	6,58(0,25)	(6,09-7,07)	6,10(0,26)	(5,59-6,62)
Frequenta cerimônias religiosas								
Frequenta	5,89(0,13)	(5,64-6,13)	8,43(0,06)	(8,30-8,55)	6,53(0,11)	(6,30-6,75)	6,44(0,10)	(6,24-6,64)
Não Frequenta	6,00(0,21)	(5,60-6,41)	8,59(0,07)	(8,45-8,73)	6,42(0,18)	(6,07-6,77)	6,27(0,17)	(5,94-6,60)
Quem mora com você?								
Esposo (a), companheiro (a)	5,80(0,52)	(4,79-6,81)	8,75(0,18)	(8,40-9,11)	5,56(0,51)	(4,55-6,57)	6,54(0,45)	(5,66-7,43)
Moro sozinho	8,99(0,23)	(8,55-9,41)	8,70(0,14)	(8,42-8,97)	6,90(1,64)	(3,68-10,13)	3,80(0,47)	(2,88-4,72)
Filhos, outros parentes, amigos	5,97(0,34)	(5,30-6,65)	8,54(0,13)	(8,28-8,79)	6,31(0,30)	(5,72-6,91)	6,19(0,27)	(5,66-6,72)
Pai e/ou mãe	5,91(0,12)	(5,68-6,13)	8,45(0,06)	(8,34-8,56)	6,56(0,10)	(6,36-6,76)	6,42(0,10)	(6,23-6,60)
Estado conjugal dos pais								
Casados	5,87(0,14)	(5,59-6,15)	8,45(0,07)	(8,31-8,58)	6,50(0,12)	(6,26-6,75)	6,40(0,12)	(6,17-6,62)
Não casados	5,98(0,16)	(5,66-6,30)	8,50(0,07)	(8,36-8,65)	6,49(0,15)	(6,20-6,78)	6,38(0,13)	(6,12-6,65)
Tem filhos? Quantos?								
4 ou mais	6,84(1,45)	(3,99-9,70)	7,96(0,97)	(6,04-9,87)	5,99(0,87)	(4,28-7,70)	3,66(0,39)	(2,90-4,42)
De um a três	5,65(0,33)	(5,00-6,31)	8,53(0,18)	(8,18-8,88)	5,83(0,32)	(5,20-6,45)	6,02(0,31)	(5,42-6,63)
Não tenho filhos	5,94(0,11)	(5,72-6,17)	8,47(0,05)	(8,36-8,57)	6,57(0,10)	(6,38-6,77)	6,45(0,091)	(6,27-6,63)
Até quando sua mãe estudou?								
Não estudou	5,17(0,74)	(3,71-6,62)	8,42(0,53)	(7,37-9,47)	5,82(0,83)	(4,18-7,45)	6,32(0,67)	(5,00-7,64)
Da 1ª à 4ª série do fundamental	5,81(0,25)	(5,32-6,29)	8,61(0,11)	(8,40-8,83)	6,34(0,22)	(5,90-6,78)	6,20(0,21)	(5,79-6,62)
Fundamental completo	6,04(0,18)	(5,69-6,39)	8,47(0,09)	(8,30-8,64)	6,67(0,16)	(6,36-6,98)	6,54(0,15)	(6,25-6,83)
Médio completo	6,03(0,20)	(5,64-6,42)	8,42(0,08)	(8,26-8,59)	6,51(0,17)	(6,18-6,85)	6,39(0,15)	(6,09-6,69)
Superior completo	6,04(0,58)	(4,91-7,17)	8,42(0,23)	(7,96-8,87)	7,05(0,33)	(6,40-7,70)	6,64(0,45)	(5,75-7,53)
Não sei	5,46(0,32)	(4,83-6,09)	8,41(0,19)	(8,04-8,78)	6,02(0,34)	(5,35-6,69)	6,11(0,28)	(5,55-6,67)
Até quando seu pai estudou?								
Não estudou	5,58(0,41)	(4,77-6,39)	8,16(0,29)	(7,60-8,72)	6,59(0,37)	(5,86-7,33)	6,14(0,41)	(5,32-6,95)
Da 1ª à 4ª série do fundamental	5,92(0,22)	(5,49-6,35)	8,52(0,09)	(8,34-8,71)	6,73(0,19)	(6,35-7,11)	6,33(0,19)	(5,96-6,69)
Fundamental completo	6,09(0,19)	(5,73-6,46)	8,56(0,09)	(8,39-8,73)	6,43(0,17)	(6,09-6,77)	6,41(0,15)	(6,10-6,71)
Médio completo	5,94(0,28)	(5,40-6,48)	8,43(0,12)	(8,20-8,66)	6,40(0,23)	(5,95-6,86)	6,50(0,21)	(6,10-6,91)
Superior	7,01(0,58)	(5,86-8,16)	7,62(0,38)	(6,88-8,36)	6,67(0,57)	(5,55-7,79)	6,59(0,43)	(5,73-7,44)

Variável	Fator 1 Estilo de vida/hábitos		Fator 2 Atitudes preventivas		Fator 3 Formas de transmissão endógenas		Fator 4 Formas de transmissão exógenas	
	Média(±)	IC (95%)	Média	IC (95%)	Média	IC (95%)	Média	IC (95%)
completo								
Não sei	5,60(0,25)	(5,11-6,08)	8,55(0,11)	(8,34-8,76)	6,35(0,22)	(5,91-6,79)	6,41(0,19)	(6,03-6,79)
Tipo de residência								
Não própria	5,76(0,21)	(5,35-6,28)	8,58(0,08)	(8,41-8,74)	6,24(0,20)	(5,85-6,63)	6,49(0,17)	(6,15-6,84)
Própria	5,97(0,12)	(5,73-6,22)	8,44(0,06)	(8,32-8,56)	6,58(0,11)	(6,37-6,80)	6,36(0,10)	(6,16-6,56)
Você trabalhou ou teve alguma atividade remunerada durante seus estudos?								
Não	5,93(0,12)	(5,69-6,17)	8,45(0,06)	(8,33-8,57)	6,53(0,11)	(6,32-6,75)	6,43(0,10)	(6,24-6,63)
Sim, 1 a 3 anos	5,26(0,60)	(4,08-6,44)	8,34(0,25)	(7,86-8,83)	6,79(0,42)	(5,96-7,62)	6,27(0,54)	(5,20-7,34)
Sim, mais de 3 anos	6,41(1,35)	(3,76-9,06)	8,55(0,20)	(8,15-8,95)	5,29(1,10)	(3,12-7,46)	6,17(0,88)	(4,44-7,90)
Sim, menos de 1 ano	5,59(0,33)	(4,93-6,24)	8,60(0,14)	(8,35-8,87)	6,35(0,28)	(5,77-6,88)	6,30(0,27)	(5,76-6,84)
Sim, o tempo todo	6,44(0,33)	(5,79-7,09)	8,59(0,11)	(8,37-8,81)	6,35(0,35)	(5,65-7,04)	6,16(0,34)	(5,49-6,84)
Quem é o principal responsável pelo sustento da família?								
Esposo (a)	5,42(0,70)	(4,05-6,79)	8,76(0,16)	(8,45-9,07)	5,72(0,67)	(4,41-7,03)	6,91(0,57)	(5,79-8,03)
Pai ou mãe	5,92(0,12)	(5,69-6,14)	8,43(0,06)	(8,32-8,54)	6,56(0,10)	(6,36-6,76)	6,43(0,09)	(6,25-6,62)
Irmãos	6,45(1,92)	(2,68-10,23)	8,74(0,15)	(8,45-9,04)	7,46(0,61)	(6,27-8,65)	5,87(1,00)	(3,90-7,84)
Outros	5,86(0,34)	(5,20-6,52)	8,74(0,14)	(8,47-9,01)	6,15(0,37)	(5,42-6,88)	5,99(0,30)	(5,39-6,59)
Entrevistado	6,80(0,72)	(5,38-8,22)	8,77(0,22)	(8,33-9,20)	5,45(0,82)	(3,84-7,07)	5,69(0,89)	(3,95-7,44)
Qual é a renda mensal média de sua família hoje?								
Não possui nenhuma renda – vive de ajuda de outros	5,54(0,83)	(3,91-7,18)	8,51(0,32)	(7,89-9,12)	6,59(0,78)	(5,07-8,11)	6,24(0,70)	(4,87-7,62)
Recebe ajuda de Programas Sociais do Governo Federal	6,31(0,42)	(5,49-7,13)	8,47(0,17)	(8,15-8,80)	6,64(0,33)	(5,99-7,29)	6,13(0,30)	(5,53-6,72)
Até R\$ 510,00	5,66(0,30)	(5,08-6,24)	8,54(0,16)	(8,23-8,85)	6,58(0,28)	(6,03-7,13)	6,19(0,26)	(5,68-6,69)
De R\$ 510,00 a R\$ 1530,00	5,92(0,13)	(5,66-6,18)	8,50(0,06)	(8,38-8,62)	6,48(0,12)	(6,24-6,72)	6,49(0,11)	(6,27-6,71)
Acima de R\$ 1.530,00	5,99(0,28)	(5,43-6,54)	8,32(0,14)	(8,04-8,60)	6,41(0,24)	(5,93-6,90)	6,31(0,23)	(5,87-6,76)

Fonte: Dados da pesquisa (Natal/RN, Brasil, 2020).

Ao avaliarmos o grau do conhecimento geral sobre HIV/aids, observa-se que os participantes do sexo feminino (6,16), com companheiro (6,24), cursando o 3º ano do ensino médio (6,19), brancos (6,20), não adeptos (6,15) e não frequentadores de cerimônias religiosas (6,20), morando sozinhos (7,49), com pais não casados (6,17) e filhos de pais com ensino superior completo (6,26/6,34) obtiveram maiores médias de acerto. Tal fato confirma a capacidade psicométrica do instrumento avaliado em medir o conhecimento dos adolescentes acerca do HIV/aids e outras IST (Tabela 8).

Tabela 8 - Resultado da Análise do grau de conhecimento geral por variáveis sociodemográficas e econômicas

Variável	Grau de Conhecimento Geral sobre HIV/aids	
	Média	IC (95%)
Sexo		
Masculino	6,12(0,07)	(5,97-6,25)
Feminino	6,16(0,06)	(6,03-6,28)
Estado Civil		
Com companheiro	6,24(0,18)	(5,89-6,60)
Sem companheiro	6,13(0,05)	(6,04-6,23)
Escolaridade		
1° ano do ensino médio	6,08(0,07)	(5,94-6,23)
2° ano do ensino médio	6,17(0,08)	(6,02-6,32)
3° ano do ensino médio	6,19(0,09)	(6,01-6,38)
Cor/raça		
Afrodescendente	5,92(0,19)	(5,55-6,28)
Branco	6,20(0,07)	(6,06-6,33)
Indígena	5,67(0,32)	(5,05-6,30)
Pardo	6,14(0,07)	(6,01-6,27)
Religião		
Adepto a alguma religião	6,14(0,05)	(6,04-6,24)
Não adepto	6,15(0,12)	(5,91-6,39)
Frequenta cerimônias religiosas		
Frequenta	6,12(0,05)	(6,01-6,23)
Não Frequenta	6,20(0,09)	(6,02-6,37)
Quem mora com você?		
Esposo (a), companheiro (a)	6,02(0,20)	(5,62-6,42)
Moro sozinho	7,49(0,15)	(7,20-7,78)
Filhos, outros parentes, amigos	6,15(0,15)	(5,86-6,44)
Pai e/ou mãe	6,14(0,05)	(6,04-6,24)
Estado conjugal dos pais		
Casados	6,12(0,06)	(5,99-6,24)
Não casados	6,17(0,07)	(6,04-6,31)
Tem filhos? Quantos?		
4 ou mais	6,26(0,71)	(4,86-7,67)
De um a três	5,94(0,14)	(5,66-6,22)
Não tenho filhos	6,16(0,05)	(6,07-6,26)
Até quando sua mãe estudou?		
Não estudou	5,71(0,42)	(4,89-6,53)
Da 1ª à 4ª série do fundamental	6,11(0,10)	(5,92-6,31)
Fundamental completo	6,22(0,08)	(6,06-6,37)
Médio completo	6,17(0,08)	(6,01-6,34)
Superior completo	6,26(0,22)	(5,83-6,70)
Não sei	5,86(0,14)	(5,58-6,13)
Até quando seu pai estudou?		
Não estudou	5,93(0,20)	(5,53-6,33)
Da 1ª à 4ª série do fundamental	6,20(0,09)	(6,01-6,38)
Fundamental completo	6,23(0,08)	(6,07-6,38)
Médio completo	6,12(0,12)	(5,89-6,35)
Superior completo	6,34(0,29)	(5,77-6,91)
Não sei	6,01(0,10)	(5,82-6,21)
Tipo de residência		
Não própria	6,07(0,09)	(5,89-6,24)
Própria	6,16(0,05)	(6,06-6,27)
Você trabalhou ou teve alguma atividade remunerada durante seus estudos?		
Não	6,14(0,05)	(6,04-6,25)
Sim, 1 a 3 anos	5,89(0,25)	(5,39-6,39)

Grau de Conhecimento Geral sobre HIV/aids		
Variável	Média	IC (95%)
Sim, mais de 3 anos	6,16(0,58)	(5,02-7,29)
Sim, menos de 1 ano	6,02(0,14)	(5,74-6,30)
Sim, o tempo todo	6,36(0,13)	(6,10-6,62)
Quem é o principal responsável pelo sustento da família?		
Esposo (a)	5,90(0,26)	(5,38-6,42)
Pai ou mãe	6,14(0,05)	(6,04-6,24)
Irmãos	6,60(0,76)	(5,11-8,09)
Outros	6,14(0,15)	(5,84-6,44)
Entrevistado	6,40(0,36)	(5,69-7,11)
Qual é a renda mensal média de sua família hoje?		
Não possui nenhuma renda – vive de ajuda de outros	6,02(0,33)	(5,37-6,66)
Recebe ajuda de Programas Sociais do Governo Federal	6,32(0,18)	(5,97-6,68)
Até R\$ 510,00	6,07(0,13)	(5,82-6,32)
De R\$ 510,00 a R\$ 1530,00	6,14(0,06)	(6,03-6,26)
Acima de R\$ 1.530,00	6,11(0,12)	(5,87-6,35)

Fonte: Dados da pesquisa (Natal/RN, Brasil, 2020).

6 DISCUSSÃO

Compreender o nível de conhecimento e as práticas relacionadas à vida sexual ainda na adolescência é de extrema importância no sentido de formular estratégias eficazes para prevenir e diagnosticar precocemente o acometimento pelas IST de tal população e o porquê estas ocorrem. Este é o pontapé inicial no sentido de garantir um nível elevado de educação sexual e promover uma boa qualidade de vida nos adolescentes brasileiros.

De acordo com os dados dessa pesquisa, os participantes em sua maioria eram do sexo feminino, com uma média de idade de 16 anos, solteiros, de cor parda, cursavam o 1º ano do ensino médio, residiam com os pais, em casa própria, sem filhos. No que se refere à situação socioeconômica dos adolescentes pesquisados, é possível perceber a predominância de uma renda baixa.

Segundo Oliveira et al.(2015b), a maioria dos adolescentes pesquisados em seu estudo também possuíam baixa renda, ou seja sobreviviam com apenas um salário mínimo, o que na maioria das vezes, pouco dá para suprir as necessidades pessoais. Salientando que a renda familiar é conhecidamente definida como um importante determinante social em saúde, o autor relaciona esse dado com o acesso às informações adequadas sobre a temática, sendo que a ausência pode ocasionar práticas sexuais de risco. Associado a isso, Krabbe et al. (2016) relatam que a ocorrência da primeira relação sexual geralmente não é um evento planejado, podendo ocorrer em algum momento inesperado e sem preparação, deixando os jovens expostos as IST.

A realização de atividades educativas referentes ao tema HIV/aids e outras IST é presente nas instituições de ensino selecionadas para estudo. De acordo com os entrevistados, essas ações são desenvolvidas em sua maioria por professores. Segundo Carvalho, Pinto e Santos (2018) a maioria dos adolescentes afirmou receber informações sobre as IST na escola. Em contrapartida, Silva et al. (2016) evidenciaram que 55% dos adolescentes não receberam orientação sobre HIV/aids na escola, e 81% relataram que tais informações foram ofertadas fora do ambiente escolar. Em relação ao autor das informações fornecidas, 85% dos jovens referiram serem os amigos; 10%, irmãos mais velhos; e 5%, os pais.

Apesar de os dados demonstrarem o contrário do encontrado na presente pesquisa, é válido salientar a importância da inclusão da educação sexual nas escolas, uma vez que esta é indispensável no processo de orientação dos jovens sobre o HIV/aids e outras IST. As informações advindas do ambiente extraescolar podem ser superficiais, carregadas de tabus e

preconceitos, e oriundas de fontes não confiáveis, que também, muitas vezes, não tiveram acesso à educação sexual (SILVA et al., 2016).

A mídia também tem importante participação na aquisição de conhecimentos referentes aos aspectos relacionados à sexualidade, uma vez que a internet assumiu a segunda posição em relação às principais fontes de informações para os jovens das escolas pesquisadas (CRUZ et al., 2018). Esses dados convergem com nosso estudo, visto que foi citado pelos escolares que o principal meio que eles utilizam para adquirir conhecimento sobre as IST é a internet. Entretanto, é imprescindível avaliar o papel da mídia diante da disseminação dessas informações, pois, muitas vezes, informações equivocadas são divulgadas, e nem sempre a abordagem é adequada para a sensibilização dos jovens (CRUZ et al., 2018).

Muitas vezes o jovem é exposto a situações que ainda não são tão bem compreendidas por ele. O fácil acesso às informações como a internet faz com que ele se comporte como adulto, porém ainda não está preparado (KRABBE et al., 2016).

Dessa forma, é iminente a necessidade de programas efetivos de orientação sexual nas escolas com a atenção voltada à saúde integral do adolescente com o intuito de impedir que os jovens se envolvam em situações de vulnerabilidade que possam gerar danos a sua saúde e, assim, proporcionar conhecimento consistente, capaz de gerar um comportamento sexual seguro, saudável e menos exposto a riscos (SILVA et al., 2016, p. 5060).

Parcela significativa dos adolescentes sugere que a realização de campanhas educativas sobre o HIV/aids e outras IST, e a entrega de preservativos por parte dos postos de saúde, seria uma prática positiva na prevenção dessas infecções, uma vez que a realização de palestras ampliou consideravelmente o conhecimento dos entrevistados acerca da temática em questão (COSTA e NUNES, 2017).

A elaboração de oficinas informativas foi determinante no processo de aprendizagem dos alunos, promovendo momentos de discussões e reflexões sobre as atitudes dos escolares frente aos fatores de risco, sintomas, prevenção e formas de transmissão do HIV/aids e outras IST. Além disso, buscou-se estimular a adesão aos comportamentos sexuais seguros (ANGELIM et al., 2016).

Uma das alternativas para promover a educação em saúde é através da utilização da metodologia da educação por pares (EP). Essa estratégia é vista como positiva, pois se trata de uma abordagem entre pessoas da mesma idade e que convivem nos mesmos espaços, estimulando a proatividade dos adolescentes, ao propor que os mesmos busquem novos conhecimentos e compartilhem com seus pares. Dentre os espaços para ocorrência dessa

discussão, o ambiente domiciliar e o escolar são significativos para o processo educativo na adolescência, pois possibilitam a construção de um diálogo mais efetivo, tranquilo e natural entre os pares, além de propiciar o desenvolvimento de diversas estratégias que envolvam a família, os professores e os adolescentes (SANTOS et al., 2017b).

Construir espaços de diálogo entre adolescentes, jovens, professores, profissionais de saúde e comunidade é, comprovadamente, uma importante ferramenta para construir uma resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade ao HIV/aids e outras IST. Para tanto, as ações desenvolvidas devem ir além da dimensão cognitiva, levando em consideração os aspectos subjetivos, questões relativas às identidades e às práticas afetivas e sexuais no contexto das relações humanas, respeitando a cultura e os direitos humanos (BRASIL, 2006).

É necessário compreender que os adolescentes são detentores de saberes e práticas que devem ser respeitadas e valorizadas na construção do conhecimento. Nesse sentido, o planejamento e a realização de ações devem considerar diferentes metodologias pedagógicas que favoreçam sua participação e incrementem o exercício da cidadania em todas as etapas de implantação e implementação de projetos direcionados aos mesmos (BRASIL, 2006).

Torna-se imprescindível que os profissionais da saúde e da educação formulem estratégias para disseminar o conhecimento acerca do HIV/aids e outras IST junto aos adolescentes, a fim de que os mesmos adotem comportamentos seguros em suas relações sexuais. Prontamente, a construção de práticas educativas nas escolas dará oportunidade aos adolescentes de questionarem, se envolverem e participarem, trabalhando suas próprias dúvidas, aprendendo sobre o assunto, e com isso se prevenindo contra essas infecções (SOUZA, 2018).

Nessa conjuntura, faz-se necessário proporcionar uma maior aproximação desse segmento social com os serviços de saúde, fazendo com que eles se sintam à vontade para procurar auxílio e buscar informações. Além disso, é importante incentivar as discussões em sala de aula acerca de temas considerados tabus sociais, como a sexualidade, e desvincular-se da ideia de que o conteúdo deve ser trabalhado de forma unilateral, ou seja, transmitido dos docentes para os discentes, permitindo, assim, a participação ativa dos indivíduos em formação nessas importantes discussões que exercem influência em seu estilo de vida (CIRIACO et al., 2019).

Dessa forma, esses sujeitos poderão ampliar a sua autonomia para escolhas conscientes. A educação sexual é uma responsabilidade compartilhada entre educadores e profissionais de saúde, além dos pais ou responsáveis, que podem realizar esses diálogos

quando se sentem à vontade e aptos a conversarem com seus filhos sobre o assunto (QUEIROZ et al., 2016).

No que se refere à dimensão “saberes” presentes no QSAP acerca do HIV/aids e outras IST, a maioria dos entrevistados responderam corretamente as questões elencadas para análise univariada.

De acordo com a PCAP de 2004, 85,3% da população brasileira com idade entre 15 a 54 anos concorda que o risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais com parceiro fiel e não infectado; 92,2% afirma que uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV; 96,3% refere que usar preservativo é a maneira mais eficaz para evitar a transmissão do HIV nas relações sexuais; 66,8% sabe que uma mulher grávida infectada pelo HIV e que recebe tratamento durante a gravidez, no momento do parto diminui o risco de transmissão vertical; 95,4% sabe que a aids não tem cura e concorda que o tratamento melhora a condição de vida de uma pessoa infectada pelo HIV, contudo, não destrói o vírus de forma definitiva (BRASIL, 2005d).

Embora a maioria dos participantes do estudo tenha apresentado um bom nível de conhecimento relacionado à IST, algumas questões importantes ainda se localizam em nível crítico, como a questão de contrair HIV ao utilizar os mesmos talheres ou banheiro de pessoas contaminadas, que obtiveram mais de 40% em respostas equivocadas. Essa ausência de informações pode ser atribuída à inexistência de diálogos com a família ou programas eficazes de orientação sexual. Neste período se dá a descoberta do prazer, da sexualidade, sem que na maioria das vezes o adolescente conheça seu corpo ou métodos de prevenção disponíveis (LINHARES; ASSIS; MANGIAVACCHI., 2018).

Silva et al. (2016) constataram, em um estudo realizado com 222 adolescentes em uma escola pública na cidade de Natal/RN, que a maioria dos adolescentes desconhece a possibilidade do contágio do HIV/aids e outras IST por meio do sexo oral, transmissão vertical e do leite materno, além da probabilidade de uma pessoa de aparência saudável poder estar contaminada com o HIV. Evidenciou-se, também, que dentre os participantes do estudo que já tiveram relação sexual, parcela significativa vivenciou pelo menos uma relação sexual sem o uso do preservativo; alguns continuam não utilizando; e outros não consideram necessária a utilização com companheiros confiáveis.

Em outro estudo, foi identificado que os adolescentes possuem conhecimentos insatisfatórios sobre as IST e mais da metade dos estudantes acreditam ser impossível ter a chance de serem contaminados por essas infecções. Observou-se ainda a falta de informação por parte dos entrevistados sobre os meios de transmissão do HIV. Alguns jovens

demonstraram desconhecer determinados meios de contágio e outros mencionaram o contágio por formas equivocadas, como o beijo e o uso comum de sanitários (SOUZA et al., 2018).

A disseminação de conceitos errôneos sobre a contaminação pelas IST pode gerar comportamentos preconceituosos com relação aos portadores da infecção, contribuindo para formação de estigmas nesses jovens, o que pode levar a sequelas psicológicas e sociais na vida do adolescente (CRUZ et al., 2018).

Nesta perspectiva, é imprescindível que os mesmos sejam orientados a se prevenirem das possíveis infecções, buscando mudanças em seus hábitos. Para tal, as informações relativas ao autocuidado e prevenção devem ser ofertadas desde cedo, através de um diálogo aberto, sem preconceitos e que possibilitem a estes jovens expressarem suas dúvidas e anseios (LINHARES; ASSIS; MANGIAVACCHI., 2018).

A maioria dos adolescentes que participaram do estudo iniciou a prática sexual precocemente. Acredita-se que tal fato ocorra devido a adolescência ser a fase em que afloram seus sentidos, conhecimentos, descobertas e curiosidades, que, se não sanadas de forma correta, podem contribuir para o aumento da exposição ao HIV/aids e outras IST (ALVES e OLIVEIRA, 2017), uma vez que estes jovens não possuem informações sólidas que os levem a incorporar práticas de prevenção (LINHARES; ASSIS; MANGIAVACCHI, 2018).

Os dados corroboram com a literatura, que aponta a média de idade do início da vida sexual aos 14 anos, com amplitude de 12 a 17 anos para as meninas e de 7 a 16 para os meninos. 61,8% dos estudantes tiveram sua primeira relação sexual no intervalo entre 13 e 15 anos. O uso do preservativo foi relatado por apenas 39% dos discentes sexualmente ativos, enquanto 61% não o utilizaram (SOUZA, 2018).

Na Pesquisa de Conhecimento, Atitude e Prática de 2008, a atividade sexual foi relatada por 77,6% dos jovens de 15 a 24 anos. 14,6% dos jovens relataram maior frequência de múltiplos parceiros no último ano, 43,5% relataram que tiveram parceiros casuais nos últimos 12 meses e 6,5% que tiveram relação sexual com pessoas que conheceram pela internet (BRASIL, 2011).

Na PCAP realizada em 2011, observou-se que 75% da população jovem havia iniciado a prática sexual, sendo 35% antes dos 15 anos de idade. Quanto ao número de parceiros sexuais, as maiores proporções de pessoas com mais de uma parceria na vida foram observadas nos indivíduos com idade entre 25 e 34 anos (77,1%), seguido dos jovens entre 15

a 24 anos (70,7%), sendo estes os com maior percentual entre os que tiveram relação sexual com indivíduos do mesmo sexo (8,8%) (BRASIL, 2016b).

O presente estudo evidenciou que os adolescentes preferem manter as práticas sexuais com parceiros fixos e utilizam o preservativo como meio de prevenção das IST. A preferência por manter relações sexuais com parceiros fixos pode estar associada à visão de ter um relacionamento estável como um aspecto para o início da vida sexual, no sentido de conhecer seu parceiro. Contudo, os adolescentes compreendem que o futuro é incerto, fator que pode estar vinculado à multiplicidade de parceiros (BESERRA et al., 2017).

Souza et al. (2018) referem que, dos adolescentes iniciados sexualmente, a maioria relatou possuir relacionamento estável (48,61%) e outros jovens relataram não possuir parceiro (33,33%). 13,89% dos entrevistados referiu ter um relacionamento instável e 4,17% referiu ter múltiplos parceiros. Segundo Souza et al. (2017), no tangente sexo, os meninos demonstraram vida sexual mais ativa que as meninas, entretanto, estas tiveram maior representatividade de parceiros fixos nas relações.

O fato de os adolescentes pensarem que conhecer o parceiro sexual elimina os riscos de adquirir uma IST é um agravante, visto que as infecções têm um período de latência para o aparecimento de sintomas, além de formas subclínicas, não perceptíveis ao contato sexual (COSTA; SILVA; NASCIMENTO, 2018).

No que se refere ao uso consistente do preservativo, verificou-se que 64,2% dos jovens sexualmente ativos entre 15 e 24 anos utilizaram o insumo na primeira relação sexual. O seu uso variou conforme o grau de instrução: quanto maior a escolaridade dos entrevistados, maior a sua utilização. Dos adolescentes que estudavam, 27,2% tiveram acesso aos preservativos na escola, sendo esse percentual maior entre os homens (30,2%). Os jovens que não exerciam atividade remunerada e aqueles que utilizavam a internet tiveram mais acesso aos preservativos nas instituições de ensino (BRASIL, 2016b).

Enquanto 68,2% dos indivíduos de 15 a 24 anos das classes econômicas mais altas declararam ter utilizado preservativo na primeira relação sexual, a proporção entre aqueles pertencentes às classes econômicas mais baixas foi de 52,4%. Em relação ao uso do preservativo na primeira e na última relação sexual, houve redução de 25,9% no uso do insumo (BRASIL, 2011). No que concerne à faixa etária, o acesso ao insumo mostrou-se maior entre os jovens (76,9%), sendo mais prevalente entre os homens do que entre as mulheres e aqueles sem companheiro (BRASIL, 2016b).

A respeito de como obtiveram o preservativo, a maior parte dos adolescentes respondeu que comprava, uma pequena parcela o procurava em postos de saúde (SOUZA, et al., 2017). Dados de outra pesquisa demonstraram que, um baixo percentual de adolescentes afirmou já ter procurado alguém da saúde pra buscar informações sobre o assunto e a maioria relatou nunca ter procurado esses profissionais (MIRANDA; SOUZA, 2020). Esse comportamento nos faz perceber que existe um distanciamento entre os jovens e as unidades básicas, o que dificulta a geração de vínculo entre as equipes de saúde com esse segmento social, contribuindo para a não aquisição de conhecimentos corretos acerca da temática e formação de práticas seguras.

Apesar de o resultado do estudo inferir que alguns adolescentes utilizam o preservativo nas suas relações sexuais, os demais que não se previnem estão expostos e vulneráveis às IST, por ignorância e despreocupação com os riscos de uma futura infecção. Nesse sentido, tem-se a necessidade de compreender o porquê da não adesão, pois, através dessas respostas, poderão ser criadas estratégias de orientação sobre o benefício do uso do preservativo, com vistas a consolidar o tema para todos os indivíduos, principalmente para aqueles adolescentes que menos aderem (SOUZA, 2018).

Em uma pesquisa realizada em Portugal com 1037 adolescentes, que teve como objetivo principal compreender e caracterizar os fatores ligados aos riscos e fatores ligados à proteção e aos cenários que envolvem o adolescente no âmbito dos comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao HIV/aids, observou-se que, quanto ao uso do preservativo, os entrevistados apontam que deve ser utilizado numa relação “esporádica” mas não numa relação “séria”, uma vez que seu uso pode ser atribuído a uma quebra de confiança e ausência do prazer sexual. Os rapazes relatam que é o homem que deve trazer e colocar o preservativo durante o ato e avaliam negativamente uma mulher que tenha essa atitude. (GASPAR, et al., 2006).

Ramos et al., (2018), relatam que em relação ao conhecimento sobre os métodos contraceptivos por adolescentes do sexo feminino, verificou-se que grande parte das entrevistadas inferiram ter informações acerca do tema, inclusive o método mais conhecido é o preservativo masculino, porém, apesar da maioria possuir informações, o uso dos métodos não superou sequer o número de adolescentes que afirmou já ter iniciado a vida sexual. Dentre as respostas citadas para o não uso do preservativo na população feminina, as mais frequentes foram: serem casadas, utilização de anticoncepcionais orais, diminuição do prazer e a não permissão por parte da religião (SOUZA, et al., 2017).

A despeito de vivenciarmos uma época liberal, alguns estigmas estão enraizados na cultura da sociedade. Observamos que as mulheres ainda são reprimidas quanto ao uso dos métodos anticoncepcionais, tanto por parte da religião, quanto pelos homens, que dificultam o poder de negociação desses métodos pelas mulheres. Também observamos paradigmas quanto ao número de parceiros sexuais, enquanto os homens preferem manter relações eventuais com múltiplas parceiras, as mulheres são mais reservadas. Diante esse cenário, “diferenças entre os comportamentos sexuais de homens e mulheres devem ser considerados nos planejamentos de políticas de prevenção e controle de DST” (CARVALHO et al., 2015p.99).

A maior ou menor adesão dos adolescentes às práticas de saúde é importante não só pelo seu bem-estar físico e psicológico, mas também pelo efeito de modelagem que esses comportamentos provocarão em outros jovens, e mais adiante, nos estilos de vida adotados quando se tornarem adultos. Muito do que o ser humano é, pensa e faz, foi aprendido ou consolidado na segunda década da vida, o que confere uma importância específica aos programas dirigidos aos adolescentes (GASPAR, et al., 2006).

Este estudo também buscou validar o questionário QSAP, para que através dessa medida pudesse ser garantida a confiabilidade do instrumento e dos dados oriundos da pesquisa. As análises estatísticas selecionadas foram o *Alfa de Cronbach*, considerada a medida mais comum de confiabilidade (FIELD, 2009) e a Análise Fatorial, estratégias muito utilizadas em diversos estudos que buscam analisar a validade de construtos (ESPINOZA- VENEGAS et al., 2015; TENORIO et al., 2019).

O conhecimento acerca do HIV/aids pelos jovens tem sido apontado como fator crucial para a recessão da incidência desse problema na sociedade atual (OKAMOTO et al., 2016). A importância da validação de um instrumento que seja eficaz para a avaliação desse conhecimento se faz necessária para que possam ser fornecidos suportes teórico-metodológicos que auxiliem futuros estudos na área (LEITE et al., 2018).

Os dados sugeriram uma boa consistência interna e homogeneidade dos itens analisados. A análise também apresentou a contribuição de cada item para a construção das escalas. No tocante à análise dos fatores selecionados em suas subescalas, os resultados apresentaram valores que variaram entre 0,638 e 0,916, sugerindo uma confiabilidade interna de moderada à quase perfeita (VIEIRA, 2011).

A análise fatorial apresentou a construção de quatro fatores, demonstrando como os itens tendem a se agrupar, onde o primeiro fator, intitulado “Estilos de vida/hábitos” apresentou em sua composição um maior número de variáveis, alcançando quatro das dez

variáveis analisadas. E, apesar de o último fator, intitulado “Formas de transmissão exógena” ter sido composto apenas por uma variável, esta apresentou uma alta consistência, apresentando o valor Alfa de 0,878. Dessa forma, considera-se que o “Questionário de Saberes, Atitudes e Práticas (QSAP)” apresentou validade e confiabilidade interna para aplicação em adolescentes, na investigação acerca do conhecimento sobre HIV/aids.

A utilização dessa técnica estatística no presente estudo permitiu que os itens do questionário pudessem ser divididos em dimensões latentes, permitindo uma melhor compreensão acerca do conhecimento aferido por cada pergunta do instrumento. Além disso, possibilitou que pudéssemos entender como se deu a distribuição desses conhecimentos a partir das variáveis independentes.

Na avaliação do grau geral do conhecimento sobre HIV/aids, os participantes do sexo feminino obtiveram maiores médias de acerto. Esse resultado é semelhante a outro estudo realizado em escolas públicas na cidade de Caxias/MA. De acordo com Carvalho, Pinto e Santos (2018), dos 195 adolescentes escolares entrevistados, 171 (87,7%) responderam conhecer as IST, dos quais 99 (57,9%) eram do sexo feminino, com diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo masculino ($P < 0,0001$).

Esses dados evidenciam que os meninos apresentam maior perfil de vulnerabilidade em relação às meninas, evidenciando a necessidade de consolidação de políticas educacionais e de saúde, assim como do adolescente e do homem com foco nas representações de gênero, visando construtos que subsidiem estes adolescentes a assumirem atitudes e práticas sexuais mais seguras e livres de ideias preconcebidas em relação ao gênero desigual (Oliveira et al., 2017). Em contrapartida, Genz et al. (2017) abordam em seu estudo que os meninos apresentam maior nível de conhecimento em relação às IST do que as meninas ($P = 0,002$).

Aqueles que estavam cursando o 3º ano do Ensino Médio no momento da pesquisa também foram mais assertivos. Amoras, Campos e Beserra (2015) referem que a baixa escolaridade deixa os adolescentes mais vulneráveis aos riscos oriundos das IST. Carvalho, Pinto e Santos (2018) observaram que os adolescentes com idade entre 16 e 19 anos tinham maior conhecimento sobre as IST, o que aponta que esse nível de conhecimento aumenta com o passar dos anos.

Na categoria cor/raça, encontramos médias superiores nos adolescentes de cor branca. Pereira e Taquete (2016) realizaram um estudo com 418 alunas que cursavam o ensino médio em três escolas de diferentes perfis na cidade do Rio de Janeiro, e os resultados apontaram que as estudantes da escola estadual eram predominantemente de cor negra,

sexualmente mais ativas, seus responsáveis apresentaram menor escolaridade e viviam em piores condições de moradia. Estas tiveram ainda um maior número de gestações, de parceiros, de abortamentos e de histórico de violência sexual. Esses dados vão ao encontro do nosso estudo, pois verificou-se menores médias de acertos naqueles adolescentes com pais que possuíam menor escolaridade.

Na presente pesquisa, os entrevistados que moravam sozinhos apresentavam maior nível de conhecimento. Neves et al. (2017) refeririam que adolescentes que não moravam com os pais apresentaram uma tendência maior ao comportamento sexual de risco, discordando do nosso achado.

A presença do companheiro também foi um dos fatores para maiores médias de acertos. Dados de um estudo anterior divergem dos nossos resultados: segundo Pinto et al. (2018), viver com companheiro não se mostrou como fator de proteção para as IST. Indivíduos que vivem com companheiro, em geral, não têm autopercepção de vulnerabilidade para IST e, por consequência, podem deixar de se proteger adequadamente.

Como limitações, o estudo foi realizado apenas com adolescentes das escolas públicas, apresentando níveis semelhantes de educação, tornando a amostra homogênea nesse aspecto. A esse respeito, torna-se necessária a inclusão de amostras mais heterogêneas em estudos futuros. Salienta-se que por se tratar de um inquérito de conhecimentos e práticas, bem como de um estudo transversal, a pesquisa apresenta a limitação de não acompanhar esses jovens durante um período de tempo, bem como aponta-se a necessidade de novos estudos que busquem evidenciar o porquê de os adolescentes, mesmo com conhecimento sobre práticas seguras, insistirem em contrapor a prevenção, colocando a própria saúde e a de outrem em risco. Outra limitação consiste no fato de o questionário ter sido auto aplicado, podendo levar ao viés de aferição, uma vez que as respostas passam a depender do nível cognitivo e da percepção do entrevistado. Porém, essa estratégia foi utilizada para não causar constrangimento nos adolescentes, uma vez que envolviam questões íntimas sobre os sujeitos analisados.

7 CONCLUSÃO

O estudo encontrou resultados positivos no que concerne a avaliação do conhecimento dos adolescentes sobre a prevenção do HIV/aids e outras IST, uma vez que a maioria dos entrevistados conhece as formas de transmissão dessas infecções. No entanto, pode-se concluir que, embora os jovens tenham adquirido um grau satisfatório de conhecimento, estes insistem em adotar práticas sexuais não seguras, especialmente no que diz respeito ao uso do preservativo, que diminui ao longo da ocorrência das relações sexuais.

Algumas hipóteses podem estar relacionadas à problemática em questão, por exemplo: as ações ofertadas a esses jovens são pontuais; muitas vezes a metodologia utilizada nesse tipo de abordagem é meramente bancária; há inexistência de vínculos entre os profissionais e os adolescentes; dentre outros fatores sociais, psicológicos e biológicos que interferem no processo da tomada de decisão. Essas vertentes poderão subsidiar a realização de estudos posteriores, que visem contribuir na redução dos indicadores de saúde relativos às IST e seus impactos para os serviços de saúde e a qualidade de vida dos adolescentes, que têm demonstrado bastante vulnerabilidade em relação a essa temática.

No que concerne aos aspectos socioeconômicos e sociodemográficos desses adolescentes, observou-se que no momento da entrevista, a maioria dos entrevistados estava sem companheiro, possuíam a cor parda, cursavam o 1º ano do ensino médio, residiam com os pais, em casa própria, sem filhos e sem exercer atividade remunerada. Constatou-se que as mães possuem um nível de escolaridade maior que os pais, que são eles os principais responsáveis pelo sustento familiar, com uma renda média mensal entre R\$510,00 e R\$1530,00.

No que diz respeito às variáveis referentes à execução de ações educativas, foi evidenciado que os jovens utilizaram a internet como meio principal para adquirir conhecimento acerca da temática. Sabemos que as informações advindas das redes sociais nem sempre são confiáveis, o que pode acarretar mais dúvidas e conhecimento inadequado sobre as IST. A orientação através de palestras escolares se evidencia nas respostas, porém, mesmo tendo acesso à informação correta, muitos adolescentes mantêm práticas deletérias a sua saúde.

No tocante comportamento sexual de risco, a maior proporção prefere manter a prática sexual com parceiros fixos, porém, a maioria não utiliza o preservativo como meio de proteção. Ao questionarmos sobre o consumo de bebida alcoólica, uma pequena parcela dos sujeitos relatou tê-la ingerido na última vez que transaram.

Tendo em consideração os fatores individuais e contextuais associados aos conhecimentos, atitudes e práticas referentes ao HIV/aids e outras IST, obtiveram maiores médias de acerto os participantes do sexo feminino, com companheiro, cursando o 3º ano do ensino médio, de cor branca, não adeptos e não frequentadores de cerimônias religiosas, residindo sozinhos, com pais não casados e filhos de pais com ensino superior completo.

Uma parte considerável desse trabalho relacionou-se com a validação do instrumento QSAP para colheita de dados relacionados aos saberes, atitudes e práticas acerca do HIV/aids e outras IST. Utilizou-se a Análise Fatorial Exploratória para analisar o padrão de correlações existentes entre as variáveis, usando esses padrões de correlações para agrupar as variáveis em fatores. No que se refere à análise da eficácia e das propriedades psicométricas do instrumento em sua aplicação com adolescentes, conclui-se que os resultados sugeriram a confiabilidade da escala na população estudada, assegurando a qualidade do instrumento. A escala apresentou resultados semelhantes com o que foi estabelecido pelo seu referencial teórico.

Neste âmbito, julga-se que o presente estudo fornece informações relevantes para aqueles que estão envolvidos em intervenções de promoção à saúde sexual e reprodutiva, uma vez que buscou avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas dos escolares, e, através dessa análise, reforçar a necessidade de se investir em políticas e programas de orientação sexual nas escolas com a atenção voltada à saúde integral dos adolescentes, a fim de impedir que os mesmos se envolvam em situações de exposição aos riscos do HIV/aids e outras IST, considerando aspectos como a pobreza, diferentes culturas, exclusão social e outros fatores associados.

Citamos como estratégias para mudança do atual cenário, a oferta de ações educativas contínuas, provenientes da atenção básica às escolas. A equipe multiprofissional em saúde, principalmente o profissional enfermeiro, são detentores de conhecimentos acerca da temática. Neste sentido, a implementação de atividades que visem à promoção a saúde sexual e reprodutiva, e a prevenção das IST, pode contribuir de forma significativa para adoção de práticas seguras e saudáveis pelos adolescentes.

8 REFERÊNCIAS

ALVES, K. R. C. L.; OLIVEIRA, P. S. D. Sexualidade na adolescência, percepção e cuidado prevenção de doenças sexualmente transmissíveis uma revisão da literatura. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 11, n.1, p. 1-15, 2017.

AMORAS, B. C.; CAMPOS, A. R.; BESERRA, E. P. Reflexões sobre vulnerabilidade dos adolescentes a infecções sexualmente transmissíveis. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, v. 8, n. 1, p. 163-171, jan.-jun. 2015.

ANGELIM, R. C. de M. et al. Atividades educativas sobre práticas sexuais de risco para estudantes: relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPI**, v.5, n.1, p.96-100, 2016.

ARAÚJO, M. A. L. et al. Doenças sexualmente transmissíveis atendidas em unidade primária de saúde no Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 347-353, 2015.

BESERRA, E. P. et al. Percepção de adolescentes acerca da atividade de vida “expressar sexualidade”. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.9, n.2, p. 340-346, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IBGE, 2016a. 132 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas**. 2a Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de DST/AIDS princípios, diretrizes e estratégias**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/ 4a edição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Estratégico: Programa Nacional de DST e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e Jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays, HSH e Travestis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST: Análise da situação atual e proposta de monitoramento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções. **Boletim Epidemiológico de HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). **Relatório de monitoramento clínico do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019d.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2019e.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **O que são IST**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>>. Acesso em: 23 Mar. De 2020a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Sintomas das IST**. <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/sintomas-das-ist>>. Acesso em 23 mar. de 2020b.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Publicada edição atualizada do PCDT para Atenção Integral às Pessoas com IST**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/publicada-edicao-atualizada-do-pcdt-para-atencao-integral-pessoas-com-ist>>. Acesso em: 13 de mar. 2020c.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **O que é prevenção combinada**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/o-que-e-prevencao-combinada>>. Acesso em: 11 de mar. 2020d.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Indicadores e Dados Básicos do HIV/aids nos Municípios Brasileiros**. Disponível em: <<http://indicadores.aids.gov.br/>>. Acesso em: 19 maio. 2020e.

CAMPOS, C. G. A. P. et al. A vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: estudo retrospectivo em um centro de testagem e aconselhamento. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n. 2, p. 310-314, abr/jun, 2014.

CARVALHO, G. R. O.; PINTO, R. G. S.; SANTOS, M. S. Conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis por estudantes adolescentes de escolas públicas. **Revista Adolescência e Saúde, Rio de Janeiro**, v. 15, n. 1, p. 7-17, jan/mar 2018.

CEDARO, J. J.; VILAS BOAS, L. M. S.; MARTINS, R. M. Adolescência e sexualidade: um estudo exploratório em uma escola de Porto Velho - RO. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.32, n.2, p.320-339, 2012.

CHAVES, A. C. P. et al. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 67 n.1, p. 48-53, jan/fev, 2014.

CHICO, F. G. et al. Intervención educativa sobre VIH/SIDA en una escuela de nivel secundário. **Revista de Ciências Médicas La Habana**, v. 21, n 1, p. 1-10, 2015.

CIRIACO, N. L. C. et al. A importância do conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) pelos adolescentes e a necessidade de uma abordagem que vá além das concepções biológicas. **Em Extensão**, Uberlândia, v. 18 n. 1, p. 63-80, jan./jun. 2019.

CORDEIRO, J. K. R. et al. Adolescentes escolares acerca das DST/aids: quando o conhecimento não acompanha as práticas seguras. **Revista de enfermagem UEPE On line**, v.11, n.7, p. 2888-2896, 2017.

COSTA, A. C. P. J. et al. Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz – Maranhão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n.3, p. 179-186, 2013.

COSTA, I. D. da N.; NUNES, N. dos S. Compreensão dos adolescentes sobre a prevenção e transmissão das infecções sexualmente transmissíveis em escolas do município de presidente Médici, Rondônia, Brasil. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v. 8, n.1, 2017.

COSTA, R. S. L. da; SILVA, W. B. da; NASCIMENTO, K. J. O. do. Percepção de risco de adolescentes escolares em relação às infecções sexualmente transmissíveis em duas escolas de ensino médio do Acre. **DêCiência em Foco**, v. 2, n.2, p.59-72, 2018.

COSTA, M. C. et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, n.6, p. 767-785, 2010.

COUTINHO, M. de. F. G. Crescimento e Desenvolvimento na Adolescência. **Revista de Pediatria SOPERJ** – supl.1, p28-34, 2011.

CRUZ, L. Z. et al. Conhecimento dos adolescentes sobre contracepção e infecções sexualmente transmissíveis. **Revista Adolescência e Saúde, Rio de Janeiro**, v. 15, n. 2, p. 7-18, abr/jun 2018.

ESPINOZA-VENEGAS, M. et al. Validação do construto e da confiabilidade de uma escala de inteligência emocional aplicada a estudantes de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 23, n.1, p. 139-147, 2015.

FILHO, H. M. T.; LEITE, C. da C. F. Doenças sexualmente transmissíveis curáveis: Diagnóstico laboratorial. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 103, n.1, 2015.

FIELD, A. **Discovering Statistics Using SPSS**. 3º ed. London: SAGE, 2009.

FLORES, A. D. T. et al. Caracterización del nivel de conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA en adolescentes. San Ramón. Granma. **Revista Médica Multimed**, v.19, n. 6, p. 1006-1019, 2015a.

FLORES, A. D. T. et al. Evaluación de propuesta educativa para contribuir a la prevención de las ITS/VIH/sida en los adolescentes. **Revista Médica Multimed**, v. 19, n.5, p. 871-882, 2015b.

FONSECA, R. M. G. S. et al. Gênero, sexualidade e violência: percepção de adolescentes mobilizadas em um jogo online. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n.1, p. 652-659, 2018.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Brasil, 1990. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 29 Mar. de 2020.

GASPAR, T. et al. Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/sida em adolescentes migrantes. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 7, n.7, p. 299-316, 2006.

GENZ, N. et al. Doenças sexualmente transmissíveis: conhecimento e comportamento sexual de adolescentes. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.26, n.2, p. 1-12, 2017.

HARTMANN, J. M.; CESAR, J. A. Conhecimento de preservativo masculino entre adolescentes: estudo de base populacional no semiárido nordestino, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2297-2306, nov, 2013.

KRABBE, E. C. et al. Escola, sexualidade, práticas sexuais e vulnerabilidades para as infecções sexualmente transmissíveis (IST). **Revista Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão** v. 4, n. 1, p.75-84, 2016.

LEITE, S. S. et al. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Revista brasileira de Enfermagem**, v. 71, n.4, p.1635-1641, 2018.

LINHARES, E. S.; ASSIS, H. P.; MANGIAVACCHI, B.M. Infecções sexualmente transmissíveis: conhecimento, atitudes e vulnerabilidades de adolescentes escolares no município de Bom Jesus do Itabapoana-RJ. **Revista Científica Interdisciplinar**, v. 1, n. 4, Janeiro/Junho p. 44-62, 2018.

LIMA, C. D. S. de. **Iniciação sexual e fatores associados: um estudo com adolescentes escolares**. 2014. 72f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Natal, RN, 2014.

LOPES, A. O. S.; BARBOSA, J. A. Vulnerabilidade de adolescentes de uma instituição pública de ensino ao vírus da imunodeficiência humana. **Adolescência e Saúde**, v.12, n.1, p.42-49, 2015.

MIRANDA, A. E. et al. Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro. Brasil, 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 489-497, 2013.

MIRANDA, L. S. M. V.; SOUZA, E. M. Conhecimento dos adolescentes sobre métodos contraceptivos e assistência em saúde. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v.7, n.1, p. 775-791, 2020.

MOITA-NETO, J. M. **Estatística multivariada**: Uma visão didática-metodológica. Filosofia da Ciência; 2004.

MONTEIRO, A. L.; VILLELA, W. V. A Criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na Agenda Governamental Brasileira. **Psicologia Política**, v.9, n.1, p. 25-45, 2009.

NEVES, R. G. et al. Simultaneidade de comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes brasileiros, 2012. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.26, n.3, p. 443-454, jul-set 2017.

OKAMOTO, C. T. et al. Perfil do Conhecimento de Estudantes de uma Universidade Particular de Curitiba em relação ao HPV e Sua Prevenção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.40, n.4, p.611-620, 2016.

OLIVEIRA, L. de F. R. et al. Adesão de adolescentes à camisinha masculina. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v.7, n. 1, p. 1765-1773, 2015a.

OLIVEIRA, R. N. et al. Iniciação sexual de adolescentes e conhecimento dos métodos contraceptivos. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v.13, n.2, p. 66-76, 2015b.

OLIVEIRA, P. C. et al. Conhecimento em saúde sexual e reprodutiva: estudo transversal com adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, p. 1-11, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. **Infecciones de Transmisión Sexual**. Disponível em:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=9979&Itemid=3670&lang=es. Acesso em: 23 Mar. de 2020.

_____. **Tres millones para 2005: informe sobre los progresos realizados**. 2004.

Disponível

em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43251/1/9243592750.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

_____. **Programa sobre el VIH: alcanzar nuestros objetivos: plan operativo 2014-2015.** 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/pub/hiv-operational-plan2014-2015/es/>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

PEREIRA, B. S. et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n.3, p.747-758, 2014.

PEREIRA, S. M.; TAQUETTE, S. R. Conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis entre alunas do ensino médio de três escolas com diferentes perfis. **Revista Adolescência e Saúde, Rio de Janeiro**, v. 13, supl. 2, p. 9-17, setembro 2016.

PINTO, A. C. S. et al. Prática educativa com jovens usuários de crack visando a prevenção do HIV/AIDS. **Escola Anna Nery**, v. 20, n.3, p. 1-8, Jul/Set, 2016.

PINTO, V. M. et al. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n.7, p. 2423-2432, 2018.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Participação de adolescentes em ações educativas sobre saúde sexual e contracepção. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, p.58-65, 2016.

RAMOS, L. de A. S. et al. Uso de métodos anticoncepcionais por mulheres adolescentes de escola pública. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, p.1-9, 2018.

RODRIGUES, M. J. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)na Adolescência. Nascer e Crescer: **Revista do Hospital de Crianças Maria Pia**, v. 19, n.3, 2010.

SANTOS, C. P. et al. Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v.18, n.2, p. 60-70, abr/jun, 2016.

SANTOS, S. C. et al. A prevenção do vírus da imunodeficiência humana pela equipe de atenção primária voltada aos adolescentes. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v.11, n. 8, p. 3050-3056, 2017a.

SANTOS, M. P. et al. Promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: educação por pares. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.31, n.3, p.1-9, 2017b.

SANTOS, M. M. et al. Trends of syphilis in Brazil: A growth portrait of the treponemic epidemic. **Plos One**, p. 1-11, 2020.

SCORALICK, G. B. F. et al. Análise do Comportamento Sexual de Adolescentes e Fatores de Risco à Saúde. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 86, n. 24, 10 dez. 2018.

SEHNEM, G. D.; FAVERO, N. B.; BONADIMAN, P. de O. B. Adolescentes que vivem com HIV/aids: as redes de apoio social. **Revista de Enfermagem UFSM**, v.5, n.2, p. 349-359, Abr/Jun, 2015.

SILVA, R. Quando a escola opera na conscientização dos jovens adolescentes no combate às DSTs. **Educação em Revista**, v. 57, n.1, p. 221-238, 2015.

SILVA, R. A. R. da et al. Conhecimento de estudantes adolescentes sobre transmissão, prevenção e comportamentos de risco em relação as DST/HIV/AIDS. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n.4, p.5054 -5061, 2016.

SILVA, Í. R. et al. Percepções de enfermeiros acerca das vulnerabilidades para DST/Aids diante das conexões do processo de adolescer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n.3, p.72-78, 2015.

SILVA, D. A. da; CARVALHO, F. S. de. Percepções de adolescentes sobre práticas de cuidado com a saúde. **Revista Adolescência e Saúde**, v.13, n.1, p. 64-71, agosto, 2016.

SOUZA, L. S. **Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das Infecções Sexuais Transmissíveis (ISTs) nas escolas públicas do município de Aracaju/SE**. 2018. 29 f. Monografia (graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Sergipe. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Departamento de Farmácia, São Cristóvão, SE, 2018.

SOUSA, C. P. et al. Adolescentes: maior vulnerabilidade às IST/Aids?. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, v.9, n.4, p. 2289-2295, 2017.

SOUZA, I. R. F. et al. Conhecimentos de adolescentes sobre infecções sexualmente transmissíveis. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, v.2, n.2, p. 6-13, 2018.

TENORIO, M. C. M. et al. Validação do perceived locus of causality questionnaire para avaliação da motivação nas aulas de educação física. **Revista Brasileira de ciência e Movimento**, v. 27, n. 4, p. 156-167, 2019.

UNAIDS. **90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS**. 2015. Disponível em: <http://unaid.org.br/wpcontent/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Saberes e práticas dos adolescentes acerca das IST/aids: quando o desconhecimento dita situações de risco", que tem como pesquisador responsável a aluna do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Jéssica Kelly Ramos Cordeiro, sob orientação do Prof.º Dr.º Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira.

Seus pais permitiram que você participe. Queremos saber o que você entende sobre as IST/aids e quais suas práticas sexuais, se houver, diante deste tema.

Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. Os adolescentes que irão participar desta pesquisa têm de 14 anos a 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade.

A pesquisa será feita nas escolas públicas da área urbana na região do Seridó oriental Noroeste-riograndense, onde as crianças deverão responder a dois questionários digitais e interativos, inseridos nos computadores da própria escola, onde terão acesso sob dia e horário programado, a aplicação durará em média 1 hora, as perguntas abordam o tema proposto e dados pessoais, como renda, moradia, etc. O aluno irá responder os questionários de forma anônima, ou seja, não será identificado. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones que tem no fim do texto. Mas há coisas boas que podem acontecer como a avaliação do conhecimento de vocês para assim podermos intervir no cenário atual dos adolescentes escolares através das Políticas públicas vigentes.

Ninguém saberá que você 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 após a aprovação pela Universidade, mas sem identificar as crianças que participaram e vocês terão acesso ao estudo pela internet.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – do Hospital Universitário Onofre Lopes, Endereço: Av. Nilo Peçanha, 620, 1º Andar do Prédio Administrativo - Espaço João Machado, Petrópolis, Natal/RN - Telefone (84) 3342-5003 - E-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

=====

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Ao Clicar em "aceito participar da pesquisa", eu concordo que:

Coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer "sim" e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer "não" e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

*Obrigatório

1. *

Marcar apenas uma oval.

- Aceito participar da pesquisa
 Não aceito participar da pesquisa

2. Data *

Exemplo: 15 de dezembro de 2012

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa "Saberes e práticas dos adolescentes acerca das IST/aids: quando o desconhecimento dita situações de risco", que tem como pesquisador responsável a aluna do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Jéssica Kelly Ramos Cordeiro, sob orientação do Prof.º Dr.º Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira.

Esta pesquisa pretende avaliar os saberes e práticas dos adolescentes em relação as IST/aids na região do Seridó oriental Norte-rio-grandense.

O motivo que nos leva a fazer este estudo se deu pela ausência de pesquisas sobre esse tema na região do Seridó, dessa maneira, através dos resultados do estudo, poderemos intervir no cenário atual dos adolescentes frente as IST/aids através de Políticas Públicas vigentes.

Caso você decida participar, você deverá responder a dois questionários digitais e interativos, inseridos nos computadores da própria escola, onde terão acesso sob dia e horário programado, a aplicação dura em média de 1 hora, as perguntas abordam o tema proposto e dados pessoais, como renda, moradia, etc. você irá responder o questionário de forma anônima, ou seja, não será identificado.

Durante a realização da coleta de dados a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas com o pesquisador responsável, Jéssica Kelly Ramos Cordeiro, e-mail: jessicaenfermeira@outlook.com, Telefone: (84) 99700-6180.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – do Hospital Universitário Onofre Lopes, Endereço: Av. Nilo Peçanha, 620, 1º Andar do Prédio Administrativo - Espaço João Machado, Petrópolis, Natal/RN - Telefone (84) 3342-5003 - E-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa Perfil dos adolescentes acerca das Dst/aids: quando o desconhecimento dita práticas de risco, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

*Obrigatório

1. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo em participar da pesquisa
- Não concordo em participar da pesquisa

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário Socioeconômico e Sociodemográfico

Esse questionário tem por objetivo avaliar o perfil socioeconômico/demográfico da população estudada.

*Obrigatório

1. Entrevistado n° *

2. Data: *

Exemplo: 15 de dezembro de 2012

3. 1- Idade

4. 2- Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

5. 3- Estado civil *

Marcar apenas uma oval.

Com companheiro

Sem companheiro

6. 4-Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

1° ano do Ensino Médio

2° ano do Ensino Médio

3° ano do Ensino Médio

7. 5- Cor *

Marcar apenas uma oval.

Branco

Não branco

8. 6- Religião *

Marcar apenas uma oval.

Adepto a alguma religião

Não adepto

9. 7- Frequência às cerimônias religiosas: *

Marcar apenas uma oval.

- Frequenta
 Não frequenta

10. 8- Quem mora com você? *

Marcar apenas uma oval.

- Esposo(a) / companheiro (a)
 Moro sozinho
 Filhos, outros parentes, amigos
 Pai e/ou mãe

11. 9- Estado conjugal dos pais: *

Marcar apenas uma oval.

- Casados
 Não casados

12. 10- Tem filhos? Quantos? *

Marcar apenas uma oval.

- 4 ou mais
 de um a três
 Não tenho filhos

13. 11- Até quando sua mãe estudou? *

Marcar apenas uma oval.

- Não estudou
 Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental
 Ensino fundamental completo
 Ensino médio completo
 Ensino superior completo
 Não sei

14. 12- Até quando seu pai estudou? *

Marcar apenas uma oval.

- Não estudou
 Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental
 Ensino fundamental completo
 Ensino médio completo
 Ensino superior completo
 Não sei

15. **13- Como é sua casa? ***

Marcar apenas uma oval.

- Não própria
- Própria

16. **14- Você trabalhou ou teve alguma atividade remunerada durante seus estudos? ***

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim, 1 a 3 anos
- Sim, mais de 3 anos
- Sim, menos de 1 ano
- Sim, o tempo todo

17. **15- Quem é o principal responsável pelo sustento da família? ***

Marcar apenas uma oval.

- Esposo(a)
- Pai ou mãe
- Irmãos
- Outros

18. **16- Qual é a renda mensal média de sua família hoje? ***

Marcar apenas uma oval.

- Não possui renda - vive de ajuda dos outros
- Recebe ajuda de programas sociais do Governo Federal
- De R\$ 510,00 a R\$ 1530,00
- Acima de R\$ 1.530,00

19. **17- Alguém fuma em sua família? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

20. **18- Tem algum familiar envolvido com o Alcoolismo? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

21. **19- Qual o meio de comunicação que você mais utiliza para adquirir conhecimento acerca das IST/aids? ***

Marcar apenas uma oval.

- Jornal
- Revista
- Internet
- Televisão, rádio

22. **20- Você participou de alguma ação educativa sobre saúde sexual e reprodutiva na sua escola? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

23. **21- Quem conduziu as ações? (Só marque esta alternativa se a resposta da questão 19 foi "SIM")**

Marcar apenas uma oval.

- PSE
 Professores
 Outros programas sociais
 Projetos das Universidades

24. **22- Você recebeu panfletos informativos acerca da IST/aids no último ano? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

25. **23- Você recebeu preservativos no último ano? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

26. **24- Você participou de alguma palestra, roda de conversa ou oficina informativa acerca das IST/aids no último ano? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO (CAP) UTILIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Questionário para Avaliação dos saberes e práticas dos adolescentes escolares acerca das IST/aids.

As perguntas que serão feitas aqui fazem parte de uma pesquisa que está sendo realizada pela mestrandia Jéssica Kelly Ramos Cordeiro, vinculada a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, intitulada como "Saberes e práticas dos adolescentes acerca das IST/aids: quando o desconhecimento dita situações de risco", sob orientação do Prof.º Dr.º Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira. O objetivo da pesquisa é avaliar os saberes e práticas dos adolescentes escolares acerca das IST/aids na região do Seridó Oriental Norte-rio-grandense.

Você pode ficar absolutamente tranquilo(a) ao responder as perguntas, tudo foi pensado no sentido de garantir o total anonimato das respostas obtidas. Como você pode observar, não contém nenhum dado que possa te identificar, além do seu sexo e idade. O que queremos é obter informações a partir do conjunto de respostas inseridas, não havendo interesse em dados individuais.

Em praticamente todas as questões, basta você marcar sim ou não, a única questão diferente é a questão 33. Nela, você receberá instrução de como fazer.

Também é importante chamar a atenção para algumas questões que você deverá pular, ou seja, não marcar nenhuma das alternativas, caso você não se enquadre na situação considerada. Não se preocupe, indicaremos essas questões.

As suas respostas são de grande importância para a pesquisa, ficamos agradecidos com a sua participação.

*Obrigatório

1. Entrevistado N° *

2. Questão 1: Você terminou a 4ª série? *

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

3. Questão 2: Você consegue ler um jornal ou uma revista? *

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

4. Questão 3: Você está casado ou vivendo com um companheiro ou companheira? *

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

5. Questão 4: Você acha que uma pessoa pode pegar aids se transar sem camisinha? *

Agora, responda algumas perguntas sobre formas de se pegar aids:

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

6. **Questão 5: Você acha que uma pessoa pode pegar aids se usar os mesmos talheres, pratos e copos de alguém que tem aids? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

7. **Questão 7: Você acha que uma pessoa pode pegar aids se beijar na boca uma pessoa que tem o vírus da aids? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

8. **Questão 6: Você acha que uma pessoa pode pegar aids se usar o mesmo banheiro que alguém que tem aids usa? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

9. **Questão 8: Durante a gravidez ou parto, a mãe pode passar o vírus da aids para a criança? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

10. **Questão 9: Um bebê pode pegar aids ao receber leite do peito de uma mulher que tem o vírus da aids? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

11. **Questão 10: Uma pessoa pode pegar aids por picadas de insetos tipo mosquito, pernilongo ou muriçoca? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

12. **Questão 11: Uma pessoa pode pegar aids se receber sangue contaminado pelo vírus da aids? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

13. **Questão 12: Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids se usar a mesma seringa e agulha que outra pessoa usou? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

14. **Questão 13: Uma criança pode pegar aids se brincar com outra criança que tem o vírus? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

15. **Questão 14: Você acha que só transar com pessoas que aparentam ter boa saúde é uma maneira de se proteger do vírus da aids? ***

Vamos, então, falar de formas de proteção contra o vírus da aids. Faremos algumas perguntas, e você responde sim, se concordar, e não, se não concordar:

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

16. **Questão 15: Você acha que transar usando camisinha é uma forma de se proteger do vírus da aids? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

17. **Questão 16: Você acha que tomar remédio para não engravidar é uma forma de se proteger do vírus da aids? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

18. **Questão 17: Você acha que tratar a mulher grávida que tem o vírus da aids pode evitar que ela transmita o vírus para o bebê? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

19. **Questão 18: Não usar seringas e agulhas já utilizadas é uma forma de se proteger do vírus da aids ao tomar droga na veia, baque ou pico? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

20. **Questão 19: Não deixar que mulheres com o vírus da aids dêem de mamar é uma maneira de evitar que elas transmitam o vírus para a criança? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

21. **Questão 20: Se aparecessem feridas no seu pênis ou vagina, você pensaria estar com uma doença venérea? ***
Vamos agora falar de doenças venéreas em geral, ou seja, doenças transmitidas na relação sexual:
Marcar apenas uma oval.
- SIM
 NÃO
22. **Questão 21: E se você percebesse estar com corrimento no canal da urina, pensaria estar com uma doença venérea? ***
Marcar apenas uma oval.
- SIM
 NÃO
23. **Questão 22: E se aparecessem verrugas no seu pênis, vagina ou ânus, você pensaria estar com uma doença venérea? ***
Marcar apenas uma oval.
- SIM
 NÃO
24. **Questão 23: Você conhece algum serviço de saúde nesta região que atenda pessoas com doenças venéreas? ***
Marcar apenas uma oval.
- SIM
 NÃO
25. **Questão 24: Você já fez o exame de aids? ***
Marcar apenas uma oval.
- SIM
 NÃO
26. **Questão 25: Se já fez, foi buscar o resultado? Se você nunca fez o exame de aids, não marque nada nesta questão.**
Marcar apenas uma oval.
- SIM
 NÃO
27. **Questão 26: Você pretende fazer o exame de aids futuramente? ***
Marcar apenas uma oval.
- SIM
 NÃO
28. **Questão 27: Você acha que é um direito da mulher pedir ao homem que use camisinha? ***
Agora vou fazer algumas perguntas e gostaria que você respondesse sim, se concordar, e não, se não concordar
Marcar apenas uma oval.
- SIM
 NÃO

29. **Questão 28: Você acha que é um direito da mulher não transar com um homem que não queira usar camisinha? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

30. **Questão 29: Você se incomodaria se uma criança com o vírus da aids estudasse na escola do seu filho? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

31. **Questão 30: Você acha que o seu patrão deve mandar embora do emprego uma pessoa com o vírus da aids para proteger você e seus colegas de trabalho? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

32. **Questão 31: Você se incomodaria se uma casa vizinha à sua se transformasse em uma casa para pessoas com aids? ***

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

33. **Questão 32: Você já transou alguma vez? ***

Você vai nos auxiliar muito se responder a algumas perguntas mais pessoais. Como este questionário é anônimo, você pode responder muito francamente.

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

34. **Questão 33: Quantos anos você tinha quando transou pela primeira vez?**

Bom, se você respondeu sim, continue respondendo as próximas perguntas. Se não, pode parar por aqui e aguardar o final da fita. Tenha certeza que a sua colaboração foi muito importante para nós. Vamos então continuar com aqueles que responderam já ter transado: Aliás, chegou a vez da questão 33. Nela, um número deverá ser marcado.

35. **Questão 34: Você usou camisinha quando transou pela primeira vez?**

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

36. Questão 35: Você transou nos últimos seis meses?

Quem não transou nos últimos seis meses pode parar aqui e também aguardar até o final da fita. A vocês também agradecemos a grande colaboração. O resto deste questionário deve ser respondido somente por aqueles que responderam ter transado nos últimos seis meses.

Marcar apenas uma oval.

SIM

NÃO

37. Questão 36: Você transou com camisinha todas as vezes nos últimos seis meses?

Marcar apenas uma oval.

SIM

NÃO

38. Questão 37: Você transou com mais de seis pessoas nos últimos seis meses?

Marcar apenas uma oval.

SIM

NÃO

39. Questão 38: Nestes últimos seis meses, você transou com alguém que você considere um parceiro fixo ou parceira fixa, ou seja marido, mulher, companheiro, companheira, noivo, noiva, namorado, namorada ou amante?

Se você respondeu não na questão 38, pule a questão 39 e aguarde a 40.

Marcar apenas uma oval.

SIM

NÃO

40. Questão 39: A sua última transa com essa pessoa foi usando camisinha?

Marcar apenas uma oval.

SIM

NÃO

41. Questão 40: Nestes últimos seis meses, você transou com alguém que você considere um parceiro eventual ou esquema, ou seja, alguém com quem você ficou?

Se você respondeu não na questão 40, pule a questão 41 e aguarde a 42.

Marcar apenas uma oval.

SIM

NÃO

42. Questão 41: A sua última transa com essa pessoa foi usando camisinha?

Marcar apenas uma oval.

SIM

NÃO

43. Questão 42: Nestes últimos seis meses, você pagou para transar com alguém?

Marcar apenas uma oval.

SIM

NÃO

44. **Questão 43: Nestes últimos seis meses você recebeu dinheiro, drogas ou presente para transar com alguém?**

Se você respondeu não nas questões 42 e 43, pule a questão 44 e aguarde a 45.

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

45. **Questão 44: A sua última transa com essa pessoa foi usando camisinha?**

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

46. **Questão 45: Você teve algum tipo de ferida no pênis ou vagina nos últimos seis meses?**

Se você respondeu não na questão 45, pule a questão 46 e aguarde a 47.

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

47. **Questão 46: Você procurou o serviço de saúde por causa da ferida no pênis ou vagina?**

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

48. **Questão 47: Você teve algum corrimento pelo canal da urina nos últimos seis meses?**

Se você respondeu não na questão 47, pule a questão 48 e aguarde a 49.

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

49. **Questão 48: Você procurou o serviço de saúde por causa do corrimento pelo canal da urina?**

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

50. **Questão 49: Você usou bebida alcoólica na última vez que transou?**

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

51. **Questão 50: Você usou alguma droga na última vez que transou? Maconha, cocaína, crack ou outra droga?**

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

Chegamos ao fim. Agradecemos a todos pela paciência, boa vontade e enorme contribuição ao nosso trabalho. Como já

falamos, as respostas de vocês nos darão ideia do que precisamos melhorar nessa grande luta contra as infecções sexualmente transmissíveis. MUITÍSSIMO obrigado (a)!



Powered by
 Google Forms